



## redactioneel

- Mw. Dr. Elsa Pereira-d'Oliveira, huisarts te Bussum en oprichtster van de Nederlandse artsen-schrijversgroep Penaescula, leidt een artikelenreeks in die is gewijd aan het thema: 'Honderd jaar vrouwelijke artsen in Nederland.' Het beginpunt van deze eeuw valt samen met het afstuderen in 1978 van Aletta Jacobs, een echte voorvechtster.
- 'Kennis van en inzicht in de intercollegiale toetsing vergroten; centraal staat de praktische toepassing van de toetsing in het kader van de kwaliteitsbevordering'. Aldus luidt de doelstelling van de LSV-'workshop' over intercollegiale toetsing, die dezer dagen wordt voortgezet.
- De Stichting Artsen Naar Ontwikkelingslanden (SANO) roept de hulp in van de leden van de KNMG, uit wier midden deze stichting indertijd mede ontstond. Het gaat thans – na een periode waarin de financiering en de samering van arbeidsvoorwaarden primair de aandacht opeisten – om een adequate toerusting voor de ontwikkelingstaak, dit onder het motto: 'Health for all by the year 2000'.
- Prof. Dr. P. Visser, onder meer lid van het hoofdbestuur van de KNMG en hoogleraar psychofysiologie aan de Universiteit van Amsterdam, vestigt de aandacht op een interessant aspect met betrekking tot sportgeneeskunde: de rol van de slaap bij de sportbeoefening. Hij betreurt het dat bij de opleiding tot arts zo weinig aandacht aan het slaapgedrag van de mens wordt besteed, terwijl bij velen juist zeer overwaardige denkbeelden over de slaapbehoefte bestaan . . . 'Veel onderzoek is nog noodzakelijk op dit fascinerende gebied'.
- Mw. Mr. E. Veder-Smit, staatssecretaris voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne, zegt – in gesprek met MC over het werk in de eerste lijn – dat ze graag zou willen helpen bij het streven naar kwaliteitsbewaking, waarbij ook de waarnemer dient te worden betrokken. 'Praktijkverkleining, inkomenspositie en kwaliteitsbewaking zijn belangrijke zaken voor de professie, maar ze kunnen niet los van elkaar worden gezien'.



J. J. Fisscher, huisarts in Rotterdam-Ysselmonde, werkt in klei (boetseren, tegeltableaux, pottenbakken), met metalen platen en bronzen lasdraad: 'Het is een zoeken naar ruimtelijke vormen; ook het zoeken naar technische oplossingen voor materieproblemen geeft veel vreugde'. Dit werkstuk, 'Yin en Yang' (29 x 29 cm), episoden in roodkoper en soldeertech-niek, zond hij in voor de tentoonstelling van 'Met pincet en penseel' in het Centraal Ziekenhuis te Alkmaar.

Foto: H. Frese, arts te Bergambacht.

## Inhoud

### REDACTIONEEL

Brieven .....	606
<i>Inzenders: W. Th. van de Ven + naschrift J. Pool, F. P. C. Prud'homme van Reine</i>	
Honderd jaar vrouwelijke artsen in Nederland (I). Aletta Jacobs en de eerste vrouwelijke artsen, door Mw. Dr. Elsa Pereira-d'Oliveira .....	609
Uit de Ziekenfondsraad .....	612
LSV-'Workshop' Intercollegiale Toetsing .....	613
SANO doet beroep op KNMG-leden. Health for all by the year 2000, door Drs. F. H. P. Blonden .....	615
Discussie – Tussen eerste en tweede echelon. Dupliek, door Drs. B. H. Posthuma en Drs. J. van der Zee ....	617
Met mw. Mr. E. Veder-Smit, staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, in gesprek over het werk in de eerste lijn .....	619
Slaap en sportgeneeskunde, door Prof. Dr. P. Visser .....	621
OFFICIEEL .....	623
Inhoudsopgave officieel .....	632



**MEDISCH CONTACT**  
*verschijnt wekelijks*

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

#### **Bestuur Medisch Contact**

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

#### **Redactie Medisch Contact**

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

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

#### **Uitgeverij**

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

#### **Abonnementen**

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

#### **Advertenties**

Advertenties behoeven de goedkeu-  
ring der redactie en kunnen zonder  
opgaaf van redenen worden gewe-  
gerd. Opgaven uitsluitend bij de uit-  
geverij.

#### **Adreswijziging**

Leden der KNMG uitsluitend aan de  
afdeling Ledenregister der Maat-  
schappij, Lomanlaan 103, Utrecht.  
Niet-leden uitsluitend aan de uitge-  
ver.

**Oplage:** 21.000 exemplaren.

**Druk:** Tijl, Zwolle.



*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.*

### **ASPECTEN VAN RISKANT GEDRAG EN MAATSCHAPPELIJKE IMPLICATIES**

De uitspraak van Dr. J. Pool (zie  
VNZ-documentatie maart 1978, hieronder  
afgedrukt) met betrekking tot het laten  
betalen van de kosten van de hartinfarcten  
door de rokers zelf, is belangrijk genoeg,  
om op de betekenis en implicaties daarvan  
in te gaan.

#### **'Laat rokers zelf de kosten van hartinfarct betalen'**

Dr. J. Pool, lector in de cardiologie aan de  
Erasmusuniversiteit in Rotterdam, neemt aan dat het een  
goede zaak zou zijn om de bestrijding van hart- en  
vaatziekten te financieren uit een extra verhoging van de  
accijnzen op rookwaren. Volgens Pool staat het vast dat  
roken een belangrijke oorzaak is van bijvoorbeeld het  
hartinfarct. Daarnaast kost de behandeling van  
hartpatiënten de Nederlandse bevolking zo'n 750 miljoen  
gulden per jaar.

Met zijn voorstel wil de lector bereiken, dat mensen die  
zo onverstandig zijn te roken zelf al een gedeelte van hun  
behandeling betaald hebben als zij een hartinfarct  
krijgen. Pool zei een en ander tijdens de openbare  
aanvaarding van zijn ambt.

Zelfs al zouden slechts het roken en de  
hartinfarcten de enige problemen zijn  
waarmee onze maatschappij kampt, dan  
nog getuigt deze uitspraak van  
ondoordachttheid en ongenueanceerdheid,  
omdat:

1. lang niet alle rokers een hartinfarct  
krijgen; en
2. lang niet alle lijdens aan een hartinfarct  
rokers zijn of waren.

Hoewel de uitspraak niet goed is doordacht  
en de geboden oplossing vrij arbitrair en  
willekeurig is, bergt zij wel elementen in  
zich die de probleemstelling een  
generaliserend karakter kunnen verlenen,  
namelijk de wezenlijke vraag in hoeverre  
de samenleving als geheel verplicht kan  
worden gesteld de (financiële) lasten te  
dragen van de gevolgen van ongezond  
gedrag van het individu. Voor zover mij  
bekend, is de situatie thans vrijwel zo dat  
in het kader van verschillende wettelijke  
regelingen (ZFW, AWBZ, enz.) alle  
ziektelasten worden vergoed die  
samenhangen met het disfunctioneren van  
een persoon op lichamelijk, mentaal of  
psychosociaal gebied, ongeacht de  
oorzaken of eerste verantwoordelijkheid  
van en voor de ontstane toestand.  
De redenering van Pool generaliseren tot  
andere diagnostische categorieën dan het  
hartinfarct (en zijn uitspraak noopt tot  
generaliseren) heeft grote consequenties

voor ons maatschappelijk en  
gezondheidszorgbestel, indien zij zou  
worden geëffectueerd. Wij volstaan met  
het vermelden van een aantal categorieën  
waarin in veel gevallen inderdaad duidelijk  
is dat persoonlijk riskant gedrag oorzaak is  
van de uiteindelijke ziekte, of tot een  
medische ingreep dwingt.

<i>categorie/ingreep</i>	<i>mogelijke (deel)oorzaak</i>
venerische ziekten	bezoek aan prostitutie
hart/vaatziekten	roken
levercirrose	alcohol
abortsus provocatus	ongereguleerde coïtus
drugverslaving	nieuwsgierigheid
hersenschudding	met gladde banden rijden
longontsteking	geen functionele kleding dragen
neurose door maat- schappijstructuur	verzuimen te emigreren naar beter oord

Bovenstaand lijstje betreft slechts een zeer  
gering gedeelte van alle mogelijkheden en  
combinaties die in het kader van de  
onderhavige probleemstelling aan de orde  
kunnen worden gesteld. Goed beschouwd  
zijn vooral drie mogelijkheden (of  
combinaties daarvan) voorhanden die het  
probleem 'riskant gedrag-ziekte-wie  
betaalt het?' kunnen benaderen:

1. Riskant gedrag dat tot ziekte (in ruime  
zin) kan leiden wordt wettelijk verboden  
(vgl. gebruik van hard drugs).
2. Riskant gedrag wordt toegestaan, maar  
de consequenties zijn geheel voor de actor.
3. We laten de toestand zoals die thans  
bestaat.

Is het niet juist een van de waardevolle  
kenmerken van een democratische  
samenleving, dat zij het individu in staat  
stelt te leven op een wijze die voor hem –  
en zeker in het nu – waarde heeft, zelfs al  
impliceert dit zekere risico's? Wij geloven  
dat de meeste mensen behoefte hebben aan  
een zeker spanningsveld van het meer of  
minder riskant gedrag. Dit verbieden –  
zowel door wettelijke maatregelen als  
onrechtstreeks door het zelf laten  
opdraaien voor alle (financiële) gevolgen  
(wat overigens zelden te effectueren zal  
zijn) – zal onze samenleving doen

**Doorlezen naar blz. 608**

## HONDERD JAAR VROUWELIJKE ARTSEN IN NEDERLAND

Toen Aletta Jacobs precies honderd jaar geleden als eerste Nederlandse arts werd, was het welhaast onvermijdelijk dat zij zich in de strijd voor de emancipatie van de vrouw zou werpen en dat zij daaraan een groot deel van haar leven zou wijden. Toch is dit niet de voornaamste reden geweest waarom zij koos voor een universitaire studie – een unicum in de zeventiger jaren van de vorige eeuw – maar haar harte-wens: dokter te worden. Het was mede te danken aan de verlichte geest van de Staatsman Thorbecke dat Aletta de mogelijkheid geboden kreeg om die wens in vervulling te doen gaan; Thorbecke immers verleende haar de toegang tot de universiteit. Dat was in een tijd waarin vanwege de Hoge Raad nog kon worden vastgesteld – het lijkt nu haast ridicul – dat onder de begrippen ‘Nederlander’ en ‘inge-zetene’ zoals ze voorkomen in de Grondwet ‘alleen de man moest worden verstaan, want indien het anders was dan zou dat uitdrukke-lijk zijn vermeld’.

In haar ‘Herinneringen’ (eerste uit-gave 1924) schrijft Aletta Jacobs, dat zij pas een strijdster voor de rechten van de vrouw is geworden nadat zij haar studie had voltooid, al was zij uiteraard al vanaf de middelbare school geconfronteerd geweest met alle verhuide en onver-hulde agressie die de mannenwe-reld eigen is. Eerst door haar werk onder de armsten der armsten van Amsterdam, in welk werk zij werd geconfronteerd met alle noden en ellende waaronder juist de vrouwen uit de onderste lagen van de bevol-king gebukt gingen, werd zij de grote strijdster voor het vrouwen-kiesrecht.

Aletta stond aan het begin van hon-derd jaar vrouwelijke artsen, waarmee tevens de titel is ver-klaard van een serie van vijf artike-len die de redactie in overleg met de Vereniging van Nederlandse Vrou-welijke Artsen (VNVA) besloot te

wijden aan de positie van de vrou-welijke arts te onzent. Aan dat be-sluit was wel enige aarzeling van de kant van de redactie voorafgegaan. De eerste gedachte was: natuurlijk, Aletta Jacobs vertegenwoordigde een tijdperk en moet als zodanig zeker worden herdacht, maar is een vereniging van vrouwelijke art-sen wel zo belangrijk dat er een speciale serie artikelen aan moet worden gewijd ter herinnering aan overwonnen tijden? Een arts is een arts, en of het nu een hij of een zij is maakt geen verschil. Weliswaar is de emancipatie van de vrouw nog lang niet voltooid, maar voor de gestudeerde vrouw lijkt dat nauwe-liks een probleem.

Of toch? Wat simpele gegevens: met ‘overige werkzaamheden’ – in casu werkzaamheden verricht door



*‘Gelijke kansen  
voor iedereen,  
ongeacht de sexe’  
ook waar het gaat  
over artsen  
een loze kreet*

artsen die geen huisarts, specialist of sociaal-geneeskundige zijn – houden van de boven 35-jarigen slechts 16% van de mannelijke en maar liefst 48% van de vrouwelijke artsen zich bezig . . . Het geloof aan de veelgeroemde emancipatie van de academische vrouw wordt zo snel aan het wankelen gebracht. Bovendien betreffen deze overige werkzaamheden lager geklasseerde en lager gewaardeerde werkzaamheden als assistenties, lessen en keuringen. Het is in ieder geval zeker dat dit niet ligt aan een lager intelligentie- of geschiktheidsni-veau, zoals uit onderzoek naar stu-dieresultaten is gebleken. Eén ding wordt dan duidelijk: ‘Gelijke kan-sen voor iedereen, ongeacht de sexe’ is ook waar het gaat over artsen een loze kreet.

Naast de algemene positie van de vrouw in de samenleving is er bin-nen de uitoefening van de genees-kunst nog een factor aanwijsbaar die voor vrouwen extra belemme-rend werkt voor het verwerven van gelijke kansen. Die factor is de op-vatting, dat bij de beroepsuitoefe-ning vaak de kwantiteit van het werk – waarmee wordt bedoeld op het steeds ter beschikking zijn – in hoge mate bepalend is voor de kwa-liteit van dat werk. Het is niet ver-wonderlijk dat de vrouwelijke arts, met vaak ook een taak in het gezin, op grond van die opvatting weer-stand ondervindt bij haar beroeps-uitoefening. Het is een grief van de vrouwelijke arts, dat te gemakke-lijk van deze opvatting wordt uitge-gaan en dat daardoor tevens de mo-gelijkheid van deelarheid onvol-doende aandacht en belangstelling krijgt.

Op verzoek van de VNVA is er een model van een onderzoek naar de positie van de vrouwelijke arts in Nederland opgesteld. Het is naar het inzicht van de vereniging be-langrijk de problemen van indivi-duele vrouwelijke artsen zowel als problemen ten aanzien van de be-roepsuitoefening in het algemeen te signaleren en te registreren. De VNVA acht het verzamelen van in-formatie over de arbeidsinhoudelij-ke, rechtspositionele en organisato-rische werksituatie van vrouwelijke artsen nodig ten einde een beter inzicht te verkrijgen in de positie van de vrouwelijke arts in de ge-zondheidszorg en in de samenle-ving. Wij zouden deze verlangens van de VNVA van harte willen on-dersteunen, inclusief haar verzoek om steun aan de KNMG teneinde te komen tot de instelling van een werkgroep ‘Arbeidspositie vrouwe-lijke artsen’.

In de artikelenserie zal naast aan-dacht voor Aletta Jacobs en de eer-ste vrouwelijke artsen en de VNVA vooral ook aandacht worden be-steed aan de vrouwenemancipatie. Het werk dat Aletta begon is nog lang niet afgemaakt.

B.

vergrauwen tot een steriele en onleefbare belevingswereld. Het laten voortduren van de situatie zoals die thans bestaat lijkt inderdaad de prijs te zijn die we gezamenlijk op solidaire basis moeten betalen voor onze democratie en optimale menselijke vrijheid.

Een en ander neemt natuurlijk niet weg dat roken ongezond is en het behandelen van hartinfarcten erg kostbaar. Het zal in laatste instantie echter verstandiger zijn dat dit soort problemen onderwerp wordt of blijft van educatieve programma's welke appelleren aan het gezonde verstand. Dat de aanpak van het onderhavige probleem niet altijd consequent wordt doorgevoerd (denk aan de strafbaarheid van het harddruggebruik en het legale drankmisbruik) wordt hoofdzakelijk veroorzaakt door het feit dat we niet altijd even rationeel denken en handelen. Maar levert ook dát niet een zekere bijdrage tot een samenleving, die nog steeds op weg is en mede daaraan haar zin ontleent?

Eindhoven, 23 maart 1978

W. Th. van de Ven

#### Naschrift

Dat de heer Van de Ven reageert op mijn uitspraak over roken en financiering van de medische gevolgen daarvan, stel ik op prijs. Een discussie hierover vestigt nog eens de aandacht op het verband tussen gedrag, volksgezondheid en persoonlijke verantwoordelijkheid. Helaas levert hij kritiek op een onvolledig en niet letterlijk citaat. Waarom niet eerst de juiste tekst opgevraagd? Deze luidde:

'Men zou overigens kunnen overwegen een deel van de eventueel nog te verhogen belasting op sigaretten te storten in een fonds waaruit de hartchirurgie en de longchirurgie (in verband met longkanker) wordt gefinancierd. Degenen voor wie dit medisch ingrijpen "mede door eigen schuld" nodig is, hebben daarvoor dan al vast hun bijdrage betaald.'

De uitspraak is dus heel wat genuanceerder en bestrijkt ook een breder terrein dan door de heer Van de Ven wordt gesteld. Dat lang niet alle rokers een hartinfarct krijgen en niet alle lijders rokers zijn, doet niet ter zake. Het verband tussen het roken van sigaretten en coronairlijden staat vast en het is aannemelijk dat dit verband causaal is. Ditzelfde geldt in hogere mate voor longziekten. Met het roken verhoogt men de kans dat men later een beroep moet doen op geneeskundige voorzieningen aanzienlijk.

Terecht stelt Van de Ven, dat de wezenlijke vraag is in hoeverre de samenleving de (financiële) lasten moeten dragen van ongezond individueel gedrag. Hij vindt dat in een democratische samenleving het individu de vrijheid moet hebben te leven op een wijze die voor hem waarde heeft, ook al impliceert dat risico's. Ik onderschrijf dit, maar met de restrictie dat dit niet ten koste

van anderen mag gaan, zoals bijvoorbeeld bij crimineel gedrag. Deze tolerantie sluit overigens niet uit, dat op dit riskante gedrag een premie wordt geheven waaruit de extra lasten voor de samenleving worden bekostigd. Verzekeringen hebben vaak een solidair karakter, maar zijn primair bedoeld om het individu voor niet of nauwelijks te dragen lasten te vrijwaren. Koppeling van premie of uitkering aan bepaalde risico's is aan het verzekeringswezen niet vreemd, zoals verlaagde premie bij schadevrij auto rijden, verhoogde premie bij levensverzekeringen in verband met obesitas, roken en hypertensie, en uitsluitingen bij ziekte- en ziektekostenverzekeringen voor bepaalde aandoeningen. Hierbij betreft het soms zelfs zaken waaraan met niets kan doen. Waar het in het geval van roken gaat om individuele vrijwillige beslissingen lijkt een koppeling van premie aan risico m.i. zeker het overwegen waard.

De heer Van de Ven stelt dat mijn uitspraak noopt tot generaliseren. Dat is geheel voor zijn rekening. Het gaat hier echter om de gevolgen van hart- en vaatziekten en longziekten. Deze hebben een belangrijk aandeel in de totale kosten, zowel van de gezondheidszorg als van andere collectieve voorzieningen. De kosten van de gezondheidszorg rijzen de pan uit en de collectieve voorzieningen hebben de grens van het mogelijke vrijwel bereikt. Parafraserend op de uitspraak 'de vervuiler betaalt', blijf ik stellen dat de vervuiler van zijn inwendig milieu dient bij te dragen aan het herstel van de schadelijke gevolgen.

Leiderdorp, 23 april 1978

J. Pool

#### D. VAN GESSCHER Geschiedenis der geneeskunde

Naar aanleiding van de bijdrage 'Een artikel van Paulus de Wind: Waarneming over een gestikte navelbreuk' (Geschiedenis der geneeskunde; MC nr. 14/1978, blz. 441) de volgende *aanvulling*: Het in noot 8 bedoelde artikel over een navelbreukband door D. v. Gesscher is te vinden in deel I van diens 'Hedendaagsche oefenende Heelkunde' (1781), blz. 429; plaat VII behoort daarbij. Tevens staan op de titelpagina van dit boek enige gegevens over de schrijver zelf.

Den Haag, 24 april 1978

F. P. C. Prud'homme van Reine



**Landelijke enquête hemofilie** – Voor de tweede maal heeft de Werkgroep Hemofilie in samenwerking met de Nederlandse Vereniging van Hemofiliepatiënten een landelijke enquête opgezet onder patiënten met hemofilie en de ziekte van Von Willebrand. Deze peiling, die wordt georganiseerd vanuit het academisch ziekenhuis in Leiden, zal in grote lijnen identiek zijn aan het in 1972 gehouden onderzoek. De bedoeling ervan is een zo juist mogelijk beeld te krijgen van de verschillende behandelingsmethoden en van de maatschappelijke positie van deze groep Nederlanders. Bovendien zullen de uitkomsten van beide onderzoeken met elkaar worden vergeleken, waardoor mogelijk veranderingen en verbeteringen in de situatie van de betrokken patiënten kunnen worden aangegeven. Alle leden van de Nederlandse Vereniging van Hemofiliepatiënten en andere deelnemers aan het vorige onderzoek zijn inmiddels aangeschreven. Voor een zo representatief mogelijk onderzoek is het echter belangrijk dat ook andere patiënten met hemofilie of de ziekte van Von Willebrand meedoen. Een enquêteformulier kan worden aangevraagd door een telefoontje naar nr. 071-147222, toestel 2086 (alleen tijdens kantooruren), of door een (brief)kaartje naar de Werkgroep Hemofilie Onderzoek, Antwoordnummer 89, 2300 VB Leiden.

**Sterilisatie** – Steeds meer Britse echtparen gaan na de geboorte van hun tweede of derde kind over tot sterilisatie. Dit blijkt uit een rijksrapport over gezinsplanning dat onlangs werd gepubliceerd. Sterilisatie wordt niet alleen meer aangewend door ouders met een groot gezin, zo stelt het rapport vast. Uitgaande van cijfers over 1975 voorspelt het rapport dat óf de man óf de vrouw onder ruim een kwart van de Britse echtparen gesteriliseerd zal zijn tegen de tijd dat de vrouw 35 jaar is. Maar studies hebben sindsdien uitgewezen dat een groot aantal gesteriliseerde vrouwen van nog geen 30 spijt heeft van haar besluit. Het rapport stelt vast dat het aantal personen dat middelen van gezinsplanning gebruikt zeer is toegenomen in Groot-Brittannië. Minister van Gezondheid David Onnals noemde dit in een verklaring een rechtvaardiging van het regeringsbesluit die middelen kosteloos ter beschikking te stellen. Het gebruik van anti-conceptionele middelen door alleenstaande vrouwen nam van ongeveer een kwart in 1970 toe tot 45 procent in 1975. Zwangerschap bij meisjes voor het huwelijk neemt volgens het rapport wel af maar is nog steeds aanzienlijk.

## Aletta Jacobs en de eerste vrouwelijke artsen

In 1878 studeerde in Utrecht de eerste vrouwelijke arts af: Aletta Jacobs. Een wel zeer opmerkelijke gebeurtenis. Veel ging hieraan vooraf – denkt U zich in: een meisje op de collegebanken en op snijzaal! Zij had veel moeilijkheden moeten overwinnen om op die collegebanken terecht te komen. In die tijd was het voor een meisje al een unicum een middelbare school te mogen betreden. In Sappemeer, waar Aletta geboren was, verleende de verlichte Thorbecke de HBS het privilege meisjes toe te laten. Aletta's vader was huisarts en zeer ruim denkend. Hij had een gezin met elf kinderen. Nummer acht, Aletta, wilde persé in zijn voetspoor verder lopen, had een goed verstand, een ijzeren wil en een grote plichtsbetrachting. Haar ouders zullen hun hart wel hebben vastgehouden, maar gaven hun toestemming.

### 'Voor de armen'

Aletta was studente in Groningen, Amsterdam en Utrecht. Na haar artsexamen vestigde zij zich in Amsterdam dicht bij de Jordaan. Ze hield daar een gratis spreekuur voor vrouwen 'van de armen' over hygiëne en kinderverzorging. Al gauw wisten patiënten en collegae dat er ook over anticonceptie werd gesproken. Aletta was namelijk diep begaan met de talloze vrouwen die hun overdadige kinderschaar totaal niet aankonden. Niet financieel, lichamelijk noch moreel. Er was een grote kindersterfte. Aletta, vooruitstrevend als ze was, had zich op de hoogte gesteld van de middelen voor anticonceptie; zij adviseerde het zogeheten Mensinga pessarium. De

door *Mw. Dr. Elsa Pereira d'Oliveira*



Mw. Pereira, huisarts te Bussum sinds 1946, promoveerde vier jaar eerder op het proefschrift 'Vitamine E bepalingen en hun waarde voor de kliniek, in het bijzonder met het oog op de habituele abortus'. Zij was gedurende vijf jaar medisch adviseuze van de bond van ouders van spastische kinderen BOSK, vervolgens van de Dr. Phelpsstichting voor spastische kinderen. Zij wekte de Nederlandse artsen schrijversgroep Penaescula tot leven en is lid van de redactieraad van 'de Bejaarden'.

collegae vonden haar een 'wijf' en vonden een gratis spreekuur oncollegiaal. Wel leek het hen juist dat een vrouwelijk arts de helft van het gebruikelijke honorarium zou berekenen.

Als je veel leest over Aletta, dan weet je al gauw dat ze geen 'doetje' was maar behoorlijk lastig. Een echte voorvechtster. Maar ze zag haar eerlijke doel recht vooruit en stevende in volle vaart dáárop af.

Praktijkvoering voor een vrouwelijk arts was een selectieve bezigheid: er waren geen mannelijke patiënten in de praktijk. Nog tot ver in de 20ste eeuw konden de vrouwelijke artsen wel medewerkers worden bij de ziekenfondsen, echter

vanzelfsprekend mochten ze slechts vrouwelijke patiënten en kinderen accepteren. Zo maakt in een interview in 1941 ter ere van haar 40-jarig arts jubileum een zeer geliefd huisarts uit Rotterdam, Louise de Buy Wenniger Hulsebos (al weer twintig jaar na Aletta afgestudeerd), dankbaar gewag van een aantal mannelijke collegae die haar hielpen bij de gezinnen die op haar inschreven door de mannelijke gezinsleden geneeskundige bijstand te verlenen! Over Aletta nog enkele gegevens. Zij was zeer warmhartig en stond open voor de noden van de vrouw. Behalve haar vooruitstrevende adviezen in wat wij nu met family planning samenvatten, is zij beroemd om haar actie om winkelmeisjes wettelijk het recht te verlenen tijdens haar 12 uren werkdag af en toe te mogen zitten. Aletta constateerde bij zeer velen in deze branche spataderen en prolaps. Onder meer de mannelijke collegae vonden dit weer een bespottelijke bemoeienis van het wijf, dat zij ten onrechte van abortus opwekken beschuldigden, maar Aletta smaakte de grote voldoening dat er later een 'zitwet' werd uitgevaardigd. In 1904 legde zij haar praktijk neer om zich des te vuriger te kunnen wijden aan zaken die de politieke en economische onafhankelijkheid van de vrouw op een hoger plan zouden brengen; zo was zij een vurig strijdster voor het vrouwenkiesrecht. Zij streed tegen reglementering van de prostitutie. In 1911 ging zij met Mrs. Chapman Catt op wereldreis om lezingen over vrouwenkiesrecht te houden. Op haar 70ste verjaardag, op 9 februari 1924, constateert zij met vreugde 'dat ik hier te lande en op vele plaatsen in de wereld vrienden mag tellen, die er prijs op stelden mij

waardering te betuigen en daaronder zelfs velen die vroeger tot mijn bestrijders behoorden.' Namens de Haagse afdeling van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst verzekerde Dr. Deknatel, dat Dr. Jacobs haar vak vele jaren voortreffelijk had uitgeoefend en dat haar streven een zegen was geweest voor tal van vrouwen.

### Proefschrift

Aletta was de eerste vrouwelijke arts die een proefschrift verdedigde, en wel op 8 maart 1879 te Groningen. De titel van haar dissertatie luidde: *'Over localisatie van physiologische en pathologische verschijnselen in de*

*grote hersenen'*. Vraagstelling: is er wél of geen localisatie van speciale functies in de grote hersenen? Zij komt tot de conclusie, dat het corticale gedeelte achter de motorische zone voor sensorische gewaarwordingen schijnt bestemd te zijn. Dat Aletta modern was, ondanks haar ouderwets aandoende taalgebruik, moge blijken uit enkele van haar stellingen, bijvoorbeeld: Stelling 2. Het absoluut vernauwde bekken is geen reden tot abortus; Stelling 7. Het gebruikelijke inbakeren van pasgeborenen is af te keuren; Stelling 8. Bij carcinoma mammae is de amputatio mammae boven partiële extirpatie te verkiezen. In de inleiding tot dit proefschrift dankt zij in warme bewoordingen die collegae die haar medisch begeleidden

tijdens de ziekten vóór haar artsexamen, namelijk chronische malaria en tyfus.

Als tijdsbeeld is de opdracht voorin het proefschrift interessant: Aan Hare Koninklijke Hoogheid Mevrouw de Douairière Prinses Hendrik der Nederlanden; Mevrouw! Het verheugt mij heden gevolg te kunnen geven aan de vergunning reeds geruime tijd geleden door Uwe Koninklijke Hoogheid welwillend aan mij gegeven om Haar de eerste vrucht mijner studiën op te dragen. Gelieve deze opdracht te beschouwen als een blijk van hulde en van de belangstelling die mij ook bezielt dat thans ene van de eerste plaatsen onder de vrouwen van Nederland door Uwe Koninklijke Hoogheid wordt ingenomen. Ik heb de eer te zijn, van Uwe

## PRAKTIJKPERIKELLEN

### De kleine apartheid

*Zelfs in deze tijd kan een vrouwelijk arts nog geconfronteerd worden met situaties die de mannelijke collega worden bespaard. Mij vallen twee belevenissen te binnen die dit illustreren.*

*Ik was al meer dan tien jaar huisarts in het zeer moeilijke gezin van de familie A. Altijd ruzie, soms gepaard gaande met handgemeen. Het woord 'echtscheiding' hing al lang in de lucht. De schichtige kinderen hadden het heel moeilijk, vaak moest ik raad geven bij duidelijk neurotische reacties. Want als raadgeefster stond ik hoog aangeschreven bij alle gezinsleden. Op een keer werd ik bij de heer A. ontboden omdat hij spit had. Enorm misbaar en bovendien: 'U geeft me maar een paardemiddel. Ik moet overmorgen op zakenreis naar het buitenland!' Ik meende de rust (en misschien met wat geluk ook de pijnlijke stijfheid) te kunnen verbeteren met een dagelijkse irgapyrin injectie. 'Waar moet U die geven?', informeerde de patiënt. 'In de bil', zei ik. Waarop hij voor zijn doen rustig en zeer luid zei: 'OK, dan vraag ik of dokter K. van de overkant dat wil doen, want ik laat me absoluut niet in mijn billen prikken door een vrouw, ook niet door U. Basta!' En zo geschiedde. De collega prikte en bleef huisarts van het gezinshoofd en ik had de eer de vrouw en de kinderen te mogen begeleiden! Net als vroeger . . . Het tweede geval ondervond ik als bitter. Er was een zeer goede vertrouwensrelatie, al jaren lang, tussen het gezin B. en mij. Ze hadden vier kinderen, redelijk gezond. Het was een harmonisch gezin. Ernstige ziekten maakte ik er niet mee. Op een dag ontving ik een brief van heer B., beginnende: 'Dit is bepaald niet de aangenaamste brief die ik ooit geschreven heb, integendeel – ik zit er mee in m'n maag. Maar U zult mij kunnen begrijpen, daar twijfel ik, gezien onze goede verstandhouding, niet aan. Onze oudste zoon is nu 14 en in de puberteit. Hij deelde me vorige week mee een andere dokter te willen hebben dan wij allen. 'Ik vind haar best een aardig mens hoor, maar ze is een vrouw, en ik geneer me rot als ik ooit eens m'n broek moet uitdoen', zei hij. 'Eerlijk gezegd kan ik dat wel begrijpen', schrijft de vader, 'en dat is dan ook de enige reden dat wij besloten hebben over te stappen op dokter E., want U heeft ook zelf altijd gezegd: één huisdokter voor één gezin is noodzakelijk voor een goede behandeling. Dus, lieve dokter, we nemen met spijt en gevoelens van grote dankbaarheid afscheid van U. Wilt U de medische gegevens opsturen naar dokter E.? Tenslotte: de koffie staat altijd klaar voor U.'*

*Uit deze belevenissen – en nog wel een paar soortgelijke – trek ik de conclusie, dat ook nu nog de vrouw als een apart wezen wordt beschouwd en ook zelfs als arts met andere normen wordt benaderd dan de man. Gediscrimineerd is een te groot woord en te vuur en te zwaard, zoals Aletta Jacobs de vrouwenbelangen verdedigen, daar voel ik me niet zo toe aangetrokken. Wel waakzaam blijven ten aanzien van de kleine apartheid!*

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



Koninklijke Hoogheid de dienstwillige dienaars, Aletta Mariette Jacobs.'

Er werd een filmscenario geschreven over Aletta's leven door Mevr. M. van Brink-Poort. Het Dr. A. Jacobs Filmfonds verkocht aandeeltjes voor f 1,-; zo'n aandeel zou later gratis bioscoopkaartje zijn! Ondanks deze aantrekkelijke voorstellen ging de film niet door; te weinigen – ook onder de artsen – namen deel . . . Indien men wilde kon men de gulden teruggestort krijgen. Het geld dat in kas bleef werd omgezet in een plaquette met de beeltenis van Aletta, aangebracht aan het huis waar ze gewoond en geleefd had, Roemer Visscherstraat-hoek Tesselschadestraat Amsterdam. Genoeg nu over deze eerste vrouwelijke arts in Nederland, die een duidelijke voorvechtster is geweest van vrouwenbelangen in de ruimste zin van het woord. Een vrouw met een duidelijke signatuur, met vele dankbare patiënten en velen, waaronder nogal wat collegae, die haar minachtten en haar een 'wijf' vonden.

#### Catharina van Tussenbroek

De tweede vrouwelijke arts in ons land was Catharina van Tussenbroek, een Utrechtse, geboren in 1852. In 1875 werd ze via een akte voor hoofdonderwijzeres toegelaten tot de Hogeschool, na een examen te hebben gedaan waarvoor ze met glans slaagde. Catharina was een geweldige bolleboos, die zelfs haar propaedeutisch en haar kandidaatsexamen *cum laude* aflegde! In 1887 deed ze haar artsexamen en promoveerde dat zelfde jaar, óók *cum laude*, bij Prof. Donders over 'Normale en abnormale melkafscheiding'. Ze vestigde zich in Amsterdam als arts voor vrouwen en kinderen. Specialiste op dit terrein mocht ze zich niet noemen, ondanks haar samenwerking met Dr. Mendes de Leon, die in de Sarphatistraat een gynaecologische kliniek leidde. Zij deed hier veel microscopisch werk en sprak zelfs op het Internationale gynaecologencongres van 1898 te Amsterdam. Haar voordracht luidde: 'Over Kouwers geval van ovariale zwangerschap, microscopisch onderzocht'. Een andere opmerkelijke voordracht hield zij dat zelfde jaar op het Congres voor Vrouwenarbeid. 'Over het tekort aan

levensenergie bij onze jonge vrouwen en meisjes'. Als therapie schreef zij menigmaal voor: fietsen en werken! Catharina was zeer geliefd bij iedereen. Zij bekleedde een heel andere plaats, ook onder de artsen, dan Aletta. Zij had een helder verstand, een goede stijl van schrijven en spreken, een warm hart. De besten onder de medici waren haar vrienden: Treub, Winkler, Saltet. Cornelia de Lange herinnert zich haar ontroering toen zij bloemen kreeg van Catharina bij haar promotie in 1897. Later werd zij haar huisarts! Catharina was een heel klein, frêle vrouwtje, altijd gelijk – met veel verfijning – gekleed, een kapothoedje op met zijden banden, samengehouden door een gouden broche met de beeltenis van Mrs. Chapman Catt, de militante strijdster voor vrouwenkiesrecht uit Engeland. Zelf was Catharina niet militant, alhoewel ze zeer duidelijk stelling nam ten aanzien van belangrijke zaken. Zij publiceerde bijvoorbeeld over de artseneed en het verschoningsrecht der artsen. Bekend is ook haar artikel over reformkleding in het maandblad der Vereniging van vrouwenkleding. In dit artikel, in 1902 geschreven, lezen we: Gelukkig raakt het corset uit de mode; het pleit is nog niet geheel gewonnen. Het komt op mijn spreekuur nog dagelijks voor dat dames wier tailleomvang over het corset gemeten bijvoorbeeld 70 cm bedraagt een taille omvang blijven te hebben van 75 of 76 cm nadat het corset is afgelegd. Maar een verschil van 12-20 cm, zoals vroeger geen zeldzaamheid was, komt heden ten dage slechts bij uitzondering voor. Verder lezen we: Het kleed moet zich voegen naar het lichaam. Het lichaam heeft een taille, het is daarom dwaas en onlogisch te beweren dat het reformkleed niet getailleerd mag zijn. Even onlogisch is het de rokken en pantalons op de schouders te laten drukken. Het gewraakte corset belemmert de uitzetting der onderste ribben, de op de schouders drukkende klederdracht hindert de beweging der longtoppen. Geen kousenbanden; combinaisons mogen alleen wanneer men het kruis niet voelt. Verder kruiste zij verschillende malen in woord en geschrift de degen met mannen die tegen vrouwenstudie waren en als argument altijd weer naar voren brachten dat wanneer men het intellect bij een vrouw zou laten ontwikkelen dit de natuurlijke aanleg

zou onderdrukken en zij een 'monster' zou worden. Dit grof geschut werd door Catharina steeds weer fijntjes gepareerd.

#### Vrouwelijke artsen vóór 1900

De vrouwelijke artsen die voor 1900 afstudeerden in Nederland waren de volgende. In Leiden: Josephine Henriette Schagen van Soelen, artsexamen 1898, promotie 1900; Cato Metzlar, promotie 1889. Over Aletta uit Groningen en Catharina uit Utrecht schreef ik hierboven uitvoerig. In Amsterdam waren er vijf, namelijk: Maria du Saar, artsexamen 1888, in 1890 *cum laude* gepromoveerd op 'Melkstremmende werking van de maaginhoud bij jonge zuigelingen'; Anna Paulowna Wilhelmina Johanna Stipriaan Lucius, artsexamen 1895; Johanna Belia Cornelia Jacoba van Maarseveen, artsexamen 1898; Cornelia Catharina de Lange, artsexamen 1897, enkele maanden later reeds gepromoveerd op 'Vergelijkende Aschanalyses'; Anna Geertruida Maria des Bouvrie, artsexamen 1900, promotie 1901 over 'Het voorkomen van suiker in de urine van gravidarum en puerperarum'. Opvallend bij deze eerste 'generatie' vrouwelijke artsen is wel het zeer grote aantal onder hen dat een dissertatie schreef. Tevens dat velen van hen bovendien nog het predikaat 'cum laude' verwierven! Van de tot hier toe beschreven vrouwelijke artsen bracht één het zelfs tot hoogleraar, en wel Cornelia de Lange, die van 1905 tot 1936 kindergeneeskunde doceerde aan de Universiteit van Amsterdam; daarna zette zij haar hersenenanatomisch onderzoek nog geruime tijd voort in het Emma-kinderziekenhuis. Prof. De Lange registreerde talloze details buiten de bekende ziektesymptomen. Uit de voornaam van het kind leidde ze bijvoorbeeld de levensovertuiging van de ouders af, hetgeen – in haar ogen – soms een maat voor de opvoedkunde was. Ook het hoedje van de moeder was zo belangrijk dat het een geveugeld woord werd: 'Ik kan de buikpijn van een kind niet beoordelen, wanneer ik de hoed van de moeder niet gezien heb'. Deze ervaring sloeg op een consult dat ze eens had, waarbij een moeder met een uitdagend gek hoedje zich beklagde dat haar kind geen rode kool wou eten. De professor zei

direct tegen het kind: 'Ik ook niet!' en zag aan het hoedje dat er iets was met de moeder en niet met het kind. Zij vroeg naar de huwelijkstoestand – een ongebruikelijke vraag in die tijd. Letten op psychosomatische oorzaken voor ziektegedrag: Cornelia was haar tijd vóór vooruit! Een half jaar na dit consult bereikte Cornelia het bericht dat deze mevrouw gescheiden was, hetgeen haar de bekende diepe zucht ontlokte . . .

### **Internationaal Archief**

Er is nog veel te vertellen over deze pioniers onder de vrouwelijke artsen. Diegenen onder de lezers en lezeressen van dit korte historische overzicht die meer over de hier beschreven figuren willen weten kan ik met een gerust hart verwijzen naar het Internationaal Archief van de vrouwenbeweging, Herengracht 266, Amsterdam, waar men nog kan smullen uit een keur van gegevens

over onder anderen de historische medische vrouwen. Ook na 1900, de grens die ik mij stelde bij deze beschrijving, duiken vele bekende namen op. Het zou tot willekeur voeren ze voor U uit de vergetelheid te halen en zoveel anderen in het duister te laten. Ik wil besluiten met enkele uitspraken van Catharina van Tussenbroek. Zij geeft een overzicht van de praktiserende vrouwelijke artsen in 1913 en zegt in-tevreden dat er vijftien gehuwden bij zijn. Dit betekent 'een kostelijk getuigenis van de echtgenoten: ik ben tevreden met mijn lot. Het huishouden loopt als een zacht vliedend beekje.' Zij zegt: in het begin na de vestiging is het moeilijk. 'Er is ongeveer vier jaar mee gemoeid voor men kan leven van de opbrengst van de praktijk. Wie geen eigen kapitaal heeft moet middelen vinden, ten eerste om zich behoorlijk in te richten voor de praktijk – stand en woning zijn belangrijk voor de toekomst – ten tweede om circa vier

jaar lang te leven zonder dat de verdiensten de uitgaven dekken. Ga geen patiënten zitten tellen, maar vul de tijd nuttig op; sluit U aan bij de ouderen, ga als volontair in een ziekenhuis, consultatiebureau of polikliniek werken. Onderhoud de techniek Uwer onderzoekmethodes, blijf op de hoogte. Laat U niet ontmoedigen: de toekomst behoort aan wie volhouden kan'. De eisen die men moet stellen aan een geneeskundige worden door Catharina van Tussenbroek als volgt geformuleerd: taaie gezondheid en krachtig lichaamsgestel; goed onderlegd in de studie; humaan, trouw in het kleine, taai in volharding, levensmoed en onkreukbare eerlijkheid. Hoe zelfbewust en open komt deze pionierster op ons over met deze formuleringen uit het begin van deze eeuw, in een tijd dat een vrouwelijk arts nog een unicum was tussen de geneesheren. Er is veel veranderd in de laatste vijftig jaar.

## **UIT DE ZIEKENFONDSRAAD**

In de op 27 april 1978 gehouden vergadering van de Ziekenfondsraad kwamen de volgende onderwerpen aan de orde:

### **AWBZ en kruiswerk**

Naar aanleiding van een adviesaanvraag van de staatssecretaris van Volksgezondheid Mw. E. Veder-Smit dd. 17 februari 1978, behandelde de raad een pre-advies, uitgebracht door een tweetal raadscommissies, houdende de eventuele opnemings van het werk van de kruisinstellingen als wettelijke verstrekking in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het kruiswerk wordt tot dusverre in hoofdzaak gefinancierd uit subsidies van Rijk, gemeenten, provincies enz. en voor een betrekkelijk gering deel uit contributies van de leden. Voor het jaar 1979 worden de kosten van het kruiswerk – voor zover deze naar de AWBZ zouden worden overgebracht – geraamd op f 469 miljoen. Bij wettelijke verzekering via de AWBZ wordt gedacht aan een

basispakket omvattende: verpleging, verzorging, begeleiding en voorlichting in geval van ouderdom, ziekte, invaliditeit, herstel of overlijden, moederschapszorg en kinderhygiëne, alsmede het in bruikleen verstrekken van verpleegartikelen. De kraamzorg blijft voorts nog een verstrekking ingevolge de ziekenfondsverzekering.

### *Eigen bijdrage*

De meerderheid van de raad stelt voor een verplichte eigen bijdrage van de verzekerde in te voeren. Deze zou dienen te worden geheven zodra de hulp wordt ingeroepen en geldt dan voor het betreffende kalenderjaar. Ingeval de verzekerde lid is van een kruisvereniging wordt voorgesteld de eigen bijdrage te laten vervallen. De vertegenwoordigers van het FNV in de raad verklaarden zich zowel tegen het heffen van een eigen bijdrage door de verzekerde als tegen een koppeling hiervan aan de contributie van de leden, aangezien dit volgens hen buiten het kader van de AWBZ valt. Naar schatting is hiermede een bedrag van circa f 90

miljoen per jaar ten laste van de AWBZ gemoeid. De vertegenwoordiger van het CNV in de raad sloot zich echter aan bij het meerderheidsstandpunt.

### *Overgangsregeling*

Alvorens het kruiswerk als AWBZ verstrekking kan worden ingevoerd, dienen alle daaraan verbonden aspecten nog nader te worden uitgewerkt. Als gevolg daarvan kan niet eerder dan 1 januari 1979 met deze wettelijke verstrekking worden gestart. Door kortingen op de Rijksbegroting zou het kruiswerk per 1 juli 1978 echter in grote moeilijkheden komen. In verband hiermede stelt de raad tevens voor bij wijze van overgangsregeling een bedrag van circa f 10 miljoen uit de AWBZ gelden ten behoeve van het kruiswerk ter beschikking te stellen.

### *Financieel neutrale operatie*

Het overgaan van een subsidiestelsel naar een wettelijke regeling voor het werk van de kruisverenigingen blijft, financieel gezien, weliswaar gelijk



(het wordt een financieel neutrale operatie genoemd maar betekent voor deze instellingen wel meer zekerheid. Een subsidiestelsel kan door stagnatie of eventuele kortingen immers desastreuze gevolgen hebben voor de te vervullen taken.

#### *Betrokkenheid bevolking*

Overigens acht de raad het plaatselijk ontwikkelen van initiatieven voor activiteiten, die niet onder het basispakket vallen, waarbij de bevolking ten nauwste betrokken is, van het allergrootste belang. Om die reden heeft de raad het belang van het handhaven van de verenigingsvorm onderstreept. Het zal dan ook primair van de eigen actieve opstelling van de plaatselijke vereniging afhangen om het lidmaatschap te stimuleren, zodat via de opbrengst van contributiegelden financiële middelen ter eigen besteding ter beschikking komen.

Het is niet uitgesloten, dat plaatselijk aangevangen initiatieven landelijk dusdanig aanslaan dat het gewenst is

iedere verzekerde van deze activiteiten te laten profiteren. Het 'basispakket' zou dan mogelijk kunnen worden uitgebreid.

#### **Bekrachtiging overeenkomsten**

De Raad bekrachtigde vervolgens onder meer twee door de Commissie Overeenkomsten goedgekeurde samenwerkingsovereenkomsten, betrekking hebbende op financiële bijdragen, te weten een overeenkomst gesloten tussen de Vereniging van Amsterdamse Ziekenfondsen en de 'Stichting gezondheidscentrum Osdorp' en een overeenkomst gesloten tussen het Ziekenfonds 'Huizen, Weesp en Omstreken' en de 'Stichting Wijkgezondheidscentrum Huizermaat'.

#### **Installatie voorzitter**

Vervolgens vond de installatie plaats

van de heer *H. Berends* als voorzitter van de raad. Dit geschiedde door de staatssecretaris van Volksgezondheid, Mw. Mr. E. Veder Smit, die in haar installatierede o.m. opmerkte, dat met betrekking tot verschillende adviezen die de raad heeft uitgebracht over verbeteringen respectievelijk uitbreidingen van het verstrekkingenpakket, deze in dit stadium moeilijk te realiseren zijn. Met name noemde zij de adviezen inzake de tandheelkundige hulp en de kunst- en hulpmiddelen. Deze moeten, aldus de bewindsvrouw, worden afgewogen in het kader van het beleid dat de regering de komende maanden gestalte zal geven om de collectieve lasten te beperken. Daarnaast maakte de staatssecretaris kenbaar, dat zij – tegen de achtergrond van de diep ingrijpende problemen van sociaal economische aard waarmee ook ons land wordt geconfronteerd – zich primair tot taak heeft gesteld ervoor te waken dat aan de gezondheidszorg geen afbreuk wordt gedaan.

---

## LSV - 'Workshop' Intercollegiale Toetsing

'Kennis van en inzicht in de intercollegiale toetsing vergroten; centraal staat de praktische toepassing van de toetsing in het kader van de kwaliteitsbevordering'. Aldus luidde de doelstelling van de donderdag 27 en vrijdag 28 april jl. in Utrecht gehouden 'workshop' over intercollegiale toetsing. Deze 'workshop', georganiseerd door de Begeleidingscommissie Intercollegiale Toetsing (BIT) van de Landelijke Specialisten Vereniging, wordt dezer dagen – donderdag 18 en vrijdag 19 mei – voortgezet. De 'workshop' was zodanig opgezet dat de vijfendertig

deelnemers – medische specialisten, werkzaam in zo'n twintig verschillende ziekenhuizen – het in eerste zitting geleerde in de tussenliggende periode in praktijk hebben kunnen brengen. De resultaten worden thans besproken en geëvalueerd. Van die evaluatie zal te gelegener tijd ongetwijfeld verslag worden uitgebracht. Op een persconferentie werd een en ander nader toegelicht door de voorzitter van de Begeleidingscommissie Intercollegiale Toetsing der LSV, Dr. A. F. Casparie, alsmede door het LSV bestuurslid A.

J. Simons, die indertijd als secretaris rapporteur het Rapport van de Gemeenschappelijke Commissie van de Geneeskundige Vereniging tot Bevordering van het Ziekenhuiswezen en de LSV over intercollegiale toetsing in algemene ziekenhuizen mede introduceerde (MC nr. 26/1976, blz. 833). Over zijn ervaringen met betrekking tot intercollegiale toetsing in de Verenigde Staten vertelde bij die gelegenheid ook Thomas H. Ainsworth Jr. M.D., medisch directeur van het Illinois Masonic Medical Center en hoogleraar in de klinische chirurgie aan de Universiteit

van Illinois in Chicago. Dr. Ainsworth zou later als gastspreker op de eerste dag van de 'workshop' een inleiding houden over 'Quality assurance in general hospitals'.

De heren Caspari en Simons brachten in herinnering hoe in 1977 de BIT van start is gegaan. Deze commissie, die een adviserende en stimulerende taak ten aanzien van de intercollegiale toetsing heeft, vult het vacuüm op, zolang het Centraal Begeleidings Orgaan (CBO) nog niet functioneert.

De structuur en de financiering van het CBO zijn thans nog in studie bij een daartoe ingestelde gespreksgroep. Wellicht nog deze zomer zou het CBO van de grond kunnen komen. Het doel, de bewaking en bevordering van de kwaliteit van het medisch handelen in algemene ziekenhuizen, zou zijn te realiseren onder meer door:

- het stimuleren van het IT proces in algemene ziekenhuizen;
- het ontwikkelen van methoden met behulp waarvan de kwaliteit van het handelen van medische specialisten werkzaam in algemene ziekenhuizen kan worden gemeten;
- het met behulp van de wetenschappelijke verenigingen der erkende specialismen ontwikkelen van criteria, die bij de toetsing van het handelen van de beoefenaar van die specialismen kunnen worden gehanteerd;
- het behulpzaam zijn van toetsingcommissies in algemene ziekenhuizen;
- het plegen van research;
- het aanleggen van een documentatiesysteem, zowel uit eigen land als daarbuiten op het gebied van de toetsing;
- het geven van voorlichting over de intercollegiale toetsing in algemene ziekenhuizen aan hen die dit behoeven;
- het evalueren van in den lande op het gebied der intercollegiale toetsing door medische staven ontplooidde activiteiten.

Anticiperend op het functioneren van het CBO heeft de LSV commissie inmiddels de 'workshop' georganiseerd, daarmee tevens de gelegenheid aangrijpend de groep medische specialisten die geporteerd is voor intercollegiale toetsing en de praktische toepassing ervan uit te breiden.

---

*De openingszitting van de Intercollegiale Toetsing in de grote vergaderzaal van 'Domus Medica' te Utrecht.*



*Op een persconferentie werd een en ander toegelicht door (op de achtergrond van links naar rechts) LSV-bestuurslid A. J. Simons, de Amerikaanse chirurg Thomas H. Ainsworth en Dr. A. F. Casparie.*

---

## Verslag ledenvergadering LSV

### Rectificatie

In het verslag der LSV-Ledenvergadering dd 22 april 1978 (MC nummer 18 van 5 mei jl.) zijn twee onjuistheden geslopen, waarvoor onze verontschuldiging.

a. Dr. C. H. van Erk werd als lid van het Centraal Bestuur opgevolgd door J. Lanjouw, anesthesist te Haren (Gr). Dr. B. K. Bootsma, cardioloog te Bunnik, eveneens gekozen tot lid van het Centraal Bestuur der LSV, heeft zich bereid verklaard het voorzitterschap van de Commissie Specialisten in Dienstverband op zich te nemen.

b. De Ledenvergadering heeft, in tegenstelling met het gemelde in MC, haar instemming onthouden aan het concept-voorstel tot wijziging van punt 10 van de Algemene Inleiding op de richtlijnen der Wetenschappelijke Verenigingen inzake de honoraria in de particuliere praktijk. Op de volgende Ledenvergadering zal een nieuw voorstel aan de orde komen.  
*Redactie MC.*

---

---

# SANO doet beroep op KNMG-leden

## *Health for all by the year 2000*

Is dit nieuwe motto voor het beleid van de Wereldgezondheidsorganisatie te idealistisch? Of moet men blij zijn met de moed ervan als men ziet hoe moeizaam rechten en plichten op het gebied van welzijn en speciaal gezondheidszorg worden verwezenlijkt? Over 21 jaar gezondheid voor allen, dus overall goede gezondheidsvoorwaarden, waaronder een volwassen gezondheidszorg. Nu is die er niet voor één miljard mensen, voor een ander miljard nauwelijks. Deze groepen kunnen in het jaar 2000 verdubbeld zijn en dan een nóg overweldigender meerderheid van de wereldbevolking vormen. Op de continenten waar deze miljarden wonen heeft de wetenschappelijke geneeskunde van deze eeuw wel bruggehoofden kunnen vormen, maar betere gezondheid voor nog meer mensen vereist een nieuwe aanpak. Ook onze gezondheid vraagt een nieuwe aanpak; om iets andere, maar niet zo helemaal andere redenen. Om vóór het jaar 2000 de grote stap voorwaarts te zetten die bovenstaand motto vereist, moet worden samengewerkt tussen onze gezondheidszorg en die van de derde wereld. Gelukkig is die samenwerking er in velerlei vorm. Op het gebied van directe leniging van nood, van operationale steun aan gezondheidssystemen, van steun aan vakopleiding van gezondheidswerkers, van relevant wetenschappelijk onderzoek, enzovoorts. De budgetten daarvoor van particuliere organisaties en overheid belopen voor 1978 in Nederland zo'n 150 miljoen gulden. Belangrijker is dat honderden mensen hieraan hun

---

door **Drs. F. H. P. Blonden**



Drs. F. H. P. Blonden is verbonden aan de Sectie Medisch Onderwijs van het Koninklijk Instituut voor de Tropen.

---

creativiteit en werkkraft geven. (Minstens) één vorm van samenwerking wordt jaarlijks onder de aandacht van de lezers van dit blad gebracht. Dat is de 'gastarbeid in ontwikkelingslanden' van jonge Nederlandse artsen. In de regel werken zij op het platteland van Afrikaanse landen waarvan de schaarse eigen artsen om overigens begrijpelijke redenen de periferie schuwen. Al meer dan tien jaar is dat het begin van de loopbaan van zo'n kleine 10% van elke jaargang Nederlandse artsen. Zij gaan om uiteenlopende redenen, in verschillende organisaties, maar in (vrijwel) alle gevallen met veel direct nut voor de mensen waaronder zij werken. En onze gezondheidszorg wordt op allerlei manieren beïnvloed door hun eomtionele en professionele ervaring. Deze vorm van samenwerking wordt behartigd door de Stichting Artsen Naar Ontwikkelingslanden, SANO, in 1969 opgericht door KNMG en Nederlandse Vereniging voor

Tropische Geneeskunde. SANO is een professionele organisatie met een eigen taak, naast de organisaties welke van Nederland uit de tewerkstelling van Nederlandse artsen bij overheid, missie, zending etc. in ontwikkelingslanden bemiddelen en financieren.

SANO heeft enerzijds voorwaarden geformuleerd op het gebied van voorbereiding en functie van deze artsen, anderzijds bijgedragen aan de sanering van hun

arbeidsvoorwaarden. Ook behartigt SANO zoveel als in haar vermogen ligt hun belangen; de opbrengst van de jaarlijkse actie onder de leden van de KNMG biedt de gelegenheid op dit gebied financieel aanvullend op te treden. Zo zijn van een aantal artsen, waarvan de arbeidsvoorwaarden ontoereikend werden geacht, de salarissen door middel van een suppletie opgetrokken tot een aanvaardbaar minimum, overeenkomend met het Nederlandse assistentensalaris. Maar door de sanerende rol van SANO inzake arbeidsvoorwaarden wordt deze activiteit geringer in omvang. De Nederlandse artsen in de tropen kunnen tegenwoordig over het algemeen onder redelijke voorwaarden zinvol werken. Daarom kan SANO zich meer gaan richten op de kwaliteit van hun bijdrage aan de gezondheidszorg.

In haar vergadering van 16 februari jl. heeft het SANO-Bestuur besloten in het kader van de statuaire doelstelling: 'het bevorderen van opleiding van artsen voor hun tropentaak' meer aandacht aan bijscholing te geven. Een bestuurscommissie (bestaande uit de collegae Folmer, Smits en Blonden) houdt zich speciaal met dit facet van SANO bezig. Deze maand

houdt deze commissie met recent teruggekeerde collegae een 'workshop' om te zien wat hieraan kan worden gedaan. Daar zullen hopelijk gegevens, feiten en meningen worden aangedragen om bijscholingsactiviteiten te kunnen organiseren, ook in de vorm van up-country trainingen, die zich zoveel mogelijk toespitsen op de actuele situatie.

Voorts gaat SANO zich meer richten op het verbeteren van de aansluiting van de loopbaan, zowel van hen die zich in Nederland gaan vestigen als van hen die hun ontwikkelingswerk na specialistische vorming willen gaan voortzetten. Deze laatsten hebben een actieve groep: 'Artsen Terug Naar Tropen' gevormd, die ook een vertegenwoordiger in het SANO-Bestuur heeft. Ook met de terugkeerproblematiek en materiële 'overbrugging' houdt een bestuurscommissie zich bezig (bestaande uit de collegae Oomen en Wetsteyn).

Tot nu toe zijn door of met bemiddeling van SANO zo'n 600 artsen naar ontwikkelingslanden vertrokken. Over hen zullen in een volgende publikatie wat nadere gegevens worden verstrekt. Inmiddels duurt de vraag naar deze artsen voort. Na de periode waarin de financiering en de sanering van arbeidsvoorwaarden de aandacht opeiste vindt nu een accentverschuiving plaats en gaat de nadruk vallen op adequate toerusting voor de ontwikkelingstaak.

Hiervoor roept de Stichting Artsen Naar Ontwikkelingslanden weer graag de hulp in van de leden van de Koninklijke Maatschappij Tot Bevordering der Geneeskunst, uit wier midden de SANO indertijd mede ontstond. Op die manier dragen zij bij aan 'Health for all by the year 2000'.

## Nieuwe stempelbanden Medisch Contact 1977

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

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



## Aangepaste naaldbanden

Uiteraard blijven beschikbaar de al eerder aan het grotere MC-formaat aangepaste naaldbanden, waarin telkens 26 nummers van een lopende jaargang van Medisch Contact op simpele wijze kunnen worden gebundeld. Wil men gedurende de gehele jaargang de succesievelijk binnenkomende nummers samenbundelen dan zal men over twee naaldbanden dienen te beschikken.

*Ook deze naaldbanden kunnen worden besteld door overmaking van f 27,50 per stuk (incl. BTW) per postgiro op rekeningnummer 5 80 83 van de KNMG onder vermelding van: 'Naaldbanden MC'.*

## PRAKTIJKPERIKELEN

### (Eind)toestand

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

*Ria was een junkie. Geestelijk en lichamelijk ging zij haar ondergang tegemoet. Tot op een keer de auto die haar thuisbracht betrokken raakte bij een ernstig ongeluk en haar arm bekneld raakte. Nu ruim een jaar later is nog geen definitieve eindtoestand van de arm bereikt. De onthoudingsverschijnselen zijn echter achter de rug, en er wordt hard aan revalidatie en herscholing gewerkt.*

*Kortom: aan dit ongeval heeft Ria haar leven te danken.*

*En nu het rare van het geval: op het moment dat de arm een niet 100% valide eindtoestand heeft bereikt kan Ria een schadeclaim indienen!*

# Tussen eerste en tweede echelon

## Dupliek

De reactie van Prof. Dr. B. M. S. van Praag op onze serie 'Tussen eerste en tweede echelon' \* bestaat uit vijf onderdelen, een algemeen punt (onze kritiek zou 'niet meer actueel' zijn, omdat sedert het verschijnen van 'Het ziekenhuis' tien publikaties het licht hebben gezien) en een viertal specifieke punten.

Om met het algemene punt te beginnen: de term 'het licht gezien' is wellicht wat te algemeen gesteld; ook wij zouden het op prijs gesteld hebben wanneer het etiket 'preliminary and confidential' wat eerder van sommige publikaties ware verwijderd. Van de vier specifieke punten van repliek is er één een aankondiging van een kritische bespreking over onze eigen onderzoekresultaten, deze wachten wij met belangstelling af. Over het tweede punt (wij vonden het jammer dat 'verwijscijfers' in 'Het Ziekenhuis' ontbraken) zijn we het eens. De beide andere punten geven aanleiding tot een hernieuwde discussie, die a. wel zeker een actueel karakter heeft; en b. op een meer algemeen plan plaatsvindt, omdat zij betrekking heeft op de vraag naar het nut en de beperkingen van het gebruik van econometrische modellen in de gezondheidszorg.

Tenslotte willen we graag een nieuw element in de discussie brengen, een aanzet onzerzijds in een verdere gedachtenwisseling over de vraag: alles goed en wel, maar hoe *werkt* het nu allemaal? Wij willen hiermee niet beweren dat de Leidse werkgroep geen oog zou hebben voor de problemen rond het construeren van mechanismen in

---

door **Drs. B. H. Posthuma**  
en **Drs. J. van der Zee**

---

vraag-aanbodmodellen (zie haar analyse van consumptiecijfers in Ommoord); het is eerder de *aard* van de gepostuleerde mechanismen in *geaggregeerde* analyses die vragen oproept.

### De modelspecificatie

Waarom maken we bezwaren tegen de logaritmische specificatie van de vergelijkingen? Wel, eigenlijk niet omdat we twijfelen aan het 'econometrische timmermansoog van de Leidse werkgroep of omdat we geloven dat 'empirische verifieerbare' theorieën uitsluitel geven in de keuze tussen verschillende specificaties van de vergelijkingen. Maar de conclusies die men trekt uit de resultaten van de schattingen der logaritmische vergelijkingen zijn ons veel te overmoedig! Wij citeren nogmaals Van Praag c.s.: 'Deze verlaging (van de klinische consumptie) is zo groot dat de realisering van de 4%-norm en een gelijktijdige opvoering van de huisartsendichtheid met bijvoorbeeld 38% tot een aanzienlijke vermindering van het ziekenhuisbedgebruik zal leiden zonder dat daarbij sprake is van een vergrote spanning tussen vraag en aanbod'. Om zo'n uitspraak te kunnen doen moet men wel erg zeker zijn van het logaritmische verband! Is men dat niet, dan kan men slechts een predictieve uitspraak doen over de gevolgen van een 1% wijziging van een onafhankelijke variabele onder de aloude ceteris paribus-clausulering.

### De leeftijds geslachtscorrectie

Wij hebben niets tegen een dergelijke correctie als het gaat om het aantonen van een verband. Maar ook hier geldt, evenals bij de logaritmische specificatie van vergelijkingen: realiseer de consequentie van zo'n kunstgreep bij *predictieve* uitspraken. De elasticiteiten van de afhankelijke variabelen (opneming of gemiddelde ligduur) met betrekking tot de huisartsendichtheid zijn in de cross-sectie-analyse van Van Praag c.s. de *som* van de door hen *berekende elasticiteit* van de naar leeftijd en geslacht gecorrigeerde afhankelijke variabele en de *uitkomst* van een gemiddelde bestaande uit de gewogen elasticiteiten van de afhankelijke variabele in deze onderscheiden leeftijds- en geslachtsklassen. Van Praags opmerking dat de laatstgenoemde elasticiteiten kunnen worden herleid tot elasticiteiten per leeftijds- en geslachtsklassen per rayon leidt tot de kern van ons eerste artikel: deze elasticiteiten zijn in een cross-sectie-analyse slechts gedesaggregeerd, d.w.z. op het niveau van de huisartsenpraktijk, te schatten. Ter rechtvaardiging van de leeftijds- en geslachtscorrectie beroept Van Praag zich op de grote Feldstein. Feldstein<sup>1</sup> hanteert een leeftijds-, geslachts- en rascorrectie en geeft hiervoor de volgende argumenten: 'The pattern of disease and the use of hospital services vary substantially by age and sex. Simple measures of the demographic structure like the proportion over sixty-five and the proportion of males are too gross and ignore important interactions'. 'Daarom corrigeert Feldstein zijn afhankelijke variabelen in een gecombineerd *tijd*

---

\* MC nr. 10/1978, blz. 307.

cross-sectie-analyse (jaarreeksen van opname- en ligduurcijfers voor de periode 1958-1967 in de verschillende staten der VS) met indexcijfers; deze demografische indexcijfers zijn gebaseerd op (nationale) consumptiegrootheden voor de leeftijds-, geslachts-, en rasklassen uit een '1963-1964 survey' en de demografische opbouw van de staten in 1960. Een dergelijke correctie door middel van dimensieloze getallen in tijdreeksen heeft inderdaad een te verwaarlozen invloed op de te berekenen elasticiteiten. Maar deze correctie is wel van een geheel andere aard dan de 'beruchte' van de Leidse werkgroep; zij delen de gemeten waarden van de afhankelijke variabelen door de berekende waarden naar bevolkingssamenstelling per rayon in een *cross-sectie*-analyse, terwijl deze berekende waarden zijn gebaseerd op gemiddelden van die *gemeten waarden* per rayon in de verschillende leeftijds- en geslachtsklassen. Het alleszins lezenswaardige artikel van Feldstein voert ons naar een meer algemeen punt van kritiek. Feldstein gaat uit van economische theorieën waarmee hij tracht het verschijnsel 'Hospital Cost Inflation' te verklaren. De gepostuleerde gedragsvergelijkingen maken gebruik van de in de economische theorie zo vertrouwde begrippen zoals nutsmaximalisatie, prijs/inkomens- en substitutie-elasticiteiten. Op traditionele wijze stelt hij een aantal te schatten geaggregeerde vergelijkingen op. Naar Amerikaanse verhoudingen stellig een actuele theorie, gelet op zijn schattingsresultaten (significante prijs/inkomenselasticiteiten). Maar wat te doen met deze modellen in de Nederlandse gezondheidszorg? Gedragsrelaties van vraag en aanbod zijn van een geheel andere dimensie dan de econometrist gewoon is te analyseren. En dreigt de econometrist nu niet functioneel te degraderen tot een weliswaar mathematisch statistisch onderlegd doch methodologisch minder begaafd onderzoeker?

Hoe werkt het nu?

Een van de eerste stappen in een theoretisch gefundeerde aanpak is het verzamelen en analyseren van materiaal waarin op het hoge aggregatieniveau gehanteerde

(impliciete) onderstellingen op hun werking worden bekeken. De sprong van 'gemiddelde praktijkgrootte' naar productiecijfers is zo groot dat we eerst eens in de huisartspraktijk zelf moeten kijken hoe de zaken daar nu functioneren, willen we de discussie niet in een onvruchtbaar 'nietes-welles' doen verzanden. Helaas staan ons geen recente gegevens ter beschikking, maar als illustratie van hetgeen we bedoelen kunnen gegevens dienen die door Van Es en Pijlman in hun in 1972 gepubliceerde onderzoek<sup>2,3</sup> zijn verzameld. De onderzoekers hebben in 122 Nederlandse huisartspraktijken (een a-selecte steekproef uit het totale huisartsenbestand) onder meer gegevens verzameld over praktijkgrootte, dagelijkse contactfrequenties en verwijzingen. In het verslag van hun onderzoek (gepubliceerd in Huisarts en Wetenschap) geven zij aan dat zij geen relatie hebben kunnen vinden tussen de grootte van de praktijk en het aantal verwijzingen per honderd patiënten. Bij hernieuwde bestudering van het onderzoekmateriaal wordt het duidelijk hoe dit resultaat tot stand gekomen is. Daarvoor moeten we een ogenblik stilstaan bij de term 'verwijspercentage'. Men kan deze term opgebouwd denken uit twee componenten: verwijzingen per honderd patiënten is gelijk aan het produkt van verwijzingen per honderd contacten en het aantal contacten per patiënt:

100 V / P ≡ 100 V / K × K / P.

'Verwijzingen per honderd contacten' kan men opvatten als een typische 'beslisvariabele' (die beïnvloed kan

worden door omstandigheden waaronder de huisarts moet praktiseren, het aanbod van patiënten, zijn taakopvatting, etc.), terwijl het gemiddeld aantal contacten per patiënt de uitkomst tussen aanbod en vraag naar huisartsenhulp weergeeft. Wat is nu de invloed van de variabele 'praktijkgrootte' op deze twee componenten van het verwijscijfer? In bijgaande *tabel* laten we per categorie praktijken van een bepaalde grootte zien:

- a het aantal verwijzingen /100 contacten;
- b het aantal contacten per patiënt;
- c hun produkt: het verwijspercentage.

De tabel spreekt bijna voor zichzelf. In praktijken van minder dan 2.600 patiënten is weliswaar het aantal verwijzingen/100 contacten lager dan in grotere praktijken, maar door toename van het aantal contacten per patiënt blijft per saldo het verwijspercentage vrijwel constant. Nu zegt dit resultaat weinig over de relatie tussen praktijkgrootte en opnamecijfers en formeel gesproken worden de stellingen van de Leidse werkgroep hiermede niet aangetast, maar het maakt wel duidelijk dat er een aanmerkelijk complexer raamwerk vereist is in onderzoek naar de relatie tussen structuur en functioneren van de gezondheidszorg.

1. M. S. Feldstein, 'Hospital Cost Inflation': a study of non-profit price dynamics. The American Economic Review, 1971.  
2. Wij danken Prof. Dr. J. C. van Es voor het beschikbaar stellen van het onderzoekmateriaal.  
3. Een uitgebreider verslag van de resultaten van deze heranalyse is in conceptvorm gereed.

Aantal verwijzingen/100 contacten (a), aantal contacten per patiënt (b) en verwijspercentage (a × b) per praktijkcategorie.

praktijkgrootte	aantal verwijzingen /100 contacten	aantal contacten per ZF-patiënt	aantal verwijzingen /100 patiënten	aantal praktijken
≥ 2.600 patiënten .....	7,9 (3,4)	5,0 (1,6)	39,83	44
2.601-3.400 patiënten .....	10,2 (2,9)	4,1 (1,0)	42,07	38
≥ 3.401 patiënten .....	10,5 (2,8)	3,9 (0,8)	41,03	39
totaal .....	9,5 (3,3)	4,4 (1,3)	41,49	121

Tussen haakjes staan de standaarddeviaties van de verschillende gemiddelden vermeld.



## Met Mw. Mr. E. Veder-Smit, staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne in gesprek over het werk in de eerste lijn.



'Ik ben erg geschrokken toen ik ontdekte dat de post op de begroting '77/'78 voor research reeds in februari was opgebruikt. Er is naar mijn mening grote behoefte aan beleidsonderbouwend onderzoek', aldus de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Mw. Mr. E. Veder-Smit, met MC in gesprek over de eerstelijns gezondheidszorg.

MC: In de structuurnota van Uw voorganger wordt de huisarts als de centrale figuur in de eerste lijn gezien; deelt U deze mening?

V-S: Ja, wel moet dan duidelijk uitkomen dat het werk van de huisarts aan het veranderen is. Hij zal meer kennis moeten hebben met betrekking tot psychosociale oorzaken van het dysfunctioneren van de mens. De charme van de huisarts is dat hij het gezin en de omgeving kent. De opleiding dient daaraan te worden aangepast. Hij dient over meer diagnostische mogelijkheden te beschikken, zonder direct specialistische hulp te hoeven inschakelen. Ik hoop en verwacht dat dit op den duur een kostenverlagend effect zal hebben. Hij zal meer met de andere disciplines moeten samenwerken. Ik denk bijvoorbeeld aan de psycholoog als consulent. Er zal nog veel onderzoek in de eerste lijn moeten plaatsvinden om duidelijke beleidslijnen te kunnen uitzetten. Zijn somatische kennis moet de kern blijven, maar wel in het licht van psyche en sociale beïnvloedingen.

MC: Onderzoek door het departement of ook door derden?

V-S: Beide mogelijkheden moeten benut worden. Wel zullen opdracht en beoordeling taken zijn voor het departement. Onze belangstelling blijkt ook uit het feit dat er een inspecteur in algemene dienst is voor de eerstelijns gezondheidszorg. Helaas blijkt de betreffende begrotingspost voor research onvoldoende.

### Kruiswerk

MC: Kruisverenigingen vervullen een belangrijk onderdeel van het werk in de eerste lijn. U denkt aan financiering via de AWBZ, welke argumenten heeft U hiervoor?

V-S: Het kruiswerk is een van de belangrijkste posten op de bescheiden begroting van Volksgezondheid. Over die financiering zijn jaar in jaar uit moeilijkheden geweest. Het kruiswerk heeft twaalf subsidiebronnen. Daar kan nooit een toekomstig beleid op gefundeerd worden. Er moet één subsidiebron komen. Er is een interim-subsidieregeling, maar wij komen met de begroting niet uit op het bedrag dat ook het parlement nodig vond. Er is in de Tweede Kamer steeds geharrewar geweest over de financiering van het kruiswerk. Als kamerlid heb ik in een motie aan de toenmalige staatssecretaris gevraagd de mogelijkheden op te sommen hoe het kruiswerk zou kunnen worden gefinancierd. Die motie is verworpen, omdat ik daarmee nogal had gemikt op een financieringswet. Dat is een politiek feit. Dan rest alleen nog de AWBZ, hoewel daar allerlei bezwaren tegen zijn.

MC: Welke?

V-S: De AWBZ is eigenlijk bedoeld om er instellingen mee te financieren, maar meer als verstrekkingenwet die voor een ieder geldt. De AWBZ is bedoeld geweest voor nauwelijks te verzekeren risico's, maar groeit nu uit door allerlei verstrekkingen. Moet het kruiswerk daar ook nog bij en moet dan de AWBZ worden afgegrensd of gaan we daarmee door? Ik voel er erg veel voor om de AWBZ eens te laten doorlichten. Maar voor het kruiswerk moet er op korte termijn een oplossing komen. De post op de rijksbegroting Volksgezondheid zal wel mee moeten in de rijksbijdrage aan het AWBZ-fonds. Het gevaar bestaat dat er een aanzuigende

werking ontstaat ten opzichte van de AWBZ omdat er nog wel wensen bestaan bij de kruisverenigingen. Te denken valt aan een budgetbegroting. In ieder geval zullen de beheersinstrumenten die in de AWBZ zitten ten volle moeten worden gebruikt, zoals duidelijke afspraken over de personeelsformatie bij het kruiswerk. De verenigingsvorm en de contributie moeten gehandhaafd blijven.

### Gezondheidscentra

MC: De voorlopige stimuleringsregeling voor gezondheidscentra loopt af in 1978. Hoe gaat dat verder?

V-S: Dat weet ik nog niet. Hieromtrent moet nog inspraak mogelijk zijn. Het zal nog wel een paar maanden duren alvorens een beslissing kan worden genomen. De gezondheidscentra moeten naar mijn mening self-supporting worden.

MC: Gebleken is dat de exploitatie van gezondheidscentra duurder is in vergelijking met de solopraktijk. Wat is Uw filosofie. Moet het departement sturend of ondersteunend handelen met alle consequenties van dien?

V-S: Sturend, via een subsidieregeling? Dan moet je wel zeer zware argumenten hebben.

MC: Zijn die er niet?

V-S: Je moet afwegen en evalueren. Misschien komen die argumenten dan te voorschijn. De structuurnota gaat daar nog al ver in. Wil je de huisarts meer tijd geven per patiënt dan betekent dat bij de huidige abonnementsfinanciering een vermindering van inkomen voor de huisarts.

MC: Bij gelijk tijdsbeslag – dus meer tijd per patiënt – zou het abonnementstarief moeten worden verhoogd.

V-S: Dat is nu juist de vraag. Moet dat gebeuren zonder dat je weet dat die de patiënten ten goede komt. Hoe krijg je daarover zekerheid? Welke structuurveranderingen zijn daarvoor nodig? Met de LHV-Blauwdruk en de LHV-taakomschrijving van de huisarts is men wel een eind gekomen, maar het zijn geen stukken waar je houvast aan hebt. Ze hebben immers geen rechtskracht. Het zal niet gemakkelijk zijn om bij praktijkverkleining een gelijk inkomen te behouden; daarvoor zou je wel een goede argumentatie moeten hebben. In dit verband moet je je ook afvragen: hoe staan wij met de kwaliteitsbewaking in de eerste lijn? De procedure hiervoor loopt voor de huisartsen nog altijd ver achter bij die van

de medische specialisten. Ik ben blij met de aanzet die daartoe door de LSV is gegeven. Ik zou graag willen helpen bij het streven naar kwaliteitsbewaking, waarbij ook de waarnemer dient te worden betrokken. Praktijkverkleining, inkomenspositie en kwaliteitsbewaking zijn belangrijke zaken voor de professie, maar ze kunnen niet los van elkaar worden gezien.

#### Vestigingsbeleid

MC: In het Wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg is sprake van een wettelijke regeling van het vestigingsbeleid. Welk belang heeft de overheid hierbij?

V-S: In tijden van schaarste aan artsen is een goede spreiding belangrijk. We hebben nu en in de toekomst eerder te maken met te veel dan te weinig artsen. Men zegt wel dat een toenemend aantal artsen de vraag naar hulp kan doen stijgen, maar ook de service zou er door kunnen verbeteren. Dit alles, dat resulteert in een verhoging van de kosten, berust voor mij voorlopig nog op een onbewezen stelling. Hiervoor zou meer onderzoek nodig zijn. Een teveel aan hulpverleners zou de kwaliteitsbewaking ook nadelig kunnen beïnvloeden. Ik heb er nog geen afgerond oordeel over of de overheid een vestigingsbeleid voor alle categorieën hulpverleners zal moeten voeren.



## Een co in nood en een patiënt in nood

Nadat wij uitgebreid hadden gegeten werd Hans, mijn assistent, door een huisarts opgebeld die een van zijn patiënten wilde insturen vanwege pijn op de borst. Er leek volgens de huisarts niet veel aan de hand, maar omdat dit de eerste keer was leek het hem toch wel beter om even een ECG-tje te draaien.

Tien minuten later moesten wij met de grootste spoed naar de EHBO komen. De desbetreffende patiënt was gearriveerd en had op de drempel van de EHBO een infarct gekregen; hij lag nu met een hartstilstand op bed. Zo snel wij konden renden wij naar de EHBO. Ondertussen herhaalde Hans nog even wat hij zoal moest gaan doen.

De situatie bleek inderdaad acuut. Op de tafel zag ik een bewusteloze man wiens kleren waren losgescheurd; een van de verpleegsters paste hartmassage toe. Ik wist bij God niet wat ik moest doen en rende een beetje paniekerig op en neer. Toen ik zag dat men aan het hoofdeinde hulp nodig had ben ik aan die kant gaan staan.

Hans had inmiddels een infuus ingebracht en was nu van plan om te gaan 'klappen'. Ik had zoiets nog nooit gezien. Het is werke-

lijk sensationeel. Door de elektrische schok krult de patiënt aan weerszijden om, terwijl hij tegelijkertijd een kreet tracht te pousseren. Onmiddellijk begon ik weer te sleutelen aan het ademapparaat waar ik mee bezig was. Het vervelende was echter dat het ballonnetje niet vol wilde lopen: ik had de slang er per ongeluk van afgetrokken. Hans schreeuwde dat wij toen maar een slangetje in zijn neus moesten proberen te peuteren. Maar waar lagen die slangetjes? Natuurlijk lukte mij ook dit werk niet opperbest.

Plotseling begon de man op en neer te wippen. De ene extra-systole volgde op de andere en Hans wilde weer gaan defibrilleren. Opnieuw 400 Volt door zijn lichaam gejenst en wonder boven wonder keerde het juiste ritme weer terug. Ik had weer de kap gepakt, maar toen gebeurde er iets merkwaardigs. De patiënt kwam bij en werd ontzettend agressief. Krampachtig verzette hij zich en toen dat niet hielp begon hij links en rechts te slaan. 'Laten jullie mij nu met rust . . . ik doe toch niets', kreunde hij steeds maar weer opnieuw. Hij schudde als een gek met zijn hoofd, dat eerst rood en toen blauw werd. Het infuus sneuvelde genadeloos, terwijl de vloeistof – bicarbonaat – even lustig

bleef doorlopen in zijn spieren! De patiënt was door het dolle heen en vocht voor zijn leven. Wij echter deden hetzelfde en met acht man (vrouw) hielden wij hem in een wat lastige houdgreep. Om het helemaal mooi te maken begon de patiënt ons recht in het gezicht te spuwen; omdat ik vlak bij zijn hoofdeinde stond, kreeg ik een klodder slijm precies in mijn mond.

Ondertussen zat ik maar te pieren met dat slangetje in zijn neus. Toen ik het ding er eindelijk in had, schoof ik het een 'lekker eindje' door, zodat het 'er niet meer snel zou uitkomen'. Dat had ik natuurlijk niet moeten doen, want de slang zat bijna in zijn maag en met de zuurstof blies ik dit orgaan als een ballon op. Toen ik mijn fout trachtte te corrigeren, kreeg hij weer een hartstilstand.

Opnieuw 400 Volt door zijn lichaam. Omdat het hart echter op hol bleef slaan, wilde Hans het nog eens proberen. Driemaal 'klapte' hij zonder succes. 'Verrek, waar is

DAGBOEK  
VAN EEN  
CO-ASSISTENT  
(29)

de vloeistof?', schreeuwde hij. Die was toevallig net op. Terwijl de ene verpleegster een nieuwe fles zocht, bonkte een andere in een benijdenswaardig ritme op de borst van de patiënt. Ik pakte de fles en drukte de helft leeg op de twee polen van de defibrillator. Prompt spoot ik ook de jas van Hans onder het spul; hij was er niet mee in zijn schik. Gelukkig was hij al rood van de spanning en veel tijd om mij uit te vloeken had hij niet, want hiervoor was de tijd te kostbaar. Met heel veel moeite kregen wij het hart van de patiënt weer in een regelmatig sinusritme.

Alexander van Es

---

# Slaap en sportgeneeskunde

Er blijkt zeer weinig gericht wetenschappelijk onderzoek te zijn gepubliceerd over de rol van de slaap bij de sportbeoefening. Vooral bij de voorbereiding en training voor topsport ligt het voor de hand dat de sportarts, de trainer en de topsporter zelf zich wel eens zorgen zouden kunnen gaan maken over de slaap en de tijd die voor slapen beschikbaar is. In het bijzonder voor de training voor topsport bij schoolgaande kinderen is een beperking in de normale slaapduur als gevolg van de trainingsuren geen denkbeeldige complicatie.

Hoewel er weinig steun voor een eerste overzicht uit de wetenschappelijke literatuur valt te putten, kunnen hieronder wel een aantal saillante gegevens uit de slaapfysiologie worden gelicht, die het overwegen waard zijn bij het inrichten van de training. Ik wil mij beperken tot een algemene beschouwing over:

- 1) slapen en dromen;
- 2) slaapkwaliteit en slaapeffectiviteit;
- 3) typen van slaapedrag;
- 4) circadiane of dag-nacht ritmiek
- 5) invloeden van veranderde sociale of levensomstandigheden op de slaap.

1) De mens heeft een onweerstaanbare neiging op een ongeveer vaste tijd 's avonds te gaan slapen en 's morgens te ontwaken. Hij gehoorzaamt aan een interne klok. Niet gehoorzamen aan deze klok kan aanleiding worden tot slaapstoornissen, tot problemen met inslapen en daardoor aanleiding tot bezorgdheid.

Aan de hand van waarnemingen door derden van het slaapedrag, of van registratie van het elektro-encefalogram (EEG) en van oogbewegingen wordt de slaap ten behoeve van een wetenschappelijke

---

door **Prof. Dr. P. Visser**



Prof. Dr. P. Visser, lid van het hoofdbestuur der KNMG, is gewoon hoogleraar psychofysiologie aan de Universiteit van Amsterdam. Sedert 1972 wordt door de Vakgroep Psychofysiologie van deze universiteit slaap- en droomonderzoek gedaan. In Nederland bestaat er een Werkgemeenschap voor Slaap- en Droomonderzoek, adres: Vakgroep Psychofysiologie, 1e Const. Huygensstraat 20, Amsterdam.

---

beschrijving in vier stadia met steeds langzamer golven in het EEG ingedeeld: de langzame golven of slowwave-sleep (SWS) en in een plots na ongeveer 90 minuten optredende fase met snelle oogbewegingen. Deze fase heet rapid-eye-movement (REM)slaap of paradoxale slaap (PS). Even plots als deze PS begint, stopt hij ook weer, om na 90 minuten SWS weer op te treden. Karakteristiek voor de slaap bij homeotherme dieren is deze periodiciteit. De periode van PS tot PS heet slaapcyclus, die dus bij de mens een duur van ongeveer 90 minuten heeft. Elke volgende PS-periode is langer dan de voorgaande. Karakteristiek voor de PS is het optreden van heldere visuele

belevingen die wij droom plegen te noemen.

In het begin van de nacht is de SWS gekenmerkt door de aanwezigheid van stadium 4, met zeer langzame golven (deltagolven), die karakteristiek zijn voor diepe slaap. In de latere cycli van de slaap treedt geen stadium 4 slaap meer op: de slaap wordt ondieper. Een vergelijkbaar verschijnsel ziet men met het ouder worden in leeftijd. Velen van boven de vijftig hebben vrijwel nooit meer stadium 4 en slapen dus minder diep en ontwaken gemakkelijk. Diepe slaap is dus gekenmerkt door stadium 3 en stadium 4 slaap. Ongeveer de helft van de totale slaaptijd (TST) wordt ingenomen door stadium 2, terwijl de PS- of REM-slaap 20-22% van de TST beslaat.

2) Sedert enige tijd beschikken wij over een zij het nog in een experimenteel stadium verkerende, slaapkwaliteitsschaal die uitgewerkt werd door de psycholoog I. P. F. de Diana. Het blijkt bij onderzoek dat in een niet gering aantal gevallen mensen weten vaak wakker te zijn geweest of eigenlijk voor eigen gevoelen te kort te hebben geslapen, terwijl de indruk toch ook bestaat wel uitgerust te zijn.

3) Veelal wordt de effectiviteit van de slaap echter nog afgemeten aan de verhouding tussen de tijd die wordt geslapen (TST) en de tijd doorgebracht in bed (TTB). Noodzakelijk voor een betrouwbare meting is wel dat door observatie door derden of door EEG-registratie de TST wordt gemeten. Velen hebben de indruk niet te hebben geslapen, bijvoorbeeld door herinnering aan de PS-perioden met heldere dromen of door perioden van ondiep slapen,

terwijl bij onderzoek in het laboratorium blijkt dat deze personen toch de gehele nacht slapen. De mens heeft duidelijk geen weet van het eigen slapen.

Inslapen komt tot stand door een inslaapmechanisme. Er is een zeer grote neuronale activiteit tijdens slaap, al is het lichaam in rust, het zenuwstelsel is zeer actief. Tijdens de PS-perioden is de attentie zeer sterk gericht op de droombeleving, het EEG toont een typisch waakritme, de slaap is zeer ondiep, maar door allerlei bijkomende neuronale activiteit zijn de meeste spiergroepen verlamd. De indruk als men wakker wordt is dan ook die van 'zwaar geslapen te hebben'. Er bestaat kennelijk een voortdurende balans tussen wekmechanisme en slaapmechanisme.

Hoe komt het dat velen zo'n zware betekenis hechten aan hun slaap en vooral de slaapduur? Het gaat daarbij om het hedonistische aspect van de slaap. Eten, drinken, slapen, sex, en warmteregulatie zijn verrichtingen die deels driftmatig of automatisch worden geregeld vanuit de hypothalamus en het mesencefalon, deels door ervaring en gewoonte worden geregeld met de limbische structuren van het centrale zenuwstelsel.

Gemeenschappelijk is voor deze vijf verrichtingen dat ze met gevoelens van plezier en genieten gepaard gaan. Zo wordt het begripelijk dat in onze tijd veel eten, veel drinken en veel slapen haast vanzelfsprekend worden gevonden door een niet gering aantal mensen.

4) Twee typen van slaapgedrag vallen bij kind en volwassene op, die wij zullen aanduiden als 'early risers' en 'morning mooners'. Er bestaat een karakteristieke relatie tussen de warmteregeling en het slaapgedrag: tegen de avond daalt de lichaamstemperatuur om rond 4 uur 's morgens een dieptepunt te bereiken, daarna gaat de kerntemperatuur weer stijgen om 's middags tegen 16 uur een maximum te bereiken. Onderzoek bij 'early risers' leerde dat hun warmteregeling 's morgens veel sneller op gang komt en 's avonds sterker daalt dan bij de 'morning mooners'. De nachtuilen of 'morning mooners' blijven tegen de avond kwiek en produktief doorgaan, maar ze kunnen 's morgens maar moeizaam op gang komen. Er zijn aanwijzingen

dat deze verschillen in gedrag en temperatuurregeling samenhangen met celmetabolisme en hormoonproduktie. Blake (1967) kon ook aantonen dat de 'early risers' meer introvert scoren op een betreffende schaal tegenover de 'morning mooners' meer extravert.

5) Veranderde sociale omstandigheden of veranderde levensomstandigheden kunnen sterk storend werken op de circadiane ritmiek. Vrijwel ieder kent de hinder voor slaap- en eetgedrag bij het maken van een vliegreis of bij het verrichten van meer-ploegenwerk. Helaas is minder bekend dat zeer moeilijk of in het geheel niet de circadiane ritmiek kan worden gewijzigd. 's Nachts wordt alcohol veel minder snel verbrand dan overdag. Bij nachtploegen leert iemand toch niet overdag normale fysiologische slaap te hebben, vandaar dat nachtploegenarbeid een zo kort mogelijke cyclus dient te hebben.

### Gevolgtrekkingen

Welke gevolgtrekkingen levert deze beschouwing nu voor de sportgeneeskunde? Een goed gemotiveerd topsporter zal genoeg slaap dienen te krijgen. Hij of zij zal dus wel zover uitgerust dienen te zijn, dat de dagtaak goed kan worden verricht. Er bestaan geen wetenschappelijke argumenten voor een slaapduur van bijvoorbeeld acht uur, maar rekening dient te worden gehouden met het eigen slaaptypen. Kind noch volwassene van het 'morning mooner' type zal gemakkelijk 's morgens vroeg opstaan om te trainen. De topsporter voor vele sportsoorten zal een meer extravert type zijn en dus veeleer een 'morning mooner' dan een 'early riser': hij of zij zal dan alle gemotiveerdheid nodig hebben om vroeg te gaan trainen. Hoewel meer introvert heeft het 'early riser' type het gemakkelijker en met name voor de zwemsport bij jonge kinderen lijkt een goed en snel op gang komende warmteregeling een voordeel.

Het zal voor de sportarts van groot belang zijn een juiste indruk te krijgen over de effectiviteit van de slaap, afgemeten aan de effectiviteit van de dagelijkse arbeid. Vooral bij kinderen zal de schoolprestatie als een bruikbare waardemeter kunnen

gelden. Bij ieder mens treedt een daling op in het vermogen tot werken rond het middaguur, training tussen 12 en 14 uur is een niet adequate oplossing. Beter is het even toe te geven aan een neiging de ogen te sluiten en een 'uiltje te knappen'. Treedt in een trainingsperiode overdag onweerstaanbare neiging op om in slaap te vallen, dan zal allereerst moeten worden gedacht aan een te kort schieten van de nachtrust. Velen maken zich onverantwoord zorgen over de eigen nachtrust. Een goed voorbeeld hoorde ik kortgeleden via de radio in een vraaggesprek met collega Harm Kuipers. Hij vertelde zich altijd zorgen te hebben gemaakt als hij voor een belangrijke wedstrijd niet kon inslapen, tot hij na een nacht slecht slapen en andere verboden zaken een wereldtijd reed! Hij heeft zich toen geen zorgen meer gemaakt over de slaap. Ieder zal moeten leren op 'zijn' tijd te gaan slapen. Wetenschappelijk onderzoek leert dat op reactievermogen en prestatie wat korter slapen nauwelijks invloed heeft, hoogstens is wat meer gemotiveerdheid nodig. Het gebruik van een slaapmiddel om tenminste te slapen, geeft een meetbare slechte conditie de volgende dag, doordat de meeste slaapmiddelen zeer lang in het lichaam beschikbaar blijven. Het is te betreuren dat bij de opleiding tot arts zo weinig aandacht aan het slaapgedrag van de mens wordt besteed, terwijl bij velen juist zeer overwaardige denkbeelden over de slaapbehoefte bestaan. Veel onderzoek is nog noodzakelijk op dit fascinerende gebied.

---

### Literatuur

1. Blake M. J. F.: Relationship between circadian rhythm of body temperature and introversion. *Nature* **215**, 869-897, 1967.
  2. Dement W. C.: Some must watch while some must sleep (1972). Freeman and Comp., Ned. Vert.: Slapen en Dromen, Lemniscaat 1975.
  3. Palmer J. D.: Human rhythms. *Bioscience* **27**: 93-99, 1977.
-



## officieel

---

### KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

#### Dagelijks Bestuur

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

#### Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

#### Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

#### Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

#### Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

#### Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

#### Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

#### Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

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

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

#### Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

#### Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

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

#### Stichting Beroepspensioenfonds Artsen (SBA)

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

## van het hoofdbestuur

### Inzage van röntgenfoto's door ongevalsverzekeringsgeneeskundigen

Op 19 januari 1978 vond een bespreking plaats tussen vertegenwoordigers van het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Radiologie, van de medische dienst van het Gemeenschappelijke Administratie Kantoor en een delegatie van de KNMG. Onderwerp van gesprek was de gerezen moeilijkheden in de contacten tussen ongevalsverzekeringsgeneeskundigen en de radiologen na de aanname van de '10 punten' door de laatste Algemene Ledenvergadering der KNMG.

Tijdens de discussie is nog eens benadrukt dat in deze situatie moet worden nagestreefd dat de ongevalsverzekeringsgeneeskundige de X-foto's zelf gaat zien. Schriftelijke informatie geeft minder communicatiemogelijkheden dan mondeling contact. Gestreefd is te komen tot een oplossing met een algemene formulering ten einde niet telkens exclusieve situaties te scheppen (i.c. voor de ongevalsverzekeringsgeneeskunde).

Op grond van de gevoerde discussie tussen de deelnemers aan voornoemd overleg meent het hoofdbestuur dat het hierna volgende moet worden gezien als een oplossing voor de bestaande onzekerheid.

Wanneer het gaat om louter objectieve informatie-aanvragen over actuele zaken moet in gevallen, waarin door duplicatuur van onderzoek *dezelfde* informatie zou kunnen worden verkregen, de toestemming van de patiënt impliciet worden voorondersteld.

Eventuele *andere* informatie van de onderzoekende of behandelende arts of van een naar hem verwijzende arts, welke bij de actuele objectieve informatieverstrekking behoort dient tevoren door de eerstgenoemde arts te worden gecontroleerd op de aanwezigheid van die informatie, die dan wel het 'informed consent' van de patiënt nodig heeft conform de 10 algemene uitgangspunten (MC 41/1977, blz. 1306). In dat geval dient laatstgenoemde informatie of eerst te worden verwijderd of eerst het 'informed consent' van de patiënt te worden verkregen alvorens tot de verstrekking van de actuele objectieve informatie wordt overgegaan.

De *aanvraag* van de actuele objectieve informatie dient schriftelijk of mondeling na een tevoren gemaakte telefonische afspraak te geschieden onder vermelding van:

- naam en functie van de inlichting vragende arts
- het kader waarin
- het doel waarvoor
- het motief waarom informatie nodig is
- het moment waarop informatie gewenst is (dit laatste met het oog op de tijdige realisering daarvan).

Het verzoek dient te bestaan uit concrete, gerichte en relevante vragen, toegespitst op het individuele geval en beperkt tot actuele, objectieve feiten. Dus geen formulieren met standaardvragen en geen globale vraagformule-

ringen. Met name gegevens welke aanwijzingen kunnen geven op welk tijdstip bij een patiënt een ziekte of kwaal *voor het eerst* is opgetreden, respectievelijk op welk tijdstip naar de mening van de onderzoekende of behandelende arts de patiënt zelf wist of redelijkerwijze kon vermoeden daaraan lijdende te zijn, mogen *niet* worden afgegeven. Slechts wanneer dit zuiver en alleen ten behoeve van beoordeling van actuele arbeidsongeschiktheid of prognose geschiedt, is verstrekking inclusief gerichte machtiging van de patiënt (op basis van de algemene uitgangspunten) toegestaan. Een en ander laat onverlet het feit dat in het algemeen inlichtingen pas kunnen worden gevraagd na eigen onderzoek van en (voorlopig) oordeel over de patiënt.

Dr. H. Roelink, secretaris

### Het afgeven van geneeskundige verklaringen bij annulering van reizen

Regelmatig komt het voor dat na de annulering van een reis, die een verzekerde zich voornam te maken, door verzekeraar een geneeskundige verklaring van de behandelend geneesheer (huisarts) wordt gevraagd. De KNMG attendeerde de Nederlandse Unie van Schadeverzekeraars er op dat het ongewenst is deze geneeskundige verklaringen van de huisarts te vragen, aangezien deze hierdoor in een positie kon worden gebracht, die niet strookt met een goede arts-patiëntrelatie. De huisarts zal immers in bepaalde gevallen, waarin objectief gezien geen grond is voor een verklaring dat de reis medisch gezien geannuleerd zou dienen te worden, de keuze hebben tussen een weigering of een bewilling. In het geval de behandelend arts weigert is de kans niet gering dat de aanvrager, zijn patiënt, deze opstelling niet begrijpt, in het andere geval dat hij op het verzoek ingaat werkt hij mee aan de afgifte van een niet (geheel) terechte verklaring om aldus de aanvrager aan niet gerechtvaardigde materiële voordelen te helpen.

Op grond van het bovenstaande heeft het bestuur van de Nederlandse Unie van Schadeverzekeraars haar leden de volgende procedure geadviseerd:

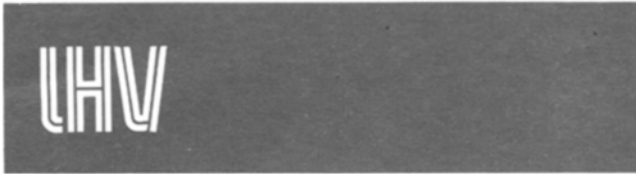
- in eerste instantie zal de maatschappij trachten te volstaan met de door de verzekerde zelf gegeven informatie;
- wanneer daartoe aanleiding bestaat zal worden getracht middels de buitendienst van de maatschappij aanvullende informatie te verkrijgen;
- een geneeskundig onderzoek tenslotte door een controlerend geneesheer, niet huisarts zijnde van de verzekerde, zal eerst dan geschieden wanneer de verkregen gegevens daartoe aanleiding geven.

Het bestuur van de Unie deed bij circulaire no. UL 77/64 dd. 21 november 1977 een dringend beroep op haar leden bovenstaande gedragslijn te volgen.

Op de behandelende artsen wordt eveneens een dringend verzoek gedaan in aansluiting op bovengenoemde gedragsregels geen geneeskundige verklaringen voor dit doel af te geven, zoals overigens reeds is aangegeven in het Besluit en Rapport inzake geneeskundige verklaringen onder B 9.

Dr. H. Roelink





## van het centraal bestuur

### Financiële jaarstukken

Verkort Jaarverslag van de penningmeester der Landelijke Huisartsen Vereniging over het verenigingsjaar 1977 met daarin opgenomen het jaarverslag van de secretaris-penningmeester van de Apotheekcommissie ten behoeve van de specifieke apotheehou-  
dende belangen.

#### 1. Inleiding

Ingevolge de reglementaire verplichtingen ex artikel 22 van het Huishoudelijk Reglement, leg ik hierbij rekening en verantwoording af van het door mij gevoerde financieel beheer in het verenigingsjaar 1977. Door de Nederlandse Accountants Maatschap is daartoe wederom de jaarrekening (zie bijlagen) gecontroleerd, de daarmee samenhangende accountantsverklaring moge u als bijlage I aantreffen.

#### II. Staat van Baten en Lasten van de Landelijke Huisartsen Vereniging 1977

Uit de vergelijking van de Staat van Baten en Lasten over 1977 met de begroting 1977 blijkt dat vóór reserveringen de werkelijkheid ca. (f 159.519,— -/- f 90.000,—) f 69.519,— gunstiger is dan begroot, afgezien van financiering uit het Fonds Diverse activiteiten.

De financiering ten laste van dit fonds (onderdeel van het vermogen) – en daarmee buiten de Staat van Baten en Lasten – bedroeg in 1977:

Structuurenquête 1976 .....	f 32.903,—
Kostenenquête .....	f 166.911,—
Onderzoek NHI 'vertrek huisarts' .....	f 75.728,—
SNH .....	f 38.641,—
	f 314.183,—

Indien géén reserves aanwezig waren geweest en deze activiteiten ten laste van de contributies gefinancierd hadden moeten worden was vóór reservering een tekort ontstaan van f 244.664,—. Voorgesteld wordt naast de in de begroting opgenomen f 100.000 reservevergroting nog een extra bedrag te reserveren van f 80.000,— ten behoeve van de aanschaf van een adresseermachine in 1978.

In de cijferopstelling is daarmee reeds rekening gehouden en ontstaat aldus een nadelig saldo van f 20.481,—

#### Ontwikkeling van de Staat van Baten en Lasten

in 1.000 gld	1973	1974	1975	1976	1977
totale inkomsten	2.239	2.299	2.844	2.984	3.044
totale uitgaven	-/-	1.670	2.046	2.033	2.493
saldo vóór reservering	569	353	811	491	160
reservering	-/-	200	15	90	100
extra reservering	-/-	—	—	—	80
saldo	+ 369	+ 338	+ 721	+ 401	-/-20

De volgende bemerkingen kunnen daarbij worden gemaakt ten aanzien van de inkomsten:

- in de jaren 1975, 1976 en 1977 is het maximum contributiebedrag gelijkgebleven;

- verschuiving in de contributieklassen leidende tot een relatief afnemend aantal volle contribuanten;
- afnemend van de organisatiegraad;
- toeneming van het vermogen zorgde voor extra rentebaten.

Vergelijking van de Lasten over 1977 met de lasten over 1976 en 1975 geeft het volgende overzicht (in 1.000 gld):

	begroting	1977	1976	1975	'77-'76	'76-'75
1. Vergaderlasten	316	362	302	223	60	79
2. Tegemoetkomingen	653	684	562	480	122	82
3. Bureaukosten: personeel	959	876	860	843	16	210
overige	187	219	193		26	
4. afdrachten KNMG	300	295	271	278	24	-/-8
5. overige lasten	574	372	245	151	127	94
6. contributies/bijdragen	60	76	60	58	16	2
	3.049	2.884	2.493	2.033	391	459

De verschillen in de lasten van 1977 en 1976 laten zich naast de verwachte prijsontwikkelingen verklaren door de volgende factoren:

- Uit de cijfers bij het jaarverslag van de secretaris moge duidelijk zijn dat het aantal vergaderingen in het betreffende verenigings- en boekjaar groot is geweest. Hiermee hangen samen de vergaderlasten als: zaalhuur, vervoer, vakantiegelden, consumpties.
- Afgeleid hangt hiermee samen dat meer en meer waarne-  
mingslasten worden gedeclareerd omdat blijkbaar de bereid-  
heid afneemt onderling waar te nemen ten behoeve van  
commissieleden en afgevaardigden.
- Toenemende produktie voor de LHV van vergaderstukken  
alsmede informatie aan de leden zowel qua aantal als qua  
omvang, zodat de porto-, fotocopieer- en papierlasten zijn  
toegenomen.

Toch mag geconcludeerd worden dat ten lange leste het resultaat 1977 ten naaste bij in overeenstemming was met de oorspronke-  
lijke begroting. Minder activiteiten zouden tot een beter financi-  
eel resultaat aanleiding zijn geweest. Daar echter geen winst  
wordt nagestreefd, maar veeleer getracht wordt het activiteiten-  
niveau te prognostiseren om zo de juiste contributiebijdrage vast  
te stellen, kan gesteld worden dat in 1977 het juiste contribu-  
tiebedrag is gehanteerd.

#### III. Staat van Baten en Lasten van de 'specifiek apotheehou- dende belangen'

Uit de vergelijking van de Staat van Baten en Lasten over 1977 met de begroting over 1977 blijkt dat de werkelijkheid in 1977 f 30.560,— gunstiger is.

#### Ontwikkeling van de Staat van Baten en Lasten der specifieke apotheehoudende belangen:

in 1.000 gld	1973	1974	1975	1976	1977
totale inkomsten	290	294	337	390	357
totale uitgaven	-/-	201	246	226	260
saldo vóór reservering	89	48	111	130	56
reservering	-/-	—	—	25	35
saldo			+ 86	+ 95	+ 31

Hierbij zijn de volgende opmerkingen te maken ten opzichte van 1976:

- de contributiebaton zijn ten opzichte van 1976 met f 50.500,— afgenomen door een contributiedaling van f 248,— (1976) naar f 212,— (1977), daarnaast zijn de rente-  
baten met f 16.835,— toegenomen, zodat per saldo een in-  
komstenverlaging te constateren is van f 33.665,—;
- de lasten zijn toegenomen door: een hogere bijdrage in de  
exploitatie van de Clanag, een hogere bijdrage in de Vademe-  
cumlasten.

Ten opzichte van de begroting blijken/blijkt:

- de baten f 37.061,— meer te bedragen (oorzaak rentevoordeel);
- de lasten f 6.501,— meer te bedragen (oorzaak: Vademecum);
- het overschot van f 30.560,— daarmee verklaard.

#### IV. Balans van de Landelijke Huisartsen Vereniging per 31-12-1977

##### A. Activa:

1. Effecten: 1976: f 2.414.600,— uitgeloot in 1977 .....	f 232.813,—	
+ aangekocht in 1977 .....	f 264.825,—	
+ koersverschil .....	f 15.050,—	
+ stockdividend Robeco .....	f 1.073,—	
1977 boekwaarde effecten .....		f 2.462.735,—
2. Deelneming OLMA: gestorte gedeelte in het waarborgkapitaal .....		f 56.000,—
3. Inventaris .....		f 1,—
4. Vooruit betaalde lasten, te vorderen van derden (w.o. contributies) 1976: f 210.956,— .....		f 289.877,—
5. Geldmiddelen:		
rek. courant KNMG .....	(76 f 292.249,—)	f 8.290,—
rekening Staal & Co .....	(76 f 4.824,—)	f 26.601,—
rekening Amro-Bank .....	(76 f 7.226,—)	f 35.793,—
6 1/2% deposito rek. Amro-Bank .....	(76 f 100.000,—)	f 140.000,—
		f 210.684,—
		f 3.019.297,—

##### B. Passiva:

I. Eigen Vermogen:		
Ultimo 1976 bedroeg het Eigen Vermogen f 2.544.025,—.		
Hierin hebben de volgende mutaties plaatsgevonden:		
a. toevoeging conform begroting 1977 .....		f 100.000,—
b. onttrekking t.g.v. Fonds diverse activiteiten (saldo '76) .....		f 401.452,—
c. onttrekking wegens nadelig saldo 1977 .....		f 20.481,—
zodat per saldo resteert f 2.222.092,—, hetgeen als volgt is opgebouwd:		
kapitaal + reserve .....		f 729.149,—
bestemmingsreserve OLMA .....		f 560.000,—
wachtingelidregeling .....		f 600.000,—
egalisatiecontributie .....		f 332.943,—
		f 1.492.943,—
		f 2.222.092,—
2. Bestemmingsfondsen:		
I. Ultimo 1976 waren de volgende bestemmingsfondsen aanwezig:		
- fonds financiering groepspraktijken .....		f 62.251,—
- fonds diverse activiteiten .....		f 269.367,—
		f 331.618,—
II. De volgende mutaties hebben plaatsgevonden in het Fonds diverse activiteiten:		
a. toevoeging voordelig saldo 1976 .....		f 401.452,—
b. onttrekking voor financiering in 1977 .....		f 314.183,—
zodat per saldo resteert .....		f 356.636,—
fonds financiering groepspraktijken .....		f 62.251,—
		f 418.887,—
III. Ingesteld werd een bestemmingsfonds aanschaf adresseermachine in 1978 ter grootte van f 80.000,—.		
De ledenvergadering zal hieraan zijn goedkeuring nog moeten hechten.		
3. Schulden op korte termijn: te betalen posten ('76 f 210.213,—) .....		f 298.318,—
In totaal wederom f 3.019.297,—.		

#### STAAT VAN BATEN EN LASTEN OVER 1977 LHV

BATEN	begroting '77		werkelijkheid '77		werkelijkheid '76	
		f		f		f
contributies	2.720.000		2.748.836		2.719.648	
intrest	230.000	2.950.000	256.788	3.005.624	264.712	2.984.360
onttrekking uit fonds diverse activiteiten		188.850		38.641		-
		3.138.850		3.044.265		2.984.360
LASTEN						
I Vergaderkosten:						
1.1 vervoer	80.000		126.727		97.716	
1.2 overige kosten	150.000		155.400		129.682	
1.3 buitenland (1977 inclusief contributie UEMO)	86.000	316.000	80.166	362.293	74.616	302.014
II tegemoetkomingen		653.000		684.294		561.808
III Bureaunkosten:						
3.1 salarissen	705.000		672.449		654.116	
3.2 sociale lasten	210.000		168.002		173.505	
3.3 reiskosten	44.000		36.196		32.043	
3.10 aanschaf en onderhoud inventaris, afschrijving	20.000		27.124		12.569	
3.11 kantoorbehoeften	35.000		23.449		48.117	
3.12 P.T.T.	80.000		98.926		84.060	
3.13 documentatie	10.000		20.946		10.282	
3.14 drukwerk	15.000		31.573		11.298	
3.15 vademecum	27.000				23.015	
3.16 diverse bureaunkosten	P.M.	1.146.000	16.787	1.095.452	4.048	1.053.053
IV Afdracht aan K.N.M.G.:						
4.1 aandeel administratiekosten	90.000		76.816		76.521	
4.2 aandeel computerkosten	25.000		33.853		18.149	
4.3 aandeel huisvestingskosten en huur vergaderruimten	65.000		67.044		63.260	
4.4 aandeel servicekosten	120.000	300.000	117.363	295.076	113.102	271.032
V Overige kosten:						
5.1 public relations	60.000		56.415		52.261	
5.2 onderzoeken en adviezen	100.000		109.498		92.573	
5.3 Stichting Nascholing Huisartsen	288.850		138.641		46.728	
5.4 diversen en onvoorzien	125.000	573.850	67.324	371.878	53.779	245.341
VI Contributies/bijdragen:						
6.1 contributie U.E.M.O. (1977 in kosten buitenland)	-				5.060	
6.2 fonds N.H.I.	60.000	60.000	75.753	75.753	54.600	59.660
Totaal lasten		3.048.850		2.884.746		2.492.908
		90.000		159.519		491.452
gereserveerd voor aanschaffing adresseermachine		-		80.000		
		90.000		79.519		
naar reserve		100.000		100.000		90.000
Saldo na toevoeging reserve		20.000		20.481		401.452

#### V Balans van de specifieke apotheekhoudende belangen

##### A. Activa:

1. Leningen: in de portefeuille van leningen (uitstaand geld) is in het verslagjaar geen wijziging gekomen .....		f 17.955,—	f 304.750,—
2. Effecten: 1976: f 384.620,— -/- uitgeloot in '77 .....		f 240.749,—	
+ aangekocht in '77 .....		f 199,—	
+ koersverschil .....			f 607.613,—
1977 boekwaarde effecten .....			f 33.277,—
3. Te vorderen van derden (w.o. contributies) ('76: f 52.668,—) .....		f 173.018,—	
4. Geldmiddelen: rek. courant KNMG .....	(76 f 221.605,—)	f 5.315,—	
banksaldi .....	(76 f 104.000,—)		f 178.333,—
			f 1.123.973,—

##### B. Passiva:

- Door toevoeging van het voordelig saldo 1976 (f 95.335,—) en de begrote reservering ad f 25.000,— aan de 'reserve financiering aanschaffingen 1974-1975' ontstaat een verschuiving in en een toename van het Eigen Vermogen dat thans als volgt is samengesteld:

	31-12-1976	31-12-1977
reserve obligatielening Clanag .....	f 150.000,—	f 150.000,—
reserve financiering aanschaffingen 1974 .....	f 270.000,—	f 270.000,—
reserve financiering aanschaffingen 1974-1975 .....	f 279.195,—	f 399.530,—
liquidatiereserve t.b.v. personeel .....	f 100.000,—	f 100.000,—
algemene reserve .....	f 170.000,—	f 170.000,—
voordelig saldo 1976/1977 .....	f 95.335,—	f 30.560,—
		f 1.064.530,—
2. Te betalen posten		f 1.120.090,—
		f 3.883,—
		f 1.123.973,—

Het Bestuurkorps beschikt over uitgebreidere informatie.

F. Pasdeloup, arts, penningmeester LHV.

Voor de gelden de specifieke apotheekhoudende belangen betreffende:

H. J. C. Leusink, arts, secretaris-penningmeester AC.

## BALANS PER 31 DECEMBER 1977 LHV

ACTIVA	31-12'77	31-12'76	PASSIVA	31-12'77	31-12'76
	f	f		f	f
Vastgelegde middelen:			Eigen vermogen:		
effecten	2.462.735	2.414.600	kapitaal	165.118	165.118
deelname O.L.M.A.	560.000	560.000	reserve inz. deelneming O.L.M.A.	560.000	560.000
Af: niet gestort 90%	304.000	304.000	reserve	584.512	484.512
inventaris en inrichting	1 2.518.736	1 2.470.601	nadelig saldo 1977 (1976 voordelig)	20.481	401.452
Vlottende middelen:			reserve wachtdregeeling	600.000	600.000
te vorderen contributies	43.775	46.670	reserve egalisatie contributie	332.943	2.222.092
vooruitbetaald en te vorderen	246.102	164.286	Bestemmingsfondsen:		
K.N.M.G. rekening-courant	8.290	292.249	fonds financiering groepspraktijken	62.251	62.251
	298.167	503.205	fonds diverse activiteiten	356.636	269.367
geldmiddelen	202.394	112.050	fonds aanschaffing adreseermachine	80.000	498.887
	3.019.297	3.085.856	Schulden op korte termijn:		
	=====	=====	te betalen posten	298.318	210.213
				3.019.297	3.085.856
				=====	=====

## BALANS PER 31 DECEMBER 1977 VAN DE APOTHEEK COMMISSIE

ACTIVA	31-12'77	31-12'76	PASSIVA	31-12'77	31-12'76
	f	f		f	f
Vastgelegde middelen:			Eigen vermogen:		
8½% lening Stichting Clanag	155.000	155.000	reserve obligatie lening Clanag	150.000	150.000
overige leningen	149.750	149.750	reserve financiering aanschaffingen 1974	270.000	270.000
effecten	607.613	384.620	reserve financiering aanschaffingen 1974 - 1975	399.530	279.195
Vlottende middelen:			liquidatiereserve t.b.v. personeel	100.000	100.000
Te vorderen:			algemene reserve	170.000	170.000
bijdragen	3.201	4.201	voordelig saldo 1977 (1976)	30.560	1.120.090
K.N.M.G.	173.018	221.605	Schulden op korte termijn:		
rente	30.076	27.034	rekening-courant Stichting Clanag	393	
Stichting Clanag	-	21.433	te betalen posten	3.490	3.883
geldmiddelen	5.315	104.000			3.113
	206.295	274.273			
	211.610	378.273			
	1.123.973	1.067.643			
	=====	=====			

## STAAT VAN BATEN EN LASTEN OVER 1977 VAN DE APOTHEEK COMMISSIE

BATEN	begroting '77	werkelijkheid '77	werkelijkheid '76
	f	f	f
bijdragen apothekhoudende artsen	270.000	274.752	325.252
rente	50.000	82.309	65.474
	320.000	357.061	390.726
LASTEN			
bijdrage exploitatie Clanag	285.000	285.000	252.752
bijdrage vademecum		15.786	11.507
kosten apothekcommissie	10.000	914	526
koerswinst effecten	295.000	199	301.501
Verschil baten min lasten	25.000	55.560	130.335
toevoeging aan reserve financiering	25.000	25.000	35.000
Voordelig saldo na toevoeging reserve	nihil	30.560	95.335
	=====	=====	=====

## GECOMBINEERDE BALANS PER 31 DECEMBER 1977 LHV en APOTHEEK COMMISSIE

ACTIVA	LHV	AC	31-12'77	31-12'76	PASSIVA	LHV	AC	31-12'77	31-12'76
	f	f	totaal	totaal		f	f	totaal	totaal
vastgelegde middelen	2.518.736	912.363	3.431.099	3.159.971	eigen vermogen	2.222.092	1.120.090	3.342.182	3.608.555
vorderingen	298.167	206.295	504.462	767.040	bestemmingsfondsen	498.887		498.887	331.618
geldmiddelen	202.394	5.315	207.709	216.050	schulden op korte termijn	298.318	3.883	302.201	202.888
	3.019.297	1.123.973	4.143.270	4.143.061		3.019.297	1.123.973	4.143.270	4.143.061
	=====	=====	=====	=====		=====	=====	=====	=====

## GECOMBINEERDE STAAT VAN BATEN EN LASTEN OVER 1977 LHV en APOTHEEK COMMISSIE

## Bijlage 5

	begroting '77	werkelijkheid '77			werkelijkheid
	<u>totaal</u>	<u>LHV</u>	<u>AC</u>	<u>totaal</u>	<u>'76 totaal</u>
	<u>f</u>	<u>f</u>	<u>f</u>	<u>f</u>	<u>f</u>
contributies/bijdragen	2.990.000	2.748.836	274.752	3.023.588	3.044.900
rente	280.000	256.788	82.309	339.097	330.186
onttrekking uit fonds	<u>188.850</u>	<u>38.641</u>	<u>-</u>	<u>38.641</u>	<u>-</u>
Totale baten	3.458.850	3.044.265	357.061	3.401.326	3.375.086
totale lasten	<u>3.343.850</u>	<u>2.884.746</u>	<u>301.501</u>	<u>3.186.247</u>	<u>2.753.299</u>
Saldo van baten en lasten	115.000	159.519	55.560	215.079	621.787
Gereserveerd voor aanschaffing adreseermachine		<u>80.000</u>		<u>80.000</u>	
		79.519		135.079	
begrote toevoeging reserves	<u>125.000</u>	<u>100.000</u>	<u>25.000</u>	<u>125.000</u>	<u>125.000</u>
Saldo	<u>10.000</u>	<u>20.481</u>	<u>30.560</u>	<u>10.079</u>	<u>496.787</u>

## Accountantsverklaring

Wij hebben de jaarrekening 1977 van de Landelijke Huisartsen Vereniging, waarin begrepen de jaarrekening 1977 van de Apotheek Commissie, gecontroleerd.

Op grond van dit onderzoek zijn wij van oordeel, dat de gecombineerde jaarrekening een getrouw beeld geeft van de grootte en de samenstelling van het vermogen van de LHV en AC op 31 december 1977 en van het resultaat over 1977.

Amsterdam, 23 maart 1978

Nederlandse Accountants Maatschap

Drs. P. P. M. van der Ree

## Nog te houden regionale LHV-bijeenkomsten

### maandag 22 mei

Leiden – Elisabeth Ziekenhuis, S. Smitweg, Leiderdorp, tel. 071-899250, aanvang 19.30 uur

Venlo – Restaurant Valuas, Urbanusweg 9-11, tel. 077-41141, aanvang 19.30 uur

Leeuwarden – Congrescentrum Harmonie, Ruiterskwartier 4, tel. 05100-39225, aanvang 19.30 uur

Maastricht – Maaspaviljoen, Maasboulevard, tel. 043-54361, aanvang 20.00 uur

### dinsdag 23 mei

Rotterdam – Restaurant Engels, Stationsplein 45, Rotterdam, tel. 010-119551, aanvang 19.30 uur

Arnhem – Musis Sacrum, Velperplein, tel. 085-423052, aanvang 19.30 uur

Bergen op Zoom – 'Den Hollandsche Tuyn', Huijbergsestraat 14, tel. 01640-34073, aanvang 19.30 uur

### woensdag 24 mei

Dordrecht – Gebouw 'Kunstmin', St. Jorisweg 76, tel. 078-36464, aanvang 19.30 uur

Eindhoven – Cocagne, Vestdijk 47, tel. 040-444755, aanvang 19.30 uur

Epe – Hotel-Restaurant 't Hof van Gelre', Hoofdstraat 46, tel. 05780-2232, aanvang 19.30 uur

Amersfoort – Berghotel, Utrechtseweg 225, tel. 033-16110, aanvang 19.30 uur

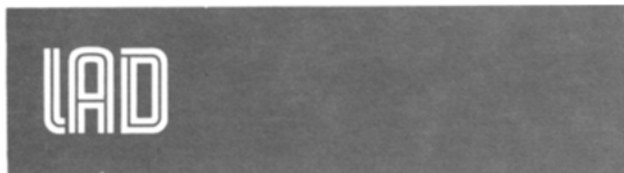
### donderdag 25 mei

Middelburg – Schouwburg, Molenwater 99, tel. 01180-25156, aanvang 19.30 uur

Utrecht – Jaarbeurs, Croeselaan 8, tel. 030-914914, aanvang 19.30 uur

Gouda – Ziekenhuis Bleuland, Bleulandweg 10, tel. 01820-19555, aanvang 19.30 uur

Groningen – Postiljon Motel Haren, Emmalaan 33, tel. 050-347041, aanvang 19.30 uur



### van het centraal bestuur

## Mededelingen n.a.v. de CB-vergadering dd. 23 februari 1978

### 1. Professioneel statuut verpleeghuisartsen

Naar aanleiding van een verzoek van de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuis Artsen zal het centraal bestuur een commissie instellen die zal worden belast met het opstellen van een professioneel statuut voor verpleeghuisartsen. Het statuut, waarvoor de CAO-Ziekenhuiswezen de kapstok vormt, zal in beginsel immateriële kwesties betreffende het functioneren als verpleeghuisarts gaan regelen.

### 2. Deelname assistent-geneeskundigen in PGGM

Het centraal bestuur pleegt met andere betrokken organisaties overleg over de problemen die zijn ontstaan door

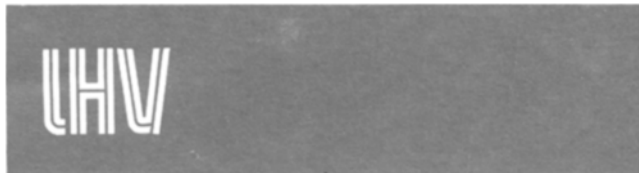
een besluit van het PGGM betreffende verplichte deelname van assistent-geneeskundigen. Ingestemd wordt met het advies van de Nationale Ziekenhuis Raad om de assistent-geneeskundigen – voorlopig – niet aan te melden bij het pensioenfonds. De assistent-geneeskundigen wordt aangeraden om zorg te dragen voor een vervangende pensioenregeling c.q. risicodekking.

### 3. Regeling-Klein

Aan de LAD-leden die werkzaam zijn in universitair verband en/of op de academische ziekenhuizen, wordt een circulaire verzonden. In deze circulaire wordt de stand van zaken rondom de regeling-Klein beschreven; tevens wordt een overzicht gegeven van de voor- en nadelen van een ambtelijke toelage en een niet-ambtelijke toelage. Een overdruk van deze circulaire kan door andere LAD-leden bij het bestuur worden aangevraagd.

### 4. Plaatselijke verenigingen van artsen in dienstverband

De nog bestaande plaatselijke verenigingen worden geëquipteerd over hun bestaan en de wenselijkheid over een al dan niet voortbestaan van de plaatselijke verenigingen. Het centraal bestuur is van mening dat de artsen in dienstverband zich beter plaatselijk in KNMG-verband (bijvoorbeeld bij 'regionalisatieproblematiek') kunnen organiseren.



## Wijziging lidmaatschapscriterium

Wijziging lidmaatschapscriterium LHV en in verband daarmee wijziging van relevante artikelen van het Huishoudelijk Reglement van de LHV

Huidige tekst	Alternatief Ia	Alternatief Ib
<i>Artikel 1</i>		
a. 'Maatschappij': de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst;	sub a tot en met sub j: ongewijzigd.	ongewijzigd
b. 'Hoofdbestuur': het Hoofdbestuur der Maatschappij;		
c. 'Maatschappij-districten': de districten der Maatschappij;		
d. 'Maatschappij-Afdelingen': de afdelingen (kringen) der Maatschappij;		
e. 'Vereniging': de Landelijke Huisartsen Vereniging, als bedoeld in artikel 2;		
f. 'Centraal Bestuur': het Centraal Bestuur der Vereniging als bedoeld in artikel 11;		
g. 'Verenigingsdistricten': de districten der Vereniging (samenvallende met de Maatschappij-districten), als bedoeld in art. 42;		
h. 'Afgevaardigden': de afgevaardigden der Verenigingsdistricten ter ledenvergadering, als bedoeld in artikel 29;		
i. 'LSV': de Landelijke Specialisten Vereniging;		
j. 'LAD': de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband.		
	k. 'Huisarts': de arts die gewoon lid is van de Maatschappij die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen en die als huisarts functioneert.	
<i>Artikel 6</i>		
(1) Leden der Vereniging zijn alle artsen in Nederland, die gewoon lid der Maatschappij zijn en als huisarts particuliere en/of ziekenfondspraktijk uitoefenen, met uitzondering van degenen, die schriftelijk aan het Centraal Bestuur te kennen hebben gegeven, geen lid der Vereniging te willen zijn. Bij twijfel of een gewoon lid van de Maatschappij beantwoordt aan de in dit artikel voor het lidmaatschap der Vereniging gestelde eisen, beslist het Hoofdbestuur.	Lid 1. Leden der Vereniging zijn alle huisartsen in Nederland, met uitzondering van degenen, die schriftelijk aan het Centraal Bestuur te kennen hebben gegeven, geen lid der Vereniging te willen zijn. Bij twijfel of een gewoon lid der Maatschappij beantwoordt aan de in dit Huishoudelijk Reglement voor het lidmaatschap der Vereniging gestelde eisen, beslist het Hoofdbestuur.	Lid 1. Leden der Vereniging zijn alle artsen in Nederland die gewoon lid zijn van de Maatschappij, die ingeschreven zijn in het register van erkende huisartsen en die als huisarts functioneren, met uitzondering van degenen die schriftelijk aan het Centraal Bestuur te kennen hebben gegeven geen lid der Vereniging te willen zijn. Bij twijfel of een gewoon lid der Maatschappij beantwoordt aan de in dit artikel voor het lidmaatschap der Vereniging gestelde eisen beslist het Hoofdbestuur.
(2) De ledenvergadering kan bepaalde leden der Vereniging benoemen tot ere-lid der LHV.  De voordracht tot deze benoeming gaat uit van het Centraal Bestuur, één of meer districtsbesturen, of tenminste 50 leden der	Lid 2. (ongewijzigd)	Lid 2. (ongewijzigd)

Huidige tekst	Alternatief Ia	Alternatief Ib
Vereniging. Het voorstel tot benoeming van een erelid is aangenomen, wanneer tenminste driekwart der uitgebrachte stemmen zich daarvoor heeft verklaard. Ereleden hebben desverlangd toegang tot alle ledenvergaderingen en vergaderingen van het Centraal Bestuur der LHV. Zij dienen het Centraal Bestuur en/of de ledenvergadering desgevraagd van advies. Zij zijn vrijgesteld van contributiebetaling. Zij ontvangen ten bewijze van hun erelidmaatschap een oorkonde, bevattende de inhoud en datum van het besluit der ledenvergadering, welke hen als zodanig heeft benoemd.		
(3) Het Centraal Bestuur kan bepaalde artsen in Nederland, die lid zijn van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, doch die krachtens lid I niet voor het lidmaatschap van de Vereniging in aanmerking kunnen worden gebracht, in verband met hun functie, benoemen tot buitengewoon lid der Vereniging. Het voorstel tot benoeming van een buitengewoon lid is aangenomen, wanneer tenminste driekwart der uitgebrachte stemmen van de bestuursleden zich daarvoor heeft verklaard. Buitengewone leden hebben als toehoorders toegang tot alle ledenvergaderingen.	Lid 3. (ongewijzigd)	Lid 3. (ongewijzigd)

Huidige tekst	Alternatief IIa	Alternatief IIb
(4) Kandidaat-leden der vereniging zijn alle artsen in Nederland die lid zijn van de KNMG en die: a. de specifieke beroepsopleiding tot huisarts volgen; of b. als assistent in een huisartsenpraktijk werkzaam zijn, anders dan in dienstverband; of c. in het register van erkende huisartsen zijn ingeschreven en krachtens lid 1 en lid 3 van dit artikel niet voor het gewoon of het buitengewoon lidmaatschap van de vereniging in aanmerking komen, doch die gezien de aard van hun werkzaamheden door het Centraal Bestuur als zodanig kunnen worden aanvaard. Kandidaat-leden hebben als toehoorders toegang tot alle ledenvergaderingen.	Lid 4. Kandidaat-leden der Vereniging zijn alle artsen in Nederland, die gewoon lid der Maatschappij zijn en die de specifieke beroepsopleiding tot huisarts volgen. Kandidaat-leden hebben als toehoorders toegang tot alle ledenvergaderingen.	Lid 4. Kandidaat-leden der Vereniging zijn alle artsen in Nederland, die gewoon lid der Maatschappij zijn, en: a. die de specifieke beroepsopleiding tot huisarts volgen; en in afwijking van het gestelde in lid 1: b. die als assistent in een huisartsenpraktijk werkzaam zijn; of c. die in het register van erkende huisartsen zijn ingeschreven en waarnemend huisartsen zijn. Kandidaat-leden hebben als toehoorders toegang tot alle ledenvergaderingen.

### Toelichting

#### **Invoering dubbelcriterium LHV – LAD De LHV open voor huisartsen in dienstverband**

Op grond van de huidige bepalingen in het Huishoudelijk Reglement van de KNMG, is ieder lid van de Maatschap-

pij, dat beantwoordt aan eisen, welke in de respectievelijke Huishoudelijke Reglementen van de Maatschappelijke Verenigingen voor het lidmaatschap van die vereniging worden gesteld, tevens lid van die Maatschappelijke Vereniging.

Tot op heden waren de KNMG-leden van de LAD, en waren alle andere huisartsen automatisch lid van de



LHV. De huidige groepering van de leden van de KNMG geschiedt dus op financiële basis. Dit blijkt uit o.a. het huidige artikel 6 lid 1 van de HR van de LHV: het criterium is het als huisarts particuliere en of ziekenfondspraktijk uitoefenen (op eigen naam declareren en of als medewerker aan een ziekenfonds verbonden zijn en dus rechtstreeks door het ziekenfonds gehonoreerd worden). Is er sprake van een of andere vorm van dienstverband, geheel of deels, dan is men lid van de LAD.

De laatste jaren wordt een toenemende bereidheid onder huisartsen geconstateerd om in dienstverband te werken. Zij worden dan automatisch lid van de LAD. Veel huisartsen in dienstverband kunnen zich daarmee niet verenigen, omdat zij menen primair als huisarts te functioneren. Hoewel de groep huisartsen in dienstverband werkzaam in een gezondheidscentrum, nog niet groot is (momenteel ca. 225), zal deze in de nabije toekomst zonder twijfel toenemen. Daarnaast is er een aantal huisartsen dat de BV-constructie gekozen heeft. Ook zij werken geheel in dienstverband.

Gezien de verzoeken vanuit de ledenvergadering en van de niet bij de LHV maar alleen bij de LAD aangesloten huisartsen, is aan de ledenvergadering in januari 1978 toegezegd dat de reglementswijziging waardoor het dubbelcriterium mogelijk wordt op 2 juni aan de ledenvergadering zou worden aangeboden.

Het Centraal Bestuur is van oordeel dat, indien bij een uitgangspunt voor een organisatie van huisartsen (het bijeenbrengen en bijeenhouden van beroepsgenoten) de wijze van functioneren als leidraad wordt genomen en niet de wijze van betaling voor de werkzaamheden, een Maatschappelijke Vereniging voor huisartsen kan bestaan uit leden die zowel in als buiten het vrije beroep hun functie uitoefenen.

In overeenstemming met zijn eerdere toezeggingen aan de ledenvergadering heeft het Centraal Bestuur gemeend de ledenvergadering enige alternatieve mogelijkheden voor een reglementswijziging voor te leggen.

### Lidmaatschapscriterium

In *alternatief 1a* is onder de begripsbepalingen van artikel 1 een aparte omschrijving van het begrip 'huisarts' opgenomen, zoals dat in dit HR moet worden verstaan. Daarbij is bewust gekozen voor en inschrijving bij de HRC en als huisarts functioneren. Het CB meent dat alleen die huisartsen lid kunnen zijn, die volgens de maatstaven van de Huisarts Registratie Commissie als zodanig aangemerkt kunnen worden.

Dit betekent dat twee categorieën huisartsen geen lid van de LHV kunnen zijn:

1. huisartsen die zich nog niet bij de HRC hebben laten inschrijven;
2. verpleeghuisartsen die alleen categorale groepen patiënten behandelen en die niet meer in het register van erkende huisartsen staan ingeschreven.

Indien een aparte omschrijving van het begrip 'huisarts' wordt gekozen, dient artikel 6 lid 1 te worden aangepast, zoals is geschied in alternatief 1a.

*Alternatief 1b.* Bij de in alternatief 1a voorgestelde systematiek bestaat het gevaar dat artikel 6 lid 1 niet in samenhang met artikel 1 onder k wordt gehanteerd. De

indruk zou dan kunnen ontstaan dat alle huisartsen in Nederland zonder meer lid van de LHV zijn. Daarom verdient het wellicht de voorkeur een aparte begripsomschrijving weg te laten en artikel 6 lid 1 te formuleren, zoals verwoord in alternatief 1b.

### Wie worden nieuwe leden van de LHV?

Indien de ledenvergadering kiest voor het functionele lidmaatschapscriterium krijgt de LHV er vijf categorieën nieuwe leden bij:

1. huisartsen werkzaam in bijvoorbeeld gezondheidscentra;
2. huisartsen werkzaam in verpleeginrichtingen, voor zover zij algemeen huisartsenwerk doen en dus bij de HRC zijn en blijven ingeschreven;
3. huisartsen als assistent in dienstverband werkzaam bij een andere huisarts;
4. huisartsen als assistent anders dan in dienstverband werkzaam bij een andere huisarts;
5. waarnemend huisartsen, indien zij zijn ingeschreven in het register van erkende huisartsen.

*Alternatief 1Ia.* De twee laatstgenoemde categorieën zijn op grond van het huidige artikel 6 lid 4 nog kandidaat-leden. Daar zij echter niet en gewoon lid en kandidaat-lid kunnen zijn, zou artikel 6 lid 4 kunnen luiden zoals voorgesteld in alternatief 1Ia.

*Alternatief 1Ib.* Assistenten en waarnemers blijven kandidaat-leden.

In 1977 is door de ledenvergadering gekozen voor het invoeren van het zogeheten kandidaat-lidmaatschap van:

– *Assistenten in een huisartsenpraktijk, anders dan in dienstverband*, omdat zij toen nog niet als huisarts particuliere en/of ziekenfondspraktijk uitoefenden en het er naar uit zag, dat hun aspirant-lidmaatschap toch na 1 of 2 jaar zou overgaan in een gewoon lidmaatschap. Daarnaast speelde mee, dat deze categorie huisartsen feitelijk nog niet geheel zelfstandig praktizeert, maar altijd onder administratief toezicht van (de) andere huisarts(en). Dit laatste geldt nog onverkort en geldt tevens voor de assistent wel in dienstverband. Hier komt nog bij, dat als de LHV assistenten zonder meer als leden accepteert, zij in feite sanctioneert wat in de KNMG-gedragsregels als onjuist wordt beschouwd: samenwerkingsvormen waarbij een arts tegen vergoeding voor een langere termijn in de praktijk van een collega werkzaam is.

– *Waarnemers.* Met veel minder zekerheid dan bij artsen in opleiding tot huisarts of bij assistenten valt te voorspellen of zij zich inderdaad als huisarts zullen vestigen; zij hebben echter in elk geval de beroepsopleiding gevolgd en doen ook feitelijk huisartsenwerk. Daarnaast is geheel onbekend of zij al dan niet continu als huisarts functioneren.

Indien de ledenvergadering derhalve van mening mocht zijn, dat deze twee categorieën artsen (assistenten, al dan niet in dienstverband, en waarnemers, ondanks het feit dat zij voldoen aan het voorgestelde lidmaatschapscriterium) toch gezien de aard van hun werkzaamheden, niet als volwaardig functionerende huisartsen kunnen worden gezien, zou art. 6 lid 4 dienen te luiden zoals verwoord in alternatief 1Ib.

## Advies Centraal Bestuur

Het Centraal Bestuur adviseert de ledenvergadering om te kiezen voor:

- a. een opnemen van alle vereisten voor het lidmaatschap in artikel 6 lid 1 van het HR;
- b. het kandidaat-lidmaatschap van assistenten, al of niet in dienstverband werkzaam, en van waarnemend huisartsen, omdat het meent dat de argumenten voor het instellen van het kandidaat-lidmaatschap voor deze categorieën artsen nog onverkort gelden.

Het Centraal Bestuur legt de ledenvergadering dan ook de suggestie voor om te kiezen voor de alternatieven Ib en Iib.

Tevens is van de gelegenheid gebruik gemaakt om de huidige tekst van artikel 6 lid 4 onder c te verduidelijken: het gaat hier om waarnemend huisartsen.

Tevens adviseert het CB de ledenvergadering om de invoering van het dubbelcriterium gepaard te laten gaan aan een proefperiode van 2 jaren. Gedurende deze periode kan worden gezien of het dubbelcriterium in de praktijk goed hanteerbaar is of niet: de functionele belangenbehartiging van huisartsen in dienstverband door de LHV, hun materiële belangenbehartiging door de LAD.

Tenslotte stelt het CB de ledenvergadering voor om de onderhavige reglementswijziging in verband met administratieve problemen op 1.1.1979 te laten ingaan.

## Gevolgen voor de contributieheffing

Indien een huisarts in dienstverband werkzaam is, dient hij bij de invoering van het dubbelcriterium zowel aan de LHV als aan de LAD contributie te betalen. In de huidige contributieregeling van de KNMG is dit gemaximeerd; bij lidmaatschap van meer dan één Maatschappelijke Vereniging betaalt men nooit meer dan de maximale contributie van de Vereniging met de hoogste contributie. Dat is nu de LHV.

Het CB acht het onwenselijk dat huisartsen in dienstverband reeds gedurende de proefperiode met een aanzienlijke contributieverhoging worden geconfronteerd. Momenteel is de LHV-contributie bijna 3× de LAD-contributie. Het CB der LHV is met het CB der LAD van mening dat gedurende de proefperiode een extra LHV-contributie van f 25,— voor huisartsen in dienstverband redelijk is.

Daarbij is aansluiting gezocht bij de huidige contributie van kandidaat-leden, groot f 25,—. Daarna moet worden gestreefd naar betaling van de contributie van de Vereniging met de hoogste contributie.

Indien de ledenvergadering kiest voor het gewoon lidmaatschap van assistenten niet in dienstverband, en van waarnemend huisartsen, dient voor deze categorieën leden een aparte contributiehoogte te worden bepaald, omdat de normale LHV-contributie voor hen een te zware last zou betekenen. Immers, in de opbouw van het waarneemtariëf (en dus ook in het daarvan afgeleide assistent-honorarium is met de zogenaamde oriëntatiekosten geen rekening gehouden.

Het Centraal Bestuur meent dat assistenties in het merendeel der gevallen alleen voorkomen in het kader van 'proefassociaties' en in die gevallen, waarin een arts tijdelijk in afwachting van het vinden van een praktijk assisteert. Om deze redenen adviseert het Centraal Bestuur voor deze assistenten niet in dienstverband (gewoon lid) een contributie van f 25,—.

Van waarnemend huisartsen is geheel onbekend of zij al dan niet continu als huisarts functioneren. Hun inkomen als huisarts is dan ook onbekend. Daarom stelt het Centraal bestuur de ledenvergadering dan ook een contributie van f 25,— voor voor waarnemend huisartsen gewoon lid.

Bij de aanvaarding van alternatief IIa zou de LHV 6 verschillende contributiesoorten krijgen:

1. van gewone leden, 2. van buitengewone leden, 3. van kandidaat-leden, 4. extra LHV-contributie voor huisartsen in dienstverband, 5. aparte contributie voor assistenten, niet in loondienst, 6. aparte contributie voor waarnemend huisartsen.

Mede in verband met de grote administratieve problemen, die met een dergelijke gedifferentieerde contributiebetalings gepaard gaan, adviseert het Centraal Bestuur de ledenvergadering om alternatief Iib te kiezen. (Assistenten, niet in dienstverband en waarnemend huisartsen blijven kandidaat-lid; assistenten werkzaam in dienstverband worden kandidaat-lid). De contributie van deze categorieën is dan die van de kandidaat-leden: f 25,—.

De LHV kent dan nog 4 contributiesoorten: 1. voor gewone leden, 2. voor buitengewone leden, 3. voor kandidaat-leden, 4. extra LHV-contributie voor huisartsen, werkzaam in dienstverband, anders dan bij een andere huisarts.

## INHOUD OFFICIEEL

KNMG, van het hoofdbestuur:	
Inzage van röntgenfoto's door ongevalsverzekeringsgeneeskundigen .....	624
Het afgeven van geneeskundige verklaringen .....	624
LHV, van het centraal bestuur:	
Financiële jaarstukken .....	626
Nog te houden regionale LHV-bijeenkomsten .....	628
Wijziging lidmaatschaps criterium .....	632
LAD, van het centraal bestuur:	
Mededelingen n.a.v. CB-vergadering dd. 23 februari 1978 .....	628

Nr. 20 - 19 mei 1978