medisch contact

Nr. 6 – 6 februari 1975

redactioneel

In dit nummer:

- **Dr. F. Roest, onderwijscoördinator van de Vrouwenkliniek in Leiden, vraagt zich af of de klant koning is in de medische opleiding. Met die 'klant' wordt bedoeld de junior-coassistent – voor insiders 'juco' – voor wie als afnemer van medisch onderwijs alles zou moeten worden gedaan om het klinisch deel van de opleiding zodanig te structureren dat de coassistent op evenwichtige en verantwoorde wijze wordt gevormd tot een aanvaardbare basisarts.**

- **'Morgen wordt heden geschreven', zo citeerde Dr. F. A. Nelemans Henriëtte Roland Holst bij de aanvaarding van het ambt van buitengewoon hoogleraar in de farmacotherapie te Utrecht, orerend dat de farmacotherapeut als specialist dient te worden erkend. In zijn commentaar daarop bepleit de hoofdredacteur van M.C. in dit verband een betere communicatie tussen huisarts en apotheker.**

- **Onze man in de Ziekenfondsraad brengt verslag uit van de eerste raadsvergadering in 1976 en wijdt daarbij speciale aandacht aan de jaarrede van de voorzitter.**

- **Iets geheel anders in de vaste rubriek 'Geschiedenis der geneeskunde': Dra. C. M. Verkroost van het Medisch Encyclopaedisch Instituut van de Vrije Universiteit verstrekt tekst én uitleg van een authentiek 'Bericht wegens een zeer ongemeen toeval aan het linkeroog', overkomen aan en meegedeeld door de 18e eeuwse arts Job Baster. Een uniek brok autopathografie in historisch perspectief.**

- **In haar (medio november 1975 aanvaarde en in het maandblad Unie van december 1975 gepubliceerde) rapport komt de Commissie Eigen Instellingen van de Nederlandse Unie van Ziekenfondsen tot de slotsom, dat de eigen instellingen van de ziekenfondsen – ook in het licht van de toekomstige volksverzekering – positief moeten worden beoordeeld; handhaven dus.**

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven aan de redactie 170
Inzenders: H. van Beek, Dr. F. A. Vorst, Dr. C. A. Teijgeler, A. J. M. Schipperijn, M. C. de Haan

Is de klant koning in de medische opleiding? door *Dr. F. Roest* 173

Geneesmiddelen: arts slechte voorlichter. Oratie *Prof. Dr. F. A. Nelemans* 178

Uit de Ziekenfondsraad 179

Het project Man-Vrouw: Anticonceptie 1975 180

Geschiedenis der geneeskunde – Een arts uit de 18e eeuw beschrijft zijn ziekte, door *Dra C. M. Verkroost* 182

Basisonderzoek kostenstructuur ziekenhuizen: derde rapport 184

Ziekenfondsen: eigen instellingen handhaven. Commissierapport Nederlandse Unie van Ziekenfondsen 185

Geneeskundige Hoofdinspectie: Ongewenst drukwerk 186

OFFICIEEL 187

Inhoudsopgave officieel 200

MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

F. A. Bol, arts, hoofdredacteur;
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris;
R. A. te Velde, redacteur;
Trudy Valkenburg, redactrice;
Tineke van der Goot, secretaresse;
Lily Juffermans, secretaresse.

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

Uitgeverij

Tijl Media B.V.,
Texelstraat 76-80,
Amstelveen,
telefoon: 020-433851,
telex: 15230.

Abonnementen

Voor niet-leden van de K.N.M.G. *f* 69,—; buitenland *f* 80,—; losse nummers *f* 2,— (exclusief BTW). 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 K.N.M.G. uitsluitend aan de afdeling Ledenregister der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht. Niet-leden uitsluitend aan de uitgever.

Oplage: 20.000 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.

PER MILLIGRAM OF PER KILO?

In M.C. 1976, nr. 1 (in wat appetijtelijker make-up; de oude dame eronder is dezelfde gebleven), blz. 19, staat een aankondiging over *megestrolacetaat*. Korte samenvatting: een stel hondjes van een speciaal ras heeft men (vanaf welke leeftijd?) abnormaal hoge doses toegediend van genoemd farmacon en ei zie! er gebeurden vervelende dingen. Consequentie: stof moet er uit; 'pil' waar het in zit (volplan, serial, planovin, kombikwens) gaan er uit. Dit nodigt uit tot enig wenkbrauwophalen.
Vragen: 1. Reageert de mamma van een vrouw op bepaalde syntetische hormoonachtige stoffen net als die van zo'n teefje, qua carcinoominductie? 2. Hoe groot was de overdosering? 3. Hoe is de verhouding (indien daarover iets bekend is) tussen de inductietijd van mammacarcinoom bij vrouwen en deze teefjes, bij gebruik van dit soort pharmaca? 4. Is er enig gegeven bekend dat er op wijst dat mammacarcinoom vaker dan te verwachten voorkomt bij gebruiksters van bovengenoemde 'pillen'?
Het lijkt zeer verbazingwekkend te zijn als op deze vragen een sluitend antwoord zou kunnen worden gegeven. Het geheel ruikt naar een paniekreactie op onvoldoende gronden. – Ter illustratie:
1. *Overdosering:* als ik een aantal mensen zo gek zou kunnen krijgen jarenlang per dag bijvoorbeeld drie k.g. suiker te eten of vijftien liter water te drinken, zal dat zeker nare gevolgen hebben. Dat is geen reden suiker of water uit de voeding te schrappen. Als mensen jarenlang per dag 12 gram acetosal slikken, gebreurt er ook wat naars. Bij hondjes ook cet. par.
2. *Bijwerkingen:* aan het slikken van een pharmacon zitten (als het werkt) twee consequenties vast: a. men hoopt er een gewenst doel mee te bereiken; b. bijwerkingen zijn mogelijk; dit is helaas inherent aan ieder pharmacon. Bij het voorschrijven ervan zal men deze twee aspecten steeds moeten afwegen: een vaststaande werking tegenover vaststaande bijwerkingen. Bij een nieuw farmacon: potentiële bijwerkingen; bij een al langer in gebruik zijnd farmacon: bewezen bijwerkingen. Hier is niets bewezen.
Uit het zeer summiere verhaal (om het zo beleefd te betitelen) kan maar één zinnige consequentie worden getrokken: laat ons zien of er bij de mens iets gebleken is. Als je kijkt naar het aantal farmaca waarvan bewezen is dat zij bij de mens in normale dosering kwaad kunnen doen en desondanks vrij kunnen worden voorgeschreven (amidopyrine, chlooramphenicol, phenacetine, acetosal, maar bijvoorbeeld ook corticosteroïden) wordt bovengenoemde maatregel een ietwat belachelijke zaak.
Uiteraard kan men stellen: er zijn toch zoveel 'pillen'; neem een andere. Maar dat is niet zo eenvoudig. Een vrouw die op een bepaalde 'pil' goed is ingesteld neemt niet zo gauw een andere. Dit geldt des te meer voor vrouwen (iedere gynaecoloog en huisarts kent ze) die 'pil'problemen hebben en waarbij het een hele zoekerij is om die 'pil' te vinden waarmee zij zonder problemen kunnen leven. Dit is maatwerk, geen confectie. Bij andere groepen farmaca aanvaardt men zonder gemekker risicohoudende preparaten omdat alternatieven bij bepaalde patiënten niet voldoen.
Conclusie: als wij het soort in voorvermeld verhaal criterium gaan aanvaarden, laten wij dierproeven nemen op alle denkbare soorten dieren, vele jaren, in forse overdosering. Laat ons dan als resultaat alle geneesmiddelen (en waarschijnlijk voedingsmiddelen) schrappen. Van tinctura valeriana hoorde ik nooit iets naars; maar ja: 100 m.l. per dag aan pasgeboren ratten?

Zaandam, januari 1976

H. van Beek.

P.S. Schrijver dezes heeft geen enkele binding aan welke farmaceutische industrie dan ook.

Naschrift

Het niet meer beschikbaar zijn van megestrol-bevattende orale anti-conceptiva is een gevolg van de beslssing van de *fabrikanten* van deze produkten. De fabrikanten hebben uit voorzorg de produktie gestaakt. Het Staatstoezicht op de Volksgezondheid heeft gemeend de artsen van deze beslissing van de fabrikanten op de hoogte te moeten stellen, zoals ook in andere landen is gebeurd, met de mededeling op grond waarvan de fabrikanten deze beslissing hebben genomen. Door de brief van het Staatstoezicht is getracht onnodige onrust onder de gebruikers en de voorschrijvers te voorkomen. Het is immers niet denkbeeldig dat er onrust zou kunnen ontstaan indien berichten over het uit de handel nemen van deze produkten zonder nadere motivering zouden worden verspreid.
Ondergetekenden achten het hun taak in voorkomende gevallen de arts terzake zo spoedig mogelijk te informeren. Met betrekking tot de bijwerkingen van geneesmiddelen zal de arts veelal door het Geneesmiddelenbulletin en soms ook door ondergetekenden worden geïnformeerd, opdat de arts

Doorlezen op blz. 172

FARMACOTHERAPIE

Het aantal ziekenhuisopnamen ten gevolge van vergiftigingen neemt in alle welvaartslanden toe. Percentages van 4-5 zijn niet ongewoon. In Engeland vormen de intoxicaties 10% van alle ziekenhuisopnamen. Hoewel het hier niet uitsluitend gaat om medicamenteuze vergiftigingen, blijkt uit deze cijfers dat er een hoge tol wordt betaald voor de heilzame werking van de moderne geneesmiddelen. Men kan zich bovendien afvragen of deze gevallen niet het topje van de ijsberg vormen. Vele schadelijke bijwerkingen leiden niet tot ziekenhuisopnamen. Over het te ruime gebruik en de schadelijke nevenwerkingen van tranquillizers, antidepressiva en andere psychotrope middelen is al veel geschreven. Hier zij slechts vermeld dat het gebruik van deze middelen in veel gevallen weliswaar de symptomen van een aantal ziekten doet verdwijnen of althans minder zichtbaar maakt, maar de patiënt ook afhankelijk en daardoor haast ongeneeslijk ziek maakt.

Dr. F. A. Nelemans heeft in verband met de aanvaarding van het buitengewoon hoogleraarschap in de farmacotherapie te Utrecht erop gewezen dat geneesmiddelen behalve bijwerkingen te vertonen ook het verder uitoefenen van een beroep in gevaar kunnen brengen. Dat daarbij ook de verkeersveiligheid te berde zou worden gebracht was gezien vroegere publikaties wel te verwachten (blz. 178). In zijn inaugurale rede doet Prof. Nelemans enige suggesties om tot een beter en efficiënter gebruik van medicamenten te komen. Hij zou het specialisme farmacotherapie het liefst in handen leggen van de apotheker. Aan de apotheker zou de bepaling van bloedspiegels van diverse medicamenten moeten worden opgedragen. Tenslotte zou de apotheker meer moeten worden ingeschakeld bij de patiëntenvoorlichting.

Enkele kanttekeningen: Het is – Nelemans onderschrijft dit – de arts die de diagnose stelt en de aard van de behandeling bepaalt. Acht deze geneesmiddelen nodig dan, aldus Nelemans, kan hij het best aan de apotheker – als farmacotherapeut – een specialistisch advies vragen (zoals hij ook aan de diëtist overlaat het dieet samen te stellen). Intramuraal, waar de arts te maken heeft met min of meer duidelijke ziektebeelden en gerichte therapie met geneesmiddelen, met vaak een gerin-



ge therapeutische breedte liggen er in een paar instellingen wellicht kansen voor een tot farmacotherapeut gespecialiseerde apotheker. Buiten het ziekenhuis, waar de meeste recepten worden bereid, zou de farmacotherapeutische kennis van de apotheker in het totaal van de geneesmiddelenvoorziening een belangrijker effect kunnen hebben dan die van de gespecialiseerde apotheker binnen het ziekenhuis (waar ook nog klinisch-chemici in dit opzicht een functie vervullen).

Het is spijtig dat de nieuwe hoogleraar bij zijn omschrijving van de invloed die de 'openbare' apotheker op grond van zijn bijzondere kennis kan uitoefenen zich alleen beperkt tot een wat oneigenlijk gebruik van artikel 29 van het Besluit uitoefening artsenijbereidkunst. Het komt ons voor dat met name een beter gestructureerde communicatie met de voorschrijvende arts een positief effect op het totale voorschrijfpatroon zou kunnnen hebben. Het farmacotherapeutisch onderwijs zou in de eerste plaats met dit doel voor ogen moeten worden gegeven.

Een enkele suggestie: De apotheker zou slechts medicijnen moeten afleveren in meer dan een vastgesteld aantal indien hij inzicht heeft – via een medische informatiekaart – in het totale geneesmiddelengebruik van de patiënt. De apotheker zou bijvoorbeeld de receptuur van een aantal patiënten van elke voorschrijvende arts aan een kritisch onderzoek moeten onderwerpen en de resultaten daarvan aan de betrokken arts voorleggen. De daarvoor benodigde farmacotherapeutische kennis zou dan goede vruchten kunnen afwerpen.

HONORARIA

De L.S.V. heeft voor de derde maal 'vrijwillig' afstand gedaan van een deel van de gebruikelijke honorariumverhoging. Dit betekent voor de ruim 4.000 'full-time vrije praktijken' een inkomstenderving van in totaal 30 à 40 miljoen gulden, zijnde 4,5% van het honorarium minus kostendeel.

Gezien de totaal verschillende opbouw van beider honoraria (bij de huisarts gebonden aan een ambtenarenschaal, bij de specialist 'ongebonden') vaart de L.S.V. in deze koers los van de L.H.V. Een zelfde stap van die zijde zou de structurele opbouw van het honorarium, waarvoor jaren is gestreden, in gevaar brengen.

B.

hiermede rekening kan houden bij het voorschrijven. Met de heer Van Beek zijn wij het dan ook volledig eens dat bij het voorschrijven van geneesmiddelen rekening moet worden gehouden zowel met de werking als met de bijwerking van het geneesmiddel.
Omtrent de relevantie van dierproeven voor de humane situatie kan men niet generaliseren. Ondanks vaak onvermijdelijke verschillen in proefopzet kan de dierproef belangrijke aanwijzingen geven voor effecten, die bij de mens zouden kunnen ontstaan. Bij overheidsbeslissingen en uitspraken van het College te beoordeling van verpakte geneesmiddelen wordt echter bij voorkeur uitgegaan van de totaliteit van gegevens, zowel dierexperimenteel als humaan.

De plv. Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid,

Dr. F. A. Vorst

De Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid voor de geneesmiddelen,

Dr. C. A. Teijgeler

REACTIE VERPLICHTE KEURINGEN

Inzake het artikel van Sengers in Medisch Contact nr. 46/1975, blz. 1461, zijn nogal wat reacties losgekomen. Zouden de collegae, die reageerden, dit ook gedaan hebben, wanneer iemand in Medisch Contact bloedserieus een artikel had geschreven waaruit zijn verwondering bleek, dat er medici zijn die hun patiënten vers fruit voorschrijven. Iets anders is natuurlijk of Sengers met de zin: 'Want het is, vind ik, aan de mens zelf om te bepalen of hij, ziek of niet ziek, een beroep zal doen op uitkering ingevolge de ziektewet' een maatschappelijk verantwoorde uitspraak doet en medisch als ethisch niet verschrikkelijk over de schreef gaat.
Voor mijn gevoel is het dan ook belangrijker de *aansprakelijkheid* voor eventuele gevolgen van deze uitspraak ter discussie te stellen, dan de *inhoudelijkheid* van de uitspraak zelf, die aan duidelijkheid immers niets te wensen overlaat. Doch dit is, dunkt mij, meer voer voor juristen.

Noorwijk, 21 januari 1976

A. J. M. Schipperijn

GERIATRIE

Op pagina 45 van Medisch Contact nr. 2 van 9 januari jl. wordt door collega H. J. W. Post, verpleeghuisarts, medegedeeld dat momenteel zeker 40% van de ziekenhuisbevolking uit bejaarde patiënten bestaat. Het komt mij voor dat dit percentage wat aan de hoge kant is.
In het Diaconessenhuis te Eindhoven werden in 1974 14,5% patiënten boven de 65 jaar opgenomen. Of er ziekenhuizen in Nederland zijn, die meer dan 40% bejaarden hebben, weet ik niet. Voor het opzetten van een geriatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis zal een bepaald aantal bejaarden in ieder geval aanwezig moeten zijn wil men mogelijkheden hebben om het door hem voorgestelde plan tot uitvoering te brengen. Eindhoven mag een jonge stad zijn, maar tussen 14,5 en meer dan 40% zit wel een groot verschil.

Eindhoven, 15 januari 1975

M. C. de Haan

Naschrift H. J. W. Post

Het samenstellen van een artikel als genoemd komt uiteraard mede voort uit de betrokkenheid van de schrijver bij het gehele probleem en dat weer op basis vaak van locale en regionale situaties.
Betreffende de genoemde percentages kan gezegd worden dat deze, al naar de bevolkingsopbouw, de aangepaste voorzieningen en de doorstromings-mogelijkheden (gesloten circuit), landelijk nogal uiteen kunnen liggen. De 40% is daarom niet als voor overal geldend te beschouwen en in generale zin waarschijnlijk inderdaad wat aan de hoge kant. Desalniettemin levert de 14,5% van het Diaconessenhuis te Eindhoven op iedere 200 bedden al de mogelijkheid van een geriatrische afdeling van 30 patiënten.

Specialistenhonoraria 1976

De medische specialisten zullen geen aanspraken laten gelden op de prijscompensatie ad 4,5% per 1 januari van dit jaar. Alleen de reële praktijkkostenverhoging zal worden doorberekend in de ziekenfonds- en particuliere tarieven. De L.S.V. heeft hierover het volgende persbericht laten uitgaan:

Na overleg met staatssecretaris Hendriks van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, heeft het Centraal Bestuur der Landelijke Specialisten Vereniging, gezien de moeilijke economische situatie waarin ons land zich op dit ogenblik bevindt, vrijwillig besloten de specialistenhonoraria voor het jaar 1976 onder de zogenaamde nullijn te brengen. Dat wil concreet zeggen dat de prijscompensatie ad 4,5% die aan de ambtenaren per 1 januari 1976 is toegekend niet zal worden opgenomen in de ziekenfondshonoraria 1976. Deze honoraria volgen normaliter de ambtenarentrend, zoals is overeengekomen met de ziekenfondsen. Slechts de werkelijke verhoging van de praktijkkosten over het jaar 1975, die als gewoonlijk achteraf worden verrekend, zal in 1976 in de tarieven worden verdisconteerd.
Het Centraal Bestuur van de L.S.V. heeft dit voorstel tot vrijwillig afzien van de honorariaverhoging meegedeeld aan haar contractpartner, namelijk het Gemeenschappelijk Overleg van Ziekenfondsorganisaties. Het Centraal Bestuur heeft tevens besloten ten aanzien van particuliere honoraria een zelfde matigend tarievenbeleid te voeren. Het totaal effect van deze matiging betekent voor de gezondheidszorg een besparing van circa 30 à 40 miljoen per jaar.
Het besluit tot matiging van de honoraria en tarieven is ter kennis gebracht aan alle leden van de L.S.V.

Is de klant koning in de medische opleiding?

door *Dr. F. Roest*, onderwijscoördinator van de Vrouwenkliniek van de Rijksuniversiteit te Leiden

In een vorig artikel* heb ik uiteengezet dat het uit zijn krachten gegroeide medische curriculum en het nog voornamelijk vaksgewijs aanbieden van de leerstof leiden tot een kaleidoscopisch kennispatroon bij de studenten. Na vier jaar vrijwel uitsluitend theoretische vorming hebben zij nog maar bitter weinig zicht op de praktische medische beroepsuitoefening, hetgeen op onthutsende wijze aan de dag treedt in de klinische fase van hun opleiding. Dit schept niet geringe problemen bij de opvang van de studenten wanneer zij in hun vijfde jaar als juniorcoassistent in de klinieken hun eerste praktische vaardigheden moeten verwerven.

Ofschoon de grote discrepantie tussen theorie en praktijk niet nieuw is kan men hiermee in de huidige tijd nauwelijks meer uit de voeten. Het grote aantal studenten dat thans voor de medische opleiding kiest heeft uiteraard ernstige consequenties wanneer zij in de klinieken moeten worden ingezet. Om de wachttijden zoveel mogelijk te beperken is indeling van maximale groepen coassistenten noodzakelijk. De instelling van het juniorcoassistentschap in het vijfde jaar en de afronding van de studie met het seniorcoassistentschap in het zesde jaar hebben tot gevolg dat de 'witte-jassen-populatie', met name in de academische ziekenhuizen, dikwijls niet onaanzienlijk is toegenomen.

Het is duidelijk dat vooral de juniorcoassistenten, volkomen gespeend van enige praktische ervaring, een extra grote belasting vormen voor staf en assistenten. Er kan in een dergelijke situatie gemakkelijk een strijdigheid van belangen ontstaan, waarmee vooral degenen die met de organisatie van de juniorcoschappen zijn belast te maken krijgen. Medische opleiders zullen als ervaren artsen allereerst rekening dienen te houden met de belangen van de cliënten (patiënten) voor wie in de eerste plaats alle medische zorg is bestemd. Daarnaast hebben zij echter verplichtingen tegenover een andere groep 'cliënten', namelijk de studenten die zij praktisch onderwijs moeten aanbieden. Aangezien dit moeilijk zonder patiënten kan ligt de conflictstof voor het grijpen.

Image van de vijfdejaars student

'Wij hebben gemerkt dat de student die voor het eerst in de kliniek komt door een massa vragen wordt bestormd, hetgeen evenzovele onzekerheden oplevert, die zich nog voegen bij de onzekerheden van de wankele kennis' aldus een conclusie van een groep juniorcoassistenten in een verslag van hun ervaringen.

Het zal duidelijk zijn dat een dergelijke figuur niet altijd met open armen in een druk bezette kliniek zal worden ontvangen. Daar komt nog bij dat deze studenten niet alleen over slechts weinig goed gerichte kennis beschikken, maar meestal ook twee linkerhanden hebben. Incidenteel arriveert er wel eens een student die op eigen initiatief een verpleegkundige stage heeft gelopen en al enigszins op de hoogte is met de gang van zaken in een kliniek, maar op dergelijke witte raven kan uiteraard geen opvangbeleid worden gebaseerd. Zolang er geen mogelijkheden tot fundamentele veranderingen in het curriculum zijn zou er mijns inziens op zijn minst getracht moeten worden een dergelijke stage verplicht te stellen.

Onder de huidige omstandigheden is er heel wat stuurmanskunst vereist om de vijfdejaars studenten zinvol bij het praktische werk te betrekken zonder de normale gang van zaken in de kliniek te ontwrichten. Er dient een middenweg te worden gevonden tussen het met minimale voorbereiding loslaten van deze beginnelingen in het klinisch handelen en de beperking van het juniorcoschap tot een vrijwel uitsluitend theoretische stoomcursus probleemgericht denken. Uit de vele betuigingen van onvrede van de kant van de studenten blijkt zonneklaar dat zowel het een als het ander niet geringe frustraties bij hen teweeg brengt.

Doelstellingen van het juniorcoassistentschap

Door de vele negatieve ervaringen met slecht voor de praktijk toegeruste studenten wordt er heel wat over toekomstige veranderingen gefilosofeerd. Dat kan ongetwijfeld zijn nut hebben, maar feit is dat de huidige jaargangen daarmee niet gebaat zijn en dat hun docenten moeten voldoen aan de billijke eis om nú onderwijs te geven en wel zo goed mogelijk, ondanks alle problemen. Dat is overigens geen kleinigheid omdat het karakter van het aan te bieden onderricht van de ene dag op de andere een totaal andere opzet vergt.

Wie echter de opdracht krijgt een juniorcoassistentschap te organiseren heeft de bruikbare voorbeelden niet voor het oprapen. Overal zijn de mogelijkheden en moeilijkheden verschillend. Toch zijn er mijns inziens, onafhankelijk van de omstandigheden, gemeenschappelijke uitgangspunten vast te stellen. Een zeer duidelijke bewustwording bij alle docenten van het feit dat er bij de huidige wijze van opleiden een fikse lacune bestaat tussen theorie en praktijk is daarbij een allereerste vereiste. Voorts is de hulp van allen die in de kliniek praktisch werkzaam zijn een conditio sine qua non. Iedereen dient zich bewust te zijn van de wankele positie van de juniorcoassistenten, bereid te zijn hun daarin tegemoet te komen en hen niet als lastige vliegen weg te jagen!

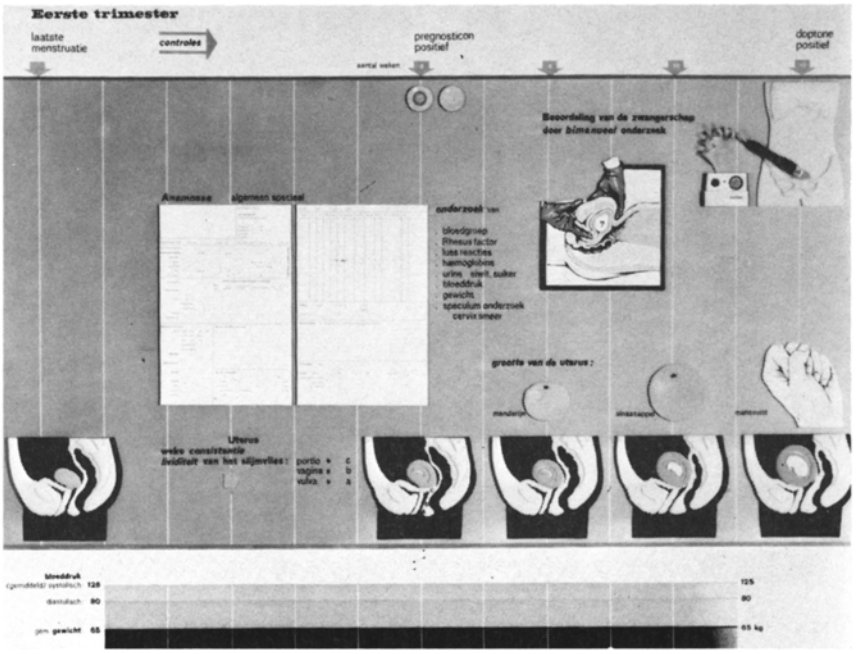
'Je kunt iedereen alles vragen betekent in de praktijk dat je niemand iets kunt vragen' is een sombere uitspraak van een groep juco's die aantoont dat hieraan nogal eens het een en ander mankeert. Daarom is het van fundamenteel belang om de verantwoordelijkheid voor de organisatie en uitvoering van het onderwijs aan juniorcoassistenten toe te vertrouwen aan een stafmedewerker die bereid en in staat is om voortdurend de vinger aan de pols te

* M.C. nr 4/1976-*31*, pag. 104 e.v.

houden. Op deze wijze is er ook een garantie dat er haalbare doelstellingen worden geformuleerd en – wat belangrijker is – worden gerealiseerd.
Bij het samenstellen van een programma voor juniorcoassistenten zal rekening moeten worden gehouden met:
a. het belang van de patiënten; b. de amateuristische vermogens van de studenten; c. hun te weinig gerichte kennis van het klinisch handelen; d. het surplus aan 'witte jassen' in de kliniek.
Er zal derhalve – hoe dan ook – moeten worden gestreefd naar een juniorcoschap dat enerzijds 'patiëntsparend' en anderzijds 'studentmotiverend' is gestructureerd. Immers, de opdracht is om van studenten met niet veel meer dan 'weetjes' denkers en doeners te maken.
Aan het einde van de eerste stage in de verschillende klinieken dienen de juniorcoassistenten aldus tenminste te beschikken over: a. inzicht in het klinisch denken en handelen; b. een aantal basische vaardigheden; c. kennis van diverse onderzoekmethoden; d. een juist begrip van een goede arts-patiënt relatie; e. kennis van de werkzaamheden in en met de paramedische disciplines.
In de afgelopen jaren is in vele klinieken wel duidelijk geworden dat het effectueren van deze doelstellingen geen sinecure is. Er is hier en daar dan ook stellig sprake van een veranderend beleid waarin getracht wordt adequate oplossingen te vinden voor de problematiek van het vijfde studiejaar. Er komen meer en meer moderne onderwijsmethodieken beschikbaar die zich uitstekend lenen om de studenten in kleine groepen te laten 'droogzwemmen' en waardoor de verkregen kennis in de praktijk toepasbaar kan worden gemaakt.
Het is in dit verband wellicht zinvol om de vorenstaande overwegingen te illustreren met een praktisch voorbeeld van een juniorcoassistentschap waaraan inmiddels 440 studenten hebben deelgenomen en waarmee in vele opzichten – vooral ook van de studenten uit gezien – zeer bevredigende resultaten zijn bereikt.

De organisatie van het juniorcoassistentschap in de Vrouwenkliniek te Leiden

1. Voorbereiding
De eerste vraag die ik mij stelde toen ik werd belast met de opzet en uitvoering van het juniorcoschap voor Verloskunde en Gynaecologie was: 'Wie zijn mijn toekomstige 'klanten'?' Jonge medische studenten die staan te trappelen van ongeduld om na vier jaar theoretische studie eindelijk hun entree in de kliniek te maken. Het eerste probleem was derhalve hoe aan deze wens tegemoet te komen en hierbij de welhaast onvermijdelijke teleurstellingen te omzeilen. Kennismaking met het praktische klinische werk en de daarop gerichte instructie zouden hand in hand moeten gaan.
Wil men studenten in dit stadium van de studie bij de dagelijkse werkzaamheden in de kliniek betrekken dan is intensief overleg vooraf met alle medewerkers een absolute noodzaak, temeer als het – zoals in onze situatie – gaat om een boventallige groep beginnelingen. Alle geledingen werden door mij zowel mondeling als schriftelijk benaderd, hetgeen tot mijn voldoening resulteerde in een scala van weliswaar beperkte, doch zinvolle praktische mogelijkheden. Deze gedeeltelijke besteding van de dagen zou mijns inziens bij de studenten tot een goede motivatie leiden om op opgedane ervaringen te onderbouwen met probleemgericht onderwijs.
De meest recente theoretische kennis van ons vak is door de juniors een jaar tevoren opgedaan. Een opfrissertje kan dus geen kwaad, maar dit zal dan op een wat ludieke manier tussen de bedrijven door moeten worden aangeboden. Steeds beschikbare banddiaseries in leermachines leken daartoe het meest geschikt, zodat daarvan een behoorlijk aantal werd samengesteld. Voorts maakte ik diverse geprogrammeerde ziektegeschiedenissen om de nieuwkomers aan het klinisch en diagnostisch denken te zetten. Dit voorlopige materiaal werd ten slotte nog aangevuld met films, videotapes, schema's, enz.



2. 't Leerhuis
Het was voor ons van grote betekenis dat juist voor de start van de juniorcoassistentschappen het oude stoffige museum, opbergplaats van anatomische preparaten, op initiatief van Prof. Dr. A. Sikkel werd herschapen in een unieke ruimte, waar niet alleen onbekommerd kan worden gestudeerd, maar waar ook alle andere onderwijsactiviteiten, besprekingen, vergaderingen, enz. kunnen plaatsvinden. Alle instructiemiddelen ten behoeve van het onderwijs zijn hier ondergebracht en door zijn centrale ligging in de kliniek is 't Leerhuis dan ook hét trefcentrum voor alle medewerkers en studenten. Leermachines, video-apparatuur met een grote collectie tapes, banddiaseries, instrumentarium, profaid-apparatuur, mededelingenborden, fantomen, instructieve wanddecoraties (zie b.v. de afb. van het eerste, tweede en derde trimester op deze en de volgende pagina's) zorgen er voor dat er altijd iets te beleven valt.
Het ontbreekt 't Leerhuis niet aan belangstellende bezoekers van buitenaf, die nog het meest getroffen worden door de veelsoortige activiteiten die zich gelijktijdig in deze ruimte voltrekken. Voor insiders is het echter

een vertrouwd beeld om aan de ene kant van 't Leerhuis een groep mensen te zien discussiëren, terwijl aan de andere kant actieve studenten van de leermachines gebruik maken. Met de juniorcoschappen in het vooruitzicht was het een geruststellende gedachte dat met deze ruimte en alle daar geboden mogelijkheden 'leegloop' niet in het stuk zou behoeven voor te komen.

3. Experiment

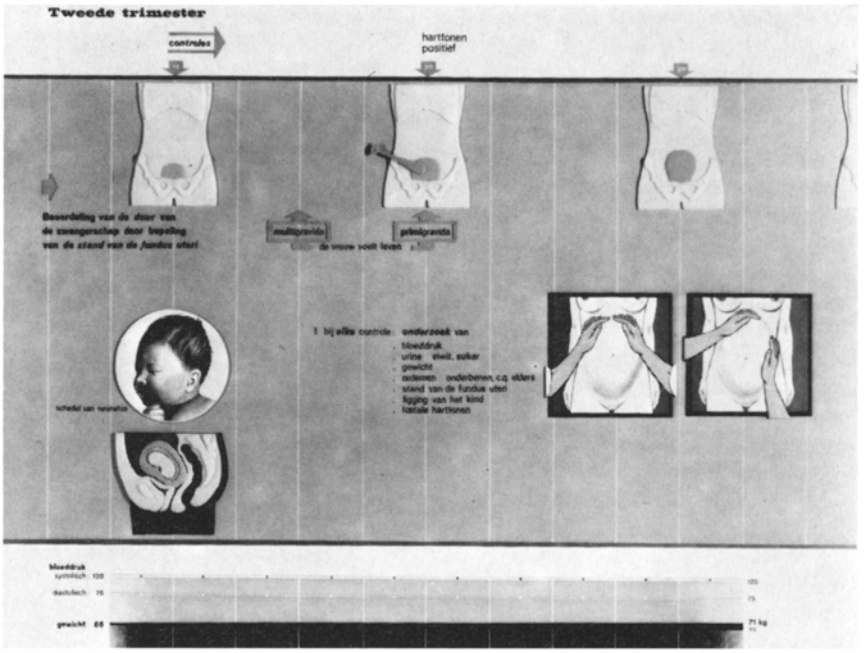
'The proof of the pudding is in the eating' geldt zeker voor het invoegen van acht tot tien beginnelingen tussen het normale aantal 'witte jassen' dat dagelijks in de kliniek rondloopt. Het leek mij derhalve het beste om voor het definitieve begin van de juniorcoschappen een stel vrijwilligers te zoeken die bereid waren proef te draaien. Bij het afnemen van een examen van een groep vierdejaars studenten-oude stijl had ik de gelegenheid gegadigden op te roepen. Met achttien van hen in drie groepen gedurende telkens twee weken ben ik gestart om hen te laten kennis maken met alle facetten van het klinische werk en de inmiddels beschikbare leermiddelen. Tevoren had ik een globaal plan met voldoende mogelijkheid tot tussentijds bijsturen doorgenomen met vertegenwoordigers van staf, assistenten, maatschappelijk werk, laboratorium en verplegend personeel.

Het voordeel van deze opzet was dat ik te maken kreeg met enthousiaste en sterk gemotiveerde studenten, die graag bereid waren mee te denken over de plus- en minpunten. Tussentijds vonden regelmatig gesprekken plaats waarin de juniors verslag uitbrachten van hun ervaringen. Na afloop van het volledige coschap werden de resultaten met de vertrekkende deelnemers geëvalueerd. Omdat in een groepsgesprek de mogelijkheid bestaat dat niet elke deelnemer volledig aan bod komt en ook overigens slechts een globale indruk kan worden gegeven, werden alle deelnemers uitgenodigd op een later tijdstip hun ervaring tijdens en hun kritiek op dit experiment schriftelijk uiteen te zetten, aan welk verzoek allen voldeden.

Uit onderstaande citaten van enkele deelnemers zal duidelijk worden dat het klimaat in onze kliniek voor de verdere ontwikkeling van mijn programma bijzonder hoopvol was.

'Iedereen is bereidwillig om je van alles toe te lichten en ook hier en daar wat zelf te laten doen.'

'Mijn ervaringen tijdens het proef-juniorcoschap zijn zeer gunstig geweest, vooral de bereidwilligheid van assistenten en co-assistenten trad op de voorgrond.'



'Ik geloof, dat de verhoudingen zoals ik die in deze kliniek heb kunnen waarnemen niet zo alledaags zijn. Het moet goed zijn hier te werken.'

Dat de combinatie theorie-praktijk goed uitpakte kan blijken uit nog enkele andere citaten.

'De theorie werd in de praktijk gedemonstreerd, waardoor ook de behoefte aan meer kennis werd uitgelokt'.

'De opzet van dit juniorcoschap kan de motivatie voor de studie zeer verbeteren'.

'Deze stage werkt in meerdere opzichten stimulerend op de studie'.

'Ik had de neiging om ziektebeelden, begrippen e.d. die ik in de (poli)kliniek tegenkwam thuis te gaan nazoeken'.

'Alles bij elkaar een krachtige prikkel om goed en hard verder te leren. De banddiaseries waren daarbij een fijn hulpmiddel.'

Het spreekt vanzelf dat ik aan alle medewerkers in de kliniek uitvoerig verslag uitbracht van de resultaten van dit experiment, zodat ook zij opnieuw gemotiveerd werden om hun steentje bij te dragen aan de verdere uitvoering.

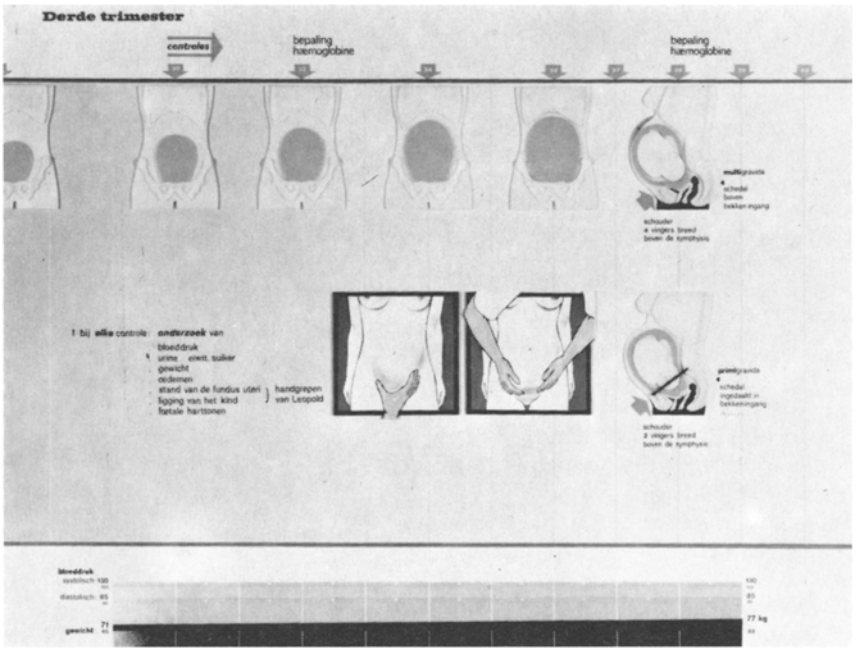
4. Definitieve vormgeving

Met een schat aan informatie kon ik een aangepast ontwerpprogramma opstellen dat, na een gezamenlijke bespreking met staf en medewerkers, behoudens enkele kleine wijzigingen, als uitgangspunt voor de definitieve juniorcoassistentschappen werd aanvaard.

Daar tijdens het experiment gebleken was dat globale uiteenzettingen over klinische activiteiten de onzekerheid van beginnelingen vergroot, gaf ik de aanstaande juniorcoassistenten een houvast in de vorm van een tamelijk stringente dagindeling. Deze werd vastgelegd in een handzaam programmaboekje dat tevens als checklist kon dienen. Dat deze werkwijze een succes is blijkt uit de verslagen die de juco' op de laatste bladzijde van het boekje kunnen uitbrengen. Niet minder dan 92% van de deelnemers heeft in het eerste jaar van deze gelegenheid gebruik gemaakt. Deze grote respons is voor een niet onbelangrijk deel te danken aan de inspraak die hun wordt verleend bij de voortdurende evaluatie van het juniorcoassistentschap.

Mijn uitgangspunt is namelijk dat een goed onderwijsprogramma opstellen één ding is, maar dit goed verkopen een andere zaak. Het principe 'de klant is koning' werkt ook hier voortreffelijk. Deze instelling maakte het mogelijk om aan de hand van de verslagen over het jaar 1973/'74 een nog meer op de praktijk toegespitste dagindeling uit te werken en meer plaats in te ruimen voor groepsactiviteiten die hogelijk worden gewaardeerd. Hetzelfde gold voor het lopende studiejaar, waarbij ik het materiaal beschikbaar had van 95% van de deelnemers van het vorig jaar. Momenteel zijn wij zover dat elke juniorcoassistent een afgewogen persoonlijk werkschema heeft, terwijl daarnaast dagelijks door alle juniors aan groepsactiviteiten wordt deelgeno-

men. Op deze wijze worden de studenten in de gelegenheid gesteld om individueel en onder leiding actief deel te nemen aan het onderzoek en de behandeling van patiënten. Voorts wordt hun ruimschoots de kans geboden om kennis te maken met geavanceerde onderzoeksmethoden, operatieve verrichtingen, specifieke laboratoriumwerkzaamheden, enz. enz.*
Ook worden de juniors volledig betrokken bij het dagelijkse 'middagrapport', waar de actuele patiëntenproblemen worden behandeld en de geëigende therapie wordt besproken. Voorts worden meerdere malen per week capita selecta, 'praatjes', protocolbesprekingen en 'papieren visite' gehouden. Juist door deze ruime inschakeling in de kliniek raken de studenten gemotiveerd om alle mogelijkheden tot probleemgerichte training van hun kennis te benutten. Dit blijkt onder meer uit hun enthousiaste deelname aan groepsbesprekingen waarin met moderne onderwijsmethodieken wordt gewekt.



Profaid-apparatuur

Een van deze instructieve programma-onderdelen is de groepsdiscussie met behulp van de Profaid-apparatuur. Daarbij worden speciaal voor dit doel geselecteerde multiple choice-vragen die aanleiding kunnen geven tot onderlinge discussie in diavorm geprojecteerd. De studenten kunnen door middel van drukknoppen één van de alternatieven kiezen, hetgeen zichtbaar gemaakt wordt op een paneel met lichtjes. Naar aanleiding van een bepaalde – bij voorkeur foutieve – keuze kan aan de student worden gevraagd zijn beslissing te motiveren. Wanneer hij in de uitleg verstrikt raakt kan een collega die het goede alternatief koos worden verzocht hem te corrigeren.
Het examineren in multiple choice-vorm heeft het grote nadeel dat de beantwoording van de vragen nauwelijks inzicht geeft in het denkproces van de kandidaat. Bij mondelinge toepassing in groepsverband komen juist verrassende en zeer gevarieerde discussies los. Het spelelement dat inherent is aan deze methodiek draagt er toe bij dat er voor de docent een dankbaar klimaat ontstaat om de aanwezige kennis wendbaar te maken en en passant relevante informatie toe te voegen. Het gebeurt dan ook niet zelden dat om een reprise van dit programma wordt gevraagd. Aangezien de student als klant ook koning is wordt hieraan zoveel mogelijk tegemoet gekomen: geen beter programma dan een verzoekprogramma!

Attitudevorming

Van alle onderdelen van het praktische werk waarmee de juniorcoassistenten te maken krijgen worden de poliklinieken over het algemeen het meest gewaardeerd. Dit is niet zo verwonderlijk omdat daar een bonte mengeling van patiënten de revue passeert met vaak zeer verschillende klachtenpatronen. Tijdens mijn spreekuren geef ik de juco's af en toe de gelegenheid een praatje met de patiënten te maken. Ik heb daarbij kunnen constateren dat zij door hun nog geringe ervaring moeite hebben om zelfstandig met een patiënt om te gaan. Aangezien het belang van de patiënt altijd voorop dient te staan kan er in dit opzicht niet geëxperimenteerd worden. Toch is het nodig om de juniorcoassistent ook hierin een stuk vorming mee te geven. De vraag is alleen hoe we in korte tijd hiervan iets kunnen realiseren.

Ik kwam op de gedachte om in een rollenspel – opgenomen op de videoband – een voorbeeld te geven van een begeleiding van een patiënte in het kader van de prenatale zorg. In getelescopeerde vorm werden anamnestische gesprekken vastgelegd tussen een – door mij gespeelde – ervaren huisarts en een primigravida welke rol gespeeld werd door een studente in de paedagogie. Zoveel mogelijk vragen en problemen waarmee een jonge zwangere vrouw kan komen heb ik daarin verwerkt, waarbij getoond wordt hoe een goede verstandhouding kan worden opgebouwd. Hieruit groeit dan geleidelijk de vertrouwensrelatie die voor elke vrouw bij de bevalling essentieel is. De titel luidde dan ook niet ten onrechte 'What the world needs now . . .', naar de vermaarde song van Burt Bacharach waarmee de tape wordt ingeleid en besloten.

Om er niet alleen een leerzame, maar ook een aardige vertoning van te maken werd een aantal geslaagde cartoons ingelast, waarmee ik met aan de eigen praktijk ontleende authentieke voorbeelden (uitspraken van gevestigde artsen) laat zien hoe het *niet* moet (zie cartoon op de volgende blz.).
Bijvoorbeeld: 'Dokter zou ik ook een miskraam kunnen krijgen?' Antwoord: 'Tja, mevrouw dat zit er altijd in, maar dat zien we dan wel.'
Hoewel deze videotape, vooral ook door de discussie na demonstratie, in een behoefte voorziet is deze wat de omgang met de patiënte betreft niet meer dan een voorbeeld waarnaar de juniors passief zitten te kijken met het gevaar dat zij denken: 'Nou, dat kan ik ook'. Daarom vatte ik na verloop van tijd het plan op henzelf eens in een dergelijk rollenspel te laten optreden.

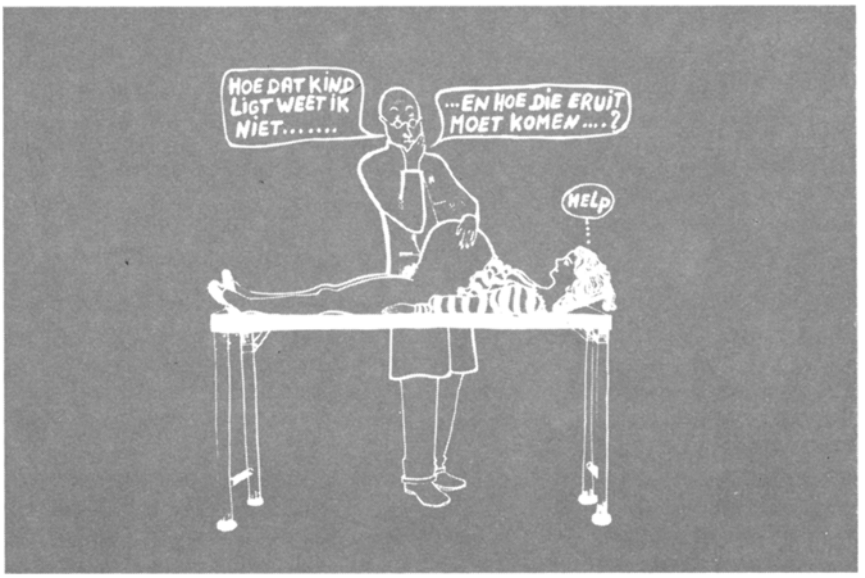
* Aan geïnteresseerde lezers zal het gedetailleerde programmaboekje op aanvraag gaarne worden toegezonden.

Patiëntensimulatie

In maart 1974 had ik de gelegenheid deel te nemen aan een cursus patiëntensimulatie voor docenten in het medisch onderwijs. De praktische voorbeelden die door Prof Dr. H. Barrows van Mc. Masters University (Canada) werden gegeven waren dermate overtuigend dat mijn besluit vaststond om deze methodiek zo snel mogelijk in mijn programma voor de juniorcoassistenten op te nemen. De medisch socioloog Drs. J. G. M. Gerritsma, verbonden aan de afdeling Onderwijsontwikkeling van de medische faculteit te Utrecht, die in Nederland een expert is op het gebied van simulatietechnieken en die tijdens de cursus optrad als coach van de deelnemers was bereid mij bij de uitwerking van een eigen programma met raad en daad terzijde te staan. Ik slaagde er in binnen korte tijd een eerste experiment van de grond te krijgen, dat op de videoband werd vastgelegd. Op deze wijze konden de optredenden na afloop zichzelf zien functioneren. Een en ander bleek zodanig bij de juco's aan te slaan dat er voor mij geen enkele twijfel meer bestond ten aanzien van de verdere uitwerking van dit programma-onderdeel.

Gelet op de essentiële bijdrage die patiëntensimulatie mijns inziens aan de vorming van aanstaande medici kan leveren zal ik in een afzonderlijk artikel de verschillende aspecten van deze methodiek behandelen. Thans wil ik volstaan met de conclusie dat in onze kliniek is gebleken dat beginnelingen in een simulatieproject kunnen worden getraind om taktvol met patiënten om te gaan en gelijktijdig relevante medische gegevens te verzamelen. Bij toepassing op ruime schaal kan, wat anders bij echte patiënten met vallen en opstaan moet worden geleerd, op deze wijze zonder frustraties voor beide categorieën cliënten voor een goed deel worden verworven. Bovendien worden de statuten sterk gemotiveerd om de aangeboden 'gevallen' nader te bestuderen en uit te diepen.

'De patiëntensimulatie was een geweldig leuk en leerzaam onderdeel van dit fijne jucoschap. Ik heb het erg op prijs gesteld dat ik in de gelegenheid ben gesteld uit te proberen een contact met een patiënt op te bouwen en tevens enige noodzakelijke informatie te vergaren. Het is erg prettig jezelf achteraf te kunnen bekijken en te bedenken wat je zou kunnen verbeteren en wat je hebt



vergeten. Een erg leerzame ervaring.' Deze en vele andere positieve reacties vormen een sterke stimulans om de patiëntensimulatie naast andere nieuwe onderwijsvormen te handhaven en uit te breiden.

Onderwijsbeleid

Tijdens dit juniorcoassistentschap is gebleken dat theoretisch onderwijs, mits op de praktijk gericht en op aantrekkelijke wijze aangeboden, ook in de klinische fase wel degelijk door de studenten wordt gewaardeerd. Bovendien is het zeer belangrijk dat door een goede instructie en begeleiding de belangrijkste cliënten (patiënten) in de kliniek zo min mogelijk worden gehinderd door de aanwezigheid van onervaren beginnelingen.
Het is daarom zaak voortdurend alert te blijven ten aanzien van nieuwe methodieken, met name die waardoor de studenten zelf aan het werk worden gezet. Zo zal in de naaste toekomst het Patient Management Problem systeem worden geïntroduceerd, terwijl wij voorts door bemiddeling van Drs. J. G. W. Gerritsma voor Nederland de beschikking hebben gekregen over de Patient Games voor Gynaecologie die door Jack L. Maatsch zijn ontwikkeld (A.A.M.C. Education News fol. 2, nr. 2 1975). Wij gaan onderzoeken in hoeverre deze – na bewerking – toepasbaar kunnen worden gemaakt in ons juniorcoschap.

Al deze onderwijsactiviteiten dienen als onderbouwing van de deelname van de juniors aan het praktische werk. Op deze wijze is een zinvol compromis gevonden tussen de wens van de studenten om eindelijk te worden ingezet en de noodzaak om de cesuur tussen theoretische vooropleiding en de klinische vorming te overbruggen.
Het zal duidelijk zijn dat het succes van een dergelijk juniorcoassistenschap staat of valt met de medewerking en de betrokkenheid van alle geledigen in de kliniek. In de non-conformistische setting van de Vrouwenkliniek te Leiden kan het, wat de opvang van beginnelingen betreft, heel wat lijden terwijl er op onderwijskundig gebied zeer veel ruimte is voor nieuwe initiatieven. Wij werken uiteraard niet met heiligen, zodat er bij grote drukte een enkele keer wel eens fricties kunnen ontstaan. Daarom is het goed dat er een coördinator is om in dergelijke situaties snel bemiddelend op te treden.

'Zeer goed coschap, meer geworden dan ik mij had voorgesteld.'

'Buitengewoon plezierig na vier jaar boekenstudie. Ook veel kunnen doen.'

'Veel geleerd en vooral veel gezien door prettig contact met andere medewerkers.'

'Naar mijn mening ideale vorm voor het juniorcoschap. Begeleiding optimaal.'

'Over 't Leerhuis met zijn groepsbijeenkomsten, voordrachten, patiëntenbesprekingen en vooral de daar aanwezige audiovisuele middelen ben ik zeer enthousiast. Conclusie: een constructief onderwijsbeleid.'
Aldus enkele citaten uit de vele moed-

gevende verslagen die inspireren tot volledige inzet om op niveau te blijven. Dit is overigens gemakkelijker gezegd dan gedaan. Een onderwijscoördinator met een serieuze taakopvatting ontdekt al spoedig dat de mogelijkheden op onderwijskundig gebied praktisch onbeperkt zijn, maar helaas heeft een etmaal ook voor hem niet meer dan 24 uur. In het algemeen geldt dat, wil men een goed onderwijsbeleid voeren ten aanzien van de klinische fase van de medische opleiding, er onderkend dient te worden dat hiervoor meer mankracht noodzakelijk is. Onderwijsminded wel te verstaan!

Eén van onze juniors had in zijn verslag een misschien wat overtrokken, maar wel zeer treffende opmerking. Hoewel hij zeer te spreken was over de kennis en ervaring die hij had opgedaan, was hij toch het meest erkentelijk voor het feit dat hij als juco 'niet bij voorbaat als rotte vis werd behandeld, omdat ik niets zou kunnen of weten'. Deze student had kennelijk geen hoge verwachtingen van zijn positie als 'klant' en afnemer van medisch onderwijs. Er moet dan ook alles aan worden gedaan om het klinische deel van de opleiding zodanig te structureren dat de coassistenten op evenwichtige en verantwoorde wijze worden gevormd tot aanvaardbare basisartsen. Alleen dan ontstaat er een redelijke garantie dat zij hun toekomstige cliënten met vakmanschap en de juiste attitude tegemoet kunnen treden.

Artsen moeten beter voorlichten over geneesmiddelen

Prof. Dr. F. A. Nelemans uit kritiek

Geneesmiddelen kunnen niet alleen bijwerkingen veroorzaken of in bepaalde combinaties gevaarlijk zijn, ze kunnen ook invloed hebben op het veilig uitoefenen van een beroep of het deelnemen aan het verkeer. Gezien het grote aantal mensen dat als chauffeur aan het verkeer deelneemt, waarbij gemakshalve – maar niet terecht – de bromfietser maar buiten beschouwing wordt gelaten, is dit een belangrijk wetenschappelijk probleem. Een probleem, dat in ons land alleen al tientallen doden per jaar kost. Aldus Dr. F. A. Nelemans in een rede waarmee hij het ambt van buitengewoon hoogleraar in de farmacotherapie aan de Rijksuniversiteit te Utrecht aanvaardde.

Specifieke ongevallen

Op een aan zijn oratie voorafgaande persconferentie stelde Prof. Nelemans, dat niet precies vast staat hoeveel slachtoffers er in het verkeer vallen ten gevolge van geneesmiddelengebruik. Daarover zijn geen betrouwbare statistieken voorhanden. Zo wordt iemand die een ongeluk veroorzaakt doorgaans niet vervolgd als blijkt dat hij of zij onvoldoende is gewaarschuwd voor de invloed van bepaalde geneesmiddelen op zijn rijvaardigheid. Er zijn middelen als valium en andere tranquillizers die tot specifieke ongevallen leiden, specifiek omdat het niet gaat om ingewikkelde verkeerssituaties maar om omstandigheden waarin normaal geen 100% aandacht wordt gevergd.

Patiënten moeten volgens Prof. Nelemans veel beter worden voorgelicht. De bestaande regeling, die is overeengekomen tussen Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Pharmacie (K.N.M.P.) en Koninklijke Nederlandsche maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (K.N.M.G.), noemde de nieuw benoemde hoogleraar op zijn persconferentie een 'grandioze mislukking'. In principe moet de arts op zijn recept aangeven of de patiënt niet, wel of alleen onder bepaalde voorwaarden aan het verkeer mag deelnemen. Maar, zo zei de hoogleraar, 'de artsen saboteren de zaak': ze zetten niets op het recept en de apotheker plakt op de daarvoor in aanmerking komende verpakkingen dan maar de bekende gele sticker ('Dit geneesmiddel kan uw rijvaardigheid beïnvloeden'). De ene patiënt trekt zich daar niets van aan, de ander juist te veel.
Naar het inzicht van Prof. Nelemans zou de apotheker dergelijke geneesmiddelen alleen moeten afleveren na aan de behandelende arts te hebben gevraagd wat er aan de patiënt moet worden medegedeeld. Dat kan op grond van artikel 29 van het Besluit uitoefening artsenijbereidkunst. Daarin staat dat de apotheker als hij een vergissing vermoedt of als een recept onvolledig, onleesbaar of verminkt is daarvan terstond kennis moet geven aan degene die het recept heeft geschreven en dat hij het geneesmiddel niet mag afleveren voordat hij zekerheid heeft gekregen.

Zwart op wit

Patiënten zouden, zo vond Prof. Nelemans, ook in het algemeen veel beter op het gebied van de geneesmiddelen moeten worden voorgelicht. Eerste verantwoordelijke is de arts. Daarnaast is goede informatie, zwart op wit, die thuis nog eens rustig kan worden doorgelezen, van groot belang. De bestaande 'bijsluiters' voldoen naar de mening van de spreker niet aan de eisen. Ook de apotheker heeft hierin een taak, maar veel patiënten zien alleen diens assistente. De drogist, die geneesmiddelen verkoopt die niet uitsluitend op recept verkrijgbaar zijn, staat wat dat aangaat dichter bij zijn klanten. Hij kent 'zijn' mensen beter en waarschuwt ook vaker als hij bijvoorbeeld merkt dat iemand erg veel pijnstillers koopt.
Artsen, merkte Prof. Nelemans verder op, zouden beter moeten bijhouden hoe de middelen die zij voorschrijven worden gebruikt. Bij ziekten waarbij het regelmatig gebruiken van geneesmiddelen van het allergrootste belang is zouden zij de patiënten bijvoorbeeld zelf weer moeten oproepen als dezen niet op tijd zouden terugkomen voor controle en verlenging van het recept.

UIT DE ZIEKENFONDSRAAD

1. Jaarrede voorzitter

Als gebruikelijk gaf de voorzitter van de Ziekenfondsraad, Dr. W. L. P. M. de Kort, in de eerste vergadering van 1976 (22 januari) een uitvoerig overzicht, niet alleen van de belangrijkste gebeurtenissen op ziekenfondsterrein in 1975 maar ook over in gang zijnde respectievelijk te verwachten ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Hieronder enige markante punten uit die jaarrede.

a. Onderscheid in sociale verzekeringswetten.

De verzekeringen krachtens Ziekenfondswet en A.W.B.Z. hebben met andere takken van de sociale verzekering gemeen, dat ze beslag leggen op een belangrijk deel van het voor besteding beschikbare inkomen. Zij onderscheiden zich echter van de andere verzekeringen, doordat zij bovendien in een omvangrijke sector van het economisch leven – de gezondheidszorg – mede bepalend zijn voor de werkgelegenheid in ziekenhuizen, verpleeginrichtingen enz. en voor de inkomensvorming van honderdduizenden. In 1950 was het bestreken gebied nog zó beperkt, dat met een premie van 3,6% kon worden volstaan; in 1976 is voor Ziekenfondswet en A.W.B.Z. tezamen reeds 12,6% nodig. Bij de vaststelling van honoraria en tarieven zijn, evenals in andere sectoren van het economisch leven, successievelijk automatismen ingebouwd als: indexcijfers en verloop van ambtenarensalarissen, waaraan de aanpassingen zijn gebonden.

b. 'Meevallers'

In 1975 waren er ook enkele 'meevallers'. Moest aanvankelijk voor 1976 met premies voor de verplichte verzekering van A.W.B.Z. van respectievelijk 10,5% en 3,6% worden gerekend, tenslotte kon met 9,6% en 3,0% worden volstaan. Dit bleek mogelijk onder meer door daling van de gemiddelde verpleegduur, afnemende stijging van het aantal opnamen, een geringere uitbreiding van het aantal ziekenhuisbedden, gunstige beïnvloeding van de kosten van kraamzorg, verloskundige hulp en kindergeneeskunde door vermindering van het aantal geboorten; voorts een geringere stijging van het geneesmiddelenverbruik dan aanvankelijk werd verwacht. Verder mag worden aangenomen, dat intensivering van de controle-activiteiten van de ziekenfondsen, ook gestimuleerd door aan het licht gekomen fraudes en verschrijvingen, zal bijdragen tot een meer effectieve kostenbewaking; zulks mede door de bereidheid van de medewerkersgroeperingen om aan de controle hun steun te verlenen.
In dit verband hoopte 's raads voorzitter dan ook, dat het vertrouwen in de gezondheidszorg weer spoedig een hoog niveau zal bereiken. Hoewel de financiële lasten over 1975 nog niet bekend zijn, bestaan er aanwijzingen dat deze wellicht 1 à 2% beneden de laatste raming zal blijven.

c. 'Tegenvallers'

Ondanks de 'meevallers' blijft de kostenontwikkeling verontrustend. De extra verhoging van de tarieven van academische ziekenhuizen – tarieven die de ziekenfondsraad niet in de hand heeft – betekent een kostenstijging van 50 miljoen gulden. De toegestane verruiming van het aantal personeelsleden per ziekenhuisbed betekent een verhoging van de uitgaven met 40 miljoen gulden. De te verwachten groei van het aantal artsen en tandartsen benevens de uitbreiding van medische kennis en van behandelingsmogelijkheden, zullen ongetwijfeld nu nog niet te overziene financiële gevolgen hebben. Hetzelfde geldt in niet mindere mate voor maatschappelijke behoefte aan betere aandacht voor psychosomatische klachten en aan betere hulp voor geesteszieken en zwakzinnigen.

d. Vrijwillige verzekering

Ten aanzien van de vrijwillige verzekering zijn de premiereductieregelingen voor sommige groepen minder draagkrachtigen per 1 januari enigszins verruimd. Voor vele vrijwillig verzekerden met lage inkomens blijft de op te brengen premie een zware financiële last. Het is voor deze verzekerden niet te hopen, aldus Dr. De Kort, dat tot de invoering van een volksverzekering moet worden gewacht alvorens ook voor hen de premiedruk tot een verantwoord niveau kan worden teruggebracht.

e. Volksverzekering

Het wetsontwerp Algemene wet gezondheidszorgverzekering, in 1975 uitgelekt, trok sterk de aandacht. Dit ontwerp komt in grote lijnen neer op een samenvoeging van Ziekenfondswet en A.W.B.Z. Het wetsontwerp ligt nog steeds, overigens zonder financiële paragraaf, bij de Raad van State. Voorts is uit de gepubliceerde stukken gebleken, dat taken en functies van verschillende belangrijke organen – waaronder ook de Ziekenfondsraad – niet ongewijzigd zullen blijven. Inmiddels is wel duidelijk geworden, dat er bij verschillende organisaties nogal wat kritiek op dit wetsontwerp bestaat.

f. Voorzieningen

Wat de voorzieningen ingevolge Ziekenfondswet en A.W.B.Z. betreft, moeten in verband met de economische situatie kostenbesparende maatregelen worden verwacht. Man en paard zijn volgens de voorzitter van de Ziekenfondsraad weliswaar nog niet genoemd, maar dit zal waarschijnlijk niet lang meer duren.

g. Eerstelijns gezondheidszorg

Het ligt in de bedoeling in 1976 te komen tot de ontwikkeling van criteria waaraan samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheidszorg dienen te voldoen. Zulks als een aanvulling op de subsidieregeling voor deze samenwerkingsverbanden van het departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Bijzondere aandacht zal daarbij door de raad worden gegeven aan een evaluatieprogramma ter bepaling van inhoud en werkwijze, aan het ontwerpen van juridische modellen en het bestuderen van de mogelijkheid één en ander in te passen in het verstrekkingensysteem, waarbij met name aandacht zal worden geschonken aan de mogelijkheid tot financiering van nog

niet betaalde kosten in het kader van de sociale verzekering.

2. Terminale zorg

Reeds eerder werd in deze rubriek melding gemaakt van de afwijzing door de Ziekenfondsraad van subsidieverzoeken voor onderzoek naar stervensbegeleiding (zie M.C. nr. 50/1975, blz. 1609) en van de overwegingen, die tot deze afwijzing hebben geleid. Niettemin achtte de raad de problematiek van zodanig belang, dat hij aan de Commissie Verstrekkingen de vraag voorlegde of de Ziekenfondsraad zelf initiatieven met betrekking tot de terminale zorg zou moeten nemen. Deze vraag is ontkennend beantwoord. Maar om te bevorderen, dat de onderhavige problematiek – niet alleen ten aanzien van de individuele behandeling en verzorging van de betrokken patiënten, maar ook gelet op de mentale belasting voor medici, verpleegkundigen en andere hulpverleners – toch de nodige aandacht krijgt, besloot de Ziekenfondsraad staatssecretaris Hendriks in overweging te geven te bevorderen dat de *Gezondheidsraad* zich in het vraagstuk van de stervensbegeleiding verdiept en genoemde bewindsman van advies dient. Zou dit geschieden, dan zal de Ziekenfondsraad te gelegener tijd met belangstelling kennis nemen van de bevindingen van de Gezondheidsraad. In verband met dit laatste dient te worden opgemerkt, dat (hoewel zulks niet uitdrukkelijk in de brief aan de staatssecretaris is herhaald) een onderzoek als hierboven bedoeld in principe voor subsidie door de Ziekenfondsraad in aanmerking komt, voor zover dit onderzoek althans naar omvang, aard en opzet de goedkeuring van deze raad heeft verkregen.

Het project Man-Vrouw: Anticonceptie in 1975

Deelnemers aan een cursus van het project Man-Vrouw: Anticonceptie moeten vooral worden gezocht onder huisartsen van wie mag worden aangenomen dat zij veel van geboortenregeling afweten en er positief tegenover staan.
De indruk bestaat dat huisartsen met minder kennis van zaken op het vlak van de geboortenregeling in het algemeen minder gauw naar een M.V.A.-cursus zullen gaan.

Aldus projectleider Dr. J. P. C. Moors in een overzicht van het werk dat vorig jaar in het kader van het N.H.G.-project Man-Vrouw: Anticonceptie werd verzet.

Begin 1975 werd een hoogtepunt van de activiteiten bereikt. Toen kwam men op de markt met een totaal van zeven pakketten, die ieder één aspect van de geboortenregeling belichtten (zie M.C. nr. 31/1974, blz. 991, en de nummers die er op volgden). Dat de cursussen die met deze pakketten in de hand konden worden opgezet de nodige belangstelling trokken, is af te lezen aan de *tabel* op de volgende bladzij.

Met een onderzoek naar wat er van is blijven hangen is men nog bezig. Door middel van een ander onderzoek zal worden nagegaan wat het verband is tussen reeds aanwezige kennis omtrent geboortenregeling en deelname aan een cursus uit het M.V.A.-pakket.

Huisarts en geboortenregeling

De uitkomsten worden in het eerste geval gelegd naast de antwoorden op een enquête onder huisartsen in het Leidse, eind 1973-begin 1974. Van de 105 aangeschreven huisartsen – álle huisartsen uit de regio Leiden – kwamen 97 bruikbare enquêteformulieren terug.
Uit het onderzoekverslag (waarvoor ook moge worden verwezen naar Huisarts en Wetenschap 1975, 18: 478) blijkt dat praktisch alle respondenten de pil voorschreven. De zes meest betrouwbare vormen van anticonceptie (combinatie-, sequentie- en prikpil, minipil, I.U.D. en condoom) werden elk door tenminste 60% van de ondervraagde artsen toegepast. Iedere cliënt uit Leiden of omgeving kan er op rekenen op verzoek te worden geholpen. Wel wordt met betrekking tot de categorieën jonge meisjes en andere ongehuwden opgemerkt, dat ten aanzien van hen de hulpverlening tekort schiet op het punt van het introduceren van het onderwerp anticonceptie. Dit zou, aldus het M.V.A.-verslag over 1975, voor deze 'bedreigde groepen' een eis van preventie moeten zijn. Ruim 90% van de Leidse huisartsen was verder bereid tot medewerking aan abortus of sterilisatie.
Van de kennisvragen werd gemiddeld iets meer dan de helft goed beantwoord, niet méér. Gelukkig was de bereidheid tot nascholing vrij groot – maar lees ook de volgende alinea.

Bij de meerderheid van de respondenten was een zeer positieve attitude tegenover anticonceptie en seksualiteit waar te nemen. De acceptatie van minder gangbare vormen van seksueel gedrag lag zelfs hoger dan verwacht. Een hogere leeftijd ging gepaard met een negatievere attitude, een geringere kennis en een geringere contraceptieve hulpverlening. Huisartsen met een positieve attitude beschikten over meer kennis van zaken. Levensovertuiging bleek geen significante invloed te hebben. Klap op de vuurpijl: de behoefte aan nascholing was het geringst bij huisartsen met een relatief lage kennis- en attitude-score.

Fase 2

Mogelijk wordt de eerste fase van het project Man-Vrouw: Anticonceptie dit voorjaar nog beëindigd. De stuurgroep die het project begeleidt vraagt zich in samenhang hiermee af of zij in haar huidige samenstelling wel moet blijven bestaan. In hoeverre moet de groep worden omgevormd dan wel aangevuld? Men wil vooral bekijken of vanuit de groeperingen die nu deelnemen aan het voorbereiden van cursussen voor andere werkers in de eerste lijn beleidsfunctionarissen in de stuurgroep moeten worden opgenomen.
Wat die curssusen voor andere eerstelijns werkers aangaat: in het voorjaar van 1975 werd een werkgroep opgericht die opdracht kreeg na te gaan of het

succes van de cursussen voor huisartsen voldoende aanleiding was om ook anderen in het eerste echelon op geboortenregelingsgebied op dezelfde manier bij te scholen. De werkgroep concludeerde, dat het inderdaad erg zinnig leek om de M.V.A.-cursuspakketten ook voor anderen in gereedheid te brengen.
De cursussen zullen nu worden aangepast aan de verlangens van de toekomstige gebruikers. Daarmee is men intussen hard bezig, het resultaat mag eind dit jaar worden verwacht. De vroedvrouwenorganisaties zullen de pakketten zoals ze door de huisartsen worden gebruikt integraal overnemen. Voor de secties wijkverpleging, maatschappelijk werk en gezinszorg zullen bewerkingen ter beschikking komen. Plaatselijk zal verder kunnen worden bekeken of, als de deelnemers dat nodig vinden, gesprekken kunnen worden georganiseerd tussen de diverse groepen van werkers in de eerste lijn onderling.

Aantallen cursussen en deelnemers Man-Vrouw: Anticonceptie 1975
'Praktijk van de geboortenregeling voor de huisarts'

	aantal cursussen	totaal aantal* deelnemers
pakket A: alle anticonceptionele middelen	27	311
pakket B: intra-uterine device	21	224
pakket C: hormonale anticonceptie	23	262
pakket D: bedreigde groepen	14	161
pakket E: relationele aspecten	16	168
pakket F: sterilisatie	5	47
pakket G: zwangerschapsbevordering	15	185

* Volgens opgave cursusleider.

Boek

Het boek 'Geboortenregeling in de praktijk' kreeg een erg geestdriftig onthaal. Er zijn tot nu toe zo'n 5.300 stuks de deur uitgegaan. Aangezien er sinds de verschijningsdatum – september 1974 – wel het een en ander op de orale anticonceptivamarkt is gebeurd wordt een tweede, herziene druk per begin 1977 overwogen. Lukt dat niet, dan zal door middel van een rondschrijven aan alle huisartsen de kans worden geboden het in hun bezit zijnde exemplaar bij te werken.

Seksuele problematiek

In de tijd dat het project Man-Vrouw:Anticonceptie werd opgezet, rond 1972, werd bewust gekozen voor een trapsgewijze aanpak van de problemen. Eerst zou men zich bezighouden met de anticonceptie, waarbij men zich speciaal zou richten op de huisartsen. Later zou het accent worden verlegd naar de seksuele problematiek. In dat laatste stadium is men nu aangeland.

Een redactiecommissie bereidt het boek 'Seksuele problemen in de eerste lijn' voor. Dat boek moet dit jaar verschijnen. De docenten in de seksuologie aan de medische faculteiten in ons land lopen er op voorhand mee weg; sommigen hebben met enthousiasme aan de totstandkoming ervan meegewerkt.
Enkele vergaderingen van seksuologiedocenten werden door M.V.A.-projectleider Moors bijgewoond. Dat dit contact zijn vruchten begint af te werpen bleek zoëven al. Voorts kan worden gemeld, dat in Utrecht vier videotapes worden gemaakt over hulp bij seksuele problemen door de huisarts. 'Know how' en materialen die in de geneeskundefaculteiten voorradig zijn, kunnen dank zij dit samenspel van projectleiding en universitaire docenten worden aangewend voor nieuw op te zetten nascholingsactiviteiten voor huisartsen.

Blijft het feit dat huisartsen die het project het meest nodig hebben er zich het minst toe aangetrokken lijken te voelen. Het betreft hier – als de uitkomsten van het onderzoek in Leiden voor het hele land opgaan – vooral oudere artsen. Die kennelijke *group at risk* (de term wordt hier oneigenlijk gebruikt) te bereiken, lijkt de belangrijkste opgave voor het M.V.A.-team in '76.

MAATSCHAPPIJ – AGENDA 1976

26 maart *(vrijdag)* - Algemene Ledenvergadering K.N.M.G.

15 mei *(zaterdag)* - Ledenvergadering L.S.V.

10 juni *(donderdag)* - Extra Ledenvergadering L.S.V.

11 juni *(vrijdag)* - Ledenvergadering L.H.V.

17 september *(vrijdag)* - Algemene Ledenvergadering K.N.M.G.

8 en 9 oktober *(vrijdag en zaterdag)* - Ledencongres K.N.M.G. te Breda

16 oktober *(zaterdag)* - Ledenvergadering L.S.V.

6 november *(zaterdag)* - N.H.G.-Congres

13 november *(zaterdag)* - Ledenvergadering L.A.D.

Een arts uit de 18de eeuw beschrijft zijn ziekte

door *Dra C. M. Verkroost**

Het is in de loop van de geschiedenis der geneeskunde niet vaak voorgekomen, dat een arts zijn eigen ziekte beschreven heeft met de bedoeling zijn ziektebeleven te publiceren. Laat hij zich al eens uit over eigen lichamelijk of geestelijk lijden, dan doet hij dit gewoonlijk mondeling of in brieven aan collegae, familieleden en vrienden.

Autopathografen

De grote Nederlandse geneesheer *Herman Boerhaave (1668-1738)* van wie bekend is dat hij een uitstekend pathograaf was, is enige malen ernstig ziek geweest, maar hij heeft maar één keer in het openbaar van zijn ziekte gerept. Onze kennis ten aanzien van de ziekten van Boerhaave putten we vooral uit de lijkrede, uitgesproken door Albertus Schultens, de oriëntalist, op 4 november 1738 te Leiden. Deze rede berust onder andere op autobiografische notities door Boerhaave aan genoemde geleerde nagelaten. In zijn artikel: 'Boerhaave's ziekten'[1] noemt G. A. Lindeboom in de eerste plaats een boosaardige zweer aan het linker bovenbeen van Boerhaave, waaraan deze leed toen hij twaalf jaar oud was; verder drie 'morbi atricissimi' in 1722, 1727 en 1737-1738.

Over zijn ziekte van 1722 schrijft Boerhaave aan Jean Baptist Bassand[2] dat het lumbago rheumatica is, welke ziekte alleen door Sydenham[3] zou zijn beschreven.

Later, op 28 april 1729, heeft Boerhaave in een rede bij welke hij zijn leeropdracht voor botanie en chemie neerlegde in het openbaar voor collegae en studenten over zijn ziekte en de oorzaak daarvan gesproken. Wat de overige ziekten van Boerhaave betreft, citeert Lindeboom passages uit brieven gericht aan J. B. Bassand en één uit een brief aan Mortimer[4], secretaris van de Royal Society te Londen. De citaten zijn enerzijds exact, anderzijds ontroerend door het oprechte godsvertrouwen en door de gevoelens van eerbied en dank die er uit spreken ten aanzien van Jean Baptist Bassand. De brief van 26 november 1731 eindigt bijvoorbeeld: 'geschreven te Leiden, van mijn bed, waarop Gij iemand achter liet, die U zeer bemint' en op 19 juni 1738 schrijft Boerhaave: 'Dagelijks ervaar ik, dat na het lang doorstaan van de verschrikkelijkste dingen, heldere pauzen oplichten. Het is goed daartussen door aan U te denken'.

In 1731 blijkt een necrotiserende zweer op dezelfde plaats als in zijn jeugd Boerhaave te plagen, terwijl uit de brieven van 1737-1738 naast exacte beschrijving steeds meer overgave en berusting spreken.

In de tweede plaats willen we in verband met de autopathografie in het verleden ons bezig houden met *Antonius de Haen (1704-1776)*[5], de zoon van Antoni de Haen en Adriana van der Tin. Hij was het tweede kind van zijn ouders en werd in een Jansenistisch[6] milieu, te 's-Gravenhage, geboren. Over zijn jeugd weten we weinig, maar een verslag betreffende een keelaandoening waaraan hij op 20-jarige leeftijd heeft geleden, is overgeleverd[7].

Op 22 april 1732 werd Antonius de Haen als medisch student te Leiden ingeschreven. Hij studeerde bij Herman Boerhaave voor geneeskunde, chemie en botanie; bij B. S. Albinus (1692-1770)[8] voor anatomie en chirurgie, en bij Herman Oosterdijk Schacht (1672-1744)[9], die De Haens bul heeft ondertekend.

Antonius de Haen promoveerde op 30 augustus 1735 op *Dissertatio sistens examen tritissimi proverbii Medicina Turpis Disciplina* (de medische wetenschap is schandelijk). Hij onderzocht in zijn proefschrift waarop de ongunstige beoordeling der geneeskunde berustte en kwam tot acht oorzaken, waarvan nummer 3: de veranderlijke ligging der inwendige delen, 5: de genezing zonder

---

BERICHT

wegens een

ZEER ONGEMEEN TOEVAL

aan het

LINKEROOG

overgekomen aan en medegedeeld

door

JOB BASTER.

Op Saturdag den 23. December 1764 scheen de Zon, na dat het eenige dagen donker Weder geweest was, ongemeen sterk op het dak van myn Stal, omtrent vyftig voet van de Eetzaal, door een vlak en open Tuin afgescheiden.

Des middags onder het eeten was de reflectie van dien dag zoo sterk, dat ik, gewoon met het aangezigt na het licht te zitten, van plaats moest veranderen, om den rug na den dag te keeren: doch toen was aanstonds alle hinder over; ik voelde geen de minste zwakheid of vermindering van myn gezigt, zelfs niet des Zondags of Maandags: doch Dinsdag den 26 Dec. 's morgens opstaande, merkte ik, dat ik door het linker Oog niets konde zien.

In den beginne had ik noch wel eenig schynsel van licht, (en aan het Oog was uit- of inwendig niets te zien,) doch dat verminderde in agt weeken tyds allengskens, en de Lens Christallina wierd witagtig, als in een Cataracta, naderhand geelagtig groen, en in den tyd van anderhalf jaar scheen het my een volmaakte Glaucoma geworden te zyn.

De Heer Professor Albinus, en andere voornaame Chirurgyns in Holland, raadden my, zoo lang het rechter Oog goed was, daar niets aan te doen. Het bleef dan dus tot den 23. Juny 1768. wanneer ik my 's namiddags van vier tot zes uuren, in een sterke Zonneschyn, bezig gehouden had met Hyacinten- en Tulp-bollen uit den grond te neemen, doch altoos met den rug na de Zon, en met een breede nederhangende Hoed. Toch kreeg ik aan het linker Oog een Ontsteking of Opthalmia; die echter door het leggen van eene spaansche Vlieg-Plaaster[15] in de slag[16] van het gebarste Purgatie, en verkoelende midde-

---

* Uit het Medisch Encyclopaedisch Instituut der Vrije Universiteit (hoofd: Prof. Dr. G. A. Lindeboom).

dat er een arts aan te pas komt, en 7: genezing ondanks de slechte prognose, het meest in het oog springen. Het ongebruikelijke onderwerp is De Haen door Boerhaave aangeraden, zoals blijkt uit het voorwoord van de dissertatie, waar de promovendus zegt: 'pavido meo animo hancce inspiravit audaciam': hij heeft mij, hoewel beangst, tot deze stoutmoedige stap geïnspireerd – de moeilijke stap namelijk om over dit onderwerp te schrijven.

Van 1735-1754 praktiseerde De Haen in 's-Gravenhage, daarna (1754-1776) was hij professor in Wenen, dank zij de voorspraak van Van Swieten. Zijn opdracht was de medische en chirurgische kliniek te stichten (verordening d.d. 20 maart 1754).
De relatie tot Gerard van Swieten was niet bijzonder goed[10]. Ze verschilden soms veel van mening, maar toen De Haen in 1762 ernstig ziek was heeft Van Swieten hem behandeld[11]. De Haen schrijft: 'In april 1762 had ik zo'n heftige longontsteking dat er na vijf dagen geen hoop meer op beterschap was, omdat de onzuivere ziekteverwekkende stof zich op geen enkele wijze wilde laten bedwingen, zodat ik dreigde te stikken, omdat ik geen sputum kon opgeven. In deze ellendige toestand werd ik behandeld door baron Van Swieten, die mij meer dan broederlijk heeft bijgestaan.'
Een latere beschrijving van een ziekte vinden we in een brief die De Haen aan zijn broer Eustachius schrijft op 31 juli 1776[12]. Hij bericht in dit schrijven, dat hij op 3 februari 1776 zó ziek was, dat hem de heilige sacramenten werden gegeven. Maar de ziekte sleepte zich voort tot half juli. Hij klaagt over het onderlijf en over benauwdheid. Omstreeks medio juni kreeg hij wat verlichting, maar van 2 februari tot 20 juli genoot hij heel weinig nachtrust.
In de nacht van Sint-Jan moest hij denken aan het uitvaren van de Hollandse haringvloot en meteen herinnerde hij zich dat zieken in Holland door het eten van haring waren genezen en dat hijzelf ook haring als geneesmiddel had aangeraden. Daarna kreeg hij steeds meer trek in haring en deelde dit zijn geneesheren mee. Maar sedert Pasen 1776 had De Haen niet meer kunnen eten door een gedeeltelijke afsluiting van de slokdarm, zodat hij honger en dorst leed. Toen hem tenslotte de verlangde haring werd voorgezet, stiet hij een kreet uit en verorberde de helft. Kort daarna was hij in staat 's middags na de soep een hele haring met brood, groente, wijn en water te nuttigen. Door de vierde haring kwam zijn 'lamme onderlijf' in beweging en de nacht daarop kon hij slapen. Zo vertelt De Haen zeer gedetailleerd over zijn herstel.
Samenvattend kunnen we vaststellen dat De Haen weliswaar enige malen over zijn ziekte schrijft en één maal, met name aan zijn broer, zeer uitvoerig, maar overigens bevatten de vele casusbeschrijvingen van zijn hand materiaal uit het ziek-zijn van anderen.

Tenslotte bepalen we ons bij de 18de eeuwse arts, *Job Baster (1711-1775)*[13]. Deze Zierikzeese geneesheer, die op veertienjarige leeftijd, bij het verlaten van de Latijnse School te Rotterdam reeds de rede uitsprak *in laudem medicinae* en later na zijn promotie te Leiden (1731) naast zijn praktijk veel op medisch en biologisch gebied publiceerde, deze medicus heeft ook een publikatie gewijd aan zijn eigen oogziekte. De gevolgen van dit ooglijden hebben hem zeer in zijn later wetenschappelijk werk geremd, zodat hij zich moest beperken tot 'het aandragen van bouwstenen' voor anderen, zoals hij het aanbrengen van wetenschappelijk materiaal noemde. Het is duidelijk dat Job Baster juist daarom tot een zo eerlijke en onopgesmukte beschrijving kwam en deze ter publikatie stuurde aan de Hollandsche Maatschappij der Wetenschappen te Haarlem [14].

Dit *'Bericht wegens een zeer ongemeen toeval aan het linkeroog, overgekomen aan en medegedeeld door Job Baster'* wordt hier onverkort weergegeven.

Noten:

1. G. A. Lindeboom (1955). Boerhaave's ziekten. *Ned. T. Geneesk., 99,* 3519-30.

2. Joannes Baptista Bassand (1680-1742) werd in Bourgondië geboren; hij studeerde in Parijs, Napels, Salerno en Leiden. Twintig jaar lang onderhield hij correspondentie met Boerhaave.

3. Thomas Sydenham (1624-1689), Engels arts. Sydenham leed aan jicht en beschreef deze ziekte in *De podagra et hydrope* (Londen, 1683)

4. Cromwell Mortimer (1699-1752), arts in Engeland. Hij studeerde en

---

len altoos op het Oog te houden in agt dagen tyds meest over was.
Doch op den 29. Juny, voormiddag omtrent half elf, wanneer ik, na het doen van myne Visiten, iets op myn Boekekamer hadde nagezien, voelde ik, in het afgaan van den trap, die twaalf treden hoog is, eerst als eenige sidderinge in de linker slaap van 't hoofd, daar de Spaansche Vlieg-Plaaster, doch toen al volkomen geneezen, geleegen had. Een of twee treden verder afgaande, scheen het, als of myn Oog inwendig zwelde, en dikker wierd, 't welk oogenbliklyk zoo vermeerderde, dat toen ik beneden was, myn Oog, op het inwendig gevoel, my toescheen als een groot Hoender-Ey. Ik begon inmiddels pyn in het Oog te krygen, die zeer schielyk onlydelyk wierd: toen verbeeldde ik my, dat 'er eenig vogt of traanen in myn neus vloeiden, waar op ik snuitte, doch op dat oogenblik was het of Hemel en Aarde verging, en die pyn welke ik toen in 40 of 50 seconden uitstond, is by geenerhande my bekende pyn te vergelyken, zynde daar van als myn verstand en zinnen kwyt.
Ik voelde echter, dat 'er bloed uit myn Neus, en voornaamlyk uit den grooten hoek van 't Oog langs myn aangezigt afliep: myn Huisvrouw kwam inmiddels door myn kermen by my, vond my ten naastenby van my zelven, myn aangezigt zeer vuil van bloed, en het Oog zeer gezwollen en bloedende.
Naa maate dat dit bloeden aanhield, verminderde de pyn, en was, schoon het bloeden min of meer wel twee uuren duurde, in tien of twaalf minuten *geheel over. Maar alles in myn lichaam was ontsteld, ik had geen rust of duur, en kon noch staan, noch zitten, noch stil leggen.*
Een Chirurgyn, *daar inmiddels om gezonden was, deed ik het Oog en Aangezigt met warme Wyn en Water afwasschen, en my een once*[17] *of negen bloed aftrekken, dat tot het laatste toe, met zeer veel drift sprong, en gestold zynde met een dikke* Crusta Inflammatoria *bedekt was.*
Uit het Oog is, na gissing, een once of zes bloed geloopen. Ik liet op het zelve voor eerst maar een compres *met warmen Wyn leggen. Omtrent half twee probeerde ik een Boterham met Aardbeijen te eeten, dat ik zeer haastig en onbezonnen deed, dronk tweemaal een half glaasje rooden Wyn, dat my versterkte, ging in een zeer donker vertrek op een rust-bed leggen, en sliep een half uur, dat my zeer verkwikte; ik dronk 's naamiddags veel Thee, at 's avonds smaaklyk Kaarnemelk met Paarlgerst gekookt, sliep den volgenden nagt zeer wel, en was des anderen daags 's morgens weder volkomen fris, doch uitermaten verzwakt: welke zwakheid echter door zagte welvoedende spyzen binnen agt dagen geheel over ging.*
Des avonds ten vyf of zes uuren wierd het compres *van 't Oog afgenoomen, wanneer men het* Glaucoma, *eenige Vliezen, en wat geronnen Bloed, door de gebarste* Cornea,

promoveerde in Leiden bij Boerhaave (7 september 1719) en werd lid van de Royal Society in 1728.

5. J. Boersma (1963). *Antonius de Haen (1704-1776). Leven en werken.* Van Gorcum, Assen.

6. Jansenius (1585-1638), bisschop van Yperen, had een afwijkende opvatting van Augustinus' leer over zonde en genade; het kwam dan ook tot een scheuring tussen Jansenisten en de Rooms-Katholieke Kerk in 1699.

7. *Ratio Medendi*, X, 4 § 7, over de tetanus.

8. B. S. Albinus (1692-1770), professor in de anatomie en de geneeskunde te Leiden.

9. Herman Oosterdijk Schacht (1679-1744), leerling van Boerhaave en later professor in de praktische geneeskunde te Leiden.

10. Van Swieten heeft zijn klinische hoogleraar vaak té zelfstandig gevonden (Boersma, 35).

11. *Ibidem*, 32.

12. *Ibidem*, 41-44.

13. Cf.: *Med. Contact*, *30*(1975), 1635.

14. *Werken Hollandsche Maatschappij*, deel XII, 105. Bericht wegens een zeer ongemeen toeval aan het linker oog.

15. Spaansche vlieg-plaaster – pleister gemaakt van Spaanse vliegen.
Spaanse vlieg – schildvleugelige kever (lytta vesicatoria), levert, gedroogd en tot poeder gemaakt, grondstof voor trekpleisters.

16. Slag van het hoofd – slaap

17. 1 once is 1/12 van een medicinaal pond, wat overeenkomt met 373,27 g.

18. 1 grein is 0,065 g.

(wanneer ik myn Neus snuitede,) uit de holte van het Oog geperst, tusschen de Palpebrae, *en voornaamlyk op de onderste, zag leggen: ik wilde hebben, dat de* Chirurgyn *dit met een fyne schaar weg sneed, doch hy dorst niet. Ik liet het Oog de eerste drie dagen verbinden, en tien of twaalfmaal daags nat maaken, en indruipen het enkelde Sap van Huislook,* (Semper vivum majus,) *alle dagen vers geperst. Na dien tyd wierd daar onder gemengd, en alle dagen vermeerderd, eenige greinen*[18] *Aloë en* Myrrhe, *met de* Mel Rosarum *zeer fyn en lang gewreven. Hier mede is het ongemak in minder dan zes weken volkomen geneezen. Doch het Oog is geheel plat, zynde alle de Vogten daar uit, en de Vliezen vast aan een geneezen. Hier door kan ik, zonder het minste ongemak of hinder, een* ge-emailleerd *Oog dragen, en het zelve naar alle kanten draaijen en beweegen, zoo dat iemand, die het niet weet, het niet kan merken.*

Basisonderzoek kostenstructuur ziekenhuizen: derde rapport

Staatssecretaris Hendriks van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft een derde rapport vrijgegeven over het Basisonderzoek Kostenstructuur Ziekenhuizen. Het rapport werd samengesteld door een team onder leiding van Prof. L. M. J. Groot (Maastricht) in opdracht van en in samenwerking met het Bureau Lange Termijn Planning van genoemd departement; de overige teamleden waren Prof. Dr. P. A. Verheijen (mede-projectleider), Drs. J. van Aert en de heer A. van Montfort. Zij onderzochten de gang van zaken met betrekking tot de kosten van 131 algemene ziekenhuizen over de jaren 1968-1973.

In het nu vervaardigde derde interimrapport is de ziekenhuisfunctie uitvoerig bestudeerd, op grond van welke studie een klassificatie van algemene ziekenhuizen kon worden ontworpen. Dit betekent, dat op basis van de uitkomsten van dit onderzoek thans de ziekenhuisfunctie als planningseenheid verder kan worden ontwikkeld. Het onderzoek bevat met het oog daarop een inventarisatie en een analyse van de diverse functies die een ziekenhuis vervult.
De algemene ziekenhuizen werden in vier functiegroepen ingedeeld, waarbij de breedte van het functiepakket toeneemt van functiegroep 1 naar functiegroep 4. Per ziekenhuis is een indeling gemaakt naar categorieën van specialisten en samenwerking van de medische staf enerzijds en de opbouw c.q. uitbouw van faciliteiten door middel van nevenafdelingen anderzijds.

Blijkens de onderzoekuitkomsten is er een grote mate van samenhang tussen de klassificatie op basis van de omvang en de indeling van de medische staf en die op basis van de beschikbaarheid van faciliteiten of nevenafdelingen. In de praktijk blijkt de uitbreiding van zowel de medische staf als de faciliteiten volgens een systematisch patroon te verlopen. De via statistische analyse verkregen resultaten werden ondersteund door de opvattingen van medische en economische experts.
Gebleken is, dat in de loop van de onderzochte jaren groeitendensen zijn opgetreden die als verrassend kunnen worden aangemerkt:

– Allereerst blijkt, dat in de periode 1968-1973 de ziekenhuizen over de hele linie zijn toegenomen in functie. Er zijn geen aanwijzingen, dat de groei later sterker was dan in de eerste jaren.
– Een tweede verrassende uitkomst was, dat het basisziekenhuis en het ziekenhuis dat daarboven komt in functie een snellere uitbouw te zien geven dan de meer gespecialiseerde ziekenhuizen. Ziekenhuizen die in 1971 basisziekenhuis waren blijken in 1973 te zijn uitgegroeid tot ziekenhuizen met een hogere functie, hetgeen wil zeggen met een grotere variëteit van specialismen. In beleidstermen wordt een ziekenhuis basisziekenhuis genoemd, indien het als kenmerk heeft dat het de basisspecialismen binnen de muren heeft met de daarbij behorende faciliteiten of nevenafdelingen. Bij de planning in de regio's zal een bepaald aantal basisziekenhuizen aanwezig moeten zijn. Al naar gelang van de omvang van de regio zullen ziekenhuizen aanwezig moeten zijn in hogere functiegroepen. Deze ziekenhuizen hebben dus meer specialisten dan de basisspecialismen.

– De onderzoekers zijn bovendien tot de conclusie gekomen dat voor de vier functiegroepen in het algemeen de groei van de faciliteiten of nevenafdelingen beduidend groter is dan die van de uitbouw van de medische staf.
– Een vierde uitkomst was, dat vervangende nieuwbouw van ziekenhuizen in de praktijk als regel samengaat met een aanzienlijke uitbreiding van het functiepakket en een verdieping van de functie van het ziekenhuis gemeten in termen van de medische staf en van de faciliteiten.

Ziekenfondsen: eigen instellingen handhaven

Commissierapport Nederlandse Unie van Ziekenfondsen

In haar (medio november 1975 aanvaarde en in het maandblad Unie van december 1975 gepubliceerde) rapport komt de Commissie Eigen Instellingen van de Nederlandse Unie van Ziekenfondsen tot de slotsom, dat de eigen instellingen van de ziekenfondsen – ook in het licht van de toekomstige volksverzekering – positief moeten worden beoordeeld.

Natuurlijk – concludeert de commissie verder – zijn er wel problemen, maar die liggen voornamelijk in de sfeer van de grote zorg en moeite die de ziekenfondsen zich moeten getroosten om de instellingen goed te doen functioneren. Het kan zelfs zijn, dat ondanks alle inspanningen op een gegeven moment geen andere conclusie valt te trekken dan dat de eigen instelling geen functie meer heeft of niet in staat is op verantwoorde basis te blijven werken. Dan zal het harde maar onontkoombare besluit tot opheffing moeten vallen. De sluiting van het Haagse Ziekenhuis De Volharding per 1 januari 1974 was zo'n harde noodzaak. Maar in het algemeen kan worden gezegd dat eigen instellingen, zo het ziekenfonds bereid en in staat is hen goed te doen functioneren, een uitermate belangrijke rol in het dienstbetoon aan de verzekerde kunnen spelen.

Naar de mening van de commissie dient ook in de toekomst alle aandacht aan het handhaven en, waar mogelijk, aan het uitbreiden van de eigen instellingen te worden besteed. Op deze wijze wordt ook de taak van de ziekenfondsen op het terrein der gezondheidszorg onderstreept.

De kaart van eigen en verwante instellingen ziet er anno 1976 als volgt uit:

Amsterdam (A.O.Z. en Ziekenzorg)

'ziekenfondsoptiekzaken' UNIE-OPTIEK respectievelijk CORNEA

Amsterdam (A.O.Z., Ziekenzorg en A.Z.A.)

Amsterdamse vereniging voor Tandheelkundige behandeling van ziekenfondsverzekerden

Den Haag (AZIFO)

eigen apotheek
eigen tandheelkundige dienst inclusief laboratorium
fysiotherapieafdeling
kraamkliniek
medisch laboratorium

Deventer (Verenigd Deventer Ziekenfonds)

Stichting Tandheelkundig Centrum Deventer (samen met de Maatschappij voor Tandheelkunde)

Eindhoven (Philips' Ziekenfonds)

eigen apotheek
(N.V. Philips: eigen huisartsendienst, revalidatieafdeling)

Enschede (Regionaal Ziekenfonds Twente)

eigen apotheken
eigen tandheelkundige dienst inclusief laboratorium
B.V. 'Optiek Oost-Twenthe'

Haarlem (Ziekenfonds Spaarneland)

eigen tandheelkundige dienst

Utrecht (Ziekenzorg)

eigen apotheek
eigen tandheelkundige dienst inclusief laboratorium

Utrecht (V.H.Z.-St. Liduina)

eigen tandheelkundige dienst inclusief laboratorium (Vereniging van Utrechtse ziekenfondsen tot bevordering der tandheelkundige verzorging)

Voor de verdere ontwikkeling van de gezondheidszorg zal het – vindt de commissie – van grote betekenis zijn of de ziekenfondsen het aandurven zich rechtstreeks op dit terrein te begeven dan wel dat zij voortgaan overeenkomsten te sluiten met vrij gevestigde ondernemers. Het zwakke punt van dit laatste systeem is, dat de invloed van de ziekenfondsen op de kwaliteit van de gezondheidszorg vrijwel nihil is. Op grond van de Ziekenfondswet is het ziekenfonds verplicht met iedere huisarts, specialist, tandarts etc. die binnen het werkgebied van het ziekenfonds zijn of haar beroep uitoefent, een overeenkomst te sluiten. Weliswaar wordt die verplichting opgeheven indien het ziekenfonds tegen het sluiten van de overeenkomst ernstige bezwaren heeft, maar in de praktijk wordt daaronder niet verstaan een kwalitatief mindere zorgverlening. Het kan bijvoorbeeld zijn dat iemand, zonder daartoe nog bekwaam te zijn, voortgaat (ziekenfonds)praktijk uit te oefenen.

Andere instanties, zoals het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, komen aan kwaliteitsbewaking nauwelijks toe, terwijl deze bewaking bij de ziekenfondsen met eigen instellingen uit de structuur voortvloeit. In het algemeen gesproken mag men – naar het inzicht van de commissie – dan ook stellen dat de kwaliteit van de gezondheidszorg bij het systeem van de eigen instellingen beter bewaakt is dan bij overeenkom-

sten met vrij gevestigde beroepsbeoefenaars.

Volksverzekering

Nu een volksverzekering in zicht komt – zo vervolgt het Unierapport – is het gewenst de positie van de eigen instellingen in het kader van zo'n verzekering te bezien. Het is ook onderdeel van de aan de commissie voorgelegde vraagstelling om hierover haar zienswijze te geven.
In het voorgaande is reeds geconcludeerd dat de eigen instellingen positief moeten worden beoordeeld. De commissie is dan ook van oordeel, dat bij de start van een volksverzekering in elk geval de eigen instellingen in beginsel in hun totaliteit moeten worden ondergebracht in de nieuwe situatie. Daarna kan dan worden bezien of en in hoeverre de volksverzekering aanleiding geeft tot handhaving in 'oude stijl' dan wel tot aanpassing aan de nieuwe situatie.
Wordt een volksverzekering ingevoerd dan kan men zich voorstellen, dat de bestaande verzekeringsinstellingen en dus ook de huidige ziekenfondsen met de uitvoering van de verzekering worden belast. In dat geval kunnen de bestaande eigen instellingen zonder meer blijven doorwerken. Een andere mogelijkheid is dat alleen de ziekenfondsen als uitvoeringsorganen zullen optreden, maar dat fusies van ziekenfondsen worden voorgeschreven. Ook dan ontstaan geen al te grote problemen, de eigen instellingen kunnen, naast de contracten met vrij gevestigde medewerkers, blijven functioneren en de verzekerden kan de keus worden gelaten tussen eigen instellingen en vrij gevestigde medewerker. Voorwaarde is, dat de wet deze mogelijkheid openlaat.

Komen nieuwe vormen van uitvoeringsorganen tot stand, dan is het denkbaar dat de eigen instellingen onder dat orgaan worden geplaatst. Wel komt dan wellicht sterker de vraag naar voren of het wenselijk is de instelling juridisch onderdeel van het uitvoeringsorgaan te doen zijn dan wel te streven naar een afzonderlijke rechtsvorm, waarbij de instelling een overeenkomst aangaat met de uitvoeringsorganen maar verder als zelfstandige eenheid blijft doorwerken. In dit geval (dat ook toepasbaar is bij de eerder genoemde organisatievormen) dient – aldus de commissie – gekozen te worden voor een zodanige beheersvorm dat een zo groot mogelijke betrokkenheid van de verzekerde kan worden verkregen.

Het rapport besluit: Welke weg ook zal worden ingeslagen, de eigen instellingen zijn belangrijk genoeg om de wetgever te vragen hun positie in de komende wetgeving met bijzondere zorg te bezien. Het stukje particulier initiatief dat hier is verwezenlijkt kan zeer wel aansluiten bij de toch vrij algemeen bestaande wens tot het verkrijgen van een moderne gezondheidszorg, waar eigen inbreng van uitvoeringsorganen en patiënten/verzekerden van wezenlijke betekenis is.

GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE

Ongewenst drukwerk

Onder de rubriek: Brieven aan de Redactie (M.C. 1976/1 blz. 4) beklaagt collega Mulder zich over de hardnekkigheid waarmee de farmaceutische industrie hem ondanks verhuizing vervolgt met ongewenst drukwerk.
Om alle misverstanden te voorkomen zij hierbij medegedeeld dat het adressenmateriaal voorkomende in het onder de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid berustende artsenregister nooit ter beschikking wordt gesteld van farmaceutische industrieën. Van dit materiaal wordt voor adresseerdoeleinden slechts gebruik gemaakt voor toezending van mededelingen van de overheid en door mij scherp geselecteerde mededelingen van door de rijksoverheid gesubsidieerde instellingen van gezondheidszorg.
De suggestie van collega Mulder om adreswijzigingen aan de Geneeskundig Hoofdinspecteur vergezeld te doen gaan van de mededeling dat het adres niet mag worden doorgegeven voor reclamezendingen zou ik niet over willen nemen daar deze slechts verwarring kan geven. Ter zake van het verstrekken van inlichtingen uit het adressenmateriaal van de Hoofdinspectie voor zover afkomstig van de K.N.M.G. wordt in twijfelgevallen steeds onderling overleg gepleegd.

De Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid,
R. Drion, arts.

INTERNATIONALE AUTO-EMBLEMEN

zijn voor leden van de Maatschappij GRATIS verkrijgbaar op het Bureau der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht (tel. 030-885411, toestel 123).
Het Maatschappij-embleem (internationaal model), vervaardigd van astralon of een embleem van plakplastic zal op aanvraag door het secretariaat van de K.N.M.G. worden toegezonden, waarbij ervan wordt uitgegaan dat elk K.N.M.G.-lid recht heeft op één gratis exemplaar.

medisch contact

Nr. 6 – 6 februari 1975

officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Lomanlaan 103, Utrecht. Telefoon 030-885411 (twaalf lijnen).

Dagelijks Bestuur	Dr. J. L. A. Boelen, voorzitter, Dr. H. W. A. Sanders, ondervoorzitter, C. F. A. Heyen, L. Th. G. Rozeman, Mevr. E. Smit, leden; S. van Randen (voorzitter L.H.V.), Z. S. Stadt (voorzitter L.A.D.) en Dr. C. H. van Erk (ondervoorzitter L.S.V.), 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.
Bureau voor waarneming en vestiging	Van 08.00 tot 16.30 uur: Mej. J. de Graaf, tel. 030-885411.
Afdeling comptabiliteit	J. A. Alst; Postgironummer der K.N.M.G.: 58083; AMRO-bank nummer; 45 64 48 969.
Ledenregister	N. W. G. Pastoor (ook voor alle mutaties).
Afdeling buitenland	Mr. B. Schultsz; Mej. M. Th. van der Meulen, secretaresse.
Stichting Ondersteuningsfonds (O.F.)	H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.
Landelijke Huisartsen Vereniging (L.H.V.)	Mr. N. de Graaff, directeur; Mevr. M. J. Blok, chef de bureau.
Landelijke Specialisten Vereniging (L.S.V.)	Mr. H. J. Overbeek, directeur; Mej. G. A. C. Enzerink, secretaresse.
Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (L.A.D.)	Mr. J. J. Witteveen, directeur; Mej. B. A. Wijnkoop, secretaresse.
Centraal college voor de erkenning en registratie van medische specialisten (C.C.)	W. J. de Jager, secretaris; Mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.
Specialisten Registratie Commissie (S.R.C.)	Dr. L. P. H. J. de Vink, secretaris; Mevr. G. G. A. Brunger, secretaresse.
College voor Sociale Geneeskunde (C.S.G.)	Mr. B. Schultsz, secretaris; Mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.
Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (S.G.R.C.)	Mr. W. G. van der Putten, secretaris; Mevr. H. Ciuráns y Lledo-Heetebrij, secretaresse.
College voor Huisartsgeneeskunde (C.H.G.)	Dr. H. Roelink, secretaris; Mej. L. Beljaars, secretaresse.
Huisarts Registratie Commissie (H.R.C.)	J. I. van der Leeuw, secretaris; Mevr. M. M. van Hilten-Severijn, secretaresse.
Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (O.L.M.A.)	Drs. S. Duursma, directeur; Mevr. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse.
Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (S.B.A.)	J. M. G. Hoes, directeur; Mej. Mr. H. van Boxtel, directiesecr. tel. 030-887021 en 885411.

van het hoofdbestuur

Voorstellen tot wijziging huishoudelijk reglement der K.N.M.G.

AGENDAPUNT V voor de Algemene Vergadering der K.N.M.G., vrijdag 26 maart 1976

Door de omvang van de stukken konden de voorgestelde wijzigingen in het Huishoudelijk Reglement niet alle tegelijk in één nummer van Medisch Contact worden afgedrukt.
In M.C. 1976/4 werd het eerste deel gepubliceerd, hierbij volgt nu het gedeelte handelende over de *rechtspraak.*
Aan de Algemene Vergadering zal conform art. 405.C ontheffing worden gevraagd van de publikatietermijn.

	Huidige tekst	*Voorgestelde nieuwe tekst c.q. aanvullingen en verbeteringen*
Artikel 604	lid 1. Het bestuur van het district stelt, gehoord de districtsraad, het aantal leden van de raad vast.	lid 1. 'Ongewijzigd'.
	lid 2. Wanneer in de districtsraad een vacature is ontstaan, dan wel als gevolg van aftreden aan het eind van het jaar zal ontstaan, maakt de raad, gehoord de voorzitters van de besturen van de afdelingen die deel uitmaken van het district, een voordracht op waarbij het aantal gestelde kandidaten het aantal te vervullen plaatsen met tenminste één overtreft. De districtsraad houdt bij het opmaken van de voordracht ermee rekening dat het gewenst is dat van iedere afdeling binnen het district tenminste één lid deel uitmaakt van de raad.	lid 2. Wanneer in de districtsraad een vacature is ontstaan, dan wel als gevolg van aftreden aan het eind van het jaar zal ontstaan, maakt de raad, gehoord de voorzitters van de besturen van de afdelingen die deel uitmaken van het district, een voordracht op waarbij het aantal gestelde kandidaten overeenkomt met het aantal te vervullen plaatsen. De districtsraad houdt bij het opmaken van de voordracht ermee rekening dat het gewenst is dat van iedere afdeling binnen het district tenminste één lid deel uitmaakt van de raad.
	lid 3. De voordracht wordt, tezamen met de namen van de zittende leden van de districtsraad, ter kennis gebracht van alle leden van het district met vermelding van het in lid 4 aan de leden toegekende recht. De secretaris van de districtsraad zendt hiertoe de betreffende gegevens aan de secretarissen van de afdelingsbesturen die binnen één maand voor bekendmaking aan de leden zorgdragen.	lid 3. De voordracht wordt, tezamen met de namen van de zittende leden van de districtsraad, ter kennis gebracht van alle leden van het district met vermelding van het in lid 4 aan de leden toegekende recht. De secretaris van de districtsraad zendt hiertoe de betreffende gegevens aan de secretarissen van de afdelingsbesturen die binnen vier weken voor bekendmaking aan de leden zorgdragen.
	lid 4. De leden van het district hebben eveneens het recht kandidaten te stellen. Voor deze kandidaatstelling zijn de handtekeningen vereist van tenminste tien leden. Namen en adressen van deze kandidaten moeten binnen één maand nadat de voordracht aan de leden bekend is gemaakt, aan de secretaris van de districtsraad worden toegezonden.	lid 4. De leden van het district hebben eveneens het recht kandidaten te stellen. Voor deze kandidaatstelling zijn de handtekeningen vereist van tenminste tien leden. Namen en adressen van deze kandidaten moeten binnen vier weken nadat de voordracht aan de leden bekend is gemaakt, aan de secretaris van de districtsraad worden toegezonden.
	lid 5. Alle kandidaten moeten lid zijn van het district; zij moeten zich schriftelijk bereid hebben verklaard een eventuele benoeming te zullen aanvaarden.	lid 5. 'Ongewijzigd'.
Artikel 605	lid 1. De secretaris van de districtsraad zendt uiterlijk drie weken na sluiting van de termijn voor kandidaatstelling, stembiljetten aan de leden van de betrokken afdelingsbesturen.	lid 1. Wordt door de leden van het district geen gebruik gemaakt van het in art. 604 lid 4 vermelde recht, dan zijn de door de districtsraad gestelde kandidaten gekozen.
	lid 2. De leden van de afdelingsbesturen zenden binnen 14 dagen de stembiljetten ingevuld en ondertekend aan de secretaris van de districtsraad terug.	lid 2. Wordt door de leden van het district wel gebruik gemaakt van het in art. 604 lid 4 vermelde recht, dan zendt de secretaris van de districtsraad uiterlijk drie weken na

	Huidige tekst	*Voorgestelde nieuwe tekst c.q. aanvullingen en verbeteringen*
		sluiting van de termijn voor kandidaatstelling stembiljetten aan de leden van de betrokken afdelingsbesturen. De leden van de afdelingsbesturen zenden binnen 14 dagen de stembiljetten ingevuld en ondertekend aan de secretaris van de districtsraad terug. Het bureau van de districtsraad telt de ingekomen stembiljetten en het op iedere kandidaat uitgebracht aantal stemmen. De kandidaten op wie de meeste stemmen zijn uitgebracht zijn gekozen; bij een gelijk aantal stemmen beslist het lot.
Artikel 606	Het bureau van de districtsraad telt de ingekomen stembiljetten en het op iedere kandidaat uitgebrachte aantal stemmen. De kandidaten op wie de meeste stemmen zijn uitgebracht zijn gekozen. Bij een gelijk aantal stemmen beslist het lot.	De uitslag van de verkiezing volgens lid 1 of lid 2 van art. 605 wordt door het bureau van de districtsraad ter kennis gebracht van de secretaris-generaal die voor de publiciteit in Medisch Contact zorgdraagt, en aan de secretarissen van de tot het district behorende afdelingbesturen, die zorgdragen voor bekendmaking aan de leden van hun afdelingen.
Artikel 607	p.m.	vervalt
Artikel 617	lid 1. De Raad van Beroep oordeelt met vijf leden.	lid 1. 'Ongewijzigd'.
	lid 2. De districtsraden oordelen met kamers van drie tot vijf leden.	lid 2. 'Ongewijzigd'.
	lid 3. Geen lid kan aan een uitspraak of beslissing medewerken, indien het niet de gehele behandeling van de zaak heeft bijgewoond.	lid 3. Geen lid kan aan een uitspraak of beslissing medewerken, indien het niet de gehele behandeling van de zaak ter zitting heeft bijgewoond.
Artikel 622	lid 1. De raad van Beroep en de districtsraden kunnen bij de mondelinge behandeling getuigen en deskundigen horen. Deze zijn, indien lid van de Maatschappij; verplicht te verschijnen en op te stellen vragen te antwoorden, onverminderd hun recht zich van het afleggen van getuigenis te verschonen.	lid 1. De Raad van Beroep en de districtsraden kunnen bij de mondelinge behandeling getuigen en deskundigen horen. Deze zijn, indien lid van de Maatschappij, verplicht te verschijnen en op de te stellen vragen te antwoorden, onverminderd hun recht zich van het afleggen van getuigenis, respectievelijk verklaring, te verschonen.
Artikel 631	lid 1. Tot het indienen van een klacht tegen een lid zijn iedere rechtstreeks betrokkene en het hoofdbestuur bevoegd.	lid 1. 'Ongewijzigd'.
	lid 2. Indien de Raad zonder behandeling van de klacht beslist dat de klager geen rechtstreeks betrokkene is, deelt hij zulks schriftelijk aan de klager mede, die van deze beslissing in beroep kan komen bij de Raad van Beroep	lid 2. Indien het bureau beslist dat de klager geen rechtstreeks betrokkene is, deelt het dit bij schriftelijk gemotiveerde beslissing aan de klager mede, die van deze beslissing in beroep kan komen bij de Raad van Beroep.
Artikel 633	lid 1. De raad van de woonplaats van de beklaagde is bevoegd, met dien verstande dat, indien de beklaagde lid is van een andere afdeling dan die van zijn woonplaats en deze afdeling gelegen is binnen het	lid 1. De districtsraad waaronder de afdeling valt waarvan de beklaagde lid is, is bevoegd.

	Huidige tekst	*Voorgestelde nieuwe tekst c.q. aanvullingen en verbeteringen*
	ressort van een andere raad, deze raad bevoegd is.	
	lid 3. Een klacht, welke tegen meer dan een lid, woonachtig in verschillende districten, is gericht, wordt ingediend bij de Raad van Beroep of door het bureau van de districtsraad bij welke de klacht is ingediend, doorgezonden naar de Raad van Beroep. De Raad van Beroep wijst een districtsraad aan ter behandeling van de klacht.	lid 3. Een klacht, welke is gericht tegen meer dan één lid, vallend onder de bevoegdheid van verschillende districtsraden, wordt ingediend . . . . . etc.
Artikel 635	Indien het bureau meent dat een klacht van ernstige aard behoort te worden behandeld volgens de bepalingen van de Medische Tuchtwet, geeft het bureau aan de klager in overweging zijn klacht in te dienen bij het bevoegde Tuchtcollege.	Indien het bureau meent dat een klacht van ernstige aard behoort te worden behandeld volgens de bepalingen van de Medische Tuchtwet, geeft het bureau aan de klager in overweging zijn klacht in te dienen bij het bevoegde Tuchtcollege, onder vermelding dat de districtsraad de zaak zelf zal behandelen indien de klager niet binnen een termijn van vier weken heeft laten weten dat hij de zaak bij een Medisch Tuchtcollege aanhangig heeft gemaakt. Het bureau stelt de beklaagde van één en ander in kennis.
Artikel 637	lid 1. Het bureau kan door een lid van de raad een vooronderzoek doen instellen. Dit lid onderzoekt de klacht en kan in naar zijn oordeel daartoe in aanmerking komende gevallen bemiddelen ten einde een oplossing in der minne te bereiken. Het lid zendt verslag van zijn werkzaamheden aan het bureau. Indien geen minnelijke oplossing is bereikt of indien het bureau van oordeel is, dat de klacht ambtshalve behoort te worden behandeld, gaat de raad hiertoe over.	lid 1. Het bureau kan, zolang de mondelinge behandeling door de in art. 639 bedoelde kamer nog niet is aangevangen, door een lid van de Raad een vooronderzoek doen instellen. Dit lid – hierna te noemen de vooronderzoeker –, onderzoekt de door klager, respectievelijk de door klager en beklager gestelde feiten, alsmede de mogelijkheid van een minnelijke oplossing, en brengt van zijn bevindingen schriftelijk verslag uit aan het bureau, dat daarna indien het daartoe termen aanwezig acht, alsnog artikel 636 kan toepassen.
	lid 2. Aan deze behandeling neemt het lid dat het vooronderzoek heeft ingesteld, geen deel.	lid 2. Is de vooronderzoeker blijkens zijn verslag van oordeel, dat de zaak zich leent voor een minnelijke oplossing, dan poogt hij, nadat het bureau blijk heeft gegeven zich daarmee te kunnen verenigen, zodanige oplossing te bewerkstelligen; van het resultaat van deze poging stelt hij het bureau schriftelijk in kennis.
		lid 3. Indien de zaak zich naar het oordeel van de vooronderzoeker dan wel van het bureau niet leent voor een minnelijke oplossing, alsmede indien de vooronderzoeker zodanige oplossing niet weet te bewerkstelligen, wordt de behandeling van de klacht voortgezet; de vooronderzoeker kan niet worden aangewezen als lid van de in artikel 639 bedoelde kamer.
Artikel 639	lid 1. Zodra het dossier gereed is voor verdere behandeling, stelt het bureau een kamer voor de behandeling van de zaak samen. Deze kamer bestaat uit drie leden of,	lid 1. Zodra het dossier gereed is voor behandeling door de raad, stelt het bureau een kamer voor de behandeling van de zaak samen. Deze kamer bestaat uit drie leden of,

	Huidige tekst	*Voorgestelde nieuwe tekst c.q. aanvullingen en verbeteringen*
	indien het bureau zulks wenselijk acht, uit vijf leden. Een van hen wordt door het bureau aangewezen als voorzitter en een als secretaris.	indien het bureau zulks wenselijk acht, uit vijf leden. Een van hen wordt door het bureau aangewezen als voorzitter en een als secretaris.
Artikel 648		Aan art. 648 wordt een nieuw lid 3 toegevoegd: lid 3. Een ingesteld beroep kan tot het moment waarop de zitting van de Raad van Beroep een aanvang neemt, worden ingetrokken.
Artikel 651	lid 1. De Raad kan unaniem besluiten, zonder mondelinge behandeling op de stukken recht te doen, in welk geval hij in de uitspraak dit besluit en de redenen welke daartoe hebben geleid, vermeldt. De uitspraak voldoet verder aan de bepalingen van artikel 644. De Raad kan slechts besluiten op de stukken recht te doen indien hij van oordeel is dat de uitspraak, waarvan beroep, dient te worden bekrachtigd, dan wel dat een toegepaste tuchtmaatregel dient te worden verlicht.	lid 1. De raad kan unaniem besluiten zonder mondelinge behandeling op de stukken recht te doen, indien hij van oordeel is a) dat het ingestelde beroep niet ontvankelijk dient te worden verklaard, of b) dat de uitspraak waarvan beroep dient te worden bekrachtigd, of c) dat een toegepaste tuchtmaatregel dient te worden verlicht. In de uitspraak wordt dit besluit en de redenen welke daartoe hebben geleid, vermeld. De uitspraak voldoet verder aan de bepalingen van artikel 644.
Artikel 653	De uitspraak wordt door de secretaris aan partijen toegezonden en aan het bureau van de districtsraad van eerste aanleg.	De uitspraak wordt door de secretaris, onder vermelding van de datum van verzending, aan partijen en aan het bureau van de districtsraad die in eerste aanleg over de zaak heeft geoordeeld, toegezonden.
Artikel 655	De Raad van Beroep kan, indien hij van oordeel is, dat het onderzoek of de uitspraak in eerste aanleg onvolledig is geweest, de uitspraak vernietigen en, onder omschrijving van de onvolledigheid, de zaak verwijzen naar het college van eerste aanleg of naar een andere districtsraad, ten einde de zaak verder te onderzoeken en te beslissen.	De Raad van Beroep kan, indien hij de uitspraak van een districtsraad vernietigt, de zaak verwijzen naar de districtsraad die in eerste aanleg over de zaak heeft geoordeeld of naar een andere districtsraad, teneinde de behandeling van de zaak voort te zetten en te beslissen met inachtneming van de uitspraak van de Raad van Beroep.
Artikel 657	lid 1. Indien na de beëindiging van een tuchtzaak waarin een tuchtmaatregel is toegepast, te eniger tijd een feit of feiten aan het licht komen die tijdens de behandeling aan de districtsraad of aan de Raad van Beroep onbekend waren en die, indien bekend, van wezenlijke invloed op de uitspraak geweest zouden zijn, kan het lid, op wie de tuchtmaatregel werd toegepast, een revisieaanvraag bij de Raad van Beroep indienen.	lid 1. Indien binnen 10 jaren na de beëindiging van een tuchtzaak waarin een tuchtmaatregel is toegepast, één of meer feiten aan het licht komen die tijdens de behandeling aan de districtsraad of aan de Raad van Beroep onbekend waren en die, indien bekend, van wezenlijke invloed op de uitspraak geweest zouden zijn, kan het lid, op wie de tuchtmaatregel werd toegepast, een revisieaanvraag bij de Raad van Beroep indienen.
Artikel 661	lid 2. Een geschil wordt aangebracht bij de districtsraad van de woonplaats van de verweerder of een van de verweerders, met dien verstande dat, indien een verweerder	lid 2. Een geschil wordt aangebracht bij de districtsraad waaronder de afdeling valt waarvan de verweerder of één der verweerders, lid is.

	Huidige tekst	*Voorgestelde nieuwe tekst c.q. aanvullingen en verbeteringen*
	lid is van een andere afdeling dan die van zijn woonplaats en deze afdeling gelegen is binnen het ressort van een andere districtsraad, het geschil bij die raad dient te worden aangebracht.	
Artikel 667	Indien de raad van oordeel is op de stukken te kunnen beslissen, bericht het bureau dit aan de partijen; deze hebben steeds het recht mondelinge behandeling te verlangen.	Indien de raad van oordeel is op de stukken te kunnen beslissen, bericht het bureau dit aan de partijen. Indien één der partijen dit wenst zal de raad overgaan tot mondelinge behandeling.
Artikel 672	lid 3. Indien door klager of beklaagde ter zitting pleitnota's of andere documenten worden overlegd, wordt daarvan melding gemaakt in het procesverbaal.	lid 3. Indien door eiser of verweerder ter zitting pleitnota's of andere documenten worden overlegd, wordt daarvan melding gemaakt in het procesverbaal.
Artikel 676	lid 2. Het bureau vermeldt tevens, dat de termijn van beroep vier weken bedraagt, te rekenen van de datum van de verzending van de beslissing af, onverminderd het recht van de gedaagde in hoger beroep ook na het verloop van deze termijn incidenteel beroep in te stellen bij zijn conclusie van antwoord.	lid 2. Het bureau vermeldt tevens dat de termijn van beroep vier weken bedraagt, te rekenen vanaf de datum van de verzending van de beslissing, onverminderd het recht van verweerder in hoger beroep te komen, welk beroep dan echter tegelijk met het verweerschrift in hoger beroep dient te worden ingesteld.
Artikel 679	lid 1. De secretaris van de Raad van Beroep zendt een afschrift van het beroepschrift aan de gedaagde onder mededeling, dat deze binnen een bepaalde termijn, welke ten minste veertien dagen beloopt, schriftelijk kan verantwoorden en daarbij tevens incidenteel beroep kan instellen. Van het antwoord zendt de secretaris afschrift aan de appellant. lid 2. Ingeval incidenteel beroep wordt ingesteld geeft de secretaris aan de appellant nog een termijn van ten minste veertien dagen om op dat beroep te antwoorden.	lid 1. De secretaris van de Raad van Beroep zendt een afschrift van het beroepsschrift aan de wederpartij onder mededeling dat deze binnen een termijn welke tenminste veertien dagen beloopt, schriftelijk kan antwoorden en daarbij tevens zijnerzijds beroep kan instellen. Van het antwoord zendt de secretaris afschrift aan de appellant. lid 2. Ingeval verweerder in hoger beroep ook zijnerzijds beroep instelt, geeft de secretaris aan de appellant nog een termijn van tenminste veertien dagen om op dat beroep te antwoorden.

Toelichting

ad artt. 604, 605 en 606

Van de zijde van de districtsraden is erop aangedrongen de verkiezingsprocedure voor nieuwe leden van die raden te vereenvoudigen. Voorgesteld wordt de procedure op gelijke leest te schoeien als die voor het H.B. (art. 304-306 H.R.). De noodzaak van het stellen van één kandidaat meer dan er vacatures zijn, vervalt. Het vinden van deze 'dummy' bezorgde de districtsraden veel zorg en het bleef altijd wat pijnlijk dat men iemand voor deze rol moest vragen. Het recht tegenkandidaten te stellen blijft onverkort bestaan. Komen er geen tegenkandidaten dan zijn de gestelde kandidaten gekozen. Komen er wel tegenkandidaten dan geldt de oude regeling.

ad art. 617

In de bestaande tekst van art. 617 lid 3 kwam onvoldoende duidelijk tot uiting dat hier met 'de behandeling van de zaak' bedoeld wordt de behandeling ter zitting. In de gehele fase

daarvóór treedt het bureau van de districtsraad op en de oude tekst kon de indruk wekken dat iemand alleen in een kamer aan een uitspraak kon medewerken wanneer hij van het allereerste begin af *in het bureau* bij de zaak betrokken was geweest. Deze ongerijmde consequentie wordt nu geëcarteerd.

ad art. 622

Aangezien een deskundige geen getuigenis maar een verklaring aflegt, diende het artikel daarmee te worden aangevuld ter voorkoming van ieder misverstand.

ad art. 631

De wijzigingen in art. 631 lid 2 hebben in de eerste plaats tot doel om duidelijk te laten uitkomen dat het *aan het bureau* is om reeds in de allereerste fase te beslissen dat iemand die klaagt geen rechtstreeks betrokkene is. De huidige tekst probeert dit weer te geven met de woorden 'zonder behandeling van de klacht' en noemt hierbij 'de Raad'. Voor de districtsraad treedt in die fase steeds het bureau als pars pro toto op. In de tweede plaats wordt in de nieuwe tekst verduidelijkt dat het hier niettemin om een schriftelijk *gemotiveerde* beslissing gaat, waarvan dan beroep mogelijk is.

Art. 633 en art. 661 lid 2

Aangezien als basis voor het lidmaatschap het domicilie-beginsel is verlaten en er een keuze-mogelijkheid is geschapen, dienen de beide hier bedoelde artikelen aangepast te worden, hetgeen tevens tot een vereenvoudiging van de tekst leidt.

ad art 635

De huidige tekst van art. 635 laat open wat er gebeurt nadat het bureau de klager in overweging heeft gegeven zich tot een tuchtcollege te wenden. Deze zwevende toestand gaf tot onzekerheid aanleiding en de nieuwe tekst beoogt hieraan een eind te maken. Van de klager wordt uitsluitsel verwacht. Komt dit binnen 4 weken niet, dan gaat de districtsraad alsnog tot behandeling over.

ad art. 637

De nieuwe tekst van art. 637 heeft ten doel, duidelijker dan tot nu toe het geval was, het 'vooronderzoek' te regelen. In de eerste plaats is vastgelegd dat een vooronderzoek ingesteld kan worden tot op het moment dat de mondelinge behandeling een aanvang neemt. Voorts wordt bepaald – en dat is één van de belangrijkste voorstellen uit het gehele pakket – dat de vooronderzoeker niet alleen verslag aan het bureau moet doen, maar dat hij voor het tot stand brengen van een minnelijke oplossing de uitdrukkelijke instemming van het bureau nodig heeft. Deze regeling wordt voorgesteld om te voorkomen dat de vooronderzoeker – zonder twijfel met de beste bedoelingen – de klager van verdere behandeling doet afzien, omdat deze b.v. de indruk heeft dat het onjuiste van diens handelen de arts reeds duidelijk is gemaakt. Ook is denkbaar dat weliswaar bij het vooronderzoek ernstige zaken aan het licht treden, maar dat de klager inmiddels geen behoefte meer aan voortzetting van de zaak heeft en met schikking instemt. Het bureau moet dan die ernstige, nieuwe feiten kunnen wegen en besluiten dat een minnelijke schikking dingen onbeoordeeld laat die wel beoordeeld dienen te worden. Om iedere schijn van een 'onderonsje' of van 'verdoezelen' te vermijden, moet dus het bureau het vooronderzoek nauwlettend kunnen begeleiden en daarvoor ook de verantwoordelijkheid aanvaarden.

ad art. 639

Evenals bij art. 617, heeft de wijziging van dit artikel tot doel duidelijk te laten uitkomen dat met 'behandeling' steeds wordt bedoeld: 'behandeling ter zitting'.

ad art. 648

De Raad van Beroep voelde het duidelijk als een gemis dat nergens was bepaald tot op welk moment een ingesteld beroep kan worden ingetrokken. Zo kan het gebeuren dat ter zitting van de Raad van Beroep de partij die in beroep is gegaan merkt dat het voor hem wel eens minder gunstig kan uitpakken dan hij verwacht had en dat de uitspraak in eerste aanleg zo gek nog niet was. Intrekking van dat beroep kan dan alsnog ter zitting plaatsvinden. Dit is niet alleen heel onaangenaam voor de Raad van Beroep, die aan de voorbereiding van iedere beroepszaak veel tijd en aandacht besteedt, maar het is bovendien niet bevorderlijk voor een goede rechtsbedeling.

ad art. 651

In art. 651 lid 1 was ten onrechte verzuimd te vermelden dat ook ingeval van niet-ontvankelijkverklaring recht op de stukken kan worden gedaan. Dit leidde tot onnodige zittingen over zaken die tot niets konden leiden en de aanvulling is dan ook logisch.

ad art. 653 en 657

In verband met het invoeren van een termijn van 10 jaren voor revisie, is het gewenst, in aansluiting op art. 645 waar hetzelfde voor de eerste aanleg is bepaald, ook de secretaris van de Raad van Beroep de datum van verzending te laten vermelden. De Raad van Beroep acht onbeperkte revisie onuitvoerbaar mede omdat gebruikelijkerwijze voor het bewaren van de archieven een termijn van 10 jaren wordt aangehouden. Voorgesteld wordt die termijn ook voor de revisie in te voeren.

ad art. 655

De huidige tekst van art. 655 maakt een wat restrictieve indruk, n.l. dat terugwijzing alleen mogelijk zou zijn indien het onderzoek of de uitspraak *onvolledig* zou zijn geweest. Bovendien moest die onvolledigheid door de Raad van Beroep worden omschreven.
Wat meer ruimte en armslag biedt de nieuwe tekst die volledig aansluit bij de formulering die in het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering wordt gehanteerd. In alle gevallen van vernietiging *kan* de Raad van Beroep terugwijzen ten einde de behandeling te doen voortzetten met inachtneming van de uitspraak van de Raad van Beroep. De Raad van Beroep kan natuurlijk ook zelf definitief een eindbeslissing nemen indien de zaak daartoe rijp is, hetgeen in het overgrote merendeel van de zaken het geval zal zijn.

ad art. 661

zie onder art. 633.

ad art. 667

De geldende tekst van art. 667 wekt de indruk dat *beide* partijen mondelinge behandeling zouden moeten verlangen, terwijl een verzoek van één van beiden uiteraard reeds voldoende is.

ad art. 672

In dit artikel wordt een vroegere misslag van de commissie voor de reglementen hersteld. In geschillen treden geen klager en beklaagde op . . .!

ad art. 676

De term 'incidenteel beroep' is voor juristen een heel normale en gebruikelijke. In de nieuwe tekst van art. 676 lid 2 wordt de term als zodanig vermeden, maar wordt omschreven wat ermee wordt bedoeld. Wij geven een voorbeeld: partijen A en B hebben een uitspraak van een districtsraad uitgelokt (N.B. Het gaat hier uitsluitend over geschillen!) en partij A heeft met die uitspraak wel vrede, zij het niet op alle punten. Mocht zijn wederpartij evenwel in beroep komen, dan heeft hij – partij A – van zijn kant toch ook wel wat in het midden te brengen en dan zou een rechtzetten van die punten hem niet onwelkom zijn. Welnu, partij B tekent op de laatst mogelijke dag appèl aan.
Nù wil partij A ook appèl – incidenteel-appèl genaamd – aantekenen. Zonder termijnverlenging voor dit speciale geval in art. 676 lid 2 zou partij B hem deze mogelijkheid hebben ontnomen. Uit praktische overwegingen dient dit incidenteel beroep wel samen te vallen met de conclusie houdende antwoord van partij A.

ad art. 679

Op overeenkomstige wijze als bij art. 676, is ook in deze nieuwe tekst het gebruik van de term 'incidenteel beroep' vermeden en is omschreven wat het begrip in concreto inhoudt.

---

van de S.P.H.

Onder verwijzing naar onze publikaties in Medisch Contact dd. 12 december 1975 en het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde dd. 13 december 1975 delen wij u mede, dat van de mogelijkheid tot het stellen van tegenkandidaten geen gebruik is gemaakt.

Op grond van artikel 14, lid 2 van de statuten van de Stichting zijn voor de deelnemersraad de volgende leden en plaatsvervangende leden gekozen.

	Leden	*Plaatsvervangende leden*
District I – Amsterdam	J. J. P. Jonker, Amsterdam U. de Boer, Amsterdam	P. J. W. M. Schillemans, Amsterdam W. C. Huyssoon, Amsterdam
District II – Haarlem		A. J. M. Daniëls, Uithoorn M. Noordhoek, Haarlem
District III – Alkmaar	J. F. Nijman, Alkmaar A. C. Sundermeijer, Enkhuizen	J. Z. Tellegen, Zaandam
District V – Leiden	A. van Luijk, Leiden F. van Benthem, Alphen aan de Rijn	W. de Bruijne, Leiden D. G. Struijk, Gouda
District VI – Rotterdam		H. Bruyns, Rotterdam J. van IJzerloo, Spijkenisse
District VII – Dordrecht	R. P. Boot, Dirksland P. W. J. Vogelaar, Dordrecht	J. J. B. den Hollander, Herwijnen
District VIII – Zeeland		M. Jongsma, Hoek

	Leden	*Plaatsvervangende leden*
District X – Noord-Brabant-Oost		P. Frölke, Eindhoven W. Verder, Eindhoven
District XI – Limburg	J. M. G. F. Roebroeck, Maastricht W. F. van Roessel, Kessel	
District XIII – Amersfoort	W. M. van der Valk, Huizen D. W. Hoogwater, Nieuw Loosdrecht	
District XIV – Gelderland-Zuid		C. Z. Salomé, Geldermalsen H. Visser, Renkum
District XV – Gelderland-Noord	M. Lorié, Zutphen	
District XVI – Zwolle		Jhr. W. C. A. Beelaerts van Blokland, Deventer M.C. de Bruyn, Elburg
District XVII – Twente	A. G. M. Hoek, Hengelo K. Hogenbirk, Almelo	
District XVIII – Drente	R. L. van der Horst, Gieten	A. W. Frentzen, Meppel D. H. Dijkstra, Emmen
District XIX – Friesland	Th. K. Wiersma, Zwaagwesteinde. J. Bleeksma, Joure	
District XX – Groningen		C. Middelbeek, Groningen

Uit de informatie, die wij ontvangen hebben van de voorzitters uit de districten IV, IX en XII, blijkt dat onderstaande leden en plaatsvervangende leden van de deelnemersraad, die op grond van het in de vergadering van het bestuur van de Stichting dd. 7 maart 1974 vastgesteld rooster zijn afgetreden, zich herkiesbaar stellen.

District IV – 's-Gravenhage		H. P. Zwennes, 's-Gravenhage H. A. Schreuder, Voorburg
District IX – Noord-Brabant-West	A. Taminiau, Tilburg vacature	
District XII – Utrecht		M. A. van der Perk, Bilthoven vacature

In district VIII is een vacature ontstaan, aangezien de heer G. J. van der Waarden op grond van zijn verhuizing van Noordgouwe naar Bilthoven district VIII niet meer kan vertegenwoordigen als lid van de deelnemersraad.
Tevens is er een vacature ontstaan in district XX door het aftreden van de heer H. H. Klaassens te Groningen als lid van de deelnemersraad.
Ter vervulling van bovenstaande vacatures en ter vervulling van de vacature die ontstaat als de heer M. Jongsma te Hoek gekozen wordt tot lid van de deelnemersraad namens district VIII ontvingen wij onderstaande voordrachten van kandidaat-leden en kandidaat-plaatsvervangende leden voor de deelnemersraad.

District VIII – Zeeland	M. Jongsma, Hoek	H. A. Delfos, Middelburg
District IX – Noord-Brabant-West	Th. R. M. Q. Enneking, Etten-Leur	
District XII – Utrecht		J. A. Sleijffers, Utrecht
District XX – Groningen	R. Bous, Groningen	

Krachtens artikel 14, lid 2 van de statuten van de S.P.H. kan op schriftelijk verzoek door tenminste tien deelnemers uit het district ondertekend, aan de voordracht voor een vacature een andere kandidaat toegevoegd worden. Dit verzoek dient *binnen twee weken* na deze publikatie bij het bestuur ingediend te worden.

Indien tijdig een of meer tegenkandidaaten voor vacature zijn gesteld zullen binnen zes weken in het desbetreffende district verkiezingen gehouden worden. Zijn binnen genoemde termijn geen tegenkandidaten gesteld, dan worden de voorgedragen kandidaten geacht te zijn gekozen.

Collegialiter,

J. F. A. van Rijn, voorzitter

Kort verslag van de bestuursvergadering gehouden op donderdag 15 januari 1976

Naar aanleiding van verschillende overzichten met betrekking tot de beleggingen worden enkele vragen gesteld onder meer over de garanties op verstrekte leningen.
Het beleggingsadvies van de directeur, waarmee de Financieel Economische Raad instemde, wordt goedgekeurd.

Het actuariële rapport, dat deel uitmaakt van het jaarverslag 1974, wordt uitvoerig besproken en toegelicht.

Het rooster van aftreden van bestuursleden wordt goedgekeurd.

De directie-secretaris stelt het bestuur op de hoogte over de stand van zaken met betrekking tot de lopende incasso-procedures.

De secretaris, J. I. van der Leeuw deelt mee dat hij zijn functie als bestuurslid per 1 januari 1976 neerlegt. De voorzitter dankt Dr. Van der Leeuw voor het vele door hem verrichtte werk en voor de wijze waarop deze werkzaamheden zijn verricht.

Het vergaderschema 1976 wordt goedgekeurd.

---

van het centraal bestuur L.H.V.

Convocatie Ledenvergadering op vrijdag 5 maart 1976

Het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging roept een extra ledenvergadering bijeen op vrijdag 5 maart 1976 te Utrecht in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum (tel. 030-914914). De vergadering vangt aan om 19.30 uur.

Agenda
1. Opening
2. Mededelingen
3. Notulen
4. Medisch en economisch verantwoord voorschrijven
5. Verloskunde
6. Honoreringsproblematiek
7. Wat verder ter tafel komt
8. Rondvraag
9. Sluiting

Toelichting
ad 3. Vaststelling der notulen van de ledenvergaderingen d.d. 28 november 1975 en 13 januari 1976 (worden nog toegezonden).
ad 4, 5 en *6.* Stukken worden nog toegezonden.

Utrecht, 23 januari 1976

F. A. van Spanje, arts, secretaris.

Kandidaatstelling bestuur S.P.H.

In verband met het aftreden van J. I. van der Leeuw als bestuurslid van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen draagt het Centraal Bestuur aan de ledenvergadering der L.H.V. de volgende twee kandidaten voor:
1. C. van der Marel, arts, Witmarsum en 2. Dr. J. C. Ogterop, arts, Utrecht.
Een en ander geschiedt op aanbeveling van de deelnemersraad van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen.
Verkiezing zal plaats kunnen vinden in een ledenvergadering weke tenminste 30 dagen na publikatie plaats vindt.

Utrecht, 23 januari 1976

F. A. van Spanje, arts, secretaris.

Vergoedingen medicamenten ziekenfondsverzekerden

Met ingang van 1 januari 1976 gelden in afwijking van de taxeprijzen de volgende vergoedingen per 10 stuks voor:

	is	*was*
Aldomet	*f* 1,97	*f* 1,88
Brufen	*f* 2,09	*f* 2,09
Glifanan	*f* 3,14	*f* 3,08
Indocid	*f* 2,38	*f* 2,28
Librium 10 mg	*f* 1,11	*f* 1,07
Valium 2 mg	*f* 0,53	*f* 0,51
Valium 5 mg	*f* 1,09	*f* 1,05

Ziekenfondstarievencommissie, farmaceutische sectie

---

van de S.R.C.

De Specialisten Registratie Commissie der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft in de periode van 1 oktober 1975 tot en met 31 december 1975 de navolgende specialisten ingeschreven:

Nieuwe inschrijvingen

Anaesthesie

W. T. C. D. Cornet, Pr. Hendrikstraat 114, Alphen a/d Rijn, per 1.12.1975
Mevr. J. ten Donkelaar-Korfová, Symfoniestraat 14, Nijmegen, per 27.11.1975
J. A. van Hegelsom, Tolhuis 13-17, Nijmegen, per 16.11.1975
Mevr. A. A. 't Hooft-Schik, Nobeldwarsstraat 41, Utrecht, per 1.10.1975
Mevr. A. M. N. Ketting-v. Oudenhove, Mathenesserlaan 133, Rotterdam, per 1.7.1975
J. A. van Riet, Burg. Panislaan 9, Berkel Enschot, per 1.9.1975
Mevr. J. van der Veen-Pruijs, De Oude Visscher 17, Nes a/d Amstel, per 1.10.1975
B. Veldstra, Willemsparkweg 91, Amsterdam, per 20.9.1975

Cardiologie

K. Balakumaran, Zilverschoon 15, Barendrecht, per 1.7.1975
F. W. H. M. Bär, Dr. M. L. Kingstraat 54, Landsmeer, per 1.7.1975
R. J. J. Claessens, Diepenbrocklaan 7, Rosmalen, per 1.7.1975
P. C. J. M. Lindner, F. van Eedenplaats 135, Capelle a/d IJssel, per 1.6.1975
G. J. van Mill, Sluyterslaan 443, Nieuwegein, per 1.11.1975
Dr. J. J. Schipperheyn, Fred. Hendrikplein 39, Den Haag, per 1.9.1975
L. D. Thung, Alfred Nobellaan 463, De Bilt, per 15.10.1975
C. W. F. M. van Veenendaal, Gripvelden 29, Roosendaal, per 19.10.1975

Cardiopulmonale chirurgie

J. Vincent, Groesbeekseweg 452, Nijmegen, per 24.4.1975

Chirurgie

F. R. S. van Asperen de Boer, Suzannaland 286, Den Haag, per 1.12.1975
E. Blackstone, Herv. Diaconessenhuis, Arnhem, per 1.10.1975
J. W. M. Bol, Fort Moermont 20, Bergen op Zoom, per 1.9.1975

De inschrijving als uroloog per 15.6.1973 van de Heer F. R. S. van Asperen de Boer komt hiermede te vervallen.

J. A. R. Coosemans, M. H. Trompstraat 7, Utrecht, per 1.1.1975

H. P. Dahler, Veldlaan 26, Groenekan, per 10.11.1975
F. J. M. van Geloven, Pr. W. de Zwijgerlaan 2, Hattem, per 1.9.1975
H. A. M. Heikens, Weezenhof 68-18, Nijmegen, per 5.9.1975
J. A. Onsea, Parklaan 106, Turnhout, per 26.3.1975
J. A.van Oyen, Seringenstraat 64, Monster, per 1.11.1975
F. M. J. E. Roekaerts, 41 Gasthuisstraat, B 3760 Lanaken België, per 1.8.1975
Th. J. M. V. van Vroonhoven, Buitendijk 6, Strijersas, per 1.9.1975
Z. C. van Vuuren, Merellaan 173, Capelle a/d IJssel, per 1.9.1975
J. C. J. Wereldsma, Duindoorn 25, Krimpen a/d IJssel, per 1.10.1975
C. Weytingh, Churchillaan 49III, Amsterdam, per 15.1.1975

Dermatologie

Mej. E. Huigen, Beeklaan 152, Noordwijk, 1.9.1975
W. J. van Kampen, Laan van Nw. Oost Indië 18, Den Haag, per 1.10.1975
J. L. Schuller, Molièreweg 611, Rotterdam, per 1.9.1975
Mevr. B. A. Soudijn-Eleŝová, Dordtmondstraat 45b, Rotterdam, per 25.9.1975
J. L. van Velde, Emmalaan 10, Woubrugge, per 1.9.1975

Inwendige geneeskunde

P. A. Bleeker, Alligatorstraat 21, Nijmegen, per 1.5.1975
W. W. ten Bokkel Huinink, Herenstraat 64, Breukelen, per 1.7.1975
A. A. M. Brouwers,Merelhoven 120, Capelle a/d IJssel, per 1.10.1975
Mevr. M. W. Craane-Hilling, Laan van Rhemenshuizen 1a, Wassenaar, per 1.5.1975
J. J. Croles, J. M. van Nassaulaan 26, Santpoort, per 1.10.1975
P. J. Geerdink, Aldenhof 61-74, Nijmegen, per 1.8.1975
P. G. G. Gerlag, Weezenhof 83-67, Nijmegen, per 1.4.1975
W. H. L. Hoefnagels, Randwijksingel 131, Malden per 1.10.1975
J. H. Houben, Graafschapstraat 4, Waalwijk, per 15.8.1975
R. G. van Kesteren, Talmalaan 66, Woerden, per 1.11.1975
F. Kuipers, Bosuillaan 5, Bilthoven, per 1.12.1975
M. W. Kunst, Drakenstein 6, Leiderdorp, per 16.11.1975
Mevr. P. O. M. Mulder-Dijkstra, Meerweg 20, Tynaarlo, per 1.9.1975
G. F. Nelis, Jan Steenweg 34, Eelde, per 15.10.1974, plus aantekening röntgenologie
J. C. Netelenbos, Graan voor Visch 18619, Hoofddorp, per 1.10.1975
W. Samson, Joseph Haydnlaan 18, Leiden, per 30.9.1975
H. S. L. M. Tjen, Mosroos 2, Berkel en Rodenrijs, per 15.9.1975
H. F. Tjon A Fong, Kellogplaats 172, Rotterdam, per 20.7.1975
C. H. N. Veenhof, Benedenlangs 131, Amsterdam Nieuwendam, per 1.9.1975
J. J. Verhaegh, van Hogendorplaan 57, Woerden, per 1.10.1975
L. Verschoor, Morgenster 10, Barendrecht, per 1.10.1975
J. F. A. Vleer, Merelstraat 99, Leiderdorp, per 1.6.1975
Mevr. E. Vorel-Havelková, Lemmender 86, Brunssum, per 1.9.1975
J. Weits, Oudeweg 79, Westerbroek, per 1.5.1975
H. L. van Zijll Langhout, Griegplein 155, Schiedam, per 1.9.1975 plus aantekening röntgenologie

Keel-neus- en oorheelkunde

F. M. van Baars, p/a St. Franciscus Ziekenhuis, Roosendaal, per 19.7.1975
A. J. Boezeman, Ten Veldestraat 19, De Meern, per 1.7.1975
M. W. Cornelissen, Mauritsstraat 27, Vianen, per 1.7.1975
E. M. Kwadijk, Karel Boumanstraat 23, Vught, per 1.9.1975
Dr. P. Sindram, Canada, nader adres onbekend, per 1.11.1975
E. R. Soudijn, Gaikingahof 7, Zuidhorn, per 1.3.1973

Kindergeneeskunde

I. M. Baldew, Boerhaavelaan 192, Leiden, per 1.10.1975
Mevr. H. Ens-Dokkum, Schubertlaan 195, Leiden, per 1.4.1975
J. de Kraker, Cohenlaan 35, Utrecht, per 1.6.1975
Mevr. T. K. L. Liem-Tjia, Willemsparkweg 40, Amsterdam, per 30.10.1973
F. van de Logt, C. v. Bruggenstraat 9, Zwolle per 1.8.1975
P. A. le Maire, De Vang 18, Malden, per 1.8.1975
Mej. H. van Nieuwenhuize, Jan Luykenstraat 23II, Amsterdam, per 1.9.1975
C. H. Schreuder, Rijnstraat 100III, Amsterdam, per 1.10.1975
P. M. V. M. Theunissen, Fostierlaan, 54 B-9600, Ronse, per 1.9.1975
Mevr. M. H. van Weel-Sipman, Heereweg 295, Lisse, per 15.9.1975

Laboratorium onderzoek
Hoofdvak: Pathologische anatomie

A. S. M. Jacobs, Geerstraat 32, Etten-Leur, per 1.8.1975
K. Kubat, Past, Wichersstraat 41, Nijmegen, per 25.9.1975
D. J. Ruiter, Spiegheldreef 28, Leiderdorp, per 24.5.1975.
F. F. J. M. Sutorius, Kan. Mijllinckstraat 28, Nijmegen, per 1.11.1975
G. Visser, Klompweg t/o 27, Nigtevecht, per 1.10.1975

Longziekten en tuberculose

Mej. W. B. Daalder, Olympiaweg 22II, Amsterdam, per 1.5.1975
B. A. Dinkla, Meester de Wolfstraat 29, Boekelo-Enschede, per 1.1.1974
J. F. W. M. Molkenboer, Bredaseweg 350, Tilburg, per 1.10.1975
Dr. R. Peset Reig, Queridolaan 42, Groningen, per 28.8.1975

Neurochirurgie	H. van Dulken, Tollenaarsingel 31, Leiderdorp, per 1.7.1975 P. W. Gelderman, Oude Gracht 269 bis, Utrecht, per 1.9.1975
Oogheelkunde	D. Booij, Karekietstraat 30, Velp, per 1.10.1975 H. J. M. Ermers, Nieuwe Binnenweg 114, Rotterdam, per 1.11.1975 Dr. E. L. Greve, Rupel 13, Amstelveen, per 1.11.1975 E. G. Huysmans, Rippingstraat 28, Alkmaar, per 1.5.1975 Mevr. W. G. Rutgers van der Loeff-Manschot, Gerhard Voethstraat 2, Arnhem, per 1.9.1975 J. J. M. Sauter, Nyenoertweg 139, Leek, per 1.11.1975 P. Smit, Galjoenstraat 81, Den Helder, per 1.11.1975 W. F. Treffers, Breitnerweg 10, Groesbeek, per 1.9.1975 W. G. van Wijnen, Genenberg 6, St. Michelsgestel post Gemonde per 1.4.1975
Orthopedie	B. R. H. Jansen, Avenue Concordia 93c, Rotterdam, per 1.8.1975 R. J. Sanders, Schoolstraat 3, Malden, per 15.7.1975 Dr. G. H. Teng, Veldweg 4, Hattem, per 1.8.1975 A. J. Tonino, Geulstraat 1, Geulle, per 1.10.1975 H. Yard, Botterlaan 11, Zaandam, per 1.8.1975
Plastische chirurgie	Dr. J. C. D. de Jong, Lorentzplein 15, Haarlem, per 1.4.1975
Radiodiagnostiek	J. Alberda, Hora Siccamasingel 172, Groningen, per 1.10.1975 O. V. A. Chang Pan Huo, v. Beverninghlaan 38, Gouda, per 1.1.1975 P. F. Dijkstra, Jan Ligthartstraat 27, Heemskerk, per 1.6.1975 Dr. R. R. Perlberger, 's Landswerf 235, Rotterdam, per 27.11.1975 P. M. van Veen, Esdoornstraat 116, Stadskanaal, per 1.6.1975
Radiologie	H. M. Heerdink, Anna Paulownalaan 3, Breda, per 1.10.1975 R. Pool, Weezenhof 24-04, Nijmegen, per Th. J. C. M. van Zeeland, Struyckenlaan 34, Utrecht, per 1.9.1975
Radiotherapie	M. A. Crommelin, van Goghstraat 68, Arnhem, per 1.3.1975 P. van der Maden, Breitnerstraat 43, Arnhem, per 1.4.1975 Dr. H. S. Reinhold, Hoflaan 110, Rotterdam, per 10.9.1975 Dr. J. Vermeij, Witte Singel 32, Leiden, per 1.10.1975 Hiermede komt zijn inschrijving als radioloog per 1.3.1965 te vervallen.
Revalidatie	H. H. J. van As, Dovenetellaan 11, Arnhem, per 15.9.1975 Mevr. K. G. Buiskool Toxopeus-Dekker, Wagnerplein 94, Leiden, per 1.10.1975 W. E. C. van Haselen, Ruiterhorst 11, Leusden, per 1.9.1975 Mw. I. F. O. Kurda, Weijenbergstraat 374, Hoensbroek, per 1.6.1975 H. J. M. Langedijk, Vrieswijk 185, Heiloo, per 1.8.1975 C. J. Nielen, Rendorpark 46, Heemskerk, per 1.8.1975 A. H. Schaars, Faassenplein 5, Kethel-Schiedam, per 1.7.1975
Rheumatologie	J. R. Tisscher, Berkenhof 10, Molenhoek-Mook, per 1.10.1975 Hiermede komt zijn inschrijving als internist met aantekening röntgenologie per 5.9.1974 te vervallen.
Urologie	P. Maksimović, Alkenoord 330, Capelle a/d IJssel, per 29.5.1975 F. H. A. Maréchal, Hoge Akkers, 73, Valkenswaard, per 1.5.1975 J. P. J. Schöller, Kruisbeklaan 14, Bilthoven, per 1.8.1975 C. van der Sluis, Kagertuinen 71, Sassenheim, per 15.11.1975
Verloskunde en gynaecologie	R. Andriesse, van Zijldreef 19, Bunnik, per 1.7.1975 K. M. Kuiper, De Dulf 270, Leeuwarden, per 1.10.1975 J. H. G. M. Ras, Rochussenstraat 79b, Rotterdam, per 1.10.1975 Dr. R. Rolland, Weezenhof 13-6, Nijmegen, per 1.11.1975
Zenuw- en zielsziekten	J. N. Bérendes, Santhorst 103, Leiderdorp per 1.10.1975 Hoofdvak: neurologie Dr. A. W. M. Mooij, Hendr. de Keyserstraat 52, Utrecht, per 1.10.1975 Hoofdvak: psychiatrie R. G. J. Verhelst, Louis Porquinlaan 1, Bergen op Zoom, per 1.8.1975 Hoofdvak: psychiatrie F. A. M. Zandhuis, Aziëlaan 466, Utrecht, per 1.11.1974 Hoofdvak: neurologie
Zenuw- en zielsziekten (nieuwe stijl)	P. M. L. Vlaminck, Oostsingel 178b, Delft per 4.11.1975
Neurologie	R. G. A. Ackerstaff, Provincialeweg 7, Heeswijk (Montfoort) per 1.4.1975

C. Dekker, Spaarnestraat 8, Purmerend, per 1.6.1975
J. L. van Doorn, Hargplein 12, Schiedam, per 15.8.1975
J. van Gijn, 93 Ossulton Way, Finchley, London N2 OJS. per 15.11.1975
J. W. Klawer, Haverkamp 92, Den Haag, per 1.3.1975
H. J. Mennema, Begijnenstraat 64, Oss, per 1.9.1975
A. J. Prazský, Groningerstraat 16, Roden, per 1.8.1974

Psychiatrie

P. Bakker, Trompenburgstraat 101[II], Amsterdam, per 1.7.1975
P. C. Blom, Gerrit v.d. Veenstraat 115 hs, Amsterdam, per 1.10.1975
Mej. M. C. Brat, Dintelstraat 92[II], Amsterdam, per 1.8.1975
A. A. Buytendorp, Ruimzicht 111, Amsterdam, per 1.9.1975
H. M. J. A. Gerritzen, Merelveldplein 40, De Meern, per 1.9.1975
B. M. J. Hogenboom, Klingelbeekseweg 26a, Oosterbeek, per 1.10.1975
Mevr. M. I. Hokse-Nauta, van Eeghenstraat 191, Amsterdam, per 1.10.1975
J. M. Houbolt, Hanenburglaan 172, Den Haag, per 1.7.1975
Mej. G. W. Kradiks, Roemer Visscherlaan 5, Zeist, per 1.10.1975
A. J. Lameijn, Endegeesterlaan 1, Oegstgeest, per 1.7.1975
L. J. Stwerka, Raamdijk 8, Grave, per 1.10.1975
M. G. E. Tervoort, Middelberterweg 28, Middelbert, per 1.9.1975
M. Vink, Aquamarijnpad 14, IJsselstein, per 1.6.1975
A. J. M. Wilke, Beilerweg 2, Wijster, per 1.8.1975
A. J. Wijnand, Oosterzoom, 47, Peize, per 1.9.1975

Aantekening klinische neurofysiologie

R. G. A. Ackerstaff, Provincialeweg 7, Heeswijk (Montfoort) per 1.4.1975
C. T. E. Beljaars, Montenspark 6, Breda, per 1.8.1975
J. W. H. H. Dammers, Schaepmanlaan 35, Groningen, per 1.11.1974
C. Dekker, Spaarnestraat 8, Purmerend, per 1.6.1975
J. L. van Doorn, Hargplein 12, Schiedam, per 15.8.1975
C. W. G. M. Frenken, Raadhuisstraat 28, Berkel-Enschot, per 15.8.1975
A. J. Prazský, Groningerstraat 16, Roden, per 1.8.1975

MC

van de O.L.M.A.

Indien u contact wenst te hebben met een buitendienstmedewerker van de O.L.M.A. kunt u hem, hetzij rechtstreeks, hetzij via het bureau van de O.L.M.A. bereiken:

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (O.L.M.A.), tel. 030-88 54 11.

Drs. S. Duursma, directeur; Mevr. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse. Stafmedewerkers: J. van Elzelingen Skabo-Brun, onderdirecteur, Keizersgracht 259, Amsterdam, tel. 020-22 92 25; R. Th. van der Garden, Klembergerweg 9, Epse-Gorssel, tel. 05759-18 25; E. J. M. Ghering, Leyparkweg 41, Tilburg, tel. 013-43 23 54; M. Rebergen, Roggeveld 6, Veenendaal, tel. 08385-1 52 77.

MC

inhoud officieel

Van het Hoofdbestuur:
Agendapunt V voor de Algemene Vergadering der K.N.M.G. 1976. Voorstellen tot wijziging huishoudelijk reglement der K.N.M.G. **188**

Van de S.P.H.:
Deelnemersraad **194**
Kort verslag van de bestuursvergadering gehouden op donderdag 15 januari 1976 ..... **196**

Van het Centraal bestuur der L.H.V.:
Convocatie ledenvergadering op vrijdag 5 maart 1976 ..... **196**
Kandidaatstelling bestuur S.P.H. **197**
Vergoeding medicamenten ziekenfondsverzekerden **197**

Van de S.R.C.:
Nieuwe inschrijvingen **197**

Van de O.L.M.A.:
Adressen medewerkers buitendienst **200**
