



redactioneel

- 'De voorgeschiedenis van de medische rechtspraak en de gebeurtenissen daarna tonen aan welke belangrijke bijdrage deze rechtspraak in preventief en repressief opzicht beoogt te leveren aan de handhaving van een hoog niveau van beroepsuitoefening'. Aldus de slotopmerking van Mr. W. B. van der Mijn na een beschouwing over de voorgeschiedenis van de medische rechtspraak, waarmee een artikelenserie wordt geopend die is gewijd aan de herdenking van het feit dat dit jaar de KNMG-rechtspraak 75 jaar en de Medische Tuchtwet 50 jaar bestaat.
- 'Ik heb weinig behoefte met collega Muntendam in discussie te gaan over zijn lapidaire uitspraak', aldus Dr. J. Th. H. Grond, adviserend chirurg van het Gemeenschappelijk Administratie Kantoor, doelend op de 'verontrustende publiciteit' naar aanleiding van een uitspraak van Prof. Dr. P. Muntendam met betrekking tot diens zorg over de plaats van de geneeskundigen in ons sociale verzekeringsstelsel. Niettemin weer voldoende discussiestof over de positie van de verzekeringsgeneeskundige.
- Een tweede bijdrage in de artikelenserie over 'Honderd jaar vrouwelijke artsen in Nederland' is gewijd aan de Vereniging van Vrouwelijke Artsen, waarvan de geschiedenis – zowel nationaal als internationaal – wordt beschreven door mw. Dr. H. J. A. Verhagen, zenuwarts, Geneeskundig Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid en sinds 1974 vice-presidente van de sectie Noord-Europa van de Medical Women's International Association.
- Prof. Dr. H. J. Dokter van het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Erasmus Universiteit Rotterdam hield een verhandeling over de humanistische geneeskunde, daarbij de arts-patiënt relatie benadrukkend. Hij zegt van mening te zijn dat de humanistische geneeskunde ons verder kan brengen dan de integrale geneeskunde, daar als het ware het logisch vervolg op is.
- Als basis voor haar voorgenomen gesprek met de faculteiten heeft een breed samengestelde werkgroep ter bestudering van de geneeskunde voor ouderen een voorstel geformuleerd voor het onderwijs in de medische gerontologie.



'Deel van de schaduw en het licht', zo is dit werkstuk (olieverf op doek, 55 x 90 cm) van D. Granaat, arts-schilder te Amsterdam en Bergen, getiteld 'Motivatie 'Op velerlei wijze geconfronteerd met de zieke of in nood verkerende mens, zijn geneeskunde en beeldende kunst bij hem altijd nauw verweven'. Dit stuk was een van zijn inzendingen voor de tentoonstelling van 'Met pincet en penseel' in het Centraal Ziekenhuis te Alkmaar.
Foto: H. Frese, arts te Bergambacht.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven	634
<i>Inzenders: Dr. J. van Noordaa + naschrift Dr. C. C. Kok-van Alphen, H. H. G. Hofstee + naschrift H. Blijham, Dr. L. S. Wildervanck, A. Ra. Wierdsma, Willem Schuurmans Stekhoven, R. W. Griffioen, Dr. E. J. C. Lubbers + naschrift</i>	
75 jaar KNMG-rechtspraak – 50 jaar Medische Tuchtwet. Voorgeschiedenis medische rechtspraak, door Mr. W. B. van der Mijn	639
De verzekeringsgeneeskundige als zondebok. Verontrustende publiciteit naar aanleiding van een uitspraak van Prof. Dr. P. Muntendam, door Dr. J. Th. H. Grond	643
Naschrift bij het voorgaande, door Prof. Dr. P. Muntendam	644
Honderd jaar vrouwelijke artsen in Nederland (II) – De Vereeniging van Vrouwelijke Artsen, nationaal en internationaal, door Mw. Dr. H. J. A. Verhagen	645
Discussie – Toekomst eerstelijns samenwerking gezondheidszorg – welzijnszorg, door C. P. Bruins	649
'Heel de mens', De mens als middelpunt in de gezondheidszorg, door Prof. Dr. H. J. Dokter	652
Voorstel onderwijs medische gerontologie	655
OFFICIEEL	657
Inhoudsopgave officieel	660



MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur van Medisch Contact is voor het redactionele beleid verantwoordelijk verschuldigd aan de Algemene Vergadering van de KNMG. De Algemene Vergadering kiest het bestuur van Medisch Contact, benoemt de hoofdredacteur en de redactiesecretaris.

Bestuur Medisch Contact

F. Moerman, voorzitter;
B. Q. A. Enneking,
onder-voorzitter;
Dr. J. A. Stoop, secretaris (J. M. Kemperstraat 5, Utrecht);
G. A. C. Bosch, penningmeester;
Dr. R. A. de Melker.

Redactie Medisch Contact

F. A. Bol, arts, hoofdredacteur;
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris;
R. A. te Velde, redacteur;
Mw. G. W. Valkenburg-van Straten, redactrice;
Mw. C. R. van der Goot-van der Sluijs, secretaresse;
Mw. W. G. Juffermans-Kaltoven, secretaresse.

De redactie is gevestigd Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411.

Uitgeverij

Tijl Media BV
Texelstraat 76-80, Amstelveen,
telefoon: 020-434346
telex: 15230.
advertentie-acquisitie
telefoon 020-433851.

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG f 82,70; losse nummers f 2,35, excl. portokosten (inclusief BTW); buitenland f 87,90.
Opgave van abonnementen uitsluitend bij de uitgever.

Advertenties

Advertenties behoeven de goedkeuring der redactie en kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd. Opgaven uitsluitend bij de uitgeverij.

Adreswijziging

Leden der KNMG uitsluitend aan de afdeling Ledenregister der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht. Niet-leden uitsluitend aan de uitgever.

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.

BRIEVEN

Plaatsing van brieven in deze rubriek houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten.

CORNEATransPLANTATIE

In het artikel van Dr. C. C. Kok-van Alphen (MC nr. 13/1978, blz. 399) over corneatransplantatie worden enkele contraïndicaties betreffende doodsoorzaken van donoren van cornea's genoemd. De auteur schrijft in dit verband, dat 'slow virus-infectie, in het algemeen elke niet goed gedifferentieerde virusinfectie' als zodanig moet worden beschouwd. Door deze formulering wordt ten onrechte de indruk gewekt alsof slow virus-infecties behoren tot de niet goed gedifferentieerde virusinfecties, hetgeen mijns inziens niet de bedoeling kan zijn. De auteur doelt hier kennelijk op de ziekte van Jabob-Crentzfeldt, waarvan transmissie van mens op mens via corneatransplantatie is beschreven. In feite is dit de enige slow virus-infectie waarvan een dergelijke transmissie bekend is.

Er bestaan aanwijzingen dat ook andere preseniele dementiën en verwante progressief verlopende neurologische aandoeningen een soortgelijke infectieuze aetiologie hebben (Gajdusek, D.C. Science 1977, 197, 943-960: Unconventional Viruses and the Origin and Disappearance of Kuru) en het lijkt mij daarom zinnig deze gehele groep aandoeningen te beschouwen als contraïndicatie voor het donorschap.

Wanneer de auteur spreekt over niet goed gedifferentieerde virusinfectie als doodsoorzaak, meen ik dat hier toch enigszins wordt voorbijgegaan aan de huidige mogelijkheden der virologische diagnostiek. Bij ernstige, tot de dood leidende ziekten met een vermoede virale aetiologie zal adequaat virologisch en serologisch onderzoek meestal leiden tot een virologische diagnose. Het lijkt mij daarom ook juist te komen tot een uitspraak over welke goed gedifferentieerde virusinfecties behoren tot de contraïndicaties voor het donorschap.

Literatuurgegevens hieromtrent zijn mij niet bekend en men zou kunnen bepleiten dat virussen waarvan bekend is dat ze een affiniteit tot de cornea hebben (herpesvirus, adenovirus) in dit verband vooral van belang zijn. Daarnaast zijn er misschien virussen, zoals het hepatitis B-virus, waarvan transmissie langs deze weg mogelijk is en vervolgens zou kunnen leiden tot ernstige ziekte der ontvanger.

Ook hieromtrent ontbreken de gegevens. Daarom kunnen de hier door mij gesuggereerde contraïndicaties desgewenst worden beschouwd als mijn verzinsels, maar misschien geven ze toch meer houvast dan de door de auteur genoemde doodsoorzaken door niet goed gedifferentieerde virusinfecties.

Amsterdam, 7 april 1978

Dr. J. v.d. Noordaa

Naschrift

Voor de nadere toelichting van Dr. J. v.d. Noordaa over de virusinfecties die een contraïndicatie kunnen zijn om de cornea's van een overledene als donor te aanvaarden ben ik zeer dankbaar. Het was mij, wegens de korte omvang van mijn artikel, niet mogelijk een uitgebreidere uitleg te geven.

Onze donores zijn vaak uit kleine perifere ziekenhuizen en verpleeghuizen afkomstig. Bij deze patiënten zal helaas meestal niet een uitgebreid virusonderzoek hebben plaatsgevonden.

Wanneer er vroeger een herpes-simplex infectie van de cornea heeft plaatsgehad, is dit aan de cornea te zien; dezen zullen dan uiteraard niet geschikt zijn als donor.

Misschien is de meest praktische oplossing, wanneer er geen doodsoorzaak kan worden vermeld of deze vaag is, de corneae niet te gebruiken. *In dubio abstine!*

Leiden, 24 april 1978

Dr. C. C. Kok-van Alphen, lector

GASTARBEIDERS EN VERZEKERINGSGENEESKUNDE

Betreffende het artikel van Dr. H. Blijham 'Gastarbeiders en verzekeringsgeneeskunde, pleidooi van een beoordelings- en adviescentrum' - MC nr. 16/1978, blz. 479 en 480 - vraag ik mij af, of dit (in wezen een verwijzingsprobleem) opgelost moet worden door een

Doorlezen naar blz. 636

DUBBEL JUBILEUM

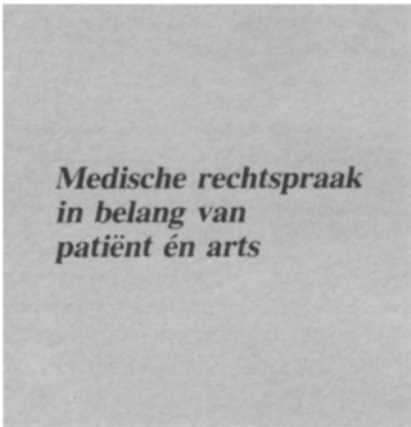
Het hoofdbestuur van de KNMG zal op 2 juni tijdens een bijeenkomst die een enigszins plechtig karakter zal dragen een dubbel jubileum herdenken. Dit jaar namelijk bestaat de KNMG-rechtspraak 75 jaar en de Medische Tuchtwet 50 jaar. Dit jubileum was voor de redactie aanleiding om een tiental artikelen aan de interne en externe medische rechtspraak te wijden.

Wellicht over geen enkel ander onderdeel van de rechtspraak wordt zo controversieel en argwanend gedacht en geschreven als over de interne en externe medische rechtspraak. Voor een belangrijk deel is dat te wijten aan het gebrek aan openheid dat deze rechtspraak vooral in het verleden heeft gekenmerkt. Met de wijziging van de Medische Tuchtwet in mei 1972 werd een grotere openheid nagestreefd en daarmee verdween een deel van de argwaan. Vóór 1972 kregen klagers bijvoorbeeld geen bericht van de afloop van – zoals zij het voelden – ‘hun’ zaak, tenzij de klacht was afgewezen; dat is nu veranderd. Voorts kan worden gewezen op de meer uitvoerige aandacht die sinds kort publiekelijk wordt gewijd aan de uitspraken van de Raad van Beroep; de uitspraken van de raad worden thans in geanonimiseerde vorm in Medisch Contact opgenomen.

Een onder het lekenpubliek wijd verbreid misverstand is dat een uitspraak van de Districtsraad of een Medisch Tuchtcollege niet al te serieus moet worden genomen. Het zijn immers dokters die over dokters oordelen en ‘soort over soort is genade’, zoals het voormalige Tweede Kamerlid de heer Tilanus het eens uitdrukte. In de praktijk blijkt het tegendeel waar. Niet voor niets schreef Mr. W. B. v.d. Mijn onder de veelzeggende titel: ‘Het medisch tuchtrecht als het zwaard van Damocles’ (MC 23/1976, blz. 747) dat artsen het medisch tuchtrecht als een bedreiging ervaren. Dit bleek ook uit de vele reacties die de redactie ontving op haar oproep aan artsen die in aanraking waren

geweest met een Medisch Tuchtcollege, aan wie was verzocht hun ervaringen op dit vlak (uiteraard anoniem) mee te delen.

Hoewel het Medisch Tuchtrecht in het leven is geroepen in het belang van de patiënten – namelijk het belang dat de samenleving heeft bij een goede beroepsuitoefening van de medische professie – dienen zowel het medisch tuchtrecht als de interne rechtspraak zeker ook het belang van de artsen. Zij zijn er mee gediend dat de niet-bonafide arts kan worden gecorrigeerd, indien hij zich heeft gedragen in strijd met de waardigheid of de belangen van de geneeskundige stand dan wel het vertrouwen in die stand heeft ondermijnd. Vooral de interne rechtspraak van de KNMG heeft deze functie.



*Medische rechtspraak
in belang van
patiënt én arts*

In de Memorie van Toelichting op de Medische Tuchtwet wordt opgemerkt dat het in de eerste plaats de medici zijn die geroepen zijn en worden om over medici te oordelen. In de interne rechtspraak ligt een waarborg tegen het verval van de medische stand, een waarborg die zeker waardering verdient. Dit element vinden we eveneens in de Medische Tuchtwet, waar daarin sprake is van handelingen die het vertrouwen in de stand ondermijnen maar daarnaast van nalatigheid waardoor ernstige schade ontstaat en grove onkunde. Juist deze twee laatste vermeldingen hebben ertoe geleid dat het medisch tuchtrecht nogal eens wordt gebruikt om

bewijsmateriaal boven water te krijgen op grond waarvan een civiele klacht meer kans van slagen zou kunnen hebben – weliswaar vanuit de klager gezien geen onlogische gedachtengang maar wel een miskenning van de bedoelingen van het medisch tuchtrecht, dat in beginsel een goede praktijkuitoefening beoogt te waarborgen.

In de MC-serie zal verder worden ingegaan op de relatie van de medische rechtspraak met het burgerlijk recht en het strafrecht. Ook de EEG-regelingen van het Medisch Tuchtrecht komen aan de orde; hieruit zal blijken dat er tussen de diverse lidstaten aanzienlijke verschillen in de te hanteren maatstaven bestaan.

Op het terrein van de medische rechtspraak is een belangrijke rol weggelegd voor de Inspectie Volksgezondheid. De regionale inspecteur speelt een belangrijke rol als kwaliteitsbewaker; hij heeft daarnaast een kanaliserende functie. Mochten de voorstellen van de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening (de commissie-De Vreeze) terzake van de Medische Tuchtwet worden gerealiseerd, dan zal de inspecteur nauwer bij de tuchtrechtspraak worden betrokken. Hij zal dan als enige bevoegd zijn om een klacht in te dienen – vergelijk het Openbaar Ministerie in strafzaken.

Terugziende op 75 jaar KNMG-rechtspraak en 50 jaar Medische Tuchtwet valt te constateren dat er veel is veranderd, maar ook dat er in de nabije toekomst nog veel zal veranderen. Of, om de woorden aan te halen waarmee Mr. W. B. v.d. Mijn de eerste bijdrage aan deze serie (blz. 639) besluit: ‘De voorgeschiedenis van de Medische Rechtspraak en de gebeurtenissen daarna tonen aan welke belangrijke bijdrage deze rechtspraak in preventief en repressief opzicht beoogt te leveren aan de handhaving van een hoog niveau van beroepsuitoefening. Moge deze bijdrage ook in de toekomst behouden blijven’.

B.

'Verzekeringsgeneeskundig station voor gastarbeiders'. Het onder de richtlijnen punt 8 benoemde BAGA (beoordelings- en advies-gastarbeiders) -centrum lijkt al veel herkenbaarder te klinken, althans in de oren van een huisarts en zou bovendien waarschijnlijk eenvoudiger operationeel zijn te maken door specialisering van reeds aanwezige voorzieningen (bijvoorbeeld IMMP, SPD). Want dat er zo snel mogelijk praktische beslissingen nodig zijn is ook uit mijn frequente praktijkervaring de hoogste tijd.

Enschede, 25 april 1978

H. H. G. Hofstee

Naschrift

Over het bestaan van het probleem en over de urgentie ervan zijn collega Hofstee en ik het kennelijk eens. Specialisering van reeds aanwezige voorzieningen, die in wezen hoofdzakelijk een anders gerichte taak hebben, biedt mijns inziens geen oplossing. Het lijkt me ook praktisch niet mogelijk om bijvoorbeeld de tientallen bestaande sociaal-psychiatrische diensten op een zodanig specifiek niveau te brengen dat de aangegeven cultuur- en taalbarrières worden opgeheven.

Groningen, 6 mei 1978

H. Blijham

SHEHEREZADE

Naar aanleiding van de artikelen van collegae Blijham en Van Aalderen over de ziektewetcontrole van Marokkanen en de moeilijkheden die zich daarbij voordoen (MC nr. 16 van 21 april jl.) een verhaal over wat ik twee jaar geleden meemaakte, toen ik als 'nevenfunctie' voor de bedrijfsvereniging voor het slagersvak het controleren van de Groningse slagers beoefende. Het betreft hier een Tunesiër, de heer Liessa (naam iets veranderd) die het eerzame beroep van kippenslachter uitoefende, een functie waarmee de Nederlandse werknemer zich niet kan ophouden. Hij was al een paar jaar in Nederland toen hij voor het eerst bij mij kwam; hij was toen zeer depressief. Hij sprak redelijk goed Nederlands (mijn ondervinding is dat – althans in Groningen – de meeste Noord-Afrikanen dit doen) en vloeiend Frans. Ik stelde hem voor het gesprek in die taal te voeren, een prachtige oefening voor mij! Zulks geschiedde. Een paar malen heb ik geprobeerd hem weer aan het kippen slachten te krijgen, maar niks hoor. Hij werd steeds mismoediger, soms op het psychotische af, totdat ik hem

naar mijn stadgenoot – collega Blijham stuurde.

Maar ook Blijham kon niets met hem beginnen. In de zomer van 1976 ging hij met vakantie naar Tunis en kwam na drie maanden weer terug, gewapend met een brief van een arts waarin in het Arabisch en in het Frans was vermeld dat de heer Liessa opgenomen geweest was voor een 'dépression sérieuse' en zeker de eerste maanden nog niet kon werken. Bij een gesprek kwam nu naar voren dat hij toch wel heel graag zijn vrouw bij zich wilde hebben, dan zou hij misschien wel weer beter worden en weer kunnen gaan werken.

Nu doet een controlerend arts natuurlijk alles om dat laatste te bereiken. En in deze geest handelend heb ik de bedrijfsvereniging weten te bewegen op haar kosten zijn vrouw over te laten komen. Kinderen had hij niet. Maar er kwam nog iets bij, de heer Liessa woonde in een krotje in een steeg waar hij mevrouw onmogelijk kon ontvangen.

Nu wilde het geval dat ik ook vertrouwensarts was van de afdeling Groningen van de KNMG en in die functie bevoegd de GGD te adviseren inzake medische kwesties met betrekking tot woningen. Ik inspecteerde het krotje dat inderdaad een krotje was en waarin ik zeker ook mijn vrouw niet had willen ontvangen. Ik schreef een roerende brief aan de GGD en de familie kreeg inderdaad een behoorlijk huis toegewezen. Kort daarna verscheen de patiënt weer op mijn spreekuur met de mededeling dat zijn vrouw in de wachtkamer zat. Zij sprak ook Frans! Ik er heen, officiële voorstelling, 'enchante, Madame, enchanté'. Maar ik was perplex, daar zat voor mij een Arabische schone, regelrecht weggelopen uit een sprookje van 1001 nacht. In mijn gedachten doopte ik haar Sheherezade. Zij was een zeer beminlijke dame met wie het erg plezierig converseren was en ik zegende mijn oude HBS waar nog degelijk les in de drie vreemde talen werd gegeven en nog niet gedaan werd aan keuzevakken en pakketten. Zij is verscheidene malen bij mij geweest.

Ik probeerde haar duidelijk te maken dat zij haar man eens wat moest zien te activeren en hem onder het oog brengen dat hij hier in Nederland was om te werken. 'Oui monsieur, oui, certes, pour sûr'. De patiënt zat intussen met zijn ogen te draaien en begon steeds bedenkelijker te kijken. Ik had haar natuurlijk het liefst onder vier ogen gesproken, maar voorzag – als ik zo'n voorstel zou doen – de meest verschrikkelijke dingen. Ik begreep intussen dat zij in Groningen niet in het minst contact had met anderen. Zij mocht ook niet alleen op stap gaan. En gezien de onderdanigheid van de vrouw in een Tunesisch huwelijk heeft zij waarschijnlijk niet de minste invloed op haar man. Enfin, de heer Liessa rolde in de WAO en

verdween met zijn vrouw weer naar Tunis. Hoe dit alles verder financieel werd opgelost, is mij niet bekend. Maar een trieste zaak blijft het, die gastarbeiders.

Groningen, april 1978

Dr. L. S. Wildervanck

'WAT HEET . . .'

Zullen we afspreken, het afschuwelijke germanisme 'wat heet' (onder meer MC nr. 18, pag. 538 en 542) nooit meer te gebruiken?

Nijmegen, 7 mei 1978

A. Ra. Wierdsma

Akkoord, wij blijven streven naar het volmaakte. *Red MC.*

ONPARTIJDIGE REGELING (MEDISCHE) LETSELSCHADEN

De juristen Peters en De Water hebben verdienstelijk werk gedaan met hun artikel 'Kartelvorming verzekeraars medische aansprakelijkheid' (MC nr. 17 van 28 april 1978, blz. 511). Dat gaat geheel in de lijn van de waarschuwing, die Bol in zijn editorial gaf (MC nr. 12/1978, blz. 359). Het is begrijpelijk, dat zij en Bol de economische gevaren van kartelvorming op de voorgrond stellen. Maar Peters en De Water gaan een grote stap verder door maatregelen te signaleren in de richting van eigen-risico-draging en vooral oprichting van een al dan niet onderlinge eigen verzekeringsinstelling. Daar waren de georganiseerde aansprakelijkheidsassuradeuren al voor gewaarschuwd (dezerzijds) voor zij met hun assurantiegroep idee kwamen. Sterker: die waarschuwing was de stoot, die hen tot die oprichting bracht. Zij stelden bij die oprichting aan de assurantiëwereld als doel voorop: voorkoming van klachten tegen de falende artsen bij de medische tuchtcolleges en van aansprakelijkheidsprocedures. En zij beloofden de instelling van een 'onpartijdige schadebeoordelings- en schaderegelingsinstatie'. Natuurlijk onder onafhankelijke leiding werkende met onafhankelijke en ervaren medische experts op het terrein van elk onderdeel van de geneeskunde. Iets dergelijks maar dan beter dan het corps 'vaste deskundigen' van de Raden van Beroep (Beroepswet). Dat was binnenskamers afgesproken, maar van die goede voornemens is niets terecht gekomen. Thans is aangekondigd dat er een commissie zal komen, die aan de medische diensten van aansprakelijkheidsassuradeuren 'aanwijzingen' voor schadebeoordeling en

schaderegeling zal geven. Dat is een stap terug, omdat die medische adviseurs van assuradeuren de juridische aansprakelijkheidsproblematiek evenmin kennen als het juridisch causaliteitsbegrip, dat allerm minst samenvalt met het medische causaliteitsbegrip.

Uiteraard worden dezerzijds de bezwaren van Peters en De Water tegen het 'Centraal Medisch Archief' (CMA) in handen van de 'assurantiegroep' onderschreven. Dat hoort in handen van een onafhankelijke, onpartijdige instelling. Belangrijker is, dat behalve de 'slachtoffers van accidents', specialisten en ziekenhuizen, er groot belang bij hebben dat hun aansprakelijkheidsassuradeuren niet chicaneren: ook hun goede naam staat daarbij vaak op het spel. Juist de ziekenhuisdirecties en -besturen zien dat objectiever dan de medische stafleden, zoals conferenties over 'grote medische letselschadezaken' met directies en besturen mij leerde. Zij hadden ook kritiek op hun assuradeuren en wilden maar al te graag bij de 'schaderegeling' betrokken worden.

Daarom is de simpele suggestie van Peters en De Water 'eigen risico dragen' een knappe, ook voor de specialisten en assuradeuren aanvaardbare vondst. En dan liefst collectief, met een centraal 'verificatie-bureau' dat dan in de plaats komt van het onafhankelijke schadebeoordelings- en schaderegelingsinstituut dat de assurantiegroep eerst beloofde en toen weer inslikte.

De Ziekenhuisraad kan hier baanbrekend werk doen en de wetgever bij wet op de 'ziekenhuisvoorzieningen' ook. Mijn gedachten gaan uit naar een instantie, die ook geoutilleerd is voor de behandeling van klachten en geschillen, liefst met mogelijkheid van arbitrage of bindend advies, zodat eindeloze procedures vermeden worden. Natuurlijk is het thans altijd mogelijk een beroep te doen op de Raad van Toezicht op de schadeverzekering, waaraan al een 'ombudsman voor de levensverzekering' en een klachtenbureau voor de schadeverzekering verbonden is (Groot Hertoginnelaan 6-8 in den Haag). In die Raad van Toezicht zitten ook vooraanstaande figuren uit de artsenwereld, terwijl het voorzitterschap bekleed wordt door een van de Raadsheren uit de Hoge Raad.

Waar Peters en De Water beiden nauw bij de Ziekenhuisraad betrokken zijn, verdient het aanbeveling, dat zij die Raad stimuleren tot verdere uitwerking van de door hen in MC gepubliceerde 'collectiveringsplannen', waarbij uiteraard het COZ nauw betrokken zal moeten worden.

Naarden, 30 april 1978

Willem Schuurmans Stekhoven

DE ROKENDE ZUSTER

Graag zou ik willen reageren op het praktijkperikel in MC nr. 14/1978, pag. 442, getiteld 'De rokende zuster', waarin een collega signaleert dat een ziekenhuisdirectie het roken aan verplegend personeel heeft moeten toestaan.

Dat roken slecht is voor de gezondheid is voldoende aangetoond. Dat mensen, medici en zusters, blijven roken is ook bekend. En ik begrijp niet, hoe de inzender-collega met het probleem worstelt. Zou men werkelijk ouders het roken niet kunnen ontraden, wanneer arts en zuster roken? Men kan hen en hun kinderen toch vertellen dat er ook domme dokters en zusters zijn?

Wanneer een directie roken tolereert, zal zij er wellicht dringende redenen voor hebben. Aangezien de inzender zelf twee argumenten bekend maakt, kan men vermoeden dat hij wellicht zelf een ziekenhuisdirecteur is, die – gefrustreerd – nu de publieke opinie wil mobiliseren. Welke argumenten voert hij overigens aan? Verpleegsterstekort: Dat leidt tot

overbelasting. Zusters in de nachtdienst, bij een minimale personele bezetting en daardoor een grotere verantwoordelijkheid, mogen en kunnen vaak gedurende acht à negen uren niet van de afdeling af (Mag dat van de Arbeidsinspectie?). Het (te) vele werk moet goed worden verricht, alle acute problematiek komt daar bovenop en tegenover de patiënten moet men een goed humeur handhaven. Dit zijn omstandigheden waarin de mens naar de sigaret grijpt om overleefd te blijven. Begrijpelijk, niet sterk, wel menselijk. En zouden die zusters op de afdelingen ketting-gewijs roken of betreft het een incidentele sigaret?

Brandgevaar: Een bekend gevaar is half bedwongen. Zou overigens alleen de leerling stiekem roken en de gediplomeerde verpleegster niet? Wie heeft ooit meegemaakt, gehoord of gelezen, dat in acute of zelfs rustige perioden een ziek kind door een rokende dokter of zuster wordt verzorgd? Stelt u het zich eens voor: de dokter verricht pleura- of lumbaalpunctie en de zuster geeft een injectie of een zetpil met de sigaret bungelend tussen de lippen, de as vallend tussen de lakens. Ik heb dit nog niet meegemaakt.

In vele opzichten gaat de dokter de zuster voor. Ook bij het roken. Zou die directie het roken alleen aan de zusters toestaan, en niet aan de dokters? Maar artsen kunnen gemakkelijk de afdeling verlaten, omdat de zusters er blijven.

Zouden de oplossingen voor het perikel, met name verpleegsters, aparte ruimten voor de zusters, goede brandinstructies, helpen? Dat valt te betwijfelen. Roken is een kwaad als vele andere. Het is genot met gevaar. En daardoor onuitblusbaar. Dat heeft het met prostitutie, alcoholisme,

te veel eten, door rood rijden en nagelbijten gemeen. Daar helpt geen Landelijke Verordening tegen. Het verdient de voorkeur kwaad met standvastigheid, strengheid en noblesse te bestrijden. Maar ziekenhuisdirecteuren kunnen zich dat alles niet veroorloven. Ze knopen vele eindjes aan elkaar. Ze zoeken niet één modus vivendi.

Amsterdam, 26 april 1978

R. W. Griffioen, kinderarts

ANONIMISERING UITSPRAAK MEDISCH TUCHTCOLLEGE

In MC nr. 15/1978 publiceert u op blz. 465 en 466 een tweetal uitspraken van een Medisch Tuchtcollege. De plaats van handeling en de namen van klagers en beklagde worden, zoals gebruikelijk en gepast is, slechts met symbolen aangegeven. Tot mijn verbazing echter wordt een assisterende arts compleet met landsaard en achternaam vermeld. Deze man wordt niets ten laste gelegd, maar wordt door uw publikatie nu wel in het openbaar verbonden met een medisch handelen dat blijkens de uitspraak niet door de beugel kon. Ik ben van mening, dat u hier onzorgvuldig handelen verweten kan worden.

Ik word in deze mening versterkt door de publikatie van dezelfde uitspraak in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1978, blz. 609/610, waarin de naam van de betrokken assistent eveneens door een symbool is vervangen, ook al wordt hier ook de, mijns inziens volstrekt irrelevante, landsaard vermeld.

Ik zal gaarne uw mening in deze vernemen. Ik heb er uiteraard geen bezwaar tegen, indien u uw reactie in het openbaar zou willen geven.

Nijmegen, 1 mei 1978

Dr. E. J. C. Lubbers, chirurg

Naschrift

De inhoud ter publikatie aangeboden aan Medisch Contact van een uitspraak van een Medisch Tuchtcollege valt volledig onder de verantwoordelijkheid van het betreffende college. Het is niet juist dat de redactie – behoudens kennelijke onzorgvuldigheden in de formuleringen – veranderingen in de tekst aanbrengt. De in de uitspraak vermelde assisterende arts valt niet onder enige wettelijke regeling voor zover het de anonimisering betreft, omdat hij in het geding geen aangeklaagde was, en is niet ten onrechte met naam en toenaam vermeld. Er is dus geen sprake van onzorgvuldig handelen, noch van de zijde van het college noch van de zijde van de redactie.

'De Drie Lichten' – De Stichting 'De Drie Lichten' nodigt gegadigden uit vóór 1 juni 1978 hun aanvragen in te dienen bij haar secretaris, Prof. Dr. A. Schaberg, Pathologisch Laboratorium, Wassenaarseweg 62, Postbus 9603, 2300 RC Leiden. Steun kan worden verleend aan Nederlandse artsen ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek op medisch gebied. Zulk een steun betrefte bij voorkeur levensonderhoud van hen, die een onderzoek zouden willen verrichten, doch daarvan door financiële omstandigheden worden weerhouden. Daarnaast bestaat de mogelijkheid gelden ter beschikking te stellen voor te maken onkosten, exclusief apparatuur. Voorts kan worden overwogen iemand in de gelegenheid te stellen hulppersoneel in dienst te nemen. De aanvragen dienen een nauwkeurige omschrijving te geven van de doelstelling en vergezeld te gaan van aanbevelingen.

Registratiegraad SMR bijna 100% – De deelneming van de Nederlandse ziekenhuizen aan de landelijke medische registratie nadert de 100%, waarmee een voor West-Europa en zelfs voor de hele wereld uniek te achten registratiegraad is bereikt. Volledige registratie maakt het mogelijk het totale gebruik van ziekenhuizen per gebied en per bevolkingsgroep te meten en te beoordelen. In dit verband wordt er in SMR-Nieuws, uitgave van de Stichting Medische Registratie, januari-februari 1978, op gewezen dat lange tijd en vaak ten onrechte de indruk is gewekt dat de gegevens van de medische registratie voor het beleid onvoldoende toegankelijk zijn. Het tegendeel is echter waar. De te verwachten aanzienlijke toeneming van het gebruik van SMR-gegevens vraagt om een krachtiger organisatie van de berichtgevers. De 'closed shop'-gedachte, ten grondslag liggend aan de weigering nuttige gegevens open te stellen, heeft – aldus SMR-Nieuws – zichzelf overleefd; zij is niet in overeenstemming te brengen met de doelstelling van de gezondheidszorg. Meer nadruk zal daarom moeten worden gelegd op de inschakeling van deskundigen die in staat zijn namens de berichtgevers (ziekenhuizen en medische staven) op voldoende niveau het gebruik en de interpretatie van de beschikbaar komende gegevens kritisch te begeleiden. Hier ligt een taak voor de organisaties in het ziekenhuiswezen.



Een afscheid en een zilveren jubileum binnen Domus Medica

Binnen de Domus Medica, het bestuursgebouw van de KNMG te Utrecht, hebben de activiteiten in de eerste helft van deze maand voor een belangrijk deel in het teken gestaan van twee gedenkwaardige gebeurtenissen: het afscheid van Drs. P. Brandes, secretaris-econoom van de KNMG, alsmede het zilveren dienstjubileum van mevrouw A. J. Lindeman-Hermanides.

Tijdens een feestelijke receptie werd dinsdag 16 mei afscheid genomen van Drs. P. Brandes, die wegens het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd zijn functie moest neerleggen. Hoogtepunt daarbij was ongetwijfeld de bekendmaking door de regionaal inspecteur voor de Volksgezondheid, W. J. A. Oostendorp, van de benoeming van de heer Brandes tot ridder in de Orde van Oranje Nassau (foto boven). In aanwezigheid van vele KNMG-prominenten, gasten en medewerkers werd de heer Brandes toegesproken, achtereenvolgens door Maatschappij-voorzitter Ch. J. Maats, de voorzitter van de Ziekenfondsraad H. Berends, LHV-voorzitter J. W. Jacobze, namens de besturen van de Maatschappelijke Verenigingen, alsmede secretaris-generaal J. Diepersloot, namens alle KNMG-medewerkers. In een volgend nummer van MC komt de redactie uitvoerig terug op het afscheid van de heer Brandes.

Op woensdag 10 mei werd het zilveren dienstjubileum van KNMG-telefoniste mevrouw A. J. Lindeman-Hermanides eveneens gevierd met een feestelijke receptie. Ook bij die gelegenheid deed KNMG-voorzitter Ch. J. Maats zich kennen als een begaafd feestredenaar. Hij prees mevrouw Lindeman om haar toewijding en trouw en herinnerde er zijn gehoor aan dat de jubilarisse in de loop van de voorbije vijftientig jaar zo'n anderhalf miljoen telefonische contacten moet hebben gelegd. Alle gelukwensen aan het adres van mevrouw Lindeman werden extra geaccentueerd met vele bloemen en speciale geschenken, waaronder een gouden collier dat de KNMG-voorzitter haar onder toezien oog van de secretaris-generaal (op de foto midden) overhandigde.



Voorgeschiedenis medische rechtspraak

Bij de herdenking dit jaar van het 75-jarig bestaan van de interne rechtspraak van de Maatschappij Geneeskunst en van het 50-jarig bestaan van de Medische Tuchtwet is het goed voor ogen te houden dat het maar weinig heeft gescheeld of reeds vele jaren eerder was sprake geweest van een medische rechtspraak, indien men daaronder verstaat rechtspraak op basis van bijzondere, uitsluitend voor medici geldende regelingen.

Wet van Thorbecke

In het wetsontwerp dat heeft geleid tot de nog steeds van kracht zijnde wet uitoefening geneeskunst van 1865 was aanvankelijk de volgende strafbepaling (artikel 20) opgenomen¹: 'Bij gewigtige voor hunne zieken schadelijke of gevaarlijke misslagen, bij wangedrag of onzedelijkheid, of bij verzaking van hunnen eed of belofte van geheimhouding, kan aan de geneeskundigen op klagte van den inspecteur en op vordering van het openbaar ministerie hunne bevoegdheid tot uitoefening door de arrondissementsrechtbank worden ontzegd voor den tijd van eene maand tot één jaar. In geval van herhaling kan die bevoegdheid hun voor altijd worden ontnomen. Deze bepaling is ook op de vroedvrouwen toepasselijk.'

In de Memorie van Toelichting wordt volstaan met de opmerking, dat een bepaling waardoor aan geneeskundigen die als zodanig gevaarlijk zijn voor de maatschappij de bevoegdheid tot uitoefening van hun beroep kan worden ontnomen moeilijk kan worden gemist, maar dat anderzijds in die bepaling voldoende

door *Mr. W. B. van der Mijn*



De auteur is secretaris-jurist van de KNMG.

waarborgen gegeven moeten worden tegen overijling en tegen partijdigheid. Deze waarborgen liggen voldoende, aldus de Memorie van Toelichting, 'in de klagt van den geneeskundig inspecteur, die een verantwoordelijk ambtenaar is, in de vordering van het openbaar ministerie en in het oordeel eindelijk der arrondissementsrechtbank'. In het Voorlopig Verslag der Tweede Kamer werd echter op deze bepaling ernstige kritiek geuit. Men achtte deze bepaling veel te gestreng en die overdreven gestrengheid kon geen ander gevolg hebben dan dat óf de wet onuitgevoerd bleef, óf haar toepassing tot allerlei hardheid en onrechtvaardigheid leidde. Ofschoon er leden waren die met dit artikel vrede hadden (en zich daarbij beriepen op plattelandsgemeenten waar de enige geneesheer die de ingezetenen te hulp kunnen roepen gewoonlijk in staat van dronkenschap verkeert), hield de meerderheid het ervoor dat de bepaling geheel onaannemelijk was. 'Misslagen of

verzuimen, door eenen geneeskundigen gepleegd, z'jn', zei men, 'geen onderwerp van de kennisneming dan regters. Het regterlijk oordeel schiet daarbij te kort, ook zelfs wanneer het door deskundigen wordt voorgelicht. De zaak kon en moest aan de contrôle van het publiek worden overgelaten, behalve voor het geval van eedsverzaking, waarin artikel 378 van den Code Pénal voorziet². Wilde men dit niet-dan zou niets anders overschieten dan ook³ voor den geneeskundigen stand raden van discipline in te stellen.'

In deze gedachte zag Thorbecke, de ontwerper van de wetten van 1865, geen heil: 'Het denkbeeld, om voor de geneeskundigen raden van discipline in te stellen, is ook bij die Staatscommissie (van 1848) opgekomen, doch zij liet het spoedig varen, omdat de ondervinding, welke die raden bij de advocaten hebben geleverd, de ondoelmatigheid heeft doen kennen.' De Memorie van Antwoord zegt verder: 'Waarom zou het regterlijk oordeel, door deskundigen voorgelicht, hier meer te kort schieten dan in zovele andere gevallen, waarin de regter te beslissen heeft? Het verslag wenscht de zaak geheel aan de contrôle van het publiek over te laten. Zal het oordeel van het publiek juist zijn dan dat van den regter, wien voorlichting van verschillende zijden ten dienste staat? Dat oordeel van het publiek zou den geneeskundige ook niet beletten, zijne onwaardige handelswijze elders voort te zetten, waar hij nog onbekend is. Het regterlijk oordeel geeft zeker ook grooteren waarborg voor onpartijdigheid, dan dat van het administratief gezag, of van eenen raad van discipline, uit kunstgenooten

zamengesteld.'

Thorbecke heeft het in het parlement niet gehaald. Het artikel is geschrapt. Het toezicht op de geneeskundigen, anders dan voor wat betreft de naleving van wetten en verordeningen, werd derhalve, ook als het gaat om misstanden, nagenoeg geheel aan het Staatstoezicht⁴ onttrokken. Daarbij heeft ook de overweging een rol gespeeld dat inmiddels een beroepsorganisatie van artsen, de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst tot bloei was gekomen, die zich mede ten doel stelde toezicht te houden op de gedragingen van de beroepsgeenoten. Thorbecke zelf zag het eigenlijk ook zo: 'Is het noodig dat toezigt gehouden wordt over de uitoefening van de praktijk, welnu, dat de medici zelve zoodanig toezigt organiseren.'

In het in 1886 totstandgekomen Wetboek van Strafrecht is overigens wel in het algemeen de mogelijkheid geopend bij bepaalde misdrijven als bijkomende straf op te leggen ontzetting van het recht tot uitoefening van bepaalde beroepen. Voor de arts is van belang dat deze mogelijkheid bestaat bij veroordeling op grond van artikel 251 Wetboek van Strafrecht (abortus) of op grond van artikel 307 (dood door schuld) en artikel 308 (zwaar lichamelijk letsel door schuld). Ontzetting van het recht het beroep van arts uit te oefenen is niet mogelijk bij het misdrijf van artikel 228 (afgeven van valse geneeskundige verklaringen) en bij artikel 272 (schending van het beroepsgeheim). De duur van de ontzetting is ingevolge artikel 31 W.v.Str. bij levenslange gevangenisstraf voor het leven, bij tijdelijke gevangenisstraf of hechtenis tenminste 2 jaar en ten hoogste 5 jaar meer dan de duur van de hoofdstraf, en bij geldboete tenminste 2 en ten hoogste 5 jaar.

Interne rechtspraak

De Maatschappij verrichtte aanvankelijk haar toezichhoudende taak vrijwel geheel op afdelingsniveau, waardoor er weinig van bekend is geworden. In zijn bijdrage tot het Gedenkboek 1849-1949 onder de titel 'De medische ethiek en de Maatschappij' vermeldt Dr. J. J. Brutel de la Rivière enkele voorvallen in afdelingen, welke

overigens naar zijn mening wel illustreerden dat de Maatschappij over weinig middelen beschikte om de medische ethiek te handhaven en dat het ontbreken van tuchtmiddelen ook niet als een ernstig gemis werd gevoeld. Er kwam echter een verandering toen de noodzaak ging ontstaan van een doelmatige behartiging van de maatschappelijke belangen der leden en de zwaardere strijd om het bestaan juist noopte tot het vaststellen van gedragsregels en tot het hebben van de mogelijkheid op te treden tegen hen die deze gedragsregels overtreden. Voor de versterking van de verdediging der beroepsbelangen worden dan naast een weerstandskas en bindende besluiten tuchtmiddelen nodig geacht. Nadat de afdeling Amsterdam was voorgegaan door al in 1888 een Raad van Discipline in te stellen zijn tenslotte bij de organisatie van de Maatschappij in 1903 en bij huishoudelijk reglement afdelingsraden ingesteld, aan wie de toepassing van de tuchtmiddelen in handen wordt gegeven. Brutel tekent hierbij aan: 'In overeenstemming met hetgeen in het buitenland viel op te merken, wordt ook hier ter versterking van het optreden naar buiten een krachtiger interne discipline noodzakelijk geacht.' Het was dus vooral het belang van de artsenstand zelf waarvoor de interne rechtspraak in het leven werd geroepen, al heeft deze rechtspraak, gelet op de lovende woorden die bij de totstandkoming van de Medische Tuchtwet in 1928 daaraan zijn gewijd, ongetwijfeld al vanaf het begin een uitstraling gehad naar het algemeen belang⁵.

De taak van de afdelingsraden was tweeledig, die van bemiddeling en toezicht en die van sociaal onderzoek en advies, terwijl later ook werd opgedragen de sociaal-geneeskundige vraagstukken te bestuderen. Wat de eerste taak betreft, gaf het huishoudelijk reglement van 1903 als omschrijving 'kennisneming en beoordeling van geschillen tussen de leden onderling en tussen leden en derden en het houden van toezicht op intercollegiale gebruiken en toestanden', terwijl de raad bevoegd werd verklaard op te treden tegen een lid dat handelingen heeft verricht strijdig met de waardigheid van de geneeskundige stand. Het is overigens opmerkelijk, gezien de eerdere

opmerking van Brutel, dat daaraan pas in 1907 werd toegevoegd: 'het zich gedragen in strijd met de belangen van de stand' en pas in 1915: 'het zich gedragen in strijd met de belangen van de Maatschappij'. Pas in 1952 wordt toegevoegd de norm 'onderminning van het vertrouwen in de geneeskundige stand'⁶.

Beroep tegen beslissingen van afdelingsraden stond aanvankelijk open bij het hoofdbestuur, in 1908 werd de Raad van Beroep ingesteld. Het aantal artikelen betreffende de rechtspraak, aanvankelijk acht, onderging steeds meer uitbreiding vanuit de behoefte de rechtszekerheid voor de leden en een goede procesgang te waarborgen.

Medische Tuchtwet

Op 31 januari 1925 wordt het ontwerp Medische Tuchtwet bij de Tweede Kamer der Staten-Generaal ingediend. Daarbij werd de instelling geregeld van medische tuchtcolleges en een Centraal College, die de bevoegdheid verkregen om op basis van in de wet genoemde normen aan een arts, tandarts of vroedvrouw een tuchtmaatregel op te leggen (pas sedert 1951 is de wet ook op apothekers van toepassing). In de Memorie van Toelichting wordt er op gewezen dat niet kan worden volstaan met de interne rechtspraak van de KNMG, hoe goed deze ook heeft gewerkt en hoeveel waardering ook bestaat voor het door een particuliere organisatie genomen initiatief. Immers, niet alle medici zijn lid van deze organisatie en bovendien is haar macht te beperkt: ontzegging van het lidmaatschap is het ultimatum remedium. Het belang van de samenleving eist, aldus de Memorie van Toelichting een hoog peil van beroepsuitoefening, terwijl bovendien wordt opgemerkt 'dat de opleiding der medici onder de hoede der regering jaarlijks beduidende bedragen vordert van de schatkist van het Rijk en dat reeds jarenlang onze universiteiten een toenemend aantal medici afleveren, voor wie de strijd om het bestaan al zwaarder wordt', zodat niet meer betoogd zal behoeven te worden 'dat en waarom de Overheid een roeping heeft met betrekking tot het peil van de medische stand'. Voorziening door de wetgever wordt nodig geacht om desnoods de bevoegdheid tot uitoefening van de

geneeskunst te kunnen ontzeggen. Het wetsontwerp heeft naast instemming ook veel kritiek opgeroepen, zowel wat betreft de inhoud als de redactie van de artikelen. Van Eyk en Verstegen (Arts en wet 1929) spreken over een weinig geslaagd ontwerp van het zogenaamde 'tuchtwetje'. Ook Schuurmans Stekhoven (toen al) haalde fel uit tegen het wetsontwerp, ingediend door Mr. Aalberse, later de eerste voorzitter van het Centraal Medisch Tuchtcollege en in 1926 benoemd tot erelid van de KNMG. Het wetsontwerp heeft tijdens de parlementaire behandeling vele wijzigingen ondergaan – zo werd pas later het Gerechtshof als beroepsinstantie aangewezen als het gaat om boete, schorsing of ontzegging – en is tenslotte mede door Mr. Donner als minister van Justitie, later president van de Hoge Raad, door de beide Kamers der Staten-Generaal geloodst. Aan vele bezwaren is overigens later tegemoet gekomen door het *Medisch Tuchtreglement* van 31 oktober 1929, dat vele bepalingen bevat die eigenlijk in de wet zelf hadden moeten worden opgenomen.

Houding KNMG

Hoe heeft de KNMG zich tegenover de Medische Tuchtwet opgesteld? Aanvankelijk heeft de KNMG adhesie betuigd; de wenselijkheid van een wettelijke regeling werd door haar onderschreven. Bovendien, wat de samenstelling der colleges betreft, kon de KNMG zich goed vinden in de bepaling dat de colleges zouden bestaan uit vier geneeskundigen en één rechtsgeleerde, waarbij in de Memorie van Toelichting werd gesteld dat 'de leiding van de colleges zij in handen van een geneeskundige, omdat het steeds zal gaan om een onderzoek naar en een oordeel over medische handelingen, waartoe de voorzitter in de eerste plaats in staat moet zijn.' Bij nadere Nota van Wijzigingen van 26 april 1928 werd het ontwerp echter gewijzigd in die zin dat de rechtsgeleerde als voorzitter werd aangewezen, volgens de toelichting 'wijl daarvan de beste waarborg wordt gegeven voor een behandeling die aan alle eischen van recht voldoet'. Dat vond de KNMG onaanvaardbaar. Bij het begin van de openbare behandeling in de Tweede Kamer

wordt mededeling gedaan van een adres van de KNMG van 4 mei 1928, 'houdende het verzoek het ontwerp van wet niet aan te nemen, tenzij daarin het voorzitterschap der colleges aan een geneeskundige wordt toegewezen, of althans dit voor de colleges in eerste aanleg geschiedt'. Tijdens de behandeling ontspon zich een fel debat tussen de inmiddels Kamerlid geworden Mr. Aalberse en de minister van Justitie, Mr. Donner, waarbij de goede trouw jegens de KNMG het hoofdthema was. De jurist als voorzitter is niettemin gehandhaafd, nadat een amendement van Mr. Aalberse om de jurist in plaats van voorzitter secretaris te maken, met 34 tegen 31 stemmen was verworpen⁷.

Na de totstandkoming van de wet heeft de KNMG zich beraden over de gevolgen daarvan voor de Maatschappij-rechtspraak. Een daartoe ingestelde commissie kwam tot de conclusie, dat men de vraag 'of deze burgerlijke rechtspraak onze eigene overbodig maakt en kan vervangen' ten opzichte van zeer veel der voorkomende klachten en geschillen bevestigend zou mogen beantwoorden. Zij was evenwel van mening dat de Tuchtwet niet het gehele terrein waarover de Maatschappij-rechtspraak zich uitstrekt, bestrijkt en dat daarom de *eigen rechtspraak nodig* bleef. Wel werd in het huishoudelijk reglement een bepaling opgenomen dat aan de afdelingsraden de mogelijkheid bood bij klachten van ernstige aard van verdere bemoeienis af te zien en de klager te verwijzen naar het medisch tuchtcollege. Overigens is in 1952 deze bepaling weer gewijzigd in die zin dat de raad niet van verdere bemoeienis afziet maar de klager aanbeveelt zich tevens te wenden tot het medisch tuchtcollege. Het woord 'tevens' is later echter weer geschrapt.

Hoofdmomenten

De beide vormen van medische rechtspraak zijn voortdurend in beweging geweest, vooral in de laatste vijftientig jaar. In vogelvlucht kunnen de volgende gebeurtenissen worden vermeld:

1953. Instelling van de Staatscommissie-De Gaay Fortmann, die tot opdracht kreeg voorstellen te

doen tot herziening van de Medische Tuchtwet. Het door deze commissie in 1956 uitgebrachte rapport heeft geleid tot een departementaal voorontwerp van 1964, dat echter niet bij het parlement is ingediend.

1958. In de KNMG-rechtspraak wordt aan afdelingsraden de bevoegdheid gegeven gebruik te maken van de diensten van een jurist, door het HB daartoe benoemd, terwijl ook klager en aangeklaagde zich door een advocaat mogen laten bijstaan. Zelden heeft een aspect van de rechtspraak zoveel emoties opgeroepen als deze bepaling. In de Algemene Ledenvergadering van 20 december 1958 (MC 1959, p. 112 e.v.) wordt gesproken over 'een historisch moment in onze Maatschappij'. De voorstellen van het hoofdbestuur werden door diverse sprekers beschouwd als een aanval op de kwaliteit van het werk van de afdelingsraden, terwijl van een jurist niet veel goeds werd verwacht. De voorstellen worden niettemin aanvaard.

1967. Instelling van de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening, die opnieuw opdracht krijgt ook voorstellen te doen tot herziening van de medische tuchtwetgeving. Het in 1973 uitgebrachte rapport, dat met name ten aanzien van de positie van de particuliere klager vóór strekkende voorstellen inhoudt, is op dit moment de basis voor een in voorbereiding zijnde nieuwe wet.

1968. Publikatie van het rapport van de Commissie herziening KNMG-rechtspraak (MC 1968, p. 85 e.v.), waarin onder meer wordt voorgesteld de 68 afdelingsraden te vervangen door 20 districtsraden, waaraan een jurist als adjunct-secretaris wordt verbonden. In de Raad van Beroep krijgt een jurist als gewoon lid zitting. Verder bevat het rapport talrijke voorstellen tot verbetering van de rechtsgang. Deze voorstellen zijn in een wijziging van het huishoudelijk reglement verwerkt, welke met ingang van 1 januari 1970 in werking is getreden.

1972. Bij de wet van 15 mei 1972, Stb. 394, komt een wijziging van de Medische Tuchtwet tot stand, waarbij een grotere openheid in de medische tuchtrechtspraak wordt ingevoerd. Op

sommige punten gaat die openbaarheid naar de mening van de KNMG te ver, zoals zij aan de regering heeft laten weten. Deze wijzigingswet is met ingang van 1 augustus 1974 in werking getreden⁸.

De voorgeschiedenis van de medische rechtspraak en de gebeurtenissen daarna tonen aan welke belangrijke bijdrage deze rechtspraak in preventief en repressief opzicht beoogt te leveren aan de handhaving van een hoog niveau van beroepsuitoefening. Moge deze bijdrage ook in de toekomst behouden blijven.

Literatuur

1. Handelingen Tweede Kamer 1863-1864, bijlage blz. 296.
2. Thans artikel 272 Wetboek van Strafrecht.
3. Het woord 'ook' slaat op advocaten, voor wie van overheidswege een reglement van orde en discipline was vastgesteld bij Koninklijk Besluit ter uitvoering van de Wet op de rechterlijke organisatie van 1827.
4. Het Staatstoezicht op de Volksgezondheid was geregeld in een andere wet van 1865, thans in de Gezondheidswet 1956.
5. Ook J. F. Rang (Medisch Tuchtrecht in Boekenreeks NJB 1975/2, wijst erop dat de KNMG met de eigen tuchtregeling wel degelijk naast het eigen belang van de organisatie, mede het algemeen belang dient (p. 104).
6. In zijn boek 'De praktijk van het medisch tuchtrecht' stelt D. Sanders dat door deze toevoeging de KNMG meer rechtspraak tot zich toetrokt dan haar toekomst, welke opvatting door mij is bestreden in de recensie van zijn boek in MC 1967, p. 647. Ook Rang (a.w. p. 109) komt tot 'de slotsom dat de ondermijning van het vertrouwen in de geneeskundige stand terecht in de KNMG-regeling is opgenomen'.
7. In een 'In Memoriam' bij het overlijden van Aalberse in 1948 (MC 1948, p. 625) wordt hem de uitspraak in de mond gelegd dat zijn mening destijds verkeerd was geweest en dat de thans geldende regeling de beste was.
8. Zie MC 1974, p. 909 e.v.

LHV-basiskeuring

Collega W. H. F. Klokke uit Amsterdam gaat hieronder nader in op het LHV-basiskeuringsformulier, bedoeld als 're-minder' voor de belanghebbenden.

Het LHV-basiskeuringsformulier, ontworpen met het doel een normering van de keuringsprocedure tot stand te brengen, heeft in de loop der jaren bewezen hieraan goed te voldoen. Het voordeel, dat zowel de huisarts als de bedrijfsarts een formulier ter beschikking heeft waarin door de eigen beroepsorganisatie een keuringsnorm werd vastgelegd, heeft veel artsen aangesproken. Ook voor opdrachtgevers strekt het zakelijk bezien ten voordeel dat een keuring, waar ook in Nederland aan een arts opgedragen, van vastgestelde omvang en diepgang zal zijn. Dat hiermede tevens een eind was gekomen aan de eindeloze tariefmoeilijkheden was een bijkomend effect, dat de reputatie van het basiskeuringsformulier zeer ten goede kwam.

Wellicht ten overvloede zij hier gememoreerd, dat de keuringsadministratie omvat:

1. Het *A-formulier* (lichtblauw), een vrij omvangrijke anamneselijst, door der tijd betrokkene zelf in te vullen. In de loop dertijd is deze lijst voortdurend aangepast aan wensen uit de gebruikerskring. Door het bijzondere typografische ontwerp is het zeer efficiënt: het is snel invulbaar en afwijkende gegevens springen in het oog; Men ziet niet vlug iets over het hoofd.

2. Het *B-formulier* (geel), het onderzoekformulier, bestemd voor:

- eigen administratie; of eventueel:
- medisch adviseur.

Het is zeer overzichtelijk en het laat een snelle beoordeling toe.

3. Kaart voor resultaatmelding en administratie. Deze kaart bestaat uit drie delen, elk van briefkaartformaat, die respectievelijk bestemd zijn voor:

- a. het melden der keuringsuitslag aan opdrachtgever (deze kaart bevat geen medische gegevens);
- b. declaratie aan opdrachtgever (men kan bij bestelling verzoeken kaarten met voorbedrukte keuringskosten te leveren);
- c. de eigen administratie. Men kan op deze kaart de belangrijkste keuringsbevindingen en de administratieve gegevens noteren.

Collegae die in de gelegenheid zijn de basiskeuring in hun werk in te voeren wordt dit ten algemene nutte aanbevolen. De formulieren zijn verkrijgbaar bij Uitgeverij F. van Rossen, Laurierstraat 246, Amsterdam, tel. 020-24 58 03.

Periodiek geneeskundig onderzoek

Hoewel over het PGO de acten nog verre van gesloten zijn, wordt uit de patiëntenkring en vanuit het bedrijfsleven steeds meer aandrang uitgeoefend dergelijke keuringen ('check-ups') te verrichten. Het B-formulier is zodanig ingericht dat men daaraan een bruikbare leidraad heeft.

Rijbewijskeuring

Na overleg met de artsen van het Centraal Bureau voor de afgifte van Rijvaardigheidsbewijzen is een formulier tot stand gekomen, waarin ook de ervaringen van het Centraal Bureau zijn verwerkt en dat is aangepast aan bepaalde verkeersdesiderata. Het formulier heeft de omvang van één bladzijde en heeft de typografische verzorging van het basiskeuringsformulier. Het is bestemd voor de eigen administratie en/of voor de huisarts van de gekeurde. Het is verkrijgbaar bij Uitgeverij F. van Rossen, Laurierstraat 246, Amsterdam, tel. 020-24 58 03.

De verzekeringsgeneeskundige als zondebok

Verontrustende publiciteit naar aanleiding van een uitspraak van Prof. Muntendam

Prof. Muntendam heeft het gezondheidscentrum in Noordwolde geopend. In zijn toespraak wees hij er op dat het instituut van de gezondheidscentra, in Nederland tien jaar geleden nog onbekend, tot stand is gekomen dank zij talrijke initiatieven van het Nederlandse Huisartsen Genootschap. 'De gezondheidscentra kunnen slechts daar worden opgericht waar de plaatselijke bevolking er zelf voor voelt. Het moet dus niet opgedrongen worden, er gaat een stuk voorlichting aan vooraf. Dat het initiatief van de huisartsen uitgaat is hiermee niet in strijd, integendeel. Het bewijst, dat de huisartsen voelen dat zij door een bepaalde organisatievorm het rendement van hun werk in het belang van de bevolking in hun regio verhogen.' In het wijkgezondheidscentrum werken de plaatselijke huisartsen samen waarbij zij onmisbare steun krijgen van de wijkverpleegkundige en de maatschappelijke werker. Iedereen in dit team stelt zich open voor de ander, aanvaardt kritiek, accepteert de extra belasting van overleg en evaluatiebesprekingen om het mogelijk te maken 'dat iedere hulpzoekende de gelegenheid heeft zijn problemen met de arts, functionerend in zijn integrale en continue samenwerkingsverband, te bespreken'. Prof. Muntendam dringt er bij de overheid op aan de zo noodzakelijke financiële steun (de voorlopige vijfjarige stimuleringsregeling loopt dit jaar af) voor de toekomst een vaste basis te geven. In deze toespraak (negen pagina's) wijst Prof. Muntendam op de wenselijkheid de grenzen tussen gezondheidszorg en welzijnszorg niet

door Dr. J. Th. H. Grond

De heer Grond is adviserend chirurg van het Gemeenschappelijk Administratie Kantoor.

scherp te trekken. In dit verband wijdt hij elf regels aan de verzekeringsartsen. Het zijn deze elf regels die de landelijke pers met grote koppen hebben gehaald. 'Controle-artsen grote verspillings!' 'Het leger verzekeringsartsen . . . , die geen bijdrage hebben kunnen leveren aan een daling van het verzuimcijfer.' Tegen deze stellingen zou wel iets aan te voeren zijn. Het leger cardiologen heeft geen bijdrage kunnen geven aan de daling van de cijfers over het optreden van cardiovasculaire aandoeningen, zomin als de oncologen het morbiditeit- en mortaliteitscijfer van de kwaadaardige aandoeningen hebben doen dalen. Zouden deze cijfers zonder hun bijdrage hoger zijn geweest? En kan dit misschien ook van de verzekeringsgeneeskundigen worden gezegd? Ik heb weinig behoefte met collega Muntendam in discussie te gaan over zijn *lapidaire uitspraak*. Hij mag verwachten dat ik op de hoogte ben van zijn gedachten over de menigte factoren die de veranderde mens in de veranderde maatschappij tot verzuim van arbeid brengen. In het interimrapport van de commissie Bestudering Ontwikkeling Ziekteverzuim ('de commissie-Muntendam') worden de vele maatschappelijke, sociaal-politieke, sociaal-psychologische en medische

oorzaken hiervan opgesomd en toegelicht. En ook bij de medische oorzaken zijn het met name niet de verzekeringsgeneeskundigen die de zwarte piet toegeschoven krijgen (MC nr. 25/1972, blz. 687).

Het is merkwaardig om te zien hoe een autoriteit wordt geciteerd. In zijn betoog getuigt hij van een prijzenswaardige ontwikkeling binnen de gezondheidszorg en doet hij een appèl op de regering om het continueren van deze belangrijke ontwikkeling veilig te stellen. Dit betoog is geen kop waard. Het wordt een appendix van enkele zinnen die hij bij een vergelijking heeft willen gebruiken. Deze zinnen worden correct geciteerd naar de woorden. Maar is daarmee alles wat hij in zijn leven heeft betoogd en gepubliceerd over de problematiek van de sociale wetgeving uitgewist?

Paniek

Werkelijk verontrustend wordt deze publiciteit als men er de graagte in herkent een zondebok te vinden voor een verontrusting die panische vormen gaat aannemen: 'Het mag dan waar zijn dat Nederland in zijn sociale wetgeving aanvankelijk in Europa is achtergebleven, na de tweede wereldoorlog is er een stelsel van sociale verzekeringen tot stand gekomen dat uniek genoemd moet worden. De sociale zekerheid is binnen handbereik. Een weg terug is er niet. Nu de kostenstijging onrustbarend gaat worden, nu er gesproken wordt over grenzen aan de solidariteit te stellen, moet de schuldige gezocht worden die dit unieke bouwwerk zit te ondermijnen. Natuurlijk is dat de misbruiker, de

profiteur. Maar die had onmaskerd moeten worden, zoals dat ook vroeger door de controlerend geneeskundige gedaan werd. De tegenwoordige verzekeringsgeneeskundige is daar helaas te slap voor en te ongeïnteresseerd.'

Ik neem aan dat de meeste artsen – zoals ook de meeste journalisten – zich niet met deze *simpele verklaring* afmaken van de problemen die de uitvoering van de sociale verzekering in Nederland oproept en zal blijven oproepen. Want de verzuimcijfers zullen blijven stijgen ondanks de bijdrage van de verzekeringsgeneeskundigen, die hun werk niet slechter doen dan welke groep artsen in Nederland ook. Niet alleen 'het arbeidsverzuim, dat ten onrechte ziekteverzuim wordt genoemd' maar ook het ziekteverzuim worden namelijk beïnvloed door een

aantal factoren: de situatie op de arbeidsmarkt, de veranderde visie op de zin van arbeid en het veranderde arbeidsklimaat, de ontwikkeling van het begrip 'ziekte', de onvoldoende c.q. verkeerd gerichte gezondheidsvoorlichting en de bestaande sociale wetgeving (om enkele kleinigheden te noemen).

Om een bijdrage te kunnen leveren aan het *optimaliseren* van het *ziekteruim* zullen de artsen een integrale geneeskundige zorg gericht moeten nastreven. Hiertoe is een intensieve samenwerking van de 'curatieve' geneeskunde met de 'protectieve gezondheidszorg' een onmisbare voorwaarde.

De Nederlandse artsenwereld heeft nog een taak. 'Wie zal eindelijk eens het initiatief durven nemen om aan deze kapitale en ondoelmatige

investering in ons sociale verzekeringsinstituut een einde te maken . . .?', wordt met nadruk gevraagd. Deze investering is nodig geworden vanaf het ogenblik dat de KNMG de scheiding van behandeling en controle voorstond en ingang deed vinden. Destijds geschiedde dat op zeer goede gronden, maar inmiddels is er wel iets veranderd.

Het initiatief om deze scheiding op te heffen is al enkele malen genomen, steeds echter heeft de KNMG gemeend aan deze, in de wereld unieke, situatie vast te moeten houden. Verandert er misschien iets aan dit standpunt, nu de huisartsen blijik geven de sociale problematiek van hun patiënten uitdrukkelijk binnen hun aandachtsgebied te brengen door in wijkgezondheidscentra te gaan samenwerken?

Naschrift *Prof. Dr. P. Muntendam*

Het verheugt mij, dat Dr. Grond, adviserend chirurg van het GAK, in de pen is geklommen naar aanleiding van een uitspraak die ik deed bij de opening van een gezondheidscentrum in Noordwolde (Fr.) op 22 maart jl. Ik laat hier de tekst volgen die ik uitsprak in verband met de raadpleging van een rapport van de Wiardi Beckman Stichting over gezondheidscentra:

'Nog even vertoevende bij het WBS-rapport, merken wij op dat hierin de gezondheidszorg als een voorwaarde voor de welzijnszorg wordt beschouwd. In mijn ogen wordt terecht in dit rapport de grens tussen de voorzieningen in beide gebieden vervaagd. Denkt U slechts aan het verschijnsel van het snel toegenomen arbeidsverzuim, dat naar mijn mening nog steeds ten onrechte ziekteverzuim genoemd wordt en waarvoor een leger van verzekeringsartsen (over controlerend geneeskundigen mag men niet meer spreken) wordt aangesteld, die geen bijdrage hebben kunnen leveren aan een daling van het verzuimcijfer. Wie zal eindelijk eens het initiatief durven nemen om aan deze kapitale en ondoelmatige investering in ons sociale verzekeringsinstituut een einde te maken en deze artsen op die plaatsen werkzaam te doen zijn waar zij wel een bijdrage aan het welzijn van de

mens kunnen geven, namelijk als bedrijfsarts in de ondernemingen?'

Van de publiciteit ben ik niet, zoals collega Grond, geschrokken, hoewel zijn opmerking over de 'appendix' juist is. Ik ben daarentegen verheugd dat men dit kleine deel van mijn rede opvallend in de publiciteit heeft gebracht, omdat ik met deze uitspraak nog eens mijn grote zorg heb willen uitspreken over het gebruik (misbruik?) van geneeskundigen in ons sociale verzekeringsstelsel. In een publikatie die ik voorbereid en die ik te zijner tijd aan de redactie van Medisch Contact hoop aan te bieden, zal ik mijn ongerustheid nader toelichten. Nu wil ik ermee volstaan vast te stellen, dat een medisch uitvoeringsapparaat, deugdelijk op het moment van invoering van de Ziekwet op 1 maart 1930, dit een halve eeuw later niet meer hoeft te zijn – en niet meer is. Een stelsel dat beoogt repressief te functioneren – ja, ook al gaat men 'controleren' door 'begeleiden' vervangen – en dat niet adequaat doet noch kan doen (de zondebok is niet de arts maar het

stelsel) behoort niet in de sleur te worden voortgezet. Dit heb ik een *kapitale en ondoelmatige investering* genoemd en ik neem er geen woord van terug. Ik voeg er liever nog een paar woorden aan toe: het is een *ondoelmatig gebruik van artsen*, wier kennis en kwaliteiten gericht kunnen worden op de preventie van oorzaken die tot arbeidsverzuim leiden. Hun werkplaats is de onderneming en hun functie is die van bedrijfsarts.

Ik verkondig geen nieuwe theorieën doch ga door op wat anderen vóór mij gezegd hebben, ook in dit tijdschrift. Zo wijs ik op het artikel van de bedrijfsarts L. de Boer in MC nr. 25/1976, blz. 801, onder de titel 'Afschaffing medische ziekwetcontrole', vervolg op reeds vroegere publikaties van dezelfde arts in het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde over hetzelfde onderwerp.

Er moet eindelijk gehandeld worden: niet voor niets heeft de vorige minister van Sociale Zaken, Boersma, geklaagd over de grote nood aan bedrijfsartsen.

De Vereniging van Vrouwelijke Artsen nationaal en internationaal

In New York werd van 15 september-26 oktober 1919 de 'International Conference of Women Physicians' gehouden, georganiseerd door het Social Morality Committee, de War Works Council en de Young Women's Christian Associations. Waarschijnlijk is dit de eerste internationale vergadering van vrouwelijke artsen uit verschillende delen van de wereld geweest. In de laatste week van deze lange conferentie bood het American Women's Hospital Committee of the American Medical Women's Association in het Waldorf-Astoria Hotel een diner aan ter ere van een aantal jonge Amerikaanse vrouwelijke artsen die zojuist waren teruggekomen uit Luzancy-sur-Marne in Frankrijk, waar ze gedurende en na de eerste wereldoorlog verdienstelijk werk hadden verricht. Dit diner op 21 oktober 1919 werd toen tevens gegeven ter ere van vrouwelijke artsen uit zestien verschillende landen die deelnamen aan de genoemde conferentie. Er waren honderdveertig gasten aanwezig. Eén van de gasten was Dr. Christine Munch uit Noorwegen. Zij opperde het idee een internationale vereniging van vrouwelijke artsen op te richten. Over dit idee werd met veel enthousiasme door de aanwezige collegae gediscussieerd, een motie betreffende de oprichting van de *Medical Women's International Association* (MWIA) werd opgesteld door Dr. Belle Mac Donald; deze werd bij acclamatie aangenomen. Een comité van twaalf vrouwelijke artsen werd gekozen om nog voor het einde van de conferentie de vereniging te organiseren en een lijst van bestuurskandidaten samen te stellen. Op 25 oktober 1919 werd het

door Mw. Dr. H. J. A. Verhagen



Dr. Verhagen, zenuwarts, Geneeskundig Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid, is sedert 1974 vice-presidente van de sectie Noord-Europa van de Medical Women's International Association.

eerste bestuur gekozen met Dr. Esther P. Lovejoy uit New York, vice-presidente van de American Medical Women's Association, als presidente. Behalve het uit twaalf leden bestaande bestuur werden 'corresponding secretaries' benoemd uit vijftien landen: Argentinië, Canada, China, Engeland, Frankrijk, Italië, Japan, Nederland (Dr. Ada Potter uit Utrecht), Noorwegen, Schotland, Servië, Uruguay, Verenigde Staten, Zweden en Zwitserland. Er bestonden toen nog maar twee nationale verenigingen van vrouwelijke artsen, namelijk de Amerikaanse (AMWA), in 1915 opgericht, en de British Medical Women's Federation, in 1917 opgericht. Na de oprichting van de internationale vereniging werd aan de individuele leden uit de overige landen gevraagd de oprichting van meerdere nationale verenigingen te stimuleren. Inmiddels waren ook de *statuten* gereedgekomen. Hieruit wil ik alleen

de doelstellingen van de MWIA vermelden:

- a. 'To provide means of communication between medical women in different countries, and to promote the general interest of medical women and to further friendship and understanding between the medical women of the world;
- b. 'To afford opportunities for medical women to meet at stated times to confer upon questions relating to the health and well-being of humanity and upon problems particularly relating to women, and to secure their co-operation at all times in matters connected with international health'.

Al spoedig werden de voorbereidingen voor een tweede internationale conferentie in Europa getroffen. Deze vond plaats in Genève in 1922; tachtig vrouwelijke artsen uit veertien landen namen hieraan deel. De wetenschappelijke onderwerpen, die voor dit congres werden gekozen zijn ook nu nog actueel: 'Public health', 'Child welfare', 'Illegal traffic in narcotic drugs'. Inmiddels waren twaalf nationale verenigingen van vrouwelijke artsen opgericht, onder andere in Duitsland en Italië. In Nederland was er toen nog geen vereniging van vrouwelijke artsen, deze werd in 1933 opgericht.

Congressen

De derde internationale bijeenkomst in Londen in 1924 wordt door sommigen het eerste *congres* genoemd, omdat toen behalve de wetenschappelijke voordrachten de

eerste 'council meeting' (met reglementair gekozen afgevaardigden uit de verschillende nationale organisaties) plaatsvond. Hier waren tweehonderdvijftig vrouwelijke artsen aanwezig, waaronder ook afgevaardigden uit India, Polen, Tsjecho-Slowakije en Rusland. De enige Russische afgevaardigde, Dr. Vera Lebedeva, zei dat zij door de Union of Medical Workers was gekozen om zesduizend Russische vrouwelijke artsen te vertegenwoordigen.

De volgende jaren werden afwisselend, ongeveer om de twee jaar, congressen of 'council meetings' gehouden: Praag 1926, Bologna 1928, Parijs 1929, Wenen 1931, Stockholm 1934, Edinburgh 1937. Het in 1940 in Budapest geplande congres ging niet door, de tweede wereldoorlog was begonnen. Dank zij de goede organisatie van de MWIA kon het War Service Committee van de Amerikaanse Vereniging van Vrouwelijke Artsen veel noodzakelijk medisch werk, tijdens en na de oorlog verricht door vrouwelijke artsen in Engeland, Frankrijk en andere landen, steunen.

De eerste 'council meeting' van de MWIA na de oorlog vond plaats in de Royal Society of Medicine in Londen in september 1946. Uit elf landen waren bestuursleden aanwezig: Denemarken, Engeland, Finland, Frankrijk, India, Nederland, Nieuw-Zeeland, Noorwegen, de Verenigde Staten, Zweden en Zwitserland. Veel oorlogs-, verzets- en concentratiekampervaringen werden uitgewisseld. Sinds het laatste congres in Edinburg waren zeven vooroorlogse bestuursleden overleden: Dr. Alma Sundguist uit Zweden, Lady Barrett en Dr. Margaret Belfour uit Engeland, Dr. Louise Taylor-Jones en Dr. Kate Campbell Mead uit de Verenigde Staten, Dr. Dagny Bang uit Noorwegen en Dr. Krepuska uit Hongarije. Uiterlijk viel bij deze eerste na-oorlogse bijeenkomst in Londen onmiddellijk op dat er een nieuwe generatie van vrouwelijke artsen gekomen was, veel meer jonge leden namen deel aan de discussies. Als onderwerp voor het volgende congres werd gekozen: 'The responsibilities of medical women in the reconstruction of the post-war world'. Dit vijfde congres van de MWIA vond plaats in Amsterdam in juni 1947. Het werd bijgewoond door

driehonderdvijftig leden uit zestien landen. Voor de leden van de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen was het een uitdaging om zo kort na de oorlog met zeer weinig financiële middelen een congres te organiseren. Dank zij de toenmalige presidente, Dr. J. van den Blink-Rolder, en verschillende enthousiaste collegae lukte het om dit congres tot een succes te maken, zowel wat het wetenschappelijk gedeelte als wat de sociale activiteitenbetreft. Tijdens dit congres werd het voorzitterschap van de MWIA door de scheidende presidente Miss Louise Martindale, M.D., B.S., overgedragen aan Prof. Dr. A. Charlotte Ruys. Vele aanwezigen herinnerden zich nog jaren later de woorden van de nieuwe presidente: 'The bricks for the building of a better world are here; let us build wisely and well'. Veel jonge Nederlandse vrouwelijke artsen maakten tijdens dit congres voor het eerst kennis met de MWIA, veel afspraken voor buitenlandse bezoeken werden gemaakt.

Na een 'council meeting' in 1949 in Hameenlinna, Finland, vond het zesde MWIA-congres plaats in Philadelphia, VS, in 1950. Dit congres werd gehouden in de Women's Medical College of Pennsylvania, dat juist een eeuw geleden, in 1850, was gesticht. Voor het eerst waren waarnemers van de World Medical Association (WMA) en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) aanwezig. In haar openingsrede vestigde Prof. Ruys de aandacht op het feit dat vrouwelijke artsen al vroeg de noodzaak van internationale vakcontacten hadden ingezien: de MWIA werd in 1919 opgericht, de WMA in 1947. Van 1950-1966 werden weer om de twee jaar afwisselend 'council meetings' en congressen georganiseerd. Tijdens het tiende congres in 1966 in Rochester, NY, VS, werd besloten voortaan om de twee jaar een congres te organiseren. Tijdens het twaalfde MWIA-congres, dat in februari 1970 in Melbourne, Australië, werd gehouden, werd op de eerste avond het gouden jubileum van de MWIA gevierd. Dia's van belangrijke personen en gebeurtenissen in de geschiedenis van vrouwelijke artsen werden vertoond. Men zag portretten van de eerste vrouwelijke artsen in verschillende landen: Dr. Elizabeth Blackwell,

afgestudeerd in 1849, Geneva, NY; Dr. Elizabeth Garrett Anderson, 1866, London University; Dr. Marie Heim-Vogtlin, 1866, Universiteit Zürich; Dr. Madeleine Bles, 1875 Parijs. Daarna volgde onze Nederlandse Aletta Jacobs in 1878. Er werd aandacht gegeven aan de moeilijke omstandigheden waaronder deze vrouwen, die de basis hadden gelegd voor de WMIA, de oudste medische internationale vereniging, hadden gestudeerd.

Over de overige congressen, wil ik niet verder uitweiden. Voor de Nederlandse collegae was het bijzonder prettig steeds goed op de hoogte gehouden te zijn van wat zich in internationaal verband afspeelde. Nadat Prof. Ruys als 'past president' het MWIA-bestuur verliet werd Dr. H. de Roever-Bonnet uit Amsterdam 'honorary treasurer' van 1954-1968. In de bijna zestig jaar van haar bestaan zijn er in de MWIA natuurlijk veranderingen en nieuwe ontwikkelingen te zien. De laatste jaren is veel aandacht besteed aan contacten met de enkele vrouwelijke artsen in ontwikkelingslanden. Zij werden moreel en financieel (voor zover mogelijk) gesteund en in staat gesteld congressen bij te wonen. In overleg met hen werden 'MWIA Family Planning Conferences' georganiseerd, bijvoorbeeld in 1975 in Manilla en in 1977 in Korea. De doelstellingen van de MWIA, die nu ruim elfduizend leden heeft in zevenendertig landen, zijn enige jaren geleden als volgt vastgesteld:

- '1. To stimulate, encourage and promote the entry of women into the medical and allied sciences throughout the world and assist them in the optimum utilization of their medical training; to search for ways to solve the problems of medical women with small children;
- '2. to provide opportunities for medical women to meet and discuss problems of mutual interest, particularly where they, as women and as physicians, can make a unique contribution to the community;
- '3. to foster friendship and understanding among medical women throughout the world without regard to race, religion or political views; affiliation is open to all medical women licensed to practice in their country;
- '4. to overcome and remaining

discrimination between men and women physicians concerning remuneration and pursuit of their careers;

'5. to aid medical women, particularly in the developing countries, to obtain fellowship or scholarship for study abroad, and grants for travel to attend scientific assemblies;

'6. to provide hospitality to medical women visitors from other countries, and to provide them with information and advice concerning current programs of medical institutions;

'7. to afford medical women the opportunity to work on common problems together and to gain the cooperation of medical women in matters of international health;

'8. to encourage medical women to form national associations where none exist, and where the numbers warrant this.'

Tijdens het laatste congres in 1976 in Tokyo sloten twee nieuwe nationale verenigingen van vrouwelijke artsen zich aan als lid: Egypte en Nigeria.

Problemen

De problemen die vrouwelijke artsen in hun werk tegenkomen zijn in de verschillende landen moeilijk te vergelijken. In het MWIA-bestuur vertegenwoordigen de vice-presidentes de diverse regio's; per regio zijn de verschillen tussen de landen onderling veel minder groot. Nederland behoort tot de regio Noord-Europa, evenals Groot-Brittannië, Denemarken, Noorwegen, Zweden en Finland. In deze landen verschillen de studiemogelijkheden voor mannelijke en vrouwelijke medische studenten

niet. Voor pas afgestudeerde vrouwelijke artsen is de situatie niet overal gelijk. In 1976 publiceerden vijf jonge vrouwelijke artsen in Noorwegen de resultaten van een studie over de positie van de vrouwelijke arts in hun land. Het was opvallend, dat er nog zoveel discriminatie tussen vrouwelijke en mannelijke artsen in Noorwegen bestond. De beste posities waren uitsluitend in handen van mannelijke collega's, de minder attractieve werden door vrouwelijke artsen bekleed, anesthesie was een vak met weinig toekomstmogelijkheden voor mannen, zodat het aantal vrouwelijke anesthesisten opvallend hoog was. In alle Noordegopese landen kennen vrouwelijke artsen de praktische moeilijkheden van het combineren van medisch werk met huishoudelijke taken. Huishoudelijke hulp is zeer schaars, vooral wanneer er jonge kinderen thuis zijn is het moeilijk een part-time baan te vinden of een specialistenopleiding voort te zetten door bijvoorbeeld twee jaar full-time opleiding te mogen vervangen door vier jaar half-time opleiding). In Groot-Brittannië, met 17.000 vrouwelijke artsen, heeft men hieraan de laatste jaren veel aandacht gegeven. De gemiddelde huwelijksleeftijd van een Britse vrouwelijke arts is 25 jaar, 95% van de vrouwelijke artsen is getrouwd vóór het 35e jaar. Op grote schaal organiseert men 'postgraduate specialist training' voor mannelijke en vrouwelijke artsen; ook zijn er uitstekende bijscholingsprogramma's voor vrouwelijke artsen die enige jaren door gezinsomstandigheden uit hun werk zijn geraakt maar dit nu weer willen opvatten. In Denemarken werken de

vrouwelijke artsen veel samen met andere beroepsorganisaties; zo organiseerden ze in 1976 samen met de Family Planning Association een congres. De Zweese collega's zijn zich de laatste jaren voor historische achtergronden gaan interesseren. Helen Frey van de Universiteit van Upsala is bezig met een analyse van de levens van alle vrouwen die ooit in Zweden hun artsexamen hebben gedaan. Leone Hellstedt uit Stockholm heeft enige dagen voor haar dood in juli 1977 de laatste hand gelegd aan een verzameling van ongeveer honderd autobiografieën van vrouwelijke artsen, geboren vóór 1910, uit alle delen van de wereld. Dit boek wordt op het ogenblik gedrukt in de Verenigde Staten.

In alle Noordegopese landen wordt er naar gestreefd een nauwere samenwerking met de medische beroepsorganisaties tot stand te brengen. De vereniging van Zweedse vrouwelijke artsen werd in 1976 een afdeling van de vrouwelijke artsenorganisatie. Sinds 1977 heeft ook de 'Medical Women's Federation' de wens te kennen gegeven een onderafdeling te worden van de British Medical Association; de onderhandelingen hierover zijn in een vergevorderd stadium.

Wat doet de VNVA?

Wat doet de *Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen*, in 1933 opgericht? Volgens de statuten is het doel van de vereniging 'het behartigen van de belangen van de vrouwelijke artsen in Nederland, en de Nederlandse vrouwelijke artsen in het buitenland'. Bij het 40-jarig

PRAKTIJKPERIKELLEN

Controle

Korte door artsen geschreven signaleringen. Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht door de redactie van Medisch Contact.

Het gebeurt herhaaldelijk, dat een vrouwelijke arts die zich wil specialiseren in overleg met en met volledige medewerking van haar opleid(st)er een regeling uitwerkt waarbij ze haar opleidingstermijn geheel of gedeeltelijk in deeltijdarbeid vervult. De Specialisten Registratie Commissie verleent hiervoor echter slechts gedurende een halfjaar toestemming, dit in verband met een aspect van de kwaliteitscontrole van de specialistenopleiding dat tot doel heeft betaalde nevenarbeid van assistenten in opleiding te voorkomen, een situatie die in sommige EEG-landen zou worden aangetroffen – een controle die echter, op deze manier uitgevoerd, vooral vrouwelijke artsen nadelig treft en zijn doel lijkt voorbij te schieten.

bestaan van de vereniging werd het boek 'Feministen die van genezen wisten', geschreven door collega E. Pereira d'Oliveira, uitgegeven. In een volgend artikel in deze reeks van MC zult U meer over de hedendaagse situatie kunnen lezen.

'Belangen behartigen' kan op verschillende manieren. Soms zijn bepaalde problemen niet specifiek voor vrouwelijke artsen, maar betreffen ze ook andere vrouwen met een academische opleiding. In dat geval kunnen de belangen beter worden behartigd door de Vereniging van Vrouwen met Academische Opleiding, de VVAO. Tussen beide verenigingen bestaat een goede samenwerking. Zo wordt op het ogenblik gezamenlijk gewerkt aan de voorbereiding van een studiedag over 'Vrouw en Arts' in september van dit jaar. Dit onderwerp betreft niet alleen de vrouwelijke arts, maar ook de vrouw als consument van de gezondheidszorg.

De Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen is ook een van de lid-instellingen van de Nederlandse Vrouwenraad, een overkoepelende organisatie van vijftig vrouwenorganisaties. Deze vrouwenorganisaties zijn gebundeld in levensbeschouwelijke en politieke groeperingen. Tot de levensbeschouwelijke groeperingen kunnen gerekend worden: de algemene, de protestants-christelijke en de katholieke groeperingen. Tot de politieke groeperingen behoren: de Christen-democratische, de liberale en de socialistische groeperingen. De Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen behoort tot de algemene groeperingen. Bij de vergaderingen van het Algemeen Bestuur van de Nederlandse Vrouwen Raad is altijd één vrouwelijke arts aanwezig. De Nederlandse Vrouwen Raad heeft drie secties: 1. maatschappelijke dienstverlening; 2. permanente educatie; 3. internationaal werk. De raad heeft het recht elk jaar een vertegenwoordiger van de vrouwenorganisaties voor te dragen aan de minister van Buitenlandse Zaken, ter benoeming in de Nederlandse delegatie naar de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties. De Nederlandse Vrouwenraad beheert een belangrijk informatie- en documentatiecentrum in Den Haag.

Vijf jaar geleden vroegen verschillende verenigingen zich af, of

Nieuwe stempelbanden Medisch Contact 1977

Het wordt weer tijd de boekbinder in te schakelen, want de nieuwe stempelbanden voor Medisch Contact 1977 zijn inmiddels beschikbaar. Evenals vorig jaar kan de jaargang 1977 worden gebundeld in twee delen. Daarvoor zijn twee banden nodig, waarbij ervan wordt uitgegaan dat dan tevoren de advertentiepagina's uit de losse nummers zijn gescheurd.

Deze stempelbanden MC 1977 I en MC 1977 II, wederom uitgevoerd in linnen met goudopdruk, kunnen worden besteld door overmaking van f 30,— per jaar (incl. BTW) per postgiro op rekeningnummer 5 80 83 van de KNMG onder vermelding van 'Stempelbanden MC 1976'.



in deze tijd een vrouwenvereniging nog wel zin had of dat men zich beter op kon heffen. Inmiddels is men hier weer op teruggekomen.

Voor veel jonge vrouwelijke artsen, maar ook voor sommige mannelijke collegae, is het belangrijk dat er spoedig een betere regeling voor part-time specialisatiemogelijkheden komt. De Nederlandse regering staat hier gelukkig positief tegenover, in EEG-verband wordt getracht een goede formulering hiervoor te vinden. Part-time werk voor artsen heeft nog te weinig aandacht. Natuurlijk geeft dit meer organisatieproblemen en leent ook niet iedere medische baan zich hiervoor, maar toch moeten er meer mogelijkheden komen dan tot nu toe het geval is. Daarbij zal ook aandacht aan de rechtspositie van de part-time werkenden moeten worden gegeven. Pensioenvoorzieningen zijn vaak onvoldoende geregeld. Individueel kan een vrouwelijke arts dikwijls weinig bereiken, wanneer zij zich tegenover haar werkgever beklaagt over de ongunstige voorwaarden. De Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen kan, vooral wanneer meerdere leden dezelfde ervaringen hebben, beter met de betreffende instanties

onderhandelen. Dank zij de vrij kleine afdelingsvergaderingen van de VNVA leren de vrouwelijke artsen hun collegae in dezelfde regio goed kennen. Veel oudere vrouwelijke artsen hebben na een verhuizing naar een ander deel van het land door de contacten met de VNVA weer schoorvoetend schreden op het medische beroepspad durven zetten, nadat zij een aantal jaren niet hadden gewerkt.

De VNVA heeft zeven afdelingen. De landelijke vereniging organiseert twee maal per jaar een vergadering voor alle leden. De wintervergadering bestaat meestal uit een huishoudelijke vergadering met daarna een wetenschappelijke voordracht; de zomervergadering bestaat uit een excursie, gecombineerd met een korte vergadering. Via 'De krant van de VNVA', die twee à drie maal per jaar aan alle leden wordt toegestuurd, blijven de leden op de hoogte van de activiteiten van de vereniging, zowel nationaal als internationaal. Ook wordt een samenvatting van de onderwerpen, waarmee de Nederlandse Vrouwen Raad zich bezighoudt, voor zover deze van belang zijn voor de vrouwelijke artsen, in 'de krant' vermeld.

Toekomst eerstelijns samenwerking gezondheidszorg – welzijnszorg

De auteur van het in de titel genoemde artikel, Drs. H. de Graaf, is lid van een belangrijke commissie geweest, namelijk de Commissie Algemene Toekomstverkenning van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Dit is dan ook vooral de reden waarom ik thans op dit artikel (MC nr. 8/1978, blz. 251) reageer. Het mag mijns inziens niet onweersproken blijven, omdat het de te verwachten ontwikkelingen te simplistisch voorstelt.

Op grond van een aantal veronderstellingen voorspelt hij in 1980 en 1990 een zeer *forse* toename van het aantal sociale hulpverleners. Deze veronderstellingen zijn:

1. hulpvragen met medisch en psychosociale aspecten zullen in de komende jaren toenemen;
2. er zullen meer samenwerkingsverbanden ontstaan tussen huisartsen en sociale dienstverleners;
3. na 1990 zullen hulpvragers (in de tekst staat waarschijnlijk abusievelijk hulpverleners) vaker rechtstreeks die hulpinstantie in de eerste lijn opzoeken die het meest in aanmerking komt voor een bepaald probleem;
4. 20 tot 30% van de hulpvragen die bij de huisarts komen hebben een overwegend psychosociaal karakter;
5. deze groep zal in de toekomst worden doorverwezen naar sociale hulpverleners; de huisarts zal sneller tijdrovende hulpvragen waarvoor hij niet is opgeleid kunnen afhandelen (dus verwijzen);
6. de functie van de huisarts wordt bepaald door zijn opleiding.

Al deze veronderstellingen worden nauwelijks of niet beargumenteerd. Ik kan mij ook heel andere

door C. P. Bruins, arts

ontwikkelingen indenken. Ik vraag mij af of de auteur wel op de hoogte is van de opinies die er onder de opinieleiders van de huisartsen (UHI's, NHG, LHV) leven over de toekomstige ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde.

ad 1. In de huidige samenleving komt men meer en meer de gedachte tegen dat de mens meer verantwoordelijk moet zijn voor zijn eigen gezondheid; talloze voorlichtingsprogramma's over radio en televisie zijn erop gericht om mensen duidelijk te maken dat klachten die zij hebben ook wel voort kunnen komen uit spanningen op het werk en het in het gezin. Dit bewustmakingsproces zal wel doorgaan. Ik verwacht dan ook dat er meer beroep zal worden gedaan op de alternatieve geneeswijzen die veel minder van het medische model uitgaan. Er is nu al een anti-medicijngebruik stroming aan de gang. Kortom er zijn diverse kanttekeningen te zetten bij het eerste uitgangspunt, dat deze toename aan hulpvragen bij de professionele hulpverlening terecht zal komen.

ad 2. Ook ik hoop dat er meer samenwerking komt tussen huisartsen en sociale hulpverlening. Essentieel is hoe het maatschappelijk werk zich in de komende jaren gaat opstellen. Kiest het voor een functie in de eerstelijns gezondheidszorg, of wil het zich in zijn eigen bolwerk terugtrekken en zijn bijdrage aan de gezondheidszorg marginaal zien. Ik

meen het laatste nog wel eens op te vangen in beleidskringen van het maatschappelijk werk. Ik zou deze ontwikkeling zeer betreuren, al geeft Engeland hier reeds een voorbeeld van. Het is nu al vaak moeilijk om maatschappelijk werk in een gezondheidscentrum te krijgen. Voor de huisartsen blijft het maatschappelijk werk dan een tweedelijns functie waarheen je niet zo gauw verwijst.

ad 3. Te hopen valt dat meer hulpvragers minder het medisch kanaal kiezen voor hun psychosociale problemen, maar wat is de realiteit? Zolang de sociale wetgeving het medisch ventiel voor het maatschappelijk 'falen' gebruikt, zolang het maatschappelijk werk zich verschuilt in voor het publiek onherkenbare instellingen, zolang er moeilijk een scheiding tussen lichamelijke en psychosociale problemen te maken is, zal voorlopig het merendeel van de mensen die gezondheidsproblemen hebben nog wel naar de huisarts gaan.

ad 4/5. 20 tot 30% van de mensen die bij de huisarts komen hebben overwegend psychosociale klachten. Het percentage zegt niet zo veel. Het zal de auteur bekend zijn dat de hoeveelheid psychosociale klachten die de huisarts ziet meer zegt over de huisarts zelf dan over de aanwezigheid ervan bij de patiënt/cliënt!. Er zijn nog altijd geen criteria voor het verband tussen lichamelijke klachten en psychosociale problemen. Ieder mens heeft wel problemen als je diep doorgraaft.

Belangrijker vind ik dat de auteur veronderstelt dat de huisarts deze

groep zal verwijzen naar de sociale dienstverlening. De nieuwe opleiding tot huisarts is zo ingericht dat hij meer kan dan alleen lichamelijke problemen behandelen. Hij leert ook goed te luisteren naar wat de hulpvraag nu precies is. Alleen al daardoor kan hij eenvoudige psychosociale problemen veelal in een vroegtijdig stadium signaleren en vaak oplossen. Hij zal zich ontwikkelen tot algemeen hulpverlener met als specifieke deskundigheid het behandelen van lichamelijke afwijkingen. Zoals in mijn model het algemeen maatschappelijk werk en de wijkverpleegster zich ontwikkelen tot eerstelijns hulpverleners met als specifieke deskundigheid respectievelijk sociale en verpleegkundige problemen. Het gaat in de algemene hulpverlening om het aangaan van een relatie die je niet zo gauw verbreekt door te verwijzen naar andere hulpverleners. Bij lichamelijke afwijkingen is dit veel gemakkelijker dan bij psychosociale problemen. Bovendien speelt de afstand en de drempel naar het maatschappelijk werk een rol. Ik vermoed dat alleen wanneer het maatschappelijk werk zich meer open stelt naar de gezondheidszorg, meer in de eerstelijns gezondheidszorg komt werken, het aantal verwijzingen naar hen door de huisarts zal toenemen. Anders kunnen andere psychosociale werkers als bijvoorbeeld de psycholoog hun rol in de eerste lijn wel eens gaan overnemen. Ik vermoed dan ook dat er in een hometeam meer consultatie zal plaatsvinden dan door verwijzen, tenzij het maatschappelijk werk duidelijk herkenbaar is als onderdeel van het team, in hetzelfde gebouw en met gezamenlijke intake, etc.

ad 6. De functie van de huisarts moet mijns inziens meer bepaald worden door de problemen waarmee hij wordt geconfronteerd, dan door zijn opleiding. Zijn opleiding moet worden aangepast en niet omgekeerd. Als er geen structurele wijzigingen komen in de eerste lijn (kleinere praktijken, meer hulppersoneel, wijkgericht, eenheid van financiering, etc.) dan zullen de huisartsen om reden van efficiëntie geen tijd hebben om goed op hulpvragen in te gaan en daardoor genoodzaakt zijn meer mensen naar de sociale dienstverlening te verwijzen of in het medisch kanaal te laten. Maar het blijft voor mij een

noodoplossing, indien wij tenminste als kenmerk van de discipline huisartsgeneeskunde een integrale benadering voorstaan; anders hebben wij als zelfstandige discipline geen been om op te staan. Maak dan maar grote poliklinieken met veel specialisten.

Tenslotte nog een laatste opmerking. De auteur spreekt van een verdubbeling/verdriedubbeling van psychosociale hulpverleners. Ik vermoed ook een toename maar ik zie deze liever in de sector sociale dienstverlening (gezinszorg, bejaardenzorg, etc.) dan in de psychosociale hulpverlening. Moeten we niet meer nadruk leggen op de zelfzorg, een mantelzorg (buren, vrienden, familie) in plaats van professionele zorg (zie rapport over de toekomst van de Nationale Kruisvereniging 'Alleen samen'). Kortom, moet niet vooral op het terrein van de psychosociale dienstverlening een deprofessionalisering plaatsvinden. Zouden de psychosociale hulpverleners niet meer consultatief kunnen optreden voor semi-professionals als huisartsen, wijkverpleegkundigen, onderwijzers, politiemensen, etc. zodat zij door een juiste attitude zelf meer problemen kunnen oplossen?

Dit probleem is door Jozien Bensing in MC nr. 17/1977 met betrekking tot de psychologen duidelijk gesteld. Veelal hebben psychosociale problemen duidelijk maatschappelijke aspecten die vragen om structurele

veranderingen in de maatschappij. Veelal worden deze verwaarloosd, ook al moet gezegd worden dat het aanbrengen van veranderingen in deze zin niet primair de taak is van hulpverleners. Signaleren en doorgeven aan voor het beleid verantwoordelijken is mijn inziens echter wel hun taak. Mijn gedachte gaat dus uit naar het anders richten van psychosociale hulpverlening, *meer consultatief, meer preventief en meer actiegericht*. Zie hier enige kanttekeningen, die mij belangrijk lijken alvorens klakkeloos de gedachte van de auteur over te nemen.

Bilthoven, 7 maart 1978

Naschrift van Drs. H. de Graaf

De essentie van de reactie van de heer Bruins is dat hij bepaalde vooronderstellingen heeft die afwijken van de mijne. Dat is natuurlijk zijn goed recht. De vraag blijft welke vooronderstellingen het meest plausibel zijn:

1. Zal de huisarts steeds meer zelf de complexe medisch-psychosociale problemen bij zijn patiënten gaan oplossen? De heer Bruins stelt dat de arts *eenvoudige* psychosociale problemen in een vroegtijdig stadium signaleert en oplost. Ik stel dat dit soort problemen zelden eenvoudig is en dat de huisarts de tijd noch de mogelijkheden zal hebben zelf deze problemen op te lossen.

‘DOELSTELLINGEN’-serie niet meer verkrijgbaar

De bundels van de artikelen die indertijd in de serie ‘doelstelling van de gezondheidszorg’ in Medisch Contact werden gepubliceerd zijn niet meer in voorraad. Het aantal belangstellenden dat zich thans nog – na jaren – aanmeldt is te gering om deze artikelen opnieuw in herdruk te doen verschijnen.

2. 'Het algemeen maatschappelijk werk en de wijkverpleging zullen zich ontwikkelen tot hulpverleners met specifieke deskundigheid' stelt de heer Bruins. Ik stel dat sociale, verpleegkundige en medische problemen zeer vaak niet kunnen worden gescheiden in 'specifiek' behorend tot een bepaalde beroepsgroep als artsen, maatschappelijk werkers of wijkverpleegsters.

Ik blijf er bij dat, hoe dan ook, we in de naaste toekomst een verschuiving zullen meemaken van de patiëntenstroom van het medisch hulpverlenersgebied naar het sociale hulpverlenersgebied. Ik heb het idee dat de heer Bruins deze verwachting toch wel enigszins deelt gezien zijn laatste opmerking. Op diverse plaatsen in zijn reactie vermoedt of hoopt de heer Bruins dat er een verandering zal optreden in de wijze van hulpverlening alsook in de hulpverleningsinstanties. Ik deel zijn hoop. Mijn artikel had als doel om de consequenties aan te tonen van een ontwikkeling die nu al begonnen is.

Wanneer er niets zou veranderen aan de manier waarop er hulp geboden wordt dan wordt de sociale diensverlening overspoeld door hulpvragers. En wanneer zij dit niet aankunnen (wat in hun huidige vorm niet ondenkbaar is) dan zal het toch waarschijnlijk weer de huisarts zijn die het moet oplossen. Daarom moet men inderdaad, net als de heer Bruins, bij het zien van verwachte verdubbeling van psychosociale hulpvragers hopen en ernaar streven een ander soort hulpverlening te helpen ontwikkelen in plaats van klakkeloos het aantal hulpverleners te verdubbelen. En die andersoortige hulpverlening zal dan inderdaad neerkomen op het in hoge mate erbij betrekken van de patiënt cliënt, zelfzorg, mantelzorg enz.

De 'gedachte' die de heer Bruins mij toeschrijft in zijn laatste zin is dus niet aanwezig. Ik heb in mijn artikel met opzet een verder doordenken van de consequenties van de geponeerde toekomstverwachting overgelaten aan de lezer. De heer Bruins was gelukkig een van hen

Den Haag, maart 1978

Hein de Graaf



Het bedieningspaneel

Ruim een half uur na het hartinfarct konden wij de patiënt naar de Coronary Care brengen. Terwijl ik hem daar aan het observeren was, kwam plotseling de pastor van het ziekenhuis eraan. Hij begon wat voorbereidingen te treffen voor de bediening, althans dat dacht ik zo. Ik vond het een beetje merkwaardig, want de patiënt maakte het op dat moment redelijk goed. 'De familie heeft mij gevraagd deze man te bedienen', fluisterde de herder Gods mij in mijn oren. Een zuster die het tafereel had gade geslagen kwam op ons afgestevend. Bijna was de ceremonie begonnen, toen zij hem vertelde dat hij bij de verkeerde patiënt was. De man die hij moest bedienen lag in een apart kamertje, vanwaar men alles met behulp van een tv-monitor in de gaten kon houden. De goede pastor was zichtbaar in de war. Hij verontschuldigde zich met de woorden: 'Het is zo verschrikkelijk druk', waarop ik had willen zeggen: 'Dan moet u maar een bedieningspaneel aanschaffen'.

Toen ik vannacht om twee uur naar de radio luisterde, vernam ik dat een Frans politicus door enkele terroristen was vermoord. Verdomme, denk je dan, waarom komt zo'n moord wel op de radio en een geslaagde reanimatie niet? . . . 'Vannacht is de EHBO-ploeg van het Aloussiusziekenhuis te Duindrecht onder leiding van de dienstdoende assistent in de interne geneeskunde er met veel moeite in geslaagd een 52-jarige man te reanimeren. De patiënt verkeert nu in een goede conditie. Zijn familie is erg gelukkig.' . . .

Wie vandaag niet zo gelukkig was, was Dr. Wouters. Gisterochtend is één van zijn patiënten, die in ons paviljoen heeft gelegen, op de Intensive Care overleden. De dienstdoende internist, twee assistenten en Frank hadden ervan afgezien de man te reanimeren. Ze hadden hem gewoon kalm laten sterven, toen zijn ademhaling lang-

zaam trager en oppervlakkiger werd. Er werden geen heroïsche daden verricht om alles weer op gang te brengen. Ook was er geen obductie aangevraagd. Dr. Wouters was hierover zeer verbolgen; toen hij vanochtend even op ons paviljoen was, kon hij zijn emoties nauwelijks bedwingen.

Aan het eind van de middag wilde ik met Dr. Wouters een afspraak maken voor het evaluatiegesprek over mijn eerste zes weken als co-assistent. Tegelijkertijd vroeg ik hem of ik mijn praatje mocht houden over de M. Reiter. Al eerder had hij mijn voorstel om een patiënte met een prednison-diabetes te bespreken afgeketst, ofschoon hij er een week tevoren nog enthousiast over was. Hij

DAGBOEK
VAN EEN
CO-ASSISTENT
(30)

zou nog 'een moeilijk onderwerp bedenken, waarop ik zeker zou afgaan'. Frank en Noud denken dat hij dit voor de grap zei, maar dat geloof ik niet. Volgens mij meende hij het.

'Die wonderlijke witte jas, je wordt er tien jaar ouder door', zei Dr. De Wael tijdens de visite niet zonder enige spijt. 'Wanneer ik die witte jas uittrek, stoot iedereen aan alle kanten tegen mij op. Heb ik hem aan, dan slijpt de meute als de Rode Zee in twee groepen uit elkaar'.

Alexander van Es

De mens als middelpunt in de gezondheidszorg

De mens staat in de gezondheidszorg centraal. De mens, ieder mens, is een uniek wezen. Hij heeft een lichaam, hij kent gevoelens van vreugde, geluk, verdriet, smart en pijn en hij heeft een geest waarmee hij in staat wordt gesteld over zichzelf en over de wereld na te denken. Veelal heeft hij ook een geloof.

Wanneer ik nu zeg dat de mens in de gezondheidszorg centraal dient te staan, dan bedoel ik daarmee zowel de mens die patiënt is geworden als de mens die bereid is hulp te verlenen. Dat betekent dat het paar patiënt-arts, patiënt-verpleegkundige, cliënt-maatschappelijk werker heel centraal dient te staan in onze zorg. Al degenen die deze zorg mogelijk maken door daarvoor de voorwaarden te scheppen, moeten zich bij voortduring afvragen of alle mogelijkheden zodanig zijn benut, dat de ontmoeting tussen de zieke en de hulpverlener optimaal kan verlopen. Immers van de kwaliteit van deze ontmoeting hangt het welslagen van de verleende zorg af.

Zowel de zieke mens die zich met een klacht tot zijn of haar arts wendt als de arts hebben een basis nodig van waaruit zij worden gevoed, geestelijk en lichamelijk. Voor de patiënt is dit zijn familie, zijn gezin, zijn werk of zijn vereniging; voor de arts of een andere hulpverlener in de gezondheidszorg is dit zijn familie, zijn gezin, maar ook de groep waarmee hij samenwerkt en de omgeving waarin hij werkt. In de groep vindt hij de collegae, de verpleegkundigen, de maatschappelijk werker, de apotheker, de fysiotherapeut – om enkelen te noemen die ook met de zieke mens bezig zijn. In de omgeving vindt de arts de instrumenten, de bedden en al

door **Prof. Dr. H. J. Dokter**



Prof. Dr. H. J. Dokter van het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Erasmus Universiteit Rotterdam heeft de hier gereproduceerde verhandeling voor publikatie in Medisch Contact bewerkt naar een lezing, eerder gehouden voor de Stichting Studiecentrum Integratie Gezondheidszorg.

datgene wat hij als hulpverlener aan technische middelen nodig heeft om te kunnen helpen.

Eén van de gevaren nu die naar mijn mening onze gezondheidszorg bedreigen is dat wij de omgeving en de groep niet meer als middel, als basis, maar als doel op zich gaan zien. Het ziekenhuis, het gezondheidscentrum of de polikliniek wordt dan het doel, terwijl de mensen die erin werken op de achtergrond raken, de één meer, de ander minder. De patiënt loopt vooral de kans het kind van de rekening te worden. Ik denk dat zowel de overheid als het particulier initiatief, zoals we dat in Nederland kennen, zich bij voortduring moeten afvragen of de beslissingen die worden genomen het doel van de organisatie ondersteunen.

Het doel van de gezondheidszorg is de gezondheid van de mens te

begeleiden, te bevorderen soms ook te beschermen. Het doel van de geneeskunde is een optimale hulpverlening aan de zieke mens. De techniek dient steeds een hulpmiddel te zijn evenals de organisatie. Hoe belangrijk de mens in het ziekenhuis is heb ik de afgelopen zomer ervaren. Ik bezocht toen het voormalige Snouck van Loosen ziekenhuis te Enkhuizen. Enkele ogenblikken verblijvend in de leegstaande kinderafdeling, waar de bedden leeg naast elkaar in het gelid stonden, de boxen een verlaten indruk maakten en waar de gangen hol klonken, bekwam mij een gevoel van verlatenheid, van droefheid ook. Zonder de mensen die in het ziekenhuis ziek zijn of werken, maakt het een desolate indruk.

De mens als middelpunt

Ik heb gesteld dat van de kwaliteit van de ontmoeting tussen patiënt en arts het welslagen van de verleende zorg afhankelijk is. Het paar hulpvrager-hulpverlener staat centraal in onze zorg. Ik heb er heel bewust van afgezien mijn voordracht de titel mee te geven: 'De patiënt als middelpunt'. Ik wil u zeggen hoe ik daartoe ben gekomen en liever spreek van 'De mens als middelpunt'. In onze christelijke godsdienstige leer behoort het troosten van de zieken tot de werken van barmhartigheid. De hulp aan de naasten is altijd gezien als een christelijke plicht, die het bovendien mogelijk maakte te werken aan het heil van de eigen ziel. Querido (1960) schrijft hierover: 'de arme was een noodzakelijk element in de samenleving, want hoe zou het anders mogelijk zijn de werken van

barmhartigheid te verrichten en de hemel te beërven?' De naastenliefde heeft een stempel gedrukt op onze opvattingen over de hulpverlening. Wij zeggen ook: 'het is zaliger te geven dan te nemen' waarbij we doelen op de zaligheid die ons in het hiernamaals te wachten staat indien wij geven. Later spreken wij van 'het is beter te geven dan te nemen'. Het is denkbaar dat we op dat moment inzien dat de gever inderdaad 'beter' wordt ook in het hier en nu. Het helpen van de ander kan je blij maken, kan je vreugde geven, kan je leven verrijken ook in dit leven wat wij nu hebben te leven. Te weinig is naar mijn mening aan dit laatste aspect aandacht besteed. Wij zeggen telkens dat de patiënt in het middelpunt van de gezondheidszorg dient te staan en wij vergeten ons zelf. Wij worden als hulpverlener, als arts, als verpleegkundige zelf verrijkt maar hebben daarnaast zelf ook een voedingsbodem, een omgeving nodig waarin we zelf kunnen gedijen. Ik denk dat geen enkele zorg gebaat is met hulpverleners die zelf ongelukkig, verdrietig of depressief zijn, die niet de vreugde ervaren van het mogen helpen en die de voedingsbodem ontberen die hun eigen geluk mogelijk maakt. Daarom spreek ik van de mens als middelpunt. Het belang van deze overweging zag ik tijdens een training 'humanistische geneeskunde' in de zomer van 1977. Ik wil u hier iets over meedelen. De Vries (1977) zegt in een overzichtsartikel, dat 'het in de humanistische geneeskunde gaat om geneeskunde en gezondheidszorg van de gehele mens, dat wil zeggen een geneeskundig denken en handelen waarbij de mens als totaliteit wordt gezien zodat zijn lichaam, gevoelens, geest, strevingen, biografie en sociale achtergronden alle worden betrokken bij problemen omtrent ziekten, gezondheid en genezing, lijden, invaliditeit en sterven'. Men zou kunnen opmerken dat de humanistische geneeskunde niets nieuws is. Immers in Nederland kennen wij al jaren de door Querido (1955) ingevoerde 'Integrale Geneeskunde', Querido zegt dat wij van een integrale geneeskunde mogen spreken indien 'het mogelijk blijkt te zijn, het beeld van de zieke mens dat aanvankelijk in fragmenten uiteenvalt, weer samen te voegen'. Querido onderscheidt de mens in zijn verschijningsvorm in de biologische

mens, de individueel-psychologische mens en de sociaal-psychologische mens. 'Deze drie aspecten vormen de eenheid mens, voor zover deze tenminste door niettranscendentale beschouwingswijzen aan ons kenbaar kan worden'. Hier nu ligt een belangrijk verschil met de humanistische geneeskunde. In deze geneeskunde wordt het aspect: 'de gelovige mens' als verschijningsvorm geaccepteerd en men erkent dat de mens in dit opzicht slechts transcendentaal kenbaar is. Verder is een belangrijk verschil met de integrale geneeskunde dat bij de laatste vooral de patiënt in het middelpunt staat terwijl bij de humanistische geneeskunde ook de hulpverlener aandacht krijgt evenals de relatie die zij beiden aangaan. Voor mij is het inzicht van grote betekenis dat de arts een voedingsbodem, een voedende omgeving nodig heeft, zowel in zijn werk als thuis, om zich ten volle te kunnen wijden aan zijn taak. Balint (1973) komt overigens in één van zijn laatste publikaties tot dezelfde slotsom, zij het dat hij een ander uitgangspunt heeft. Hij beschrijft een nieuwe techniek van psychotherapie in de huisartsgeneeskunde en zegt daarover: 'In the new technique the therapist's role is to 'tune in' to follow the patient's lead to allow the patient to use the therapist, even to make use of him'. De arts en de patiënt kunnen in de ontmoeting tussen hen beiden elkander gebruiken, een beroep doen op elkaar. De relatie staat centraal.

Preoccupatie

Wat verwacht ik van de ontmoeting met de patiënt? De humanistische geneeskunde heeft mij laten zien hoe ik de verwachting die ik heb kan saboteren. De verwachting zou kunnen zijn de patiënt optimaal te helpen, de patiënt daarbij ziende als een eenheid. Ik kan het realiseren van die verwachting saboteren door voortdurend te denken: ben ik wel een goede arts, zou de specialist het niet veel beter kunnen? Of: wat heeft die meneer X nu weer? Welke vorm van hoofdpijn is dit nu? Door deze preoccupatie verstoort ik de relatie doordat ik mij niet in kan stellen op de patiënt. Ik kan niet 'in tunen' op de patiënt (Balint). Artsen zijn veelal in hun gesprekken met patiënten ondertussen al bezig de

diagnose te stellen. Hele rijtjes gaan door hun hoofd. Daarbij is de aandacht gericht op de classificatie van het probleem en niet op de patiënt. De werkelijke ontmoeting met de patiënt blijft uit.

Hoe zie ik mijzelf als hulpverlener?

Als arts vind ik het heerlijk wanneer de mensen naar mij toekomen; ik hoef niet zoveel van mijzelf te tonen en ben gestreeld door de eerbied die men voor mij heeft. Ik vergeet dan hoe moeilijk het voor mij is om zelf contact met anderen te maken. De angst om fouten te maken belemmert de communicatie met de patiënt. Idealiter vind ik dat ik goed naar anderen moet luisteren en het probleem achter de klacht van de zieke mens moet herkennen. Dan zal ik de mensen redelijk kunnen helpen. Ik herken de belemmeringen in mij die een goed contact met de zieke in de weg staan en zie ook hoe het eigenlijk zou moeten. Dit inzicht, deze zelfkennis is noodzakelijk voor de hulpverlener.

De humanistische geneeskunde biedt een aantal modellen aan om inzicht in mijzelf en in de relatie te verwerven. Ik doel hier op de drie ringen, het 'ei-diagram' en de 'spiraal'. Al deze modellen zijn ontleend aan de psycho-synthese van Assagioli. In het kader van deze voordracht kan ik slechts een aantal aspecten van de genoemde modellen toelichten.

De nadruk wordt gelegd op een aantal belangrijke eigenschappen van het hogere onbewuste, zoals de wijsheid, de liefde, de creativiteit die bij ieder mens geacht worden aanwezig te zijn. Het hogere onbewuste is volgens Assagioli niet gelijk te stellen met het super-ego van Freud. Verder wordt een duidelijk gebruik gemaakt van de wil. Men kan volgens de opvattingen van de psycho-synthese een aantal stadia aan de wil onderkennen, vanaf het bepalen van het doel tot aan de planning en de uitvoering. Van de wil kan veel meer gebruik worden gemaakt in de geneeskunde en in de gezondheidszorg dan tot nu toe het geval is geweest. Niet in de zin van 'u moet zelf beter willen worden' maar vooral in de zin van het mobiliseren van de wil naar de positieve eigenschappen van de mens toe, ook tijdens zijn ziekte, invaliditeit of sterven.

Ik heb reeds gezegd dat de humanistische geneeskunde een vierde aspect aan de mens waarneemt. Dit is het hogere zelf. Assagioli heeft dit aan

de top van het ei-diagram gelokaliseerd. Er wordt van uitgegaan dat dit hogere zelf in ieder mens aanwezig is. Het bewuste zelf beheerst ons dagelijks leven; op zeer bijzondere momenten kunnen wij ons hogere zelf ervaren en ons dan realiseren dat dit het ware middelpunt is waar vanuit alles in ons leven ontstaat.

Voor de zorg voor de zieke mens is nu van belang dat de ziekte gezien wordt als een wezenlijk onderdeel van het bestaan. Ziekte is geen vijand, maar kan zeer wel aanleiding zijn tot groei. Ondanks de ziekte, de invaliditeit kan de zieke een keuze maken en een doel stellen. De hulpverlener kan hem hierbij helpen. Het doel van de humanistische geneeskunde is dan dat ik mijzelf als hulpverlener en dat jij uzelf als hulpvrager realiseert, dat wij onszelf willen verwerklijken als mens. Wij willen tot ontplooiing kunnen komen en wij menen dat de ziekte daarin een rol kan spelen.

De psycho-synthese kent aan het Ik een aantal functies toe zoals verantwoordelijkheid, de wil, het aanwezig willen zijn en het gewaar zijn ('awareness'). Deze functies kunnen tijdens het hulpverleningsproces gemobiliseerd worden. Bovendien beschikken wij over een aantal kwaliteiten waarop we, zowel de hulpverlener als de hulpvrager, een beroep kunnen doen. Enkele van deze kwaliteiten zijn: de wijsheid, de liefde, het mededogen, de creativiteit, het geduld en de humor. Vooral de wijze waarop je als hulpverlener aanwezig wilt zijn voor de ander die een beroep op je doet heb ik als zeer positief ervaren tijdens de training. Veelal ben je afgeleid, geïrriteerd, in een slecht humeur en daardoor niet aanwezig in de relatie. Daaraan kunnen we, zowel de arts als de patiënt, zelf veel doen. Tijdens de voorbereiding op en het contact met de patiënt is het goed je gewaar te zijn van negatieve gevoelens, verwachtingen, interpretaties en eigen neigingen (bijvoorbeeld te willen helpen, een 'goed arts' te zijn etc.) en niet te verdrinken . . . dan ben je werkelijk aanwezig in de situatie.

Operationeel

Ik hoop dat ik in het voorgaande heb kunnen duidelijk maken, waarom ik de mens en niet de patiënt centraal

heb willen stellen in de geneeskunde en in de gezondheidszorg. Tevens hoop ik te hebben aangetoond dat de humanistische geneeskunde ons naar mijn mening verder kan brengen dan de integrale geneeskunde, daar als het ware het logisch vervolg op is. Verder hoop ik dat u het met mij eens bent als ik zeg dat we nu moeten proberen deze inzichten operationeel te maken. Dat geldt voor de integrale geneeskunde evenzeer als voor de humanistische geneeskunde. Ik verwacht namelijk dat de operationalisatie van deze inzichten ons de onderbouwing zal verschaffen voor de huisartsgeneeskunde en in breder verband mogelijk ook voor de eerstelijnsgezondheidszorg. De termijn waarop dit mogelijk zal worden acht ik lang, maar ik vind wel dat we aan de slag moeten. Tenslotte: Wij kunnen niet voorbijgaan aan de vraag welk mensbeeld ten grondslag moet liggen aan een integrale gezondheidszorg. Ik zou willen pleiten voor een mensbeeld in de gezondheidszorg en in de geneeskunde dat niet uitgaat van de ontlede mens, de mens die in stukken uiteengerafeld en opgesplitst is, maar voor een totale mens, zoals geschetst. Van groot belang lijkt mij dat wij als hulpverleners niet alleen onszelf duidelijk baseren op dit mensbeeld, maar dat wij ook onze patiënten er op wijzen en hen vertrouwd maken met de gedachte dat wij daarvan willen uitgaan. Naar mijn mening zullen experimenten in deze richting meer kans van slagen hebben om de bevolking bij het gebeuren in de gezondheidszorg te betrekken, dan die experimenten waarin de patiënt op zijn of haar verantwoordelijkheid wordt gewezen. Immers het paar

hulpvrager – hulpverlener staat centraal. De zorg moet ten behoeve van dit paar worden geïntegreerd en mag – het zij nogmaals gezegd – nooit doel in zichzelf worden. Dit is dan tevens het belangrijkste uitgangspunt voor de integratie in de gezondheidszorg en in de geneeskunde.

Wij kennen weliswaar een integrale geneeskunde maar nog geen integrale gezondheidszorg, om van een humanistische gezondheidszorg maar niet te spreken.

★ ★ ★

In het bovenstaande heb ik de nadruk gelegd op de arts-patiënt relatie. De humanistische geneeskunde beperkt zich niet tot deze relatie. Ik heb niet gesproken over aspecten als verantwoordelijkheid, keuze, pijn en ziekte als symptomen van een gestoorde zelfverwerklijking. Deze aspecten bepalen mede de inhoud van de humanistische geneeskunde.

Literatuur

Assagioli, R. Psychosynthese, Boom, Meppel, 1975.

Balint, E. en J. S. Norell, Six minutes for the patient, Tavistock, Londen, 1973.

De Vries, M. J. Humanistische geneeskunde; op weg naar een geneeskunde en gezondheidszorg van de gehele mens, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1977, 121, 700.

Querido, A. Inleiding tot een integrale geneeskunde, De Tijdstroom, Lochem, 1955.

Querido, A. Godshuizen en gasthuizen, Em. Querido, Amsterdam, 1960.

NIET ROKEN

Het hoofdbestuur der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst spreekt als zijn mening uit dat roken, in het bijzonder van sigaretten, schadelijk is voor de gezondheid. Het hoofdbestuur beveelt de leden der Maatschappij aan niet te roken, zeker niet tijdens de uitoefening van de praktijk. Het hoofdbestuur beveelt tevens dringend aan dat in instellingen van gezondheidszorg (met name ziekenhuizen en poliklinieken) niet wordt gerookt.

Voorstel onderwijs medische gerontologie

Omdat bij de grote meerderheid van artsen in Nederland nu reeds een belangrijk deel van hun werkzaamheden gericht is op de ouderwordende en bejaarde mens en dit deel gezien de voorlopige voortgaande vergrijzing van onze bevolking zal toenemen, lijkt het vanzelfsprekend te zijn dat in de medische opleiding veel aandacht wordt besteed aan dit aspect van de beroepsuitoefening van de toekomstige arts (althans voorzover hij in Nederland of landen met een soortgelijke leeftijdsopbouw werkzaam zal zijn).

Het bovenstaande impliceert niet dat alleen op getalsmatige gronden de medische opleiding wat betreft de gezondheidszorg voor ouderen dient te worden aangepast. Andere argumenten zijn bijvoorbeeld dat een aantal ziekten en afwijkingen zich vooral op latere leeftijd manifesteert en dat verscheidene andere ziekten, niet per se gebonden aan de hogere leeftijd, toch vaak een andere symptomatologie vertonen en een daarop aangepaste diagnostiek en behandeling nodig maken. Bovendien speelt het multi- en interdisciplinaire karakter van bovengenoemde factoren – alhoewel dit wederom niet een aan de hoge leeftijd gebonden omstandigheid is – een belangrijke rol en dient een meer op samenwerking met andere, ook niet-medische, disciplines gerichte opleiding verder te worden ontwikkeld. Niet te onderschatten consequenties van een meer in bovengenoemde zich aangepaste opleiding zijn voorts het opwekken en bevorderen van wetenschappelijke interesse in de 'normale' en pathologische verouderingsprocessen en de consequenties daarvan, en van

De medische opleiding dient wat de gezondheidszorg voor ouderen betreft te worden aangepast; met name in de pre-klinische periode zou meer aandacht moeten worden besteed aan de geneeskunde voor ouderen.

Aldus een gezamenlijke werkgroep uit de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie, de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie, de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA) en de curricula commissie verpleeghuisartsen van de sectie Verpleeghuizen van de Nationale Ziekenhuisraad. De werkgroep is van plan in overleg te treden met de medische faculteiten en wil dan pleiten voor meer aandacht voor de geneeskunst voor ouderen in het 2e-, 3e- en 4e-jaars curriculum geneeskunde. Het verzoek om een gesprek wordt ondersteund door het Centraal Orgaan Samenwerkende Bejaardenorganisaties (Cosbo); de initiatiefnemers verwierpen voorts de van ganser harte betuigde instemming van de besturen van het Nederlands Instituut voor Gerontologie, het Amsterdams Instituut voor Gerontologie en de Nederlandse Federatie voor Bejaardenbeleid.

Als basis voor haar voorgenomen gesprek met de faculteiten heeft de werkgroep een 'paper' samengesteld, behelsende een voorstel voor het onderwijs in de medische gerontologie. Bijgaand dit voorstel.

belangstelling voor een meer adequate gezondheidszorg voor bejaarden.

Enkele overwegingen

1. Het verdient enige aanbeveling, gezien de gebruikelijke opbouw van het medisch onderwijs, in de beginjaren vooral aandacht te geven aan de algemene aspecten – zij het in velerlei opzicht – van veroudering en ouderdom, en meer aan wat men de 'normale' verouderingsverschijnselen pleegt te noemen dan aan de 'pathologische' verschijnselen min of meer inherent aan het ouder worden. Dus: voornamelijk (medische) gerontologie.
2. Toch zal dit onderdeel van het onderwijs (zowel 'education' als 'training') niet te zeer op de theoretische uiteenzettingen behoren te berusten maar de jonge student al vroeg in aanraking moeten brengen

met oudere en bejaarde mensen, gezonden vooral, maar ook wel zieken. De bejaarde mens moet van de aanvang van de medisch opleiding af de student duidelijk en als het ware tastbaar voorstaan en hij moet er in communicatie mee (leren) zijn.

3. Het verdient sterke aanbeveling dat alle docenten zowel in de basisvakken (bijvoorbeeld anatomie, fysiologie, biochemie, psychologie, sociologie), in de overige pre-klinische vakken (bijvoorbeeld genetica, epidemiologie) als in de klinische vakken (pathologische anatomie, pathofysiologie, de diverse specialistische vakken, enz.) in hun eigen curricula aandacht geven aan gerontologische vraagstukken, liefst apart aan dit onderwerp in hoor-, werkcolleges, werkgroepen en dergelijke.

4. Daarnaast dient in ieder geval in geconcentreerde vorm gedurende

tenminste één volle week (in het derde jaar), zo mogelijk in twee volle weken (één week in het tweede jaar), zo mogelijk in twee volle weken (één week in het tweede jaar, één week in het derde jaar) medische gerontologie te worden onderwezen. Deze blokcursussen medische gerontologie moeten in een gunstig tijdvak liggen (bijvoorbeeld in februari) en er dienen geen andere 'concurrerende' cursussen, colleges, practica en dergelijke tegelijkertijd aan de gang te zijn. Uiteraard dient dan op twee zaken te worden gelet:

- a. in de geconcentreerde blokcursussen medische gerontologie zullen geen herhalingen moeten voorkomen van elders bij de afzonderlijke vakken gegeven colleges over veroudering en dergelijke;
- b. desalniettemin moet zoveel mogelijk worden vastgehouden aan de regel dat het bestaan van de blokcursus gerontologie er niet toe leidt dat in de curricula van de afzonderlijke vakken nauwelijks of geen aandacht wordt geschonken aan gerontologische aspecten.

Gezien het reeds zwaar belaste programma zijn er ongetwijfeld bezwaren tegen het toevoegen van een blokcursus; beter is daarom een invoeging (zodat hier en daar enkele uren colleges moeten worden opgegeven).

5. In beginsel zullen de docenten voor een blokcursus gerontologie in de eerste plaats uit de faculteit der geneeskunde moeten komen, en verder uit de overige faculteiten van dezelfde universiteit. Punten ter nadere overweging:

- a. Wie zullen de meest geschikte docenten zijn? Hoe worden zij zelf eventueel bij- of nageschoold? Kunnen er (tijdelijk) docenten van buiten de eigen universiteit worden gevraagd?
- b. Hoe komt een bibliotheek c.q. documentatie- en informatiebank tot stand, voor gebruik door zowel docenten als studenten?

6. Het blokonderwijs dient te worden afgesloten met een tentamen. Ook in andere tentamens moeten vragen over gerontologische zaken aan de orde komen.

7. Een coördinator in full-time dienst in tenminste de rang van wetenschappelijk hoofdmedewerker dient te worden aangetrokken. Deze heeft onder meer tot taak te bevorderen dat het onder 3. en 4. gestelde zo goed mogelijk op elkaar wordt afgestemd. Voorts dient hij als organisator bij het concretiseren van de onder punten 5. en 6. hierboven vermelde punten te functioneren.

Inhoud

I. Algemene aspecten:

Antropologische en filosofische beschouwingen: de bejaarde in een veranderde samenleving; veroudering vroeger en nu; veroudering en geneeskunde;

II. Demografische, epidemiologische en economische aspecten;

III. Biologische aspecten:

verouderingstheorieën, algemene biologische verouderingsprocessen en verschijnselen; morfologie (anatomie,

histologie, cytologie); fysiologie, biochemie; endocrinologie; immunologie; genetica; voedingsaspecten; arbeidsaspecten;

IV. Medisch- en sociaal-psychologische en seksuologische aspecten;

V. Medisch-sociologische, sociaal-medische en maatschappelijke aspecten, vanuit de faculteiten der geneeskunst en sociale wetenschappen. Gedacht wordt aan bijdragen vanuit de antropologie, sociologie, psychologie, organisatieleer en economische wetenschappen;

VI. Inleiding tot geriatrische problematiek (bejaarde patiënten in ziekenhuis, verpleeghuis en thuis), met demonstratie;

VII. Kennismaking zo mogelijk met gerontologische research en (gezondheids)zorg voor bejaarden in verpleeghuis, verzorgingstehuis, dienstencentrum; zo mogelijk gesprekken met bejaarden.

VERTROUWENSARTSEN KINDERMISHANDELING

- Amsterdam: Provincie Noord-Holland. Postbus 5180, Amsterdam-1000 NA, tel. 020-713417;
- Arnhem: Provincie Gelderland. Postbus 467, tel. 085-210857;
- Breda: Provincie Noord-Brabant. Postbus 2231, tel. 076-146323;
- 's-Gravenhage: Provincie Zuid-Holland, benoorden de lijn Delft-Gouda, met inbegrip van Delft. Postbus 17160, tel. 070-551224;
- Groningen: Provincies Groningen en Drenthe. Postbus 145, tel. 050-232003;
- Leeuwarden: Provincie Friesland. Postbus 2204, tel. 05100-33393;
- Maastricht: Provincie Limburg. Postbus 46, tel. 043-14772;
- Rotterdam: Provincie Zuid-Holland bezuiden de lijn Delft-Gouda, met inbegrip van Gouda en de provincie Zeeland. Postbus 2525, tel. 010-128110;
- Utrecht: Provincie Utrecht. Postbus 14042, tel. 030-516098;
- Zwolle: Provincie Overijssel en Oostelijk Flevoland. Postbus 418, tel. 05200-19828.



officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Lomanlaan 103, Utrecht. Telefoon 030-885411 (twaalf lijnen). Postgironummer 58083; AMRO-banknummer 45 64 48 969.

Dagelijks Bestuur

Ch. J. Maats, voorzitter, H. Hoencamp, ondervoorzitter, Dr. E. J. C. Lubbers, E. Iwema Bakker, N. A. Meursing, leden; J. W. Jacobze (voorzitter LHV), Z. S. Stadt (voorzitter LAD) en Dr. C. H. van Erk (ondervoorzitter LSV), adviserende leden.

Secretariaat

J. Diepersloot, secretaris-generaal; secretarissen: Drs. P. Brandes, Mr. W. B. van der Mijn, Dr. H. Roelink, Mr. B. Schultsz; N. G. Huetink, hoofd van de administratie.

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

De Commissie Geneeskundige Verklaringen, Het Bureau voor Waarneming en Vestiging, De Afdeling Comptabiliteit, Het Ledenregister, De Afdeling Buitenland, De Permanente Commissie Doktersassistenten.

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Mr. N. de Graaff, directeur; Mw. J. de Graaf, informatrice.

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

Mr. H. J. Overbeek, directeur; Mw. G. A. C. Enzerink, secretaresse.

Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

Mr. W. G. van der Putten, directeur; Mw. J. C. Steenbrink, secretaresse.

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

Dr. D. Wolvius, secretaris; Mw. G. G. A. Brunger, chef de bureau.

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

Mw. Mr. P. Swenker, secretaris; bureautijden van 8.30-12.30 uur, Mw. A. van Zwol.

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

J. I. van der Leeuw, secretaris; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.

Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (CC) College voor Sociale Geneeskunde (CSG) College voor Huisartsgeneeskunde (CHG)

Mevr. Mr. H. A. van Andel, secretaris van deze drie colleges;
W. J. de Jager, secretaris van het Centraal College tot 1-6-1978;
Mw. E. M. Dekker-Meelker, secretaresse.

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

Drs. S. Duursma, directeur; J. van Elzelingen Skabo-Brun, onderdirecteur; Mw. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse.

Stichting Beroepspensioenfonds Artsen (SBA)

J. M. G. Hoes, directeur; Mw. Mr. H. van Boxtel, directiesecretaris.
Telefoon 030-887021 en 885411.



van het hoofdbestuur

Kort verslag HB-vergadering dd. 2 mei 1978

Intercollegiale toetsing

In aanwezigheid van de voorzitter van de werkgroep Centraal Begeleidingsorgaan in oprichting voor de intercollegiale toetsing in algemene ziekenhuizen, collega Simons, bespreekt het hoofdbestuur de eerste notitie van deze werkgroep waarin de samenstelling, taken en kosten van een zodanig centraal orgaan worden uiteengezet.

Alternatieve geneeswijzen

Op basis van een notitie van de KNMG-vertegenwoordiger in de ministeriële commissie 'alternatieve geneeswijzen' wordt gediscussieerd over de recente ontwikkelingen op het gebied van alternatieve geneeswijzen en de houding van het hoofdbestuur te dien aanzien.

Wetswijziging bevoegdheid verloskundigen

Naar aanleiding van de recente Kamerdebatten over het voorstel tot wetswijziging van de bevoegdheid van verloskundigen, beraadt het hoofdbestuur zich over de consequenties van het aangenomen amendement waarbij het aan verloskundigen voortaan is toegestaan cervixuitstrijkjes te maken bij niet-zwangere vrouwen. Besloten wordt ten aanzien van de nadere uitwerking van dit amendement in overleg te treden met het ministerie.

Wetsontwerp bevolkingsonderzoek

Door de vertegenwoordiger van het hoofdbestuur in de Centrale Raad voor de Volksgezondheid wordt het HB ingelicht over het conceptadvies van de Raad met betrekking tot genoemd wetsontwerp. Het hoofdbestuur stelt zich achter het terzake door het dagelijks bestuur ingenomen standpunt ten aanzien van dit wetsontwerp, welk standpunt in grote lijnen met het concept-advies overeenstemt.

J. Diepersloot, arts, secretaris-generaal



Algemene ledenvergadering

(voorziening vacature)

In aansluiting aan de Oproep en Agenda voor de Algemene Ledenvergadering van de OLMA dd. 30-5-1978, als opgenomen in MC nr. 18/1978, blz. 564, wordt medege-deeld, dat ter voorziening in de vacature A. Lubbers de volgende bindende voordracht is ontvangen van de LHV, in volgorde van voorkeur:

1. Dr. H. J. Waller, huisarts te Warnsveld;
2. Dr. L. M. van den Akker, huisarts te Doetinchem.

Namens de Raad van Commissarissen van de OLMA,

W. van Bork, voorzitter
A. M. Grundemann, secretaris



Nascholingsmogelijkheden voor de huisarts van juni t/m september 1978

Kopij voor deze rubriek dient drie weken voor de laatste vrijdag van de maand te worden ingestuurd aan Mw. I. Koers, Stichting Nascholing Huisartsen, Lomanlaan 103, Utrecht. Tel. 030-885411.

31 mei - 1 juni

Basiscursus voor electrocardiografie, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.

15 juni

Symposium over anticonceptie, te houden in het Jaarbeursgebouw te Utrecht, 's avonds half 8. Inlichtingen: W. van der Veer, firma Organon, Oss. Tel. 04120-24373.

12, 13, 14, 15 juni

Werktraining, georganiseerd door het NHI. Plaats: Huize Doornburgh, Maarssen. Kosten: f 950,—, inclusief verblijfkosten. Inlichtingen: Marja Verhaar-van der Gouw, NHI. Tel. 030-319946.

24 juli-5 augustus

5. Internationalen Seminar-Kongresses: Diagnostica-Therapeutica-Technica, in Montreux/Schweiz. Inlichtingen: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik E.V. Generalsekretariat: 7000 Stuttgart 70 (Degerloch) Jahnstrasse 32. Telefon (0711) 761454.

7 en 8 september + 8 woensdagmiddagen op 27 september 4 en 18 oktober. 1, 15 en 29 november, 6 en 20 december

Training Persoonlijk Funktioneren. Plaats: Huize Thalatta/Bloemendaal. De woensdagmiddagen: Waalbandwijk 43, Nieuwaal. Kosten: f 775,— Inlichtingen: Mw. M. Verhaar-v.d. Gouw, NHI. Tel. 030-319946.

5, 12 en 19 september

'Van Calculator tot Computer', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053-892922.

15 september

Blokcursus Urologie voor de Algemene Praktijk, Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-772200.

18, 19, 20 september

Training sociale vaardigheden, georganiseerd door S-1 (Samenwerkingsproject 1e lijn NHI-NCVK-JOINT). Plaats: Huize Doornburgh te Maarssen. Kosten: f 425,— p.p. incl. verblijf. Inlichtingen: Mw. Elita Zoer-v.d. Veen, NHI, Mariahoek 4, Utrecht. Tel. 030-319946.

18, 19, 20 en 21 september + 2 dagdelen

Werktraining. Plaats: Huize Doornburgh te Maarssen. Kosten: f 950,—. Inlichtingen: Mw. M. Verhaar- van der Gouw, NHI. Tel. 030-319946.

25 - 30 september

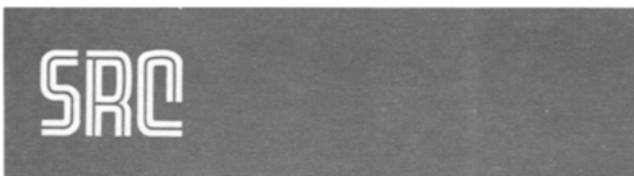
Europees congres voor huisartsengeneeskunde, Klagenfurt (Oostenrijk). Inlichtingen en opgave bij Mw. M. Kapsch, Bahnhofstrasse 22/1, A 9020 Klagenfurt. Het voorlopig programma is verkrijgbaar op het Nederlands Huisartsen Instituut, Mariahoek 4, Utrecht. Tel. 030-319946.

27 september

Klinische demonstratie voor huisartsen o.l.v. L. Kuenen. Onderwerp nog niet bekend. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.

27 - 28 september

Twee identieke cursusdagen over 'Gastro-Enterologie' te Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053-892922.



Nieuwe inschrijvingen

De Specialisten Registratie Commissie der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, heeft in de periode van 1 januari 1978 t/m 31 maart 1978 de navolgende specialisten ingeschreven:

Anesthesie

W. L. C. Brunings, Fazantlaan 43, Beuningen, per 1.12.1977
B. Kay, Wilhelmina Gasthuis, Amsterdam, per 2.11.1977
Prof. Dr. D. Langrehr, Grote Beerstraat 372, Groningen, per 2.11.1977

R. J. McBride, S. F. van Ossstraat 278, Amsterdam, per 2.11.1977

A. Moesker, Kleine Brinkstraat 8, Borger, per 19.2.1978

R. van Seventer, Jachtlaan 15, Ulvenhout, per 1.11.1977

H. H. Stad, Tienkamp 8, Krimpen a/d IJssel, per 1.12.1977.

Bacteriologie

R. A. Coutinho, Anna Vondelstraat 5^l, Amsterdam, per 1.10.1977

Dr. J. M. Dunbar, Irenelaan 1, Kaag (Post Abbenes), per 25.10.1977

Dr. M. J. Haverkorn van Rijsewijk, Rembrandt van Rijnlaan 2, Oegstgeest per 1.1.1978

Hiermede komt zijn inschrijving als internist per 1.2.1965 te vervallen.

W. D. H. Hendriks, Chrysantenhof 3, Berkel Rodenrijs, per 1.1.1978

Mw. M. Rozenberg-Arskaa, Valkenierslaan 49, Bilthoven, per 26.1.1978.

Cardiologie

P. J. de Feijter, Haarlemmermeerstraat 154, Amsterdam, per 1.8.1977

Dr. G. van Herpen, Rembrandtplein 5, Bilthoven, per 1.7.1977

Dr. H. J. Ritsema van Eck, Gatsedijk 60a, Maasdam, per 1.7.1976

P. D. Tan, Vossenbergring 13, Teteringen, per 19.1.1978.

Dermatologie

F. D. B. Haas, Oudegracht 361, Utrecht, per 1.3.1978

Mw. Dr. A. Hoeksma, Brugstraat 106, Dalerend, per 1.1.1977

Hiermede komt haar inschrijving als bacterioloog per 1.5.1963 te vervallen.

A. H. L. B. Ideler, Wersakker 59, Mierlo, per 16.1.1978

A. F. D. Smit, Paramaribohof 12, Leiden, per 1.1.1978

Mw. H. J. C. M. Uttendorfsky-van der Putten, Olympus 14, Amstelveen, per 1.10.1977.

Heelkunde

N. M. A. Bax, Rododendronstraat 72, Rotterdam Schiebroek, per 21.9.1977

A. N. Berkhoudt, Oelerweg 10, Hengelo, per 7.9.1977

J. Buth, Oranje Nassaulaan 1, Rhon, per 15.4.1977

R. A. Cohen, Burg. Verstegenstraat 104, Westzaan, per 15.1.1978

C. J. van Duin, Graan voor Visch 18615, Hoofddorp, per 1.1.1978

J. Greebe, Eline Veerestraat 8, Amstelveen, per 15.1.1978

K. H. Harmsma, van Slingelandtlaan 21, Rotterdam, per 16.1.1978

E. J. van Herk, Montensbos 55, Breda, per 1.7.1978

A. S. N. Hirzalla, Lekstraat 78, Emmeloord, per 26.1.1978

P. Klinkert, Kort Nijland 7, Donderen, per 1.3.1978

G. A. M. Kokke, Csardasstraat 4, Nijmegen, per 1.1.1978

A. van der Linde, Schippersdreef 15, Driebergen, per 1.2.1978

J. S. T. Oei, de Bossen 3, Raamsdonkveer, per 19.1.1978

M. K. M. Salu, Schelmeroord 9, Rotterdam, per 2.11.1977

G. H. Sie Sidharta, Castel Morelaan 2, Maastricht, per 26.10.1977

A. P. Varekamp, Pr. Margrietlaan 15, Oegstgeest, per 1.3.1978.

Inwendige geneeskunde

Dr. E. Briët, Herensteeg 10, Leiden, per 1.10.1977

J. A. M. Callewaert, Stadhoudersring 40, Zoetermeer, per 6.12.1977

Dr. S. A. Danner, 1e Helmersstraat 141, Amsterdam, per 1.10.1977

L. G. van Doorn, Grunoplastsoen 17, Bunnik, per 1.11.1977

Dr. J. I. M. Draijer, Weezenhof 23-31, Nijmegen, per 1.9.1977

W. B. Frijlink, Zandzegge 14, Leiden, per 1.2.1978

G. C. Gast, Westersedrift 95, Haren, per 1.4.1972

S. van der Geest, Planetenlaan 237, Groningen, per 1.11.1977

J. Glerum, Burg. Hogguerstraat 979, Amsterdam, per 1.1.1978
Mw. B. J. van der Heijden, Waddenstraat 705, Haarlem, per 10.11.1977
W. Hissink Muller, A. Rademakerstraat 10, Ouderkerk a/d Amstel, per 1.1.1978
R. H. Hommes, Tormentil 24, Kampen, per 15.12.1977
T. E. H. Hooghoudt, Bleiswijkstraat 9, Rotterdam, per 15.12.1977
H. G. Kreeftenberg, Paulus Potterweg 24, Eelde, per 1.1.1978
E. P. Krenning, Merellaan 9, Capelle a/d IJssel, per 19.2.1978
I. H. Liem, Verhulstlaan 71, Tilburg, per 14.12.1977
P. W. Lubbinge, Lekdijk 45, Ammerstol, per 1.4.1978
H. P. Muller, Cobetstraat 17, Leiden, per 1.1.1978
W. Numan, Nolenslaan 22, Groningen, per 1.12.1977
M. E. Ouweland, Slingenbergstraat 12, Oss, per 15.11.1977
R. E. N. van Rijswijk, Wevelaan 45, Utrecht, per 1.11.1977
I. Stoel, Vlotlaan 7, Dordrecht, per 1.12.1977
P. M. J. R. de Swart, Brakersweg 20, Castricum, per 1.11.1977
Mw. E. Trommel, Dadeltuin 32, Rotterdam, per 1.11.1977.

Keel-, neus- en oorheelkunde

G. H. Bovenhorst, de Strubben 18, Emmen, per 1.1.1978
Dr. F. J. M. Hilgers, Koninginneweg 204, Amsterdam, per 1.1.1978.

Kindergeneeskunde

Mw. N. A. L. Biervliet-Dahlberg, Engelandlaan 1166, Haarlem, per 1.9.1977
Mw. J. E. Dankert-Roelse, Steeg 1, Norg, per 1.10.1977
Mw. M. C. van Doornik, Dammolen 4, Harmelen, per 1.11.1977
T. J. W. Fiselier, St. Antoniusstraat 49, Mook, per 1.2.1978
L. H. A. Hinkofer, Merelhoven 154, Capelle a/d IJssel, per 1.1.1978
W. A. Kamps, Briljantstraat 289, Groningen, per 1.9.1977
E. J. Meijboom, Keizersgracht 667, Amsterdam, per 1.4.1978
R. G. M. Stalpers, Tolhuis 31-14, Nijmegen, per 15.1.1978
Mw. G. M. A. Swart, Barentszstraat 71, Den Haag, per 1.10.1977
J. M. J. Sijstermans, Loenermark 351, Amsterdam, per 1.12.1977
J. Vonk, Burg. Vijlbriefstraat 25, Westzaan, per 15.12.1977.

Longziekten en tuberculose

H. A. van den Hout, Aldenhof 61-57, Nijmegen, per 1.2.1978
Mw. M. de Vries, Insulindestraat 307, Rotterdam, per 1.12.1977
Hiermede komt haar inschrijving als internist per 16.6.1973 te vervallen.

Neurochirurgie

H. D. Paz Y Geuze, Merellaan 489, Capelle a/d IJssel, per 14.12.1977.

Oogheelkunde

W. A. Blaas, J. C. van Markenplein 6, Delft, per 1.2.1978
J. R. M. Cruijsberg, Wezenhof 80-17, Nijmegen, per 1.1.1978
Ph. F. J. Hoyng, Smedenweg 27, Nieuw Venne, per 1.2.1978
Mw. E. A. M. Hulsbergen Henning, Planetenlaan 393, Groningen, per 1.12.1977
F. E. Ros, Ruit 10, Uithoorn, per 1.12.1977.

Orthopedie

J. G. N. Megens, Colenbranderstraat 7, Arnhem, per 1.10.1977
C. J. Tseng, van Wassenaer van Obdamlaan 25, Wassenaar, per 1.3.1978.

Pathologische anatomie

P. Blok, de Oude Visscher 39, Nes a/d Amstel, per 1.3.1978
Mw. A. H. Blom, Frans Halslaan 107, Oegstgeest, per 1.5.1977
J. L. J. M. Teepen, Verschuurstraat 3, Tilburg, per 1.1.1978.

Plastische chirurgie

Dr. P. A. Leistikow, Brachthuiserstraat 5, Amsterdam, per 1.1.1978.

Radiodiagnostiek

D. A. Batchelor, Overtoom 140'', Amsterdam, per 2.6.1977
F. M. A. Carree, Bergse Plaslaan 2, Rotterdam, per 1.3.1978
J. M. A. van Engelshoven, Plutohof 4, Maastricht, per 1.1.1978
A. W. M. Hoek, Catharijnesingel 96 bis, Utrecht, per 1.2.1978
B. W. Ike, Weezenhof 64-17, Nijmegen, per 1.11.1977
H. Ketelaar, Nieuwegeer 18, Mijnsheerenland, per 1.1.1978
V. J. R. Maduro, Lankforst 55-36, Nijmegen, per 16.5.1977
J. M. van der Put, de Genestetstraat 23, Capelle a/d IJssel, per 1.2.1978
P. T. Thung, Ixiadal 7, Leiden, per 1.5.1977.

Radiotherapie

P. C. Badcock, Bonairestraat 5, Amsterdam, per 6.9.1977
K. T. Lie, Sterremos 25, Rotterdam, per 1.11.1977.

Revalidatie

Mw. E. G. Brizzi-Boerman, Via Montanara 214 A, 43010, Gaione-Fontanini, Parma, Italië, per 15.9.1977
G. J. Lankhorst, Hobbemakade 98^{II}, Amsterdam, per 1.11.1977.

INHOUD OFFICIEEL

KNMG, van het hoofdbestuur:

Kort verslag HB-vergadering dd. 2 mei 1978 658

OLMA:

Algemene ledenvergadering (voorziening vacature) 658

SNH:

Nascholingsmogelijkheden voor de huisarts van juni t/m september 1978 658

SRC:

Nieuwe inschrijvingen 659

Nr 21 - 26 mei 1978