medisch contact

Nr. 25 – 18 juni 1976

redactioneel

In dit nummer:

- **De discussienota 'De plaats van de medicus in het eerste echelon' en de reacties van verzekeringsgeneeskundige zijde op enkele passages hieruit hebben volgens de chef van de medische dienst van Shell, L. de Boer, weer eens onderstreept hoe onbevredigend voor alle betrokkenen de situatie ten aanzien van de ziektewetcontrole is. Het is volgens hem hoog tijd om tot een geheel ander systeem te komen: afschaffing medische ziektewetcontrole.**

- **Mevrouw C. A. M. Wennen-van der Meij in internationaal perspectief over de westerse zuigelingenvoeding in de derde wereld: naar aanleiding van de komende slotzitting van het proces dat Nestlé als verkoper van melkpoeder in de derde wereld heeft aangespannen tegen een Zwitserse werkgroep die de beschuldiging 'Nestlé tötet Babies' heeft geuit, behandelt zij het probleem van de verdringing van borstvoeding waarbij bepaalde reclamepraktijken een grote rol spelen.**

- **Het tweede deel in de serie 'Sociale wetenschappen en geneeskunde', resultaat van drie conferenties, opgetekend door de psycholoog Drs. Kwee S. K. en de socioloog Drs. H. ten Kroode.**

- **Een verslag van de ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging die zich heeft gebogen over het door het centraal bestuur gevoerde en te voeren beleid met betrekking tot enkele actuele vraagstukken waarmee de Nederlandse huisartsen zijn geconfronteerd.**



Uit de boekerij der K.N.M.G.
Gedrukte titel: Specilegium anatomicum continens observationum anatomicarum rariorum centuriam unam. Amstelodami, Andr. Frisius, 1690. Th. Kerckring (Hamburg 1640, tot 1675 in Amsterdam, gest. Hamburg 1693) beschreef o.a. de foetale osteogenese en de plicae circulares van het ileum.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven aan de redactie 798
Inzenders: W. J. Hardeman met een naschrift van G. J. van Tongeren, L. Wouters.

Afschaffing medische ziektewetcontrole, door *L. de Boer* 801

Westerse zuigelingenvoeding in de derde wereld, door *mevrouw C. A. M. Wennen-van der Meij* 803

Sociale wetenschappen en geneeskunde (II), door *Drs. H. ten Kroode en Drs. Kwee S. K.* 806

'Te gek om vast te zitten' 812

Geneesmiddelenvoorziening ter discussie 813

Geen wetenschappelijk onderwijs in de verpleegkunde 814

Ledenvergadering der L.H.V. 815

OFFICIEEL 819

Inhoudsopgave officieel 828

MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

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

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

Uitgeverij

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

Abonnementen

Voor niet-leden van de K.N.M.G. *f* 69,—; buitenland *f* 80,—; losse nummers *f* 2,— (exclusief BTW). Opgave van abonnementen uitsluitend bij de uitgever.

Advertenties

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

Adreswijziging

Leden der K.N.M.G. uitsluitend aan de afdeling Ledenregister der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht. Niet-leden uitsluitend aan de uitgever.

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.

Brieven

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

P.A.A.Z.'EN

Het artikel van Drs. G. J. van Tongeren[1] beoogt aanvankelijk 'een analyse te geven van standpunten, visies, officiële vuistregels en richtlijnen' ten aanzien van de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (P.A.A.Z.'en). Het eindigt echter, nadat de schrijver op selectieve wijze een aantal nota's en artikelen heeft aangehaald, met de aanbeveling de ontwikkeling van P.A.A.Z.'en stop te zetten en 'investeringen, aandacht, mankracht en middelen op de ontwikkeling van psychiatrische inrichtingen, te richten. Van Tongeren baseert deze conclusie op drie veronderstellingen:

1. Het is moeilijk staande te houden, 'dat de P.A.A.Z. een complementaire functie vervult ten opzichte van de observatie- en kortdurende behandelingsfunctie van het psychiatrisch ziekenhuis'.
2. Het is niet aantoonbaar, 'dat een bepaalde categorie patiënten wel in de P.A.A.Z. en absoluut niet in de psychiatrische inrichting kan worden opgenomen'.
3. Het is moeilijk bewijsbaar, 'dat de investeringen in de P.A.A.Z. zoveel nuttiger en doelmatiger zijn dan dezelfde investeringen in psychiatrische inrichtingen.'

De commissie beroepsuitoefening van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, waarin zowel psychiaters met een werkkring op een P.A.A.Z. als psychiaters verbonden aan een psychiatrisch ziekenhuis vertegenwoordigd zijn, acht de door Van Tongeren gedane aanbeveling schadelijk voor de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg. De door hem gevolgde werkwijze is onjuist. Als voorbeeld diene zijn bespreking van het argument, dat opneming op een P.A.A.Z. minder stigmatiserend zou zijn dan opneming in een psychiatrisch ziekenhuis. Dit argument wordt onder 'Standpunten van algemene ziekenhuizen' nog betrekkelijk bescheiden beschreven. In de 'Conclusie' noemt Van Tongeren het 'een van de belangrijkste argumenten vóór de P.A.A.Z.' en valt het vervolgens met heilige verontwaardiging aan. Om de tegenstelling voor de lezer wat aan te dikken gebruikt hij trouwens bij voorkeur de term 'inrichting' als hij over psychiatrische ziekenhuizen schrijft.
Twee weken voor Van Tongeren schreven Abraham en Gunning[2] in dit tijdschrift over de overeenkomsten en verschillen tussen P.A.A.Z.'en en psychiatrische ziekenhuizen. Zij raadpleegden dezelfde nota's en artikelen die Van Tongeren noemt en vermeldden bovendien zes artikelen over P.A.A.Z.'en en consultatieve psychiatrie die hij niet noemt. Slechts de artikelen van Buis, Trimbos en Van Tongeren – dat nog verschijnen moet – ontbreken in hun literatuuroverzicht.
Zij lazen niet alleen minder eenzijdig, maar trachtten ook met behulp van een enquête een indruk te krijgen van wat er nu werkelijk gebeurt. Uit hun samenvatting citeer ik: 'De psychiatrische afdeling van het algemeen ziekenhuis is bij uitstek geschikt als acute opname-afdeling voor ernstig psychisch gedesintegreerde patiënten. Op deze afdeling kunnen ook patiënten worden opgenomen die behalve een somatische behandeling een intensieve psychosociale begeleiding behoeven. Voor het vestigen van een afdeling voor klinische psychotherapie is het algemeen ziekenhuis minder geschikt. Langdurige verpleging en verzorging horen niet thuis in het algemeen ziekenhuis, waar de werk- en leefsituatie op overwegend korte behandelingen is ingesteld.'
Abraham en Gunning rekenen af met het stigmatisatieargument: opnemingen op een P.A.A.Z. kunnen even veel of even weinig stigmatiserend zijn als opnemingen in een psychiatrisch ziekenhuis. Zij wijzen op de grote voordelen die het heeft als een psychiater in een algemeen ziekenhuis niet slechts is opgenomen in de specialistenstaf met een adviserende stem in het beleid, zoals Van Tongeren bepleit, maar over een eigen afdeling beschikt. Het gaat hierbij niet alleen om de intercollegiale samenwerking – men denke bijvoorbeeld aan de behandeling van psychosomatische ziekten en aan de problemen der intercollegiale toetsing – maar ook om samenwerking met de verpleegkundigen.
Het verbaast ons dat Van Tongeren in tabel 1. tot een aantal P.A.A.Z.'en van 64 komt, terwijl Abraham en Gunning er slechts 34 telden. Misschien verklaart dat Van Tongerens afwijzing van de verdere ontwikkeling van P.A.A.Z.'en. Of was zijn artikel meer een staaltje van de in zijn inleiding beschreven neiging van de overheid om 'een scheiding der geesten in het omvattende veld van de gezondheidszorg' tot stand te brengen?

Utrecht, 15 mei 1976

Namens de commissie beroepsuitoefening
van de Nederlandse Vereniging
voor Psychiatrie,

W. J. Hardeman, voorzitter

1. Van Tongeren, G. J., 1976, De ambivalente positie van psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, M.C. jaargang 31, nr. 19, p. 587-591.
2. Abraham, R. E. en W. B. Gunning, 1976, De regionale psychiatrische kliniek en de psychiatrische afdeling van het algemeen ziekenhuis, M.C. jaargang 31, nr. 17, p. 513-519.

Zie voor een naschrift van G. J. v. Tongeren blz. 800.

PENDEL

De resolutie aangenomen door de ledenvergadering van de Landelijke Specialisten Vereniging op 15 mei jl. over het voornemen van de minister van Economische Zaken om de aan de particuliere tarieven verbonden pendel af te schaffen laat aan duidelijkheid niets te wensen over. De pendel – een verhoging of verlaging van een vastgesteld particulier tarief met 15% – geeft de specialist de mogelijkheid een bepaalde tariefrichtlijn aan te passen aan de meerdere of mindere werkzaamheden die een bepaalde handeling afhankelijk van de omstandigheden vereist. De ene patiënt laat zich makkelijker behandelen dan de andere, een appendectomie kan een kwartier duren maar ook twee uur. Bovendien bestaan er voor een aantal specialismen gedifferentieerde tariefrichtlijnen die reeds enige rekening houden met mogelijke variaties van een behandeling. In het laatste geval zal de pendel minder vaak worden gebruikt.

Het gebruik van de pendel blijkt landelijk bezien ongeveer neer te komen op de in de richtlijnen particuliere honoraria genoemde bedragen. Macro-economisch zal de afschaffing van de pendel nauwelijks iets opleveren, maar deze geeft juist dat stukje vrijheid en verantwoordelijkheid aan de specialist, namelijk om een relatie te leggen tussen inspanning en beloning, dat hem zeer dierbaar is. Opheffing van de pendel betekent een beperking van die vrijheid en verantwoordelijkheid zonder dat hier een economische noodzaak tegenover staat. Opheffing van de pendel betekent tevens – maar dat is voor de buitenstaander moeilijk te begrijpen – een stukje depersonalisering van de arts-patiëntverhouding. Gedwongen opheffing van de pendel moge politiek aantrekkelijk zijn, zij is tegenover de specialisten een psychologische blunder. Zij versterkt de gedachte die – overigens ten onrechte – bij vele specialisten leeft, dat de specialisten in de hoek zitten waar de klappen vallen. De overheid behoort vrijheid en verantwoordelijkheid, daar waar ze goed worden gebruikt, te stimuleren c.q. intact te laten.

COMMISSIE-BECHT

Verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg is voor de commissie-Becht maar een moeilijk hanteerbaar begrip. Een uitgebreide bureaucratische controle wordt noodzakelijk geacht met een argumentatie die er in feite van uitgaat dat men bij de betrokkenen geen verantwoordelijkheid voor eigen handelen mag veronderstellen. Ziekenfondsen zijn onbetrouwbaar voor zover het controle betreft, omdat er medewerkers in de besturen zitten. Het is dezelfde soort redenering die tegen de medische tuchtcolleges wordt aangevoerd; daar houden die artsen elkaar maar de hand boven het hoofd. Insiders weten wel beter.

Opheffing van de pendel betekent een stukje depersonalisering van de arts-patiëntverhouding

De commissie-Becht heeft het wel over de verantwoordelijkheid van de medische professie, maar het lijkt er meer op dat hiermede bedoeld is de zwarte Piet de medewerkers in de hand te spelen. Zo wordt gesproken over maximalisering – kennelijk wordt hier gedoeld op mogelijk te uitvoerige of overbodige onderzoekingen en behandelingen. Het zou de commissie bekend moeten zijn, dat dit niet alleen een verantwoordelijkheid van de arts is maar eveneens van de patiënt. De eis tot het instellen van een luchtbrug zegt in deze genoeg.

De zwarte Piet ligt misschien het duidelijkst in het voorstel van de commissie omtrent de geneesmiddelenvoorziening. De voorschrijvende medicus moet worden verplicht zich te beperken tot de geneesmiddelen genoemd in de Regeling en Klapper. Laten wij vooraf duidelijk stellen dat de daarin genoemde preparaten in het algemeen voldoende ruimte laten voor een adequate medicamenteuze behandeling van iedere patiënt. Maar waarom dan niet duidelijk te stellen dat een verzekerde slechts recht heeft op deze medicamenten en dat andere preparaten niet voor rekening van het ziekenfonds kunnen worden verstrekt? De arts is dan vrij in zijn voorschrijven; de patiënt is vrij om ook andere preparaten te slikken, zij het tegen betaling. Dit legt de verantwoordelijkheden bij arts én patiënt, in tegenstelling tot het opleggen van een verbod aan artsen om andere medicamenten voor te schrijven dan genoemd in de Regeling en Klapper.

WAARNEMING

De vakantieperiode staat weer voor de deur. Veel artsen zullen voor hun vakantie zijn aangewezen op waarnemers, terwijl anderen juist hulp moeten hebben om de extra drukte van kampeerders en andere vakantiegangers op te vangen. Het aanbod van artsen voor waarneming en assistentie kan momenteel de vraag juist bijhouden, maar de top moet nog komen. Aanmelding van jonge artsen bij het bureau Waarneming en Vestiging is daarom dringend gewenst.

B.

Naschrift

Door de gechargeerde uitdrukkingen en de insinueringen in de bovenstaande brief te negeren kan ik mij beperken tot commentaar op de volgende zakelijke aspecten van de brief.

1. Abraham en Gunning hebben aan hun artikel een lijst geraadpleegde literatuur toegevoegd zonder daarbij door middel van voetnoten te verwijzen naar één of meer van de genoemde auteurs. Ik heb slechts de literatuur genoemd waaruit is geciteerd.

2. De door mij geciteerde artikelen en nota's zijn op de volgende wijze te kwalificeren; vier maal is sprake van een positief standpunt ten aanzien van de P.A.A.Z.-ontwikkeling, acht maal is sprake van een neutraal-beschrijvende opzet en slechts één maal kan gesproken worden van een gematigd negatieve houding ten opzichte van de P.A.A.Z. Het argument dat ik eenzijdig gelezen zou hebben lijkt mij dan ook niet houdbaar.

3. Het is een goed gebruik om bij het presenteren van kwantitatieve gegevens peildatum en bronvermelding expliciet aan te geven. Bij nauwkeurige lezing van zowel het artikel van Abraham en Gunning als van mijn artikel had de geachte briefschrijver ontdekt dat voornoemde auteurs zich beperkten tot de P.A.A.Z.'en aangewezen ex art. 7 K.Z. wet en/of erkend ex art. 8 A.W.B.Z., terwijl mijn gegevens betrekking hebben op functionerende P.A.A.Z.'en. Dat niet elke functionerende P.A.A.Z. ook erkend is als zodanig zal de briefschrijver bekend zijn.

4. De kritische houding waarmee mijn artikel is beoordeeld ontbreekt helaas bij de beschouwing van het artikel van Abraham en Gunning.
- Er zijn vele methodologische vragen te stellen bij de door Abraham en Gunning uitgevoerde telefonische enquête.
- Statistische toetsing van de resultaten is onmogelijk wanneer het algemeen overzicht is gebaseerd op vertrouwelijk ter beschikking gestelde gegevens.
- Het doet enigszins naïef aan te stellen dat Abraham en Gunning door middel van hun artikel afrekenen met het stigmatisatieargument.
- De geciteerde passage uit het artikel zou kunnen worden aangevuld met de volgende passage uit de conclusie van hetzelfde artikel: 'De taak van de regionale psychiatrische kliniek is het behandelen van patiënten met een ernstige desintegratietoestand op een zogeheten acute opname-afdeling'. Combinatie van beide citaten levert een illlustratie van hetgeen ik in mijn artikel heb getracht aan te tonen: de ambivalente positie van de P.A.A.Z.

5. Er kan mij terecht het verwijt worden gemaakt op slordige wijze met de begrippen 'ziekenhuis' en 'inrichting' te zijn omgesprongen. Deze begrippen worden door mij op weinig systematische wijze gebruikt. Ik heb niet de bedoeling gehad welke tegenstelling dan ook aan te dikken.

6. Tenslotte verzet ik mij tegen de suggestie uit de slotzin, dat ik geschreven zou hebben dat de overheid de neiging heeft een scheiding der geesten in het omvattende veld van de gezondheidszorg tot stand te brengen. Ik raad de geachte briefschrijver aan de inleiding nauwkeuriger te lezen.

Oegstgeest, 26 mei 1976

G. J. van Tongeren

OVER DOOD EN HIERNAMAALS

De Onbegrijpelijke, de Schepper, het Eeuwige Nu, het Wezen dat wij God noemen, zouden wij ons ook eens kunnen voorstellen als een goedmoedig wijsgeer. Deze besloot namelijk lichamelijke wezens in het leven te roepen, die even gelukkig zouden zijn als Hijzelf en wel voor altijd. Daartoe waren er verschillende mogelijkheden. Eén ervan had kunnen zijn menselijke levens onmiddellijk in een gelukkige eeuwigheid te bevestigen.
Zoals wij weten, heeft de Schepper dit niet gedaan. Waarom niet? Nu moeten wij niet te snel zeggen: 'Omdat wij de hemel moeten verdienen'. Dat kunnen wij namelijk niet. Wij zijn immers voor 99% gave en voor 1% opgave – bij wijze van spreken. Wij leven uit Gods goedheid, hetgeen de een zich meer bewust is dan de ander. Stel echter, dat wij geen 'eigen bijdrage' zouden behoeven te leveren. Weet u hoe wij dan zouden zijn? Ongeveer als dieren! Dieren zijn namelijk volkomen onschuldig. Zij kunnen niet anders zijn. Daarom kan men bijvoorbeeld feitelijk niet beweren, dat een roofdier wreed is. Zo'n beest kan niet anders zijn dan hij is. Hij heeft geen keuze. Bovendien heeft een dier geen 'weet van de dingen' op de wijze van de mens. Wij drukken dit uit door te zeggen dat een dier zijn instinkt volgt. Het dier is enkel gave. Voor zulke wezens heeft de Schepper echter geen eeuwigheid bestemd. Er zijn althans geen aanwijzingen, dat wij daarmee rekening moeten houden.
Mensen echter zullen, eenmaal in hun geluk bevestigd, het besef met zich mededragen daaraan zelf een gering eigen aandeel te hebben geleverd door eraan te hebben meegewerkt dat hun aards bestaan tenminste tot een goed einde kwam. In deze gedachtengang past, dat het aards bestaan immer als een betrekkelijke zaak is bedoeld en van vrij korte duur. God is eigenlijk maar snel voldaan, bij het vinden van een motief om een menselijk wezen in eeuwig geluk te bevestigen!
Lijden en de gedachte aan de dood als 'een straf van Godswege voor de zonde van Adam' te ervaren, te beleven is niet nodig – let wel, hier wordt geen uitspraak gedaan over het Joods-Paulinisch denken en over desbetreffende dogma's, noch over natuurlijke pijn- en onlustgevoelens – al is het wel duidelijk dat lijden en dood door het kwaad dat wij elkaar kunnen aandoen en dat in ons is, worden verzwaard. Het bijbels verhaal van de blindgeborene (zie het evangelie volgens Johannes, hoofdstuk 9) gaat in deze richting. In ieder geval is het in de geschiedenis van de mensheid nooit zo geweest, dat de eerste mensen eerst onsterfelijk en onlijdelijk waren, vervolgens zondigden en daarna de onsterfelijkheid verloren. Dit zou heel concreet betekend hebben, dat 'Eva' zich vóór de zondeval bijvoorbeeld nooit zou hebben kunnen prikken aan een paradijselijk roosje!

God is enkelvoudig: Hij voorzag in één enkele, ondeelbare act, dat het mensengeslacht vanaf het begin op schuldige wijze minder goed zou functioneren als mogelijk zou zijn geweest, doch tevens, dat de persoon van Jezus, in Wie de Schepper Zichzelf zou incarneren, volmaakt zou beantwoorden aan hetgeen Deze als zijn persoonlijke roeping zou zien, waardoor de Schepper voldoende aanleiding vond om de voorbereiding op 'het eeuwig bruiloftsmaal' door te laten gaan. Zo goed is God.
Mogelijk gaan wij – in geloof(szekerheid) – de doodslijn weer meer als vroeger beschouwen.

Voorburg, mei 1976

L. Wouters

Overdrukken 'Huisarts waarheen'

Wegens gebleken grote belangstelling is van de discussienota van de Commissie Eerste Echelon over de plaats van de medicus in het eerste echelon, zoals eerder afgedrukt in Medisch Contact nr. 5 van 30 januari 1976, een extra oplage overdrukken aangemaakt.

Geïnteresseerden kunnen exemplaren hiervan tegemoet zien na overmaking van *f* 5,— per exemplaar (bij bestellingen van 20 of meer exemplaren *f* 2,50 per stuk) onder het motto 'Huisarts waarheen?' op postgironummer 5 80 83 van de K.N.M.G., Lomanlaan 103 te Utrecht.

Afschaffing medische ziektewetcontrole

door *L. de Boer,* arts*

De discussienota 'De plaats van de medicus in het eerste echelon[1]' en de reacties van verzekeringsgeneeskundige zijde op enkele passages hieruit[2] hebben weer eens onderstreept hoe onbevredigend voor alle betrokkenen de situatie ten aanzien van de ziektewetcontrole is. Dit is geen opzienbarende conclusie en zolang we niet de consequenties durven te trekken uit de feiten en uit de vele gedachten die hierover in vele geschriften zijn neergelegd – een complete literatuurlijst zou waarschijnlijk dit gehele nummer vullen – zal het wel zo blijven. Het is, dacht ik, hoog tijd de door velen aangevoelde lijnen door te trekken en tot een geheel ander systeem te komen.

Enkele onbevredigende punten samenvattend:

1. Het feit dat 'ziekteverzuim' maar zeer ten dele op ziekte is gebaseerd, terwijl toch de medici de taak werd toebedeeld dit te beoordelen, met name ten aanzien van de exacte werkhervattingsdatum.

2. De scheiding van behandeling en controle, die:

   a. de behandelende artsen zich deed distantiëren van dit toch ook therapeutisch belangrijke aspect;
   b. een apart medisch controle apparaat deed creëren dat, hoe menslievend en 'begeleidend' zij deze taak ook uitvoeren, hen onherroepelijk in een bepaald politionele hoek dirigeerde, wat zeker het aanzien van de artsen in het algemeen geen goed heeft gedaan;
   c. voor de patiënten een verwarrender situatie schiep (nóg een arts die er zich mee bemoeit);
   d. het medisch onoplosbaar probleem alleen maar verlegde naar een andere medische functionaris;
   e. uit angst voor de mogelijkheid van schade aan de vertrouwensrelatie, de belangrijkste basis benodigd bij het oplossen van werkhervattingsproblematiek: de vertrouwensrelatie, opofferde;
   f. de eigen verantwoordelijkheid van de werknemers niet bevorderde.

Wil men een bevredigender oplossing (zonder daarmee het verzuimprobleem op zich op te lossen) dan moet men van enige punten uitgaan:

1. verantwoordelijkheid bij de werknemers zelf leggen;
2. (medische) advisering van patiënt door hiervoor meest geëigende medische functionarissen: huisarts en bedrijfsarts (geassisteerd bij sociaal-psychologische problematiek door andere disciplines en ten aanzien van de relevante wetswinkel door verzekeringsgeneeskundigen);
3. een (niet-medisch) systeem om fraude tegen te gaan, zo men dit werkelijk nodig acht;
4. geen waterdicht systeem voor allen trachten te maken op grond van een klein aantal vermijdbare misbruiken (het grootste deel van oneigenlijk gebruik is al door geen enkel controlesysteem tegen te gaan). Dit zou bijvoorbeeld betekenen afzien van certificatie.

Dit houdt in dat de huisarts en, indien aanwezig, bedrijfsarts de patiënt adviseert ten aanzien van werkhervatting (en soms ook ten aanzien van werkstaking). *Hij geeft echter geen certificaat.* De ziektemelding van de man wordt zonder meer geaccepteerd (behoudens eventuele controle mogelijkheid, zie later).

Vraag: wat te doen als de patiënt zich niet aan dit advies houdt?
Antwoord: mijns inziens heeft het geen zin dan de verzekeringsgeneeskundige in te schakelen als 'arbiter' (zoals in het rapport Eerste Echelon wordt gesuggereerd): dan wordt hij pas met recht (zoals Doeleman meent) een 'boeman' die de boontjes mag doppen. Bovendien lijkt het onredelijk hem eerst terzijde te schuiven als zijnde niet de meest geëigende expert en hem dan opeens, als het moeilijk wordt, als expert weer in huis te halen. Er zijn, dacht ik, hierbij twee mogelijkheden

a. de patiënt is het niet eens met dit (medisch) advies;
b. hij is het er wel mee eens maar gaat toch niet aan het werk (dus eigenlijk: fraude).

Hoe vaak sub b voorkomt, weet ik niet, ik dacht niet zo erg veel. Als men een controlesysteem wil, zou het hierop gericht zijn, maar dan echt politioneel en niet-medisch en steeksproefsgewijs of althans selectief.
Sub a: in dit geval kan het zijn:
1. dat de adviserend arts inderdaad een medisch aanvechtbare beslissing gaf (hij is tenslotte niet onfeilbaar, noch alwetend);
2. dat het wel juist was maar de patiënt dit niet zo ziet (hij heeft bijvoorbeeld toch rugklachten, hoewel objectief niets te vinden is);
3. dat het probleem (zoals zo vaak) veel ruimer dan alleen medisch ligt.

In alle drie gevallen heeft het geen zin de man zonder meer toch aan het werk te sturen respectievelijk de uitkering te stoppen. Ik geloof ook niet dat dit in de huidige situatie zou gebeuren. Juist hier is begeleiding door vertrouwde artsen van het hoogste belang (met enerzijds soepelheid, anderzijds flinkheid). Hier zou ook maatschappelijk werker, psycholoog, personeelschef etc. kunnen assisteren.

Vraag: wat te doen tegen simulatie?
Antwoord: niet veel, ook in het huidige systeem niet. Iemand die het goed speelt, kan het lang volhouden. Dat is jammer, maar ik dacht niet dat we ons daar al te zeer over moesten opwinden of laten verleiden een heel systeem daarop te bouwen.
Sub b: Vindt men met het oog op deze mogelijkheid het een te grote wissel op de eigen verantwoordelijkheid om alle eigen ziekmeldingen zonder meer te accepteren, dan zal men een *niet-medische* inspectie kunnen instellen die bijvoorbeeld steekproefsgewijs of op indicatie bijvoorbeeld vanuit het be-

* Chef medische dienst Shell Internationale Petroleum Mij. B.V.

drijf controleert, maar dan ook alleen niet-medisch (bijvoorbeeld op verdachte omstandigheden: wel ziek, maar 's avonds bijbaan; is de man wel in behandeling? hebben de artsen nog niet geadviseerd tot werkhervatting?). Wel is voorwaarde hiervoor dat de behandelend arts respectievelijk bedrijfsarts niet aarzelt desgevraagd te bevestigen dat hij de patiënt heeft meegedeeld dat deze zijns inziens weer arbeidsgeschikt was te achten. De patiënt dient in die gevallen te weten dat deze artsen zijn verzuim medisch niet (meer) kunnen dekken. Ik dacht niet dat men in die gevallen bang hoeft te zijn voor schade aan de vertrouwensrelatie: geen patiënt zal zijn vertrouwen opzeggen in een arts die zijn spijbelen niet dekt, hetgeen wat anders is dan hem 'aangeven', wat bij een certificatiesysteem eigenlijk het geval is. Nogmaals: dit gaat om bewuste fraude en komt mijns inziens óf niet veel voor óf is toch niet te achterhalen bijvoorbeeld bij het vele korte verzuim. Als de man werkelijk medisch meent niet te kunnen werken (ook al is het probleem ruimer dan medisch) dan is hij (nog steeds) niet in orde en dient hierop de medische respectievelijk bedrijfsmaatschappelijke, psychologische etc. activiteit gericht te worden. Zolang dit niet is opgelost, kan de medicus bevestigen dat althans *hij* niet kan zeggen dat de man arbeidsgeschikt is te achten – en wie kan dat dan wel?

Ten behoeve van het rechtsgevoel van de mensen zal er wel een *beroepsmogelijkheid* moeten worden ingebouwd. Ik geloof niet dat daar erg veel gebruik van zou behoeven te worden gemaakt, wanneer althans de huisarts en de bedrijfsarts de adviserende instanties zijn en dat is althans niet mijn ervaring. Het gaat er trouwens medisch niet alleen om het verzuim te bekorten. Het komt werkelijk nogal eens voor dat een ál te werkwillige geadviseerd moet worden het werk nog niet te hervatten.

De rol van de verzekeringsgeneeskundige is met bovenstaande voorstellen gereduceerd (behalve tot die van medisch adviseur van de verzekeringsorganen) tot die van deskundige aangaande de wettelijke regelingen, toepassing, vereisten en mogelijkheden, inschakeling van bepaalde instanties etc. Hij zou, behalve als ad hoc consulent, een nuttige deelnemer kunnen zijn aan regionale besprekingen, bijvoorbeeld op het gezondheidscentrum, over nieuwe en lopende gevallen met huisarts, bedrijfsarts, maatschappelijk werker etc.

Veel verzekeringsgeneeskundigen zouden dan wellicht inderdaad de bedrijfsgeneeskundige gelederen kunnen versterken, al lijkt het gestelde in de discussienota blz. 161: 'detachering in gezondheidscentra voor het verstrekken van eenvoudige bedrijfsgeneeskundige hulp aan werknemers die nog geen eigen bedrijfsarts hebben') wat al te simplistisch. Bedrijfsgeneeskunde kan alleen effectief worden uitgeoefend binnen het bedrijf zelf.

Bovenstaande voorstellen hebben zeker niet de pretentie het probleem van het ziekteverzuim op te lossen of tot duidelijke verlaging van dit (inderdaad hoge) verzuim te leiden. Daarvoor is dat te gecompliceerd en te 'multi-geconditioneerd'. De betreffende voorstellen hebben alleen tot doel tot een betere begeleiding van de verzuimende werknemers te komen, meer aangepast ook aan de huidige intermenselijke relaties, alsmede een effectiever gebruik van medische mankracht. Het komt wel neer op het laten vallen van praktisch alle officiële medische ziektewetcontrole.

Te griezelig? Ik zou het best aandurven en heb hier ook ervaring mee[3]. Ik dacht dat trouwens ook in het huidige systeem ondanks de gecompliceerdheid ervan en het uitgebreide medische controleapparaat, het in de meeste gevallen uiteindelijk de patiënt is die de werkhervattingsdatum bepaalt. Bovendien blijkt uit de reactie van de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde dat – ook nu al – bij 85% van de ziekmeldingen de verzekeringsgeneeskundige niet te pas komt.

Literatuur:

1. De plaats van de medicus in het eerste echelon; (1976) Medisch Contact, 31, 141.
2. Reactie Bestuur Ned. Ver. v. Verzekeringsgeneeskunde; (1976) Medisch Contact. 31, 362.
3. L. de Boer: Resultaat afschaffing ziektecontrole; (1964) T. v. Soc. Geneesk. 42, 921; (1968) T. v. Soc. Geneesk. 46, 822.

VERTROUWENSARTSEN KINDERMISHANDELING

- **Amsterdam:** A. J. Koers, kinderarts, F. M. van de Velde, kinderarts, tel. 020-142455, postbus 8333, Amsterdam 1015, voor de provincie *Noord-Holland;*
- **Arnhem:** E. van Ruller, arts, J. A. J. Stevens, arts, tel. 085-210857, postbus 467, Arnhem, voor de *provincie Gelderland;*
- **Groningen:** J. M. Rijkmans, arts, R. Peters, kinderarts, tel. 050-232003, postbus 145, Groningen, voor de provincies *Groningen en Drente;*
- **Leeuwarden:** H. W. Mauser, arts, P. D. van Drooge, arts, tel. 05100-33393, postbus 2204, Leeuwarden, voor de provincie *Friesland;*
- **Rotterdam:** J. I. v.d. Leeuw/A. Th. Schweizer, artsen, tel. 010-128110, postbus 2525, Rotterdam, voor de provincies *Zuid-Holland, Zeeland en het westelijk deel van Noord-Brabant;*
- **Maastricht:** Th. M. van der Kley, kinderarts, W. M. Maertzdorf, kinderarts, tel. 043-14772, postbus 46, Maastricht, voor de provincie *Limburg en het Oostelijk deel van Noord-Brabant;*
- **Zwolle:** J. G. Lingeman, kinderarts, J. F. van Gils, kinderarts, tel. 05200-19828, postbus 418, Zwolle, voor de provincie *Overijssel en Oostelijk Flevoland;*
- **Utrecht:** Th. Sybesma, arts en G. J. Schmidt, arts, tel. 030-89 24 25 (9-5 uur) postbus 4042, voor de provincie *Utrecht.*

Westerse zuigelingenvoeding in de derde wereld

door *Mevr. C. A. M. Wennen-van der Meij,* arts

Samenvatting

Naar aanleiding van de komende slotzitting van het proces dat Nestlé als verkoper van melkpoeder in de derde wereld heeft aangespannen tegen een Zwitserse werkgroep die de beschuldiging 'Nestlé tötet Babies' heeft geuit, wordt gesproken over het probleem van de verdringing van borstvoeding waarbij bepaalde reclamepraktijken een grote rol spelen.

Eind juni zal in Zwitserland de slotzitting worden gehouden in het proces dat Nestlé heeft aangespannen tegen een werkgroep in Bern, de *'Arbeitsgruppe Dritte Welt'* genaamd, bestaande uit studenten en afgestudeerden van de plaatselijke universiteit. Deze groep heeft de in 1974 door Mike Muller in Engeland geschreven brochure 'The Baby Killer' (een uitgave van War on Want) in het Duits vertaald en de titel 'Nestlé tötet Babies' gegeven.
Het was de bedoeling met deze uitdagende woorden in brede lagen van de bevolking aandacht te krijgen voor de zeer agressieve, onethische reclame die in arme landen wordt gebruikt, zelfs op een zo delicaat terrein als de voeding van het jonge kind. *De werkgroep stelt dat, in naam van de vooruitgang, munt wordt geslagen uit de onwetendheid van merendeels ongeletterde mensen, tot wie de boodschap van Nestlé 'Lactogen is good for baby' zich in hoofdzaak richt.*
Reclame voor Lactogen, een voortreffelijke babyvoeding in het westen, is in de meeste arme landen onnodig omdat het een uitzondering is als de borstvoeding niet op gang komt; zelfs ongewenst omdat de prijs van Lactogen in geen verhouding staat tot het gemiddelde inkomen en, in het bijzonder, wegens het grote infectiegevaar in gebieden zonder betrouwbaar drinkwater en voldoende hygiëne. De reclame heeft het vertrouwen ondermijnd in de waarde van de borstvoeding. De reclame heeft iets beloofd. In wijder perspectief gaat het hier om de betrekkingen tussen rijke en arme landen, het scheppen van behoeften daar waar nog niet eens kan worden voorzien in de meest elementaire levensvoorwaarden.

Nestlé is, na Unilever, de grootste multinationale onderneming in de levensmiddelensector ter wereld. Dit in 1908 ontstane bedrijf heeft mondiaal een leidinggevende positie op het gebied van de zuigelingenvoeding – die overigens slechts 8% van de totale omzet uitmaakt – en heeft meer dan 80 fabrieken in 29 verschillende landen. Het is de nationale trots en glorie van het kleine Zwitserland, waar men soms over Nestlé spreekt als een soort *weldoener der mensheid.*

In dit licht bezien dacht Nestlé de beschuldiging niet te kunnen negeren: de groep staat nu terecht wegens smaad.

Achtergronden

In de geschiedenis van de kinderhygiëne lijkt dit proces een belangrijke gebeurtenis omdat het zich afspeelt tegen de volgende achtergronden, die hier kort zullen worden belicht:

1. Nieuwe visie op de borstvoeding.
Een bedreiging voor de borstvoeding in arme landen is des te tragischer nu er de laatste jaren in het westen een toenemende waardering is voor moedermelk als de ideale voeding voor de pasgeborene.
Op het in 1975 te Montreux gehouden seminar van de International Pediatric Association belichtte Vahlquist, hoogleraar in de kindergeneeskunde aan de universiteit van Uppsala (Zweden), de nieuwste gegevens over de immunologische en biochemische eigenschappen van de borstvoeding. Moedermelk heeft volgens hem daarom 'a unique position as Nature's own food for the human baby'. Hij concludeert: 'Attempts to produce artificially true replica's of human milk will remain futile'.
Moisés Béhar, hoofd van de Nutrition Unit der Wereldgezondheidsorganisatie, spreekt in 1976 over moedermelk zelfs als 'a potent medicine'.

2. Stagnatie in de kindersterftedaling.
Er worden sinds 1946, het jaar dat de algemene vergadering van de Wereldgezondheidsorganisatie de zorg voor het kind in de ontwikkelingslanden tot prioriteit verklaarde, enorme bedragen besteed aan het terugdringen van de hoge kindersterfte aldaar.
Dankzij de medische technologie in de vorm van een goed georganiseerde moeder- en kindzorg met vaccinatieprogramma's (onder andere tegen pokken, difterie, kinkhoest en tuberculose) zijn er frappante resultaten geboekt. Hier en daar zette de daling in de kindersterfte al in voordat er sprake was van enige vooruitgang in het algehele levenspeil. In Mexico werd zo in 1973 bijvoorbeeld een waarde voor de 'infant mortality' gevonden van 51,9°/$_{oo}$ terwijl in Jamaica zelfs een daling optrad tot 26,2°/$_{oo}$.
Daar staat tegenover dat er meerdere landen zijn aan te wijzen – om een voorbeeld te noemen: in Zuid-Amerika, rond de keten van het Andesgebergte – waar de cijfers boven de 60 °/$_{oo}$ blijven en geen neiging tot daling vertonen. Er zijn vermoedens dat de voedingssituatie een rol speelt.

3. 'Eten voor allen'? Meer en meer gaat het erop lijken dat de ondervoeding in grote delen van de wereld aan het toenemen is:
'Na de oliecrisis', zo zeiden eind 1975 Alan Berg (auteur van het boek 'The

Nutrition Factor') en Chafkin, 'is de voedselsituatie voor de lagere inkomensgroepen in de ontwikkelingslanden verslechterd: hogere prijzen voor bonen en andere plantaardige eiwitten, waardoor men meer knollen zal gaan eten: minder invoer van bijvoorbeeld granen en kunstmest, nu de ruilvoet is verslechterd'.
McLaren spreekt over: 'The Great Protein Fiasco' in de Lancet van juli 1974. Volgens hem gaat het allang niet meer alleen om eiwit-tekorten, maar is de kern van de zaak de 'energy gap'.
Ook op het in jongstleden mei in Utrecht gehouden symposion 'Eten voor allen' waren er weinig optimistische geluiden te horen.

4. Gevolgen van langdurige ondervoeding bij het kind. De laatste jaren worden er wetenschappelijke bewijzen geleverd voor het vermoeden dat langdurige ondervoeding nadelige invloed heeft op de verstandelijke vermogens van het opgroeiende kind. Hoorweg noemt in zijn in 1976 verschenen dissertatie over Oegandese kinderen een vermindering in het ruimtelijk waarnemen en in het abstract denkvermogen. Als borstvoeding in de landen van de derde wereld niet langer is gewaarborgd, zal voor vele kinderen de ondervoeding eerder optreden en langer duren.

In dit licht bezien zijn de berichten en cijfers – hoe weinig nauwkeurig dan ook – over het afnemen van de borstvoeding in vele landen van de derde wereld des te alarmerender: in Chili zou het aantal kinderen dat de eerste zes maanden volledig borstvoeding krijgt niet meer zijn dan ongeveer 20%, in Mexico 40% in 1968. Opmerkelijk in dit verband is dat in China 80% van de kinderen de eerste zes maanden uitsluitend de borst zou krijgen. Jelliffe, een bekende auteur op het gebied van de tropische kindergeneeskunde, is zo overtuigd van de onschatbare waarde van borstvoeding in de derde wereld, dat hij deze rekent tot de 'natural resources' van die landen.
Waarom vrouwen in ontwikkelingslanden, vooral in de steden, op grote schaal overgaan van borst- op flesvoeding is een zeer ingewikkelde vraag.
Vele factoren spelen hier een rol. Om er enkele te noemen: de trek naar de steden van veel jonge gezinnen op zoek naar werk. Ze worden daar geïsoleerd van het oude, traditionele familieverband en zien het voorbeeld van hun meer welvarende zusters, van wie sommigen na een verblijf in het buitenland andere gewoonten hebben aangenomen. Soms ook is de fles een uitkomst, als ze het geluk hebben werk te vinden.
Ook veel artsen en verpleegsters zijn debet aan deze ontwikkeling. Hun opleiding, merendeels nog op basis van geneeskundige principes uit het westen, heeft hen zo vertrouwd gemaakt met kunstmatige voeding voor het kind dat het hier moeilijk valt de fles voor het gros der moeders niet te zien als een 'ultimum refugium'.
Wat de opkomst van de flesvoeding echter in hoge mate heeft versneld, is de agressieve reclamepolitiek van buitenlandse melkfirma's. Of, zoals de directeur-generaal van de Wereldgezondheidsorganisatie, Halfdan Mahler, het in 1976 formuleert als hij spreekt over 'the trend away from breastfeeding': ' . . . what was sound in the past is being destroyed in the name of progress, not only through inevitable social change, but also as a result of downright profiteering'.

Uitslag onzeker

De uitslag van het proces laat zich moeilijk voorspellen, al kan worden gezegd dat de werkgroep twee getuigen met klinkende namen tot haar beschikking heeft. Die getuigen zijn de reeds eerder genoemde Prof. D. Jelliffe, voormalig hoogleraar aan de universiteit van Kampala (Oeganda) en thans verbonden aan de School of Public Health in Los Angeles (V.S.), en Dr. Ebrahim, Tanziaan van geboorte, W.H.O.- en U.N.I.C.E.F.-'consultant' en adviseur van de World Bank, verbonden aan het Institute of Child Health van de universiteit van Londen.
Het gaat om een zaak met vele facetten, waarvan vele niet-medische. *Nestlé probeert de aandacht af te leiden van de kern van de zaak – de immorele reclamepraktijken – en eist dat de letterlijke beschuldiging – het doden van babies – zal worden bewezen.*
De aangeklaagde wergroep wijst op resultaten van studies, zoals die onder meer zijn verricht in 1967 bij de Navajo Indianen, in 1970 in Chili en in 1971 in South Vincent. Een hogere mortaliteit en morbiditeit werden daar waargenomen voor fleskinderen in vergelijking met borstkinderen. Nestlé bagatelliseert deze feiten of wijst ze af op grond van statistische onvolkomenheden, die nu eenmaal vaak voorkomen bij medische research onder primitieve omstandigheden.
Daarentegen doet Nestlés redenering, dat 'de kindersterfte enorm is gedaald in die landen waar ook Nestlé wordt verkocht, zodat dit produkt wel niet zo schadelijk zal zijn', het uitstekend bij de Zwitserse journalisten! *In het pogen van de firma om haar goede naam te verdedigen wijzen zijn vertegenwoordigers met nadruk – en dit wel zeer terecht – op de uitstekende kwaliteit van hun produkt, de stijgende behoefte die eraan bestaat en de ontegenzeglijk positieve bijdragen die het concern in vele landen van de derde wereld levert.* Dit laatste gebeurt door middel van verstrekken van studiebeurzen, het opzetten en financieren van symposia, het verlenen van steun aan ziekenhuizen en vooral het doen verrichten van wetenschappelijk onderzoek naar een meer volwaardige bijvoeding in gebieden waar het stapelvoedsel arm aan eiwitten is. Voorts steunt Nestlé de economie in de betrokken landen door vermeerdering der werkgelegenheid en belastinginkomsten.

Een belangrijk punt is ook dat in de *medische wereld* de meningen verdeeld zijn:

a. Zo zijn er in het Westen, waar men met de paplepel heeft ingekregen dat melk goed is voor elk, en zelfs ook nog dat 'melk moet', artsen die de aanklacht tegen Nestlé afdoen als een ongenuanceerde zienswijze. Menig voormalig tropenarts zegt: 'Toch had ik niet geweten wat ik had moeten beginnen zonder al die blikken melk'. De tweede Nestlé-getuige, een Zwitserse religieuze, Zr. Probst, die jaren als verpleegster in Oeganda heeft gewerkt, zal zeker ook in die trant spreken. Zelfs is er een enkele cynicus, die fluistert dat zo het bevolkingsvraagstuk zich zelf zal regelen.

b. In de derde wereldlanden ligt het nog gecompliceerder. Spijtig genoeg is er niet zoveel bijval van artsen daar voor de werkgroep. Integendeel: de eerste getuige voor Nestlé is Professor Lesi, hoogleraar in de kindergeneeskunde aan de universiteit van Lagos (Nigeria). Nestlé staat het medisch personeel op strategische plaatsen zoals opleidingsziekenhuizen met raad en daad bij. Alleen al om deze reden is het niet goed denkbaar dat de inheemse artsen hun 'helpers in de nood' in moeilijke momenten zouden afvallen.
Voorts zijn zij zelf ook zeer onder de indruk – en terecht – van de wonderen op curatief gebied die bij de meest grote wrakken van kinderen zijn te bereiken

met melkprodukten. Bovendien verschillen de activiteiten van Nestlé van land tot land; zo zou het concern in Zaïre minder actief zijn, zodat artsen daar zich er de schouders over ophalen.

c. De Wereldgezondheidsorganisatie – de Zwitserse gastvrijheid genietend in Genève – laat het officieel afweten. Wel hebben ze op andere momenten zich in duidelijke taal uitgelaten: het bovenvermelde citaat van de directeur-generaal Mahler is niet mis te verstaan.

Kennelijk zijn de vrouwen – en met name helaas ook de 'elitevrouwen' in de derde wereld nog niet zo ver dat zij hun stem zullen laten horen. Men redeneert daar nog, in een soort nationale trots, volgens de gedachte dat wat goed is voor het rijke westen ook goed voor hen moet zijn.
Aan reclamecontrole wordt niet gedaan door regeringen, die het belastinggeld van deze buitenlandse ondernemingen maar al te graag incasseren.

Tenslotte is het interessant te constateren hoe de machtigen dezer aarde, zoals deze mammoet-multinational, toch bepaalde dingen naar hun hand kunnen zetten: zij hebben gedaan gekregen dat er tijdens de zittingen zo veel mogelijk zou worden gesproken in het Zwitsers dialect – met de bedoeling de internationale pers 'buiten te sluiten' – en niet in het hoog Duits, zoals de werkgroep vroeg.

De rechter zal hier een onpartijdig vonnis moeten uitspreken. Geen gemakkelijke taak in een tijd waarin ook zaken als werkgelegenheid in het eindoordeel worden meegewogen.

Gevolgen

Hoe het vonnis ook zal uitvallen, een feit is dat er door het proces een enorme publiciteit is ontstaan, veel groter dan wetenschappelijke rapporten uit de medische wereld hebben kunnen losmaken. Radio en televisie, kranten en weekbladen hebben aan de eerste zitting en de achtergronden van de zaak uitvoerig aandacht besteed. Er is zelfs een film gemaakt, met de titel:
'Bottle-Babies', door een jonge cineast, Peter Krieg, die hiervoor op een recent filmfestival in Tokyo met zilver werd onderscheiden.

Het belangrijkste is wel dat er een advertentiecode is opgesteld door de Internationale Raad voor de Kindervoedingsindustrie (I.C.I.F.I.), waarbij in totaal negen grote melkfirma's – waaronder Nestlé – zijn aangesloten.
Samen met de Protein Advisory Group (P.A.G.) van de Verenigde Naties is toen, eind 1975, overeengekomen de reclame voor babyvoeding tot een minimum te beperken.
Inderdaad worden er nu bijvoorbeeld in Nigeria veel minder radiospots uitgezonden. Toch zal men in alle nuchterheid moeten concluderen, dat er in de verkooppraktijken de eerste jaren wel niet zo erg veel verandering zal komen. Gunstig in dit verband is overigens wel een stem, zoals die onlangs werd gehoord tijdens een vergadering van de Wereldgezondheidsorganisatie in Genève, namelijk de stem van Sir Harold Walter, minister van Volksgezondheid van Mauritius, die pleitte voor eigen fabricage van basismedicijnen in de derde wereldlanden om niet langer te worden overspoeld door specialités van elders.

Het wachten zal zijn op tijden dat werkers in de gezondheidszorg hier en in de derde wereld zich meer willen gaan richten op factoren in de maatschappij die de gezondheid direct beïnvloeden. Jelliffe zegt in dit verband dat er een soort 'Nader-like approach' is vereist (Nader is de bekende behartiger van consumentenbelangen in de Verenigde Staten) om bepaalde ontwikkelingen te doorbreken.
Hoe het ook zij, opnieuw is wel zeer duidelijk aangetoond, dat gezondheidszorg geen strikt medische zaak is.

Literatuur

Antrobus, A. (1971) Child Growth and Related Factors in a Rural Community in South Vincent. Journal of Environmental Child Health, Dec., p. 188-210.
Béhar, M. (1976) A Potent Medicine. The Magazine of the Pan American Health Organisation, vol 7, no. 3-4, p. 17-19.
Berg, A. en Chafkin, S. (1975) The Innocent Bystander: Some Observations on the impact of international financial forces on nutrition. Ecology of Food and Nutrition, Vol. 4 p. 1-4.
French, J. (1967) Relationship of Morbidity to the Feeding Patterns of Navajo Children from Birth Through Twenty-Four Months. The American Journal of Clinical Nutrition, Vol. 20, no. 5, p. 375-385.
Hoorweg, J. (1976) Protein-Energy Malnutrition and Intellectual Abilities. Mouton. 's Gravenhage/Parijs.
Mahler, H. (1975) A moral Revolution. World Health, augustus-september, p. 3.
McLaren, D. (1974) The great protein Fiasco. Lancet, Vol. 2, p. 93-96.
Muller, M. (1974) The Baby Killer. Uitg. War on Want, 467 Caledonian Road, London N7 9BE.
Plank, S. en Milanesi, M. (1973) Infant Feeding and Infant Mortality in Rural Chile. Bull. Wld. Hlth. Org. 48, p. 203-210.

PRAKTIJKPERIKELEN

Niet van ophouden weten

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

Een 58-jarige ongehuwde vrouw vervoegde zich op mijn spreekuur met de klacht van stress- en urge-incontinence. Ik heb haar verwezen naar de uroloog met de vraag, of hij hieraan iets kon doen, eventueel operatief. De uroloog constateerde een lichte prolaps en vroeg consult aan de gynaecoloog. Bij dit consult vertelde de patiënte, dat zij ook last had van rugklachten. Dus werd zij van de gynaecoloog verwezen naar de orthopaed. Deze constateerde een belangrijk overgewicht en stuurde haar naar de diëtiste. Laatstgenoemde kon niets beginnen zonder aanwijzingen van een internist. Dus ging patiënte naar een nieuwe deskundige, die behalve enige kleine interne schoonheidsfoutjes en het overgewicht niets bijzonder kon vinden.

Als huisarts vraag ik mij af, of deze verwijzingen al met al wel nodig waren. Intussen heb ik op de vraag aan de uroloog nog geen passend antwoord ontvangen. Ik vraag mij nu niet meer af hoe het komt dat de kosten van de gezondheidszorg zo hoog zijn (zie het artikel van Dr. P. C. J. van Loon 'Aan de noodrem, M.C. 1976/31, nr 12, p. 349).

Sociale wetenschappen en geneeskunde (II)

Resultaat van drie conferenties

door *Drs. H. ten Kroode* en *Drs. Kwee S.K.*

Als onderdeel van een project 'Sociale Wetenschappen en Geneeskunde' (S.W.&G.) werd in december 1973, november 1974 en mei 1975 een drietal conferenties gehouden. Voorts werd onderzoek verricht en werkte men voorstellen voor het medisch leerplan uit.
Van de drie initiatiefnemers ging Drs. Van Oosterzee vorige week in op de conferentieopzet. Hieronder berichten de heren Ten Kroode en Kwee – de een socoloog, de ander psycholoog – over het inhoudelijke conferentieresultaat. Over een week volgt hun programmavoorstel voor sociale wetenschappen in het medisch curriculum.
Het conferentiemateriaal zal over enige maanden in eigen beheer in boekvorm worden uitgegeven.

1. Inleiding

In december 1973, november 1974, en mei 1975 heeft het Instituut voor Medische Psychologie en Psychotherapie van de faculteit Geneeskunde van de Rijksuniversiteit Utrecht in samenwerking met Bureau Vormingswerk/Studium Generale aldaar een drietal conferenties georganiseerd met als onderwerp: 'Sociale wetenschappen en geneeskunde'.
De geschiedenis van deze conferentietrits is in een vorig artikel beschreven. Wat deze conferenties inhoudelijk hebben opgeleverd, wat er door de deelnemers in discussiegroepen naar aanleding van het vooraf verstrekte documentatiemateriaal naar voren is gebracht, is zorgvuldig opgetekend en zoveel mogelijk verwerkt in het volgende verslag dat in een slotartikel met een concreet programmavoorstel wordt afgerond.
Opzettelijk is steeds aansluiting gezocht bij de bestaande situatie. De lezer hoeft geen revolutionaire curriculumveranderingen in het voorstel te verwachten. Bij het opstellen van het programma sociale wetenschappen in de medische opleiding is uitgegaan van de doelstellingen van de artsenopleiding zoals die voorkomen in het Raamplan 1974. Op de conferentie bleek vooral aan studentenzijde de behoefte commentaar te leveren op deze doelstellingen. Wij hebben dit in het kort hieronder weergegeven.
Omdat niet altijd duidelijk is wat sociale wetenschappen, vaak ook *gedragswetenschappen* genoemd, zijn is hieraan een aparte paragraaf gewijd.
Sommigen begrijpen niet waarom die sociale wetenschappen zo nodig in de medische opleiding moeten. Wij hebben voor hen een aantal motieven opgesomd; deels zijn ze afkomstig uit recente afleveringen van medische tijdschriften, deels waren ze te horen op de drie conferenties.
De sociale wetenschappen beslaan een breed terrein. Op de tweede conferentie (Sociale Wetenschappen en Geneeskunde II) is speciaal aandacht besteed aan de vraag welke onderdelen van de sociale wetenschappen het best aan aanstaande artsen kunnen worden onderwezen.
De vele vakken waarvan in de opleiding kennis moet worden genomen en waarin vaardigheden moeten worden verkregen, maken van de medische opleiding een vrij onoverzichtelijk geheel. Deze opleiding kan daarmee nog niet gedifferentieerd worden genoemd, omdat over het algemeen weinig aandacht aan integratie van vakken én van kennis en vaardigheden wordt besteed. Beide begrippen, integratie en differentiatie, komen in een aparte paragraaf aan de orde.
Voordat de proeve van een programma sociale wetenschappen beschreven wordt, worden eerst de onderwijskundige vooronderstellingen die de basis van het programma vormen vermeld. Aan het programma wordt tot slot nog een paragraaf toegevoegd, waarin de consequenties betreffende personeelsposten, manuren, onderwijsuren en studententijd zijn aangegeven.

2. Doelstellingen van de artsenopleiding

Doet men een poging een medisch curriculum te concipiëren waarin de sociale wetenschappen een behoorlijke plaats innemen, dan is het noodzakelijk terug te grijpen naar de doelstellingen zoals die ten aanzien van de artsenopleiding zijn geformuleerd.
Wij hebben een keuze gemaakt en ons beperkt tot de meest recente doelstellingen en tot die doelstellingen die ons in de nabije toekomst de meest acceptabele lijken voor alle medische faculteiten in Nederland. Hiermee zien wij af van een radicale verandering van het bestaande curriculum in de richting van een ideale en utopische eindtoestand, maar gaan wij uit van de bestaande situatie aan de zeven 'oude' faculteiten om van daaruit een *stapsgewijze* vernieuwing te bewerkstelligen.

Een globaal geformuleerde doelstelling van de artsenopleiding, die voorkomt in het *Raamplan 1974,* heeft al eens in Medisch Contact gestaan (M.C. 29(1974)p. 1017-1021). De belangrijkste punten daaruit worden hier nog eens genoemd om er in het vervolg van dit artikel naar te kunnen verwijzen.
Uitgaande van het Academisch Statuut moeten wij als hoofddoelstelling aannemen, *dat de arts krachtens het afgelegd hebben van het artsexamen bekwaam is tot het uitoefenen van de geneeskunst (art. 28).* Deze hoofddoelstelling wordt door de volgende drie doelstellingen nader geformuleerd.
Op het niveau van het artsexamen moeten de voor de beroepsaanvang nodige kennis, vaardigheden en attitudes zijn verwezenlijkt.

I Voor wat betreft attitudes: De gevoeligheid voor eigen verantwoordelijkheid en beperkingen met betrekking tot:

a. personen waarmee de arts in zijn beroepsuitoefening in aanraking komt;
b. de samenleving waarin hij als artsfunctioneert;
c. de wetenschap waarop zijn deskundigheid is gegrondvest.

II Voor wat betreft vaardigheden: De voor de beroepsaanvang nodige vaardigheden op het gebied van:

a. diagnostiek, beoordeling van gegevens en probleemanalyses;
b. beoordeling van de grenzen en mogelijkheden van de gegeven situatie en van het eigen medisch handelingsbereik;
c. de overeenkomstige toepassing van zijn kennis inzake therapie, palliatie en preventie, waaronder ook de samenwerking met c.q. het verwijzen naar anderen;
d. het opsporen en beoordelen van beroepshalve belangrijke informatie in de literatuur en elders.

Opmerking: Uiteraard wordt bij deze vaardigheden gedacht aan gedragswetenschappelijke zowel als aan medisch-technische componenten.

III Voor wat betreft kennis: De voor de beroepsaanvang nodige kennis van ziekten en stoornissen en van normale functies en structuren, zoals:
a. ziekteleer, symptomatologie en diagnostiek;
b. therapie en prognostiek;
c. ecologie, epidemiologie en preventieve geneeskunde;
d. de wetenschappelijke achtergronden respectievelijk het wetenschappelijk onderzoek van het onder a t/m c genoemde;
e. het functioneren van de gezondheidszorg;
f. de somatische, psychische en sociale structurering en functies van de mens;
g. de veranderingen hiervan in verschilleende leeftijdsfasen en de variatiebreedte onder verschillende omstandigheden;
h. de oorzaken en mechanismen van stoornissen in het onder f en g genoemde.

3. Commentaar op de doelstellingen van de artsenopleiding

Tijdens de derde conferentie werden enige kritische kanttekeningen geplaatst bij de doelstellingen van de artsenopleiding, zoals we die hierboven hebben weergegeven.
Over de hierbedoelde *attitudevorming* werd vooral van studentenzijde opgemerkt, dat het niet alleen moet gaan om de vorming van de professionele attitude van de aanstaande arts maar veeleer om attitudevorming in het algemeen. Als reden werd onder meer genoemd, dat de geslotenheid van het hoog geprofessionaliseerde artsenberoep door een dergelijke attitudevorming nog meer benadrukt en aangewakkerd wordt. Men vond dat het accent van de medische opleiding moet liggen op vorming van een algemene attitude, op persoonlijke ontwikkeling, op vermeerdering van inzicht en op vergroting van vaardigheden. Men wees de huidige situatie, waarbij de nadruk vooral ligt op kennisoverdracht, af. Het opleiden van artsen zou veel meer als een vormingsproces moeten worden aangepakt.

Men was bevreesd, dat de vorming van een professionele attitude tijdens de co-schappen juist een weinig humane attitude tot gevolg zou hebben. In de klinieken komt immers de relatie met de patiënt in het gedrang als de relatie tussen specialist en student, veel weghebbend van een meester-gezelrelatie, zuiver op het beroep gericht is. Het gevaar zit erin dat bij de grote hoeveelheid co-assistenten die de kliniek 'door' moet, het functionele aspect – er moet immers een vak geleerd worden – zal gaan overheersen. De conferentie – en vooral de studentengroepering – was van mening dat de sociale vaardigheidstrainingen niet los van de klinische vaardigheidstrainingen (co-schappen) moeten worden gegeven. In de huidige curriculumontwikkeling is namelijk een tendens merkbaar om dergelijke trainingen te scheiden en alle sociale vaardigheidstrainingen te laten leiden door psychologen en anderen met een opleiding in de sociale wetenschappen. Dezen echter zouden tevens de klinische opleiders op de hoogte moeten brengen van de methodieken van sociale vaardigheidstrainingen *('teaching the teachers')*, opdat de sociale vaardigheden geïntegreerd met de klinische vaardigheden door de co-assistenten geoefend kunnen worden.
Bij de omschrijving van de vaardigheden van de arts werd oefening in het onderkennen van problemen en probleemgebieden gemist, met name oefening in het onderkennen van psychische problemen en problemen op politiek en sociaal vlak. In feite is de huisarts in onze samenleving dé figuur geworden aan wie mensen als eerste hun levensproblemen voorleggen. Artsen moeten zich daarom vaardigheden verwerven in het onderkennen, verwijzen en delegeren van problemen; de (huis)arts zou zich moeten scholen als 'centrale intaker'.
In de omschrijving van de voor het artsexamen vereiste vaardigheden komt enige malen het adjectief 'medisch' voor. Hieronder konden de deelnemers slechts verstaan: de verzameling en integratie van kennis en vaardigheden, afkomstig uit verschillende wetenschappelijke disciplines. Men wijst de term 'medisch' af, indien dit slechts betekent de verzameling en integratie van kennis en vaardigheden van natuurwetenschappelijke disciplines. Tenslotte klaagde men er over dat de doelstellingen van de artsenopleiding telkens zó breed zijn geformuleerd, dat ieder het er mee eens kan zijn. Dit brengt met zich het nadeel, dat op een dergelijke wijze geformuleerde doelstellingen voor velerlei uitleg vatbaar zijn. Pas in de uitwerking van de doelstellingen van het Raamplan 1974 zal blijken of ze een vernieuwing en verbetering inhouden. Daarna zullen pas de meningsverschillen bovenkomen. Op de derde conferentie is dat tenminste gebleken.

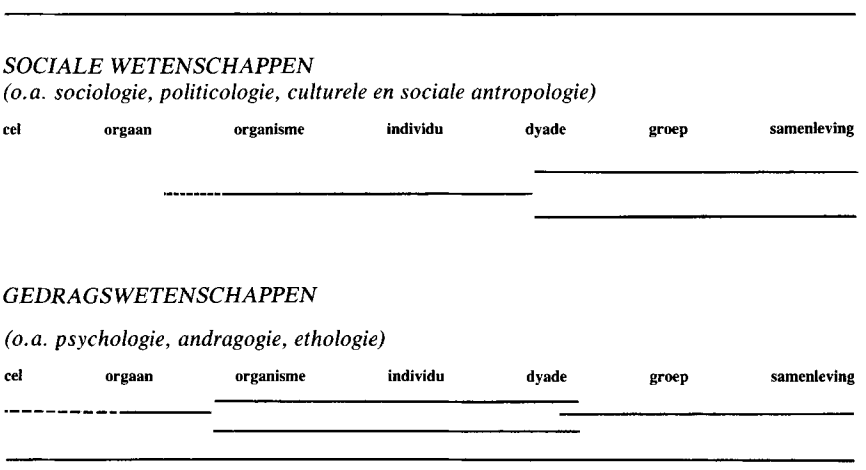
4. Wat zijn sociale wetenschappen en wat verstaan we eronder?

Op deze vraag zijn meerdere antwoorden mogelijk. Sommige daarvan zullen elkaar overlappen, andere niet omdat er sprake is van bepaalde denkrichtingen verbonden aan bepaalde scholen. Laten we dus eerst uiteenzetten, wat ons *uitgangspunt* is wanneer wij de vraag trachten te beantwoorden wat nu sociale wetenschappen zijn.
Wij gaan er vanuit dat de kern van de sociale wetenschappen gelegen is in tussenmenselijke betrekkingen of *intermenselijke relaties*. Het gaat om datgene wat er tussen mensen gebeurt en wat zijn invloed uitoefent enerzijds op het gedrag van de enkeling en anderzijds op het historisch proces van een groot aantal enkelingen samen, de samenleving.
Intermenselijke relaties zijn immaterieel, ze zijn niet tastbaar. Meen kan ze echter wel waarnemen en onderzoeken middels het gedrag van de enkelingen waarop ze van invloed zijn: intermenselijke relaties zijn geschikt voor empirisch onderzoek.
De sociale wetenschappen bestuderen dus de invloed van tussenmenselijke betrekkingen, zowel op de enkeling afzonderlijk als op enkelingen gezamenlijk, namelijk op de samenleving. In het eerste geval is er sprake van beoefening van de *psychologie*, in het tweede geval van beoefening van de *sociologie*. Beide vakken staan centraal in de bepaling van wat nu sociale wetenschappen zijn.

Aan de vraag wat nu sociale weten-

schappen zijn, is de wetenschapstheoretische vraag verbonden: waarin verschillen de sociale wetenschappen van de natuurwetenschappen? Het zijn de natuurwetenschappen die tot voor kort bijna uitsluitend de basis vormden voor alle medische kennis en kunde. De sociale wetenschappen droegen daar maar weinig toe bij. Sociaal-wetenschappelijke kennis in de gezondheidszorg was tot tien jaar geleden weinig meer dan ervaringskennis van de individuele medische beroepsbeoefenaar.
De natuurwetenschappen bestrijken de niveaus van onder andere het atoom, de molecuul, de cel, het orgaan en het organisme; de sociale wetenschappen de niveaus van het individu en van verzamelingen van individuen. Deze niveaus zijn in feite integratieniveaus, waarop voor elk niveau afzonderlijke typen van samenhangen, structuren en wetmatigheden te vinden zijn die zich niet op een ander niveau laten begrijpen en verklaren.
Doofheid en het functioneren van het oor bijvoorbeeld, laten zich niet verklaren op het niveau van het atoom of de molecuul, noch op het niveau van de verzameling van individuen. Doofheid laat zich vooral verklaren op de niveaus van de cel, het orgaan en het organisme. Zelfs op het niveau van het individu laat ze zich verklaren, maar dan wel in de meer overdrachtelijke zin. Oostindisch doof zijn is een fenomeen dat zich niet meer natuurwetenschappelijk laat bestuderen: oostindische doofheid heeft meer met tussenmenselijke betrekkingen te maken dan met het opvangen van geluidsgolven op het trommelvlies.
Uit dit voorbeeld is duidelijk dat sociaal-wetenschappelijke fenomenen in zekere zin *relatief autonoom* zijn ten opzichte van natuurwetenschappelijke fenomenen. Relatief autonoom betekent, dat deze wetenschappen een eigen systeem van theorieën en een eigen methodologie hebben en eigen maatstaven om te bepalen of een bevinding wetenschappelijk is of niet.
Vaak wordt de uitspraak gehoord dat de sociale wetenschappen subjectief zijn. Iemand die oostindisch doof is, is niet doof. Zijn omgeving beleeft hem als doof, hij is het niet; het is de subjectieve belevenis van de anderen die hem voor doof houden. Het constateren van een dergelijke subjectieve belevenis echter is in feite weer objectief. Het kan worden waargenomen, want het komt over als een vorm van gedrag. Belevenissen en gedrag kunnen worden bestudeerd; er kunnen hypothesen over worden opgesteld. Als men zegt, dat psychologie en sociologie geen wetenschappen zijn doch puur subjectief, dan verwart men belevenissen van subjecten met de waarnemingen van de onderzoeker.

Het moet de lezer opgevallen zijn, dat wij het tot nu toe steeds hebben over sociale wetenschappen en minder over gedragswetenschappen, een term die de klinisch psycholoog Groenman gebruikte in M.C. in een artikel over het Groningse medische curriculum* en recentelijk de psychiater Menges in Huisarts en Wetenschap**. Ook in het Raamplan 1974 wordt gesproken over gedragswetenschappen.
Onze keuze voor de term *sociale* wetenschappen is deels van wetenschapstheoretische en deels van pragmatische aard. Onder gedragswetenschappen worden wel de biologie en de ethologie en niet zozeer de sociologie gerekend. Wanneer wij als kern van de hier bedoelde wetenschappen de tussenmenselijke betrekkingen zien, dan is het duidelijk dat daartoe eerder de sociologie dan de biologie behoort. De pragmatische reden heeft te maken met de naam die de faculteit draagt waarin de gedragswetenschappen vooral worden bestudeerd, namelijk: Faculteit der Sociale Wetenschappen.
In de *figuur* is het onderscheid tussen sociale wetenschappen en gedragswetenschappen enigszins schematisch weergegeven. In de term sociale wetenschappen, zo kan men daaruit lezen, ligt het accent op groep en samenleving; in de term gedragswetenschappen ligt het op individu, dyade (= relatie tussen twee mensen) en groep.
Welke disciplines tot de sociale wetenschappen gerekend moeten worden en welke daarvan in het medisch curriculum moeten worden gegeven, blijft aanleiding tot discussie. Op geen van de drie conferenties heeft men overeenstemming over de antwoorden op deze vragen kunnen bereiken. Dit maakt het begrijpelijk dat curriculumsamenstellers, vaak artsen en beoefenaren van de natuurwetenschappen, moeite hebben met het begrijpen van de behoefte aan een inbreng van sociaal-wetenschappelijke zijde. Niemand kan immers duidelijk zeggen wat er gebeuren moet? Al deze onzekerheid en discussie mag echter niet wegnemen *dat* er sociale wetenschappen in de medische opleiding moeten worden gegeven. *Wat* precies, is een kwestie van een keuze waarvan de motivering ter discussie staat.
Vooraf aan de vraag, 'wat' van de sociale wetenschappen gegeven zou moeten worden, is het nuttig nogmaals een aantal argumenten naar voren te halen die aangeven *waarom* het noodzakelijk is sociale wetenschappen te geven in de medische opleiding.



5. Waarom sociale wetenschappen in het medisch curriculum?

Wij gaan er van uit dat invoering van sociale wetenschappen in de artsenopleiding het ideaal van een holistische of *integrale benadering* van patiënten dichterbij brengt. Kennis van de sociale wetenschappen en vaardigheid in een aantal toepassingsmogelijkheden zijn

* Groenman, N. H.: Gedragswetenschappen in het medisch onderwijsprogramma. M.C. 29 (1974), p. 1137-1141.
** Menges, L. J.: Gedragswetenschappen in het medisch curriculum. Huisarts en Wetenschap, 18 (1975), p. 382-386.

belangrijke onderdelen voor een dergelijke integrale aanpak van de geneeskunde.

Dit uitgangspunt wordt voortdurend bevestigd als we kijken naar de *motieven* waarmee belanghebbenden in de gezondheidszorg – bedoeld zijn dan met name artsen, beoefenaren van de sociale wetenschappen én patiënten – pleiten voor vakken als psychologie en sociologie.
Artsen hebben vaak met problemen te maken, waarvoor hun fysisch-chemische, nosologische en klinische kennis geen soelaas biedt. Veel problemen zijn terug te brengen naar intra- en interindividuele spanningen. Bij het doorbladeren van de laatste jaargangen van medische tijdschriften zijn genoeg uitspraken te vinden van deze constatering ondersteunen.
A. P. Oliemans en W. van de Ven schreven in Huisarts en Wetenschap (18 (1975) p.437 e.v.) over hun morbiditeitsanalyse van een solo-huisartsenpraktijk. Zij vonden onder meer een statistisch verband tussen de diagnosecategorie 'moe, slap, hangerig' en hogere sociale klasse: mensen in de hogere klasse zouden vaker 'moe, slap, hangerig' zijn. Alhoewel hun bevindingen onder voorbehoud gegeven zijn, geven ze aan dat er verbanden (kunnen) bestaan tussen het vóórkomen van een bepaalde ziekte of klacht en de sociaal-economische klasse waartoe iemand behoort. Met behulp van sociaal-wetenschappelijke kennis kan begrepen worden of zo'n verband ook in de werkelijkheid bestaat, waarom het dan bestaat en onder welke omstandigheden klachten ontstaan die als 'moe, slap, hangerig' worden gediagnostiseerd.
In een eerder artikel in Huisarts en Wetenschap schrijft H. Lamberts letterlijk: 'De diagnosen welke nog steeds worden opgedrongen vanuit het referentiekader van de klinische, op organen of fysiologische processen gerichte geneeskunde, steunen de huisartsgeneeskunde allerminst' (18 (1975) p. 71). Vooral wanneer het gaat om het herkennen en diagnosticeren van probleemgedrag biedt de klinische geneeskunde te weinig categorieën. Lamberts maakt in dit artikel onderscheid tussen ziektegedrag en probleemgedrag. Met ziektegedrag bedoelt hij somatische problemen die psychische en sociale problemen tot gevolg kunnen hebben en met probleemgedrag psychische en sociale problemen die eventueel aanleiding kunnen zijn tot somatische problemen. (Zie ook J. P. M. Dieriks en B. G. M. Ris: Professionalisering en samenwerking. M.C. 29 (1974) p. 815). Sociaal-wetenschappelijke kennis en bijbehorende vaardigheden zijn niet alleen van belang voor het stellen van een diagnose. Beide zijn ook zeer bruikbaar om goed te kunnen verwijzen en om zelf therapieën te kunnen verrichten. Huisarts en Wetenschap besteedde vorig jaar een heel nummer aan groepsgewijze behandeling in de huisartsenpraktijk (H. en W., 18 (1975) p. 277-299). Patiënten met overeenkomstige somatische problemen kunnen in een groep leren de voorwaarden te veranderen waaronder hun problemen zijn opgetreden en waardoor ze in stand worden gehouden: adipositaspatiënten kunnen andere eetgewoonten aanleren, hypertensiepatiënten kunnen elkaars angsten bespreken, hyperventilatiepatiënten kunnen met elkaar ontspanningsoefeningen doen. Patiënten krijgen binnen ondersteunings- of opvoedingsgroepen inzicht in hun eigen functioneren. Zij worden zich bewust van de invloed van angsten, stress en emoties op hun lichamelijke problemen, waarna zij dan mogelijkheden blijken te hebben om hun riskante gewoonten te verminderen. Er dient wel op te worden gewezen, dat het hier geen groepspsychotherapieën betreft. Een variant hiervan is een groep van patiënten die zich met elkaar voorbereiden op het ondergaan van een ernstige of verminkende operatie (bijvoorbeeld een hartoperatie, anus praeter, beenamputatie). Wil een (huis)arts zijn therapeutisch arsenaal in de richting van groepswerk uitbreiden, dan zal hij zich moeten (bij)scholen in de sociale wetenschappen.
In de eigen rubriek in Huisarts en Wetenschap proberen directie en staf van het Nederlands Huisartsen Instituut een steeds weerkerend misverstand over de bijdrage van de sociale wetenschappen aan de geneeskunde uit de weg te ruimen (18 (1975), p. 315).

Zij verklaren dat het een misverstand is, te denken dat de sociale wetenschappen snelwerkende pasklare richtlijnen zouden hebben voor de problemen waarmee de huisarts wordt geconfronteerd. Wat de sociale wetenschappen wél te bieden hebben is een andere manier van kijken naar verschijnselen als ziekte, gezondheid, relatie arts-patiënt, samenhang tussen somatische, psychische en sociale factoren, etc. De sociale wetenschappen bieden dus geen ondubbelzinnig alternatief voor de traditionele, meer natuurwetenschappelijk georiënteerde geneeskunde maar geven veeleer een *aanvulling* daarop.
Een ander facet van de sociale wetenschappen wordt besproken in de afleveringen van M.C. over de affiliatieproblematiek (30 (1975), nrs. 27 en 28). Zij bevatten een weergave van de inleidingen op het symposium over dit onderwerp, dat door de Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs werd georganiseerd. J. Reepmaker (p. 818 e.v.) wijst op het belang van de afdelingen onderwijsontwikkeling of onderwijsresearch aan de verschillende medische faculteiten, die zorg moeten dragen voor het aanleren van nieuwe onderwijsmethodieken. Onderzoek van onderwijs en 'teaching the teachers' zijn bij uitstek taken voor de sociale wetenschappen.

Naast de expliciete en de meer verpakte pleidooien in de vakbladen voor invoering van sociale wetenschappen in de medische opleiding is het goed hier ook een paar argumenten aan te halen die *maatschappelijk werkers, psychologen en sociologen* op de eerste conferentie 'Sociale Wetenschappen en Geneeskunde' naar voren brachten. Een medisch socioloog stelde, dat ziekte en crises vaak persoonlijke vertalingen zijn van grotere sociale en economische problemen. Hij doelde daarbij vooral op problemen die na de invoering van de W.A.O. ontstaan zijn. Werknemers blijken in veel gevallen eerder om economische redenen in de W.A.O. te zijn terechtgekomen dan dat zij niet meer in staat zouden zijn te werken. De huidige economische recessie en de bedrijfssluitingen en ontslagen die daarvan het gevolg zijn, hebben een toename van het aantal langdurige ziektegevallen opgeleverd. De socioloog pleitte voor meer kennis bij artsen betreffende economische en sociale problemen, omdat zij dan beter crises in het bestaan van individuen kunnen herkennen en begrijpen.
Een maatschappelijk werkster vond dat zij met behulp van methodieken op grond van sociaal-wetenschappelijke theorieën en op grond van haar ervaringen in de praktijk, medisch studenten zou kunnen helpen om de mogelijkheden van de eigen persoon te ontdekken en verder tot ontwikkeling te brengen (de persoon van de arts als therapeutisch 'instrument'). Een andere socioloog vulde dit betoog aan door te stellen, dat studenten via basale kennis van sociaal-wetenschappelijke theorieën en begrippen meer weet krijgen van

menselijk gedrag in het algemeen en van hun eigen gedrag in het bijzonder. Een psycholoog haakte daarop in en zei dat door trainingen en gesprekspractica studenten kunnen leren wat te doen – en vaak wat niet te doen – in voor hulpverleners onzekere situaties.
Op de drie conferenties was steeds de klacht te horen dat sommige geijkte hulpverleningsstrategieën en onderwijsmethodieken in de geneeskunde en aan de geneeskundefaculteiten onvoldoende worden gekend en daardoor onbenut blijven.
Vanuit een sociologische visie werd gesteld dat artsen en patiënten verschillende verwachtingen hebben ten aanzien van de taak van de arts en dat deze verwachtingen in wezen een conflict in zich herbergen. Artsen zelf stellen hun *instrumentele* taak voorop: zij zien zich in de eerste plaats als medisch-technisch deskundigen die een gezondheidsprobleem snel en efficiënt tot een oplossing kunnen brengen. Patiënten stellen echter de *expressieve* taak voorop: zij verwachten van hun arts dat hij naar hen luistert, aandacht voor hen heeft en zijn tijd aan hen schenkt. Deze verschillende verwachtingen en de conflicten die er het gevolg van zijn, kunnen inzichtelijk gemaakt worden en daarmee enigszins tot een oplossing worden gebracht. Hiervoor is kennis van en oefening in menselijke interacties een noodzakelijkheid.

6. Welke onderdelen van de sociale wetenschappen zijn geschikt om in het medisch curriculum opgenomen te worden?

Aan de meeste medische faculteiten bestaan nog twee duidelijk van elkaar onderscheiden fasen in het curriculum: de pre-klinische fase en de klinische fase. Hoewel het ons inziens wenselijk zou zijn tussen beide fasen een minder scherpe .scheiding aan te brengen, menen wij voor de plaatsbepaling van de sociale wetenschappen in het medisch curriculum rekening te moeten houden met de bestaande situatie.
De geringe hoeveelheid beschikbare tijd in het medisch curriculum, alsmede het feit dat een aantal aspecten van de sociale wetenschappen (sociale vaardigheid, gesprekstraining) alleen via oefening kunnen worden aangeleerd, schept in de huidige situatie voor de sociale wetenschappers een barrière om de vereiste basale kennis en vaardigheden over te dragen. In het algemeen kan men stellen dat de sociale wetenschappen aan een universitaire geneeskunde-opleiding de volgende bijdragen kunnen leveren:

a. Psychologie en psychotherapie: het bijbrengen van kennis en inzicht van psychosociale oorzaken en gevolgen van ziekte, zodanig dat de arts deze in de medische praktijk geïntegreerd met zijn bio-medische kennis kan hanteren.
Basiskennis van sociale wetenschappen zou kunnen worden aangeboden via vakken als waarnemingspsychologie, ontwikkelingspsychologie, sociale psychologie, sociologie, etc. Deze 'pre-klinische' basis zou in de klinische fase gevolgd kunnen worden door sociaal-wetenschappelijke vakken die erop gericht zijn storingen in het functioneren van de mens te herkennen en eventueel te beïnvloeden, waarbij gedacht wordt aan meer psychotherapeutische vaardigheden. Er kan kennis worden gemaakt met crisisinterventie, gezinstherapie, gedragstherapie, counseling, etc.
Psychotherapie wordt hier gezien als een toepassing van sociaal-wetenschappelijke theorieën en inzichten in een hulpverleningsrelatie. De praktijk van de psychotherapie kan met name niet los gezien worden van de verschillende onderdelen van de psychologie.

b. Sociologie: het bijbrengen van inzicht in de maatschappelijke aspecten van ziekte en ziek zijn.
In de loop der tijd hebben ziekte en gezondheid in de samenleving steeds wisselende betekenissen gekregen. Bezetenheid en hallucineren hoeven niet als ziekte geïnterpreteerd te worden, wel bijvoorbeeld als een religieuse uiting. In het geval van ziekteverzuim of het schoolziek zijn bij kinderen, wordt het ziek zijn onderworpen aan sociale controle en kan het ziek zijn de functie hebben van ventiel voor problemen of spanningen. Ziekte kan ook worden gebruikt om sociale problemen weg te werken door een storend of afwijkend gedrag als zodanig te benoemen.
Dit zijn enkele voorbeelden van een reeks vraagstukken die vooral door de medische sociologie worden behandeld.

c. Vertrouwd maken met het systeem van de gezondheidszorg, haar structuur en haar functies.
In het verwijzen van een patiënt naar een andere hulpverlener zal de arts te maken krijgen met de vraag naar wie hij het best kan verwijzen en wat dat voor consequenties voor de patiënt kan hebben. De arts heeft inzicht en ervaring nodig in het systeem van de gezondheids- en welzijnszorg. Welke kosten brengt een bepaalde behandeling met zich mee voor de patiënt, maar ook: welke kosten brengen bepaalde verwijzingen en behandelingen met zich mee voor de gezondheidszorg in zijn geheel? Zou men op de kosten van de gezondheidszorg (rationeel gezien) kunnen bezuinigen door een betere preventie?
Hoe kan men met het huidige gezondheidszorgsysteem meer aan preventie doen? Politieke overwegingen en belangen spelen mee in het bepalen van een beleid ten aanzien van de gezondheidszorg; welke politieke aspecten spelen mee in het handelen van de arts? Dit zijn aspecten die een multidisciplinaire aanpak vereisen, waarin de sociale wetenschappen een zinvolle bijdrage kunnen leveren.

d. Het ontwikkelen van vaardigheden en het aanbrengen van een grondhouding, noodzakelijk voor het aangaan van een helpende relatie met de patiënt.
De opleiding dient op de persoonlijkheidsontwikkeling van de student gericht te zijn. In de klinische fase van zijn opleiding moet hij zich onder supervisie oefenen een optimale arts-patiëntrelatie op te bouwen en moet hij in staat worden gesteld op een verantwoorde wijze met emotionele problemen rond ziekte en dood te kunnen omgaan. De sociaal-wetenschappelijke vorming dient met andere woorden tenminste in te houden: verwerven van inzicht in de rol van psychische, sociale en culturele factoren bij ziekte en genezing; vertrouwd raken met het systeem van de gezondheidszorg; sociale vaardigheidstrainingen.
Dit betekent in feite het werken aan een persoonlijke integratie van de sociaal-wetenschappelijke kennis en vaardigheden met de medische kennis. Dit kan geconcretiseerd worden in bijvoorbeeld een training en een daarop aansluitende begeleiding tijdens de junior- en senior co-assistentschapsperiode.

e. Bij benaderingen van ziekte als bestaansprobleem is enige basale wetenschapsfilosofische oriëntatie geen overbodige luxe.
Natuurwetenschappelijke zowel als sociaal-wetenschappelijke modellen hebben hun eigen mogelijkheden en beperkingen. Er zou onderwijs gegeven moeten worden in de wetenschapstheorie en de wijsgerige anthropologie. Dit is

niet het terrein van uitsluitend de sociale wetenschappen, maar de sociale wetenschappen zouden een belangrijke bijdrage aan het onderwijs op dit gebied kunnen leveren. De doelstelling van dit onderdeel zou kunnen zijn het bijbrengen van:

- inzicht in de ontwikkeling van de wetenschap en de structuur van het denken in de huidige wetenschappen; de positie van de medische wetenschap ten opzichte van de andere wetenschappen;
- algemene kennis over de mogelijkheden en beperkingen van de verschillende wetenschappelijke methoden;
- kennis van ideeën over het wezen van de mens en de maatschappij;
- kennis van de relatie tussen deze ideeën en de praxis.

7. Problemen bij differentiatie en integratie

Differentiatie en integratie zijn in hun letterlijke betekenis twee *tegengestelde* begrippen. Definities of omschrijvingen hoeven wij hier niet te geven. Beide begrippen zijn voldoende weergegeven in de woordenboeken der Nederlandse Taal. Ze kunnen echter ook gebruikt worden om twee kenmerken van *hetzelfde* groeiproces te beschrijven.

In de medische beroepsuitoefening heeft kennisvermeerdering en vermeerdering van de technische toepassingsmogelijkheden tot een grote mate van taakdifferentiatie geleid: meer dan twintig erkende specialismen is tot nu toe het resultaat. Hoe meer specialismen er komen, des te groter zal de behoefte aan overleg en samenwerking worden. Adjectieven als 'interdisciplinair' en 'multidisciplinair' zullen vaker als wenselijke adjectieven staan voor substantieven als 'gezondheidszorg' en 'geneeskunde'.
Binnen de medische opleiding is van deze taakdifferentiatie nog nauwelijks iets te merken. Medische studenten worden opgeleid alsof ze later allen hetzelfde werk zullen verrichten. Na hun artsexamen verlaten ze de universiteit met een grote verscheidenheid aan kennis uit verschillende vakken. Slechts gedurende korte tijd – tijdens de co-schappen – hebben ze met behulp van die kennis enkele vaardigheden kunnen oefenen. Het kennisaanbod was gedifferentieerd én versnipperd: vóór het kandidaatsexamen een aantal fysisch-chemische en bio-medische vakken met daarnaast soms wat van de sociaal-wetenschappelijke vakken, erná de klinische vakken plus de co-schappen. De integratie tussen de preklinische vakken en tussen de preklinische en klinische vakken heeft elke student zelf moeten aanbrengen. In zijn opleiding is in die integratie nauwelijks voorzien.
Kortom, in de medische opleiding bestaat *geen taak-differentiatie* gericht op het latere beroep, maar *wel een vak-differentiatie* voornamelijk stoelend op de afzonderlijke natuurwetenschappelijke disciplines.

Op het ogenblik is er grote behoefte om een onderwijskundig verantwoorde *integratie* tussen allerlei vakken binnen het medisch curriculum tot stand te brengen. Niet alleen tussen de klinische, de fysisch-chemische en de bio-medische vakken, maar ook tussen deze bovengenoemde en de sociaal-wetenschappelijke vakken. Een middel om dit te bereiken is het invoeren van *'problem-centered' onderwijs*. Uitgaande van een probleem uit de medische praktijk worden de verschillende vakken – indien nodig – betrokken bij de analyse van het probleem, bij het meedenken over mogelijke oplossingen en bij het kiezen van de meest voor de hand liggende oplossing.
Aan de Rijksuniversiteit Utrecht is ervaring opgedaan met onderwijs dat enigszins lijkt op geïntegreerd onderwijs. In de twee eerste weken van het eerstejaars onderwijs worden de vakken aan de hand van één onderwerp aan de studenten voorgesteld. De afgelopen twee jaren is dat het hart geweest. Op elementaire wijze werd het functioneren van het hart toegelicht door de fysioloog, de anatoom, de histoloog, de chemicus, de natuurkundige en de bioloog. De mens met het zieke hart was het onderwerp van enigen der hiervoor genoemden én van de cardioloog, de epidemioloog, de huisarts en de psycholoog. In het tweede studiejaar worden op soortgelijke manier de groei en ontwikkeling van het kind en de ontwikkeling van de menselijke seksualiteit aan de orde gesteld. Een essentieel verschil met het ideale geïntegreerde onderwijs is echter de afwezigheid van een 'problem-centered' aanpak; steeds is men in Utrecht uitgegaan van het normaal funktionerende hart, de normale ontwikkeling. De behoefte aan integratie wordt door vrijwel iedereen gedeeld, die zich bij het medisch onderwijs betrokken voelt. Dat integratie nauwelijks voorkomt, heeft te maken met de geringe ruimte die er is om binnen het medische curriculum met veranderingen te experimenteren. Bij elke verandering die men aanbrengt, zullen enkele vakken onderwijsactiviteiten moeten afstoten. Ieder kan vermoeden welke problemen dit kan geven.

Naast het invoeren van geïntegreerd onderwijs in de opleiding tot basisarts lijkt een zekere *differentiatie* wenselijk, vooral omdat niet alle studenten dezelfde begaafdheid en dezelfde belangstelling hebben. Ook hebben zij niet allen een zelfde loopbaan voor ogen. Het huidige curriculum blijkt vaak demotiverend te werken.
Veel studenten voelen zich zo overspoeld met colleges, al of niet verplichte praktica en tentamens voor allerlei vakken, dat zij uit zelfbescherming nauwelijks colleges bezoeken, bij praktica niet meer doen dan minimaal wordt verlangd en de voorbereiding van examens en tentamens beperken tot het uit het hoofd leren van de meerkeuze-vragen plus antwoorden van de vorige

NIET ROKEN

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

jaren. Het blijkt te kunnen: hun resultaten zijn dezelfde als de studenten die ijverig colleges volgen, die alle praktica lopen en die het gehele jaar bezig zijn met de voorbereiding op hun examen aan het eind van het studiejaar.
Het huidige medisch curriculum van zes jaar is overvol. Voor de gemiddelde student is de grens van wat hij in die zes jaar kan opnemen waarschijnlijk reeds overschreden. Invoering van nieuwe vakken wordt hierdoor bemoeilijkt.
De differentiatie die ons inziens het best kan worden doorgevoerd is het creëren van *studiepaketten*, waaruit de studenten kunnen kiezen nadat zij een gemeenschappelijk kernpakket achter de rug hebben. In die keuzepakketten kunnen de studenten hun belangstelling en voorkeur recht doen gelden.
Op de conferenties zijn juist van studentenzijde bezwaren geuit tegen studiedifferentiatie. De studenten vonden, dat keuzepakketten binnen een basisopleiding hoe dan ook leiden tot een te vroege en te snelle specialisatie die aanleiding geeft tot vakidiotie en orgaangericht werken. Bovendien komt dit tegemoet aan herstructureringsplannen van de overheid volgens het recept-Pothumus. De opleiding tot basisarts wordt dan verkort tot vier of vijf jaar, wat betekent dat de als perifeer beleefde sociale wetenschappen wel uit het curriculum zullen verdwijnen of bij bepaalde keuzepakketten of differentiatiemogelijkheden tot een absoluut minimum zullen worden teruggebracht.
In de proeve van een opzet van sociaal-wetenschappelijk onderwijs in het medisch curriculum die wij volgende week in ons slotartikel zullen aanbieden, hebben wij het probleem: keuzepakketten of niet, in het midden gelaten.

(Slot volgt)

'Te gek om vast te zitten'

Van 19-25 mei was het actieweek tegen de K.Z.-wet 'Om de aandacht van iedereen er op te vestigen dat er nog steeds wettelijke discriminatie plaatsvindt van de psychiatrische patiënt en dat je als Nederlandse volk daar wat aan doen kunt door op verandering van die wetten aan te dringen', aldus de actiekrant. Het actiecentrum zetelt in de Gasthuisvest 47a te Haarlem, alwaar ook inlichtingen zijn te bekomen (tel. 023-313428). Het actiepakket omvatte de volgende eisen:

– Recht op onze eigen manier van leven en de respectering daarvan door diegenen, die worden betaald om ons te 'helpen'.
– *Recht op behandeling en therapie.*
– Recht op vrijwillige opname.
– *Recht op vrije keuze van therapie.*
– Recht op vrije keuze van inrichting en afdeling.
– *Recht op vrije keuze van hulpverlener.*
– Recht op informatie over therapieën.
– *Recht op informatie over de situatie in een inrichting.*
– Recht op serieus en uitgebreid onderzoek – bij opname en op verzoek – door verschillende soorten deskundigen.
– *Recht op een behandelingsplan, waarin de patiënt wordt betrokken.*
– Recht op vrijwillig gebruik *en* weigering van medicatie.
– *Recht op informatie over medicatie.*
– Verbod op toepassing van zogenaamde 'bijzondere' behandelingen als castratie, hersenoperatie en shocktherapie, behalve wanneer de patiënt daarom uitdrukkelijk en duidelijk zou verzoeken.
– *Afschaffing van elke vorm van gedwongen behandeling.*
– Verbod op dwangarbeid, ook al heet dat 'arbeidstherapie'.
– *Een behoorlijke betaling van werk in de inrichting.*
– Recht op volledige informatie over rechtspositie vóór, tijdens en na opname.
– *Plicht van de rechter om patiënten zelf te horen, alvorens over hen te beslissen.*
– Instelling van een onafhankelijke Ombudscommissie (waarin ook vertegenwoordigers van (ex-)patiënten), tot wie elke patiënt zich ongehinderd kan wenden met klachten over opname, behandeling, ontslag, enzovoort. Deze commissie moet de bevoegdheid hebben om de gegrondheid van dergelijke klachten ongehinderd te onderzoeken.
– *Recht op ongehinderd raadplegen van één of meer onafhankelijke deskundigen naar keuze.*
– Mogelijkheid om zelf te allen tijde een betaalbare advocaat in de arm te kunnen nemen.
– *Geen onvrijwillige opnamen.*
– (Nu nog) loskoppeling van machtiging aan handelingsonbekwaamheid.
– *Verbod over de beschikking van inrichtingen over het geld van bij hen opgenomen patiënten.*
– Verbod op het dreigen met machtiging tegenover vrijwillig opgenomen patiënten, wanneer deze met ontslag willen.
– *Recht op beschikking over eigen dossier.*
– Recht op respect voor eigen privacy.
– *Recht op behoud van normale vrijheden als wandelen, lezen, T.V.-kijken en vrijen.*
– Recht op vrije briefwisseling en vrij telefoneren.
– *Recht op alle andere mogelijkheden om normaal contact met vrienden, familie en dergelijke te onderhouden.*
– Recht op hulp bij terugkeer uit de inrichting (werk, therapie, wonen, en dergelijke).
– *Recht op afwijkende meningen.*
– Recht op afwijkend gedrag.
– *Verder eisen we in alle gevallen dat als autoriteiten menen, dat een patiënt minder mag of meer moet dan een ander, dat zij dan ook de plicht hebben om aan te tonen, waarom dat onvermijdelijk zou zijn.*

Geneesmiddelenvoorziening ter discussie

In de algemene vergadering van de Federatie van Ziekenfondsen V.M.Z., gehouden op 20 mei jl, werd een drietal inleidingen gehouden over de geneesmiddelenvoorziening in het algemeen en ten behoeve van ziekenfondsverzekerden in het bijzonder.

Prof. Dr. *F. A. Nelemans,* buitengewoon hoogleraar in de farmacotherapie te Utrecht vestigde er de aandacht op, dat veel geneesmiddelen een zeer zorgvuldig gebruik vereisen, wil men geen ongelukken maken. Naar schatting ondervindt 20% van de patiënten in ziekenhuizen schadelijke gevolgen van aan hen toegediende medicijnen. Er is vrijwel geen lichamelijke of geestelijke klacht die niet met een daarvoor gevonden chemische stof kan worden behandeld. Het verwachtingspatroon van de patiënt die zijn arts bezoekt, is – aldus Prof. Nelemans – dat hij van zijn arts ten minste één geneesmiddel krijgt voorgeschreven. Enerzijds bestaat er bij de patiënt een onvoorwaardelijk vertrouwen in het geneesmiddel, anderzijds weten zowel patiënt als arts dat geneesmiddelen lang niet altijd helpen. Bovendien negeert men de risico's die het gebruik van geneesmiddelen met zich brengt, risico's die bij een verantwoord gebruik alleszins aanvaardbaar zijn maar die toch niet mogen worden verwaarloosd. Prof. Nelemans noemde het merkwaardig hoe weinig aandacht aan de farmacotherapie tijdens de opleiding tot arts wordt geschonken en met hoe weinig informatie de patiënt het in het algemeen moet doen.

Goed en kwaad

Dat geneesmiddelen goed kunnen doen behoeft nauwelijks te worden vermeld. Een willekeurige greep uit de talrijke voorbeelden: geneesmiddelen tegen tuberculose, tegen suikerziekte (zoals insuline) tegen vallende ziekte, tegen astma bronchiale, tegen hersenvliesontsteking, tegen wondroos, enz. De negatieve kant van geneesmiddelen ligt in de bijwerkingen. Deze zijn echter lang niet altijd te voorkómen. In een aantal gevallen moet men het risico – aldus de inleider – eenvoudig nemen. Helaas worden bijwerkingen dikwijls later vastgesteld dan nodig is. Als gevolg daarvan is meer tijd nodig om de aangerichte schade te herstellen dan wanneer men van de eerste dag af dat het negatieve effect was opgetreden toediening van het geneesmiddel zou hebben gestaakt.
Het bespreken van de verhouding tussen goed en kwaad achtte de heer Nelemans niet eenvoudig. Goed is alles wat de patiënt sneller doet genezen of minder ongemak geeft dan wanneer hij niet zou worden behandeld. Maar wat is 'kwaad'? Deze problematiek lichtte de spreker met een aantal voorbeelden toe. Een middel dat een chauffeur verhindert veilig aan het verkeer deel te nemen is 'kwaad' voor deze man wanneer hij zijn werk moet doen, maar meestal van geen enkele betekenis wanneer hij in zijn bed ligt. Een stof die als bijwerking slaperigheid of sufheid geeft is in het dagelijks leven alles behalve ideaal, maar voor een patiënt die in een ziekenhuis voor een operatie wordt klaargemaakt vaak erg geschikt. Er bestaat geen twijfel over, dat het goed dat geneesmiddelen doen veel groter is dan het kwaad dat zij stichten. Voor bepaalde patiënten is het zelfs onmogelijk van de levensreddende werking van een geneesmiddel te profiteren zonder dat zij tevens ernstige bijwerkingen moeten verduren (men denke aan bepaalde behandelingen met corticosteroïden of cytostatika).

Samenspel

Zowel de patiënt als de verpleegkundige, de apotheker en de arts kunnen er toe bijdragen dat het gebruik van geneesmiddelen zo goed mogelijk plaatsvindt. Niet alleen met betrekking tot hetgeen de patiënt hiertoe ten dienste staat, als: informatie aan zijn arts wat voor geneesmiddelen hij reeds gebruikt; het nauwkeurig opvolgen van gegeven voorschriften mede met behulp van de zogeheten 'bijsluiter', enz. Maar ook de taak van de verpleegkundige ten aanzien van het geneesmiddelengebruik van de aan hem of haar zorg toevertrouwde patiënten en voorts hetgeen de apotheker (als hij erop attent is) in deze als deskundige bij uitstek kan bijdragen, werd door de inleider uitvoerig toegelicht. Ten slotte besprak hij de mogelijkheden van de huisarts om een verantwoord gebruik van geneesmiddelen zo goed mogelijk tot zijn recht te laten komen.

Samenvattend stelde Prof. Nelemans vast, dat vergeleken met bijvoorbeeld vijftig jaar terug het geneesmiddelenpakket veel efficiënter en in vele opzichten ook veel veiliger is geworden. Anderzijds eisen de huidige geneesmiddelen een veel zorgvuldiger gebruik, wil men geen ernstige ongelukken maken. Een goed samenspel van patiënt, verpleegkundige, apotheker en arts is daarvoor onmisbaar.

Vervolgens betoogde *Drs. J. R. Jonkers,* apotheker te Uithoorn en verbonden aan het Nic. Tulp Ziekenhuis te Amstelveen, dat de apotheker kan bijdragen tot een meer efficiënt en economisch verantwoorde geneesmiddelenvoorziening indien hij in staat wordt gesteld als gesprekspartner op te treden van de voorschrijvende arts en hem de begeleiding van de patiënt wordt toevertrouwd. Hij gelooft, dat in ons land jaarlijks voor een half miljard gulden (!) aan geneesmiddelen wordt verspild door een onjuist gebruik. Dit bedrag had spreker blijkbaar afgeleid van de besparing van *f* 1.500.000,— in één jaar, die volgens persberichten in Heerhugowaard op een verzorgingsgebied van 30.000 zielen door toedoen van de apotheker in samenspel met enige huisartsen kon worden bereikt. Een schatting waaraan blijkens vragen en opmerkingen ook van apothekerszijde ter vergadering nogal werd getwijfeld.

Betere distributie

Voorts betoogde apotheker Jonkers, dat de apotheker zou moeten ijveren voor een betere distributie van geneesmiddelen. Veel niet meer door de patiënt gebruikte geneesmiddelen zijn voor verdere circulatie uiteraard onbruikbaar geworden. Bij een andere verpakking, zoals in het geval met de enkel-eenheid-aflever-systemen, waar iedere doseringseenheid apart verpakt en geëtiketteerd wordt, ontstaat een mogelijkheid om niet-gebruikte eenheden opnieuw in circulatie te brengen. Dit is weliswaar arbeidsintensief en de kosten zullen op het geneesmiddelenbudget drukken, maar deze kosten wegen volgens apotheker Jonkers niet op

tegen het voordeel van de vermindering van de spillage. Vooruitlopend op deze vérgaande verandering zou het zijns inziens raadzaam zijn om nooit meer dan voor twee weken geneesmiddelen mee te nemen.
Ten slotte vestigde de heer Jonkers aan de hand van voorbeelden er de aandacht op, dat de apotheker het gebruik van geneesmiddelen door patiënten beter zou moeten begeleiden. Het is zijns inziens duidelijk, dat de apotheker meer zou kunnen bijdragen aan een efficiënte en economisch verantwoorde geneesmiddelenvoorziening indien de situatie waarin hij thans werkt, verandert en indien de apothekers van nú aan die verandering actief zouden willen meewerken.

Goedkoper

Als laatste inleider sprak de arts *B. Schuling*, adviserend geneeskundige bij de Stichting Samenwerkende Rotterdamse Ziekenfondsen, de verwachting uit dat de geneesmiddelenvoorziening goedkoper zou kunnen worden als de overheid de prijzen wat beter in de hand hield; er wat minder geneesmiddelen op de markt werden toegelaten en toepassing van de door de Centrale Medisch Pharmaceutische Commissie (C.M.P.C.) van de Ziekenfondsraad opgestelde zogenaamde 'Regeling en Klapper' van voor ziekenfondsrekening toegestane geneesmiddelen wettelijk verplicht zou worden gesteld.

Geen wetenschappelijk onderwijs in de verpleegkunde

Staatssecretaris Dr. G. Klein (Onderwijs en Wetenschappen) voelt niets voor een universitaire opleiding voor verpleegkundigen. Zijns inziens zijn er genoeg geschikte opleidingen voor de huidige taken in de verpleging. De bewindsman deelde dit mee bij de opening van het nieuwe gebouw van de Hogere School voor Gezondheidszorg te Leusden.
Volgens Dr. Klein biedt een opleiding op het niveau van het hoger beroepsonderwijs (h.b.o.-v.) gecombineerd met een vervolgopleiding een betere waarborg voor een goede voorbereiding op het verpleegkundig beroep dan een academische opleiding.
De Hogere School voor Gezondheidszorg opende zijn poorten in het jaar 1959. De eerste cursisten waren vijftien verpleegsters. In de jaren '60 werd de school met stafopleidingen voor verpleegkundigen uitgebreid. In 1974 kwam het opleidingsinstituut 'Sparrenheide' (wijkverpleegkundigen en dergelijken) er bij. Het aantal studenten en cursisten op de Hogere School voor Gezondheidszorg ligt nu boven de duizend.
Tijdens de plechtigheid in Leusden zei stichtingsvoorzitter Dr. J. Baay het te betreuren, dat de overheid de Hogere School voor Gezondheidszorg nog altijd niet de status van 'School of Public Health' heeft verleend. De school heeft zich al sterk in die richting ontwikkeld.

Nota

Dr. Klein had terzake al eerder duidelijk stelling genomen. Midden maart merkte hij tijdens overleg met de vaste Tweede Kamercommissies voor Onderwijs en Wetenschappen en voor de Volksgezondheid op, een grote terughoudendheid te betrachten als het er om gaat bij het wetenschappelijk onderwijs h.b.o.-achtige programma's te laten verzorgen. De interimnota van de Werkgroep universitaire opleiding verpleegkundigen – waarin tot de noodzaak van wetenschappelijk onderwijs in de verpleegkunde wordt geconcludeerd – noemde de staatssecretaris bij die gelegenheid nog te vaag. De nota is om advies naar de Centrale Raad voor de Volksgezondheid gestuurd.
Opmerkelijke uitlating of uitgelaten opmerking: Blijkens het verslag ventileerde Mevr. Gardeniers-Berendsen (K.V.P.) de mening, dat zij ervan overtuigd was dat een wetenschappelijke opleiding in de verpleegkunde er zou komen zodra er meer mannen in de verpleging zouden werken.

Wél universitair

'Reeds vele jaren wordt in de verpleegkundige literatuur in Nederland gewezen op de noodzaak van een universitaire verpleegkundige opleiding. Voor sommigen een noodzaak, voor anderen een dwaasheid. Van harte hoop ik, dat het uitgebrachte interimrapport – welke bezwaren men ook tegen de inhoud kan hebben – een stimulans zal zijn om nu inderdaad zich met ernst te beraden over deze mogelijkheid en inderdaad tot oprichting van een universitaire mogelijkheid voor een studie in de verpleegkunde te komen.' Aldus de geneesheer-directeur van het Eindhovense Diaconessenziekenhuis, de heer M.C. de Haan, in het Tijdschrift voor Ziekenverpleging van 25 mei jl.).

Over het waarom zegt hij: 'Naast de opleiding van verpleegkundigen op academisch niveau zal dan ook de verpleegkundige research in Nederland van de grond kunnen komen, waardoor het verpleegkundig beroep zich verder zal kunnen ontwikkelen en meer inzicht verkregen zal worden over de invloed van de verpleegkundige op het genezingsproces van de patiënt'.
Aan een universitaire opleiding van verpleegkundigen zal dus met kracht moeten worden gewerkt, concludeert De Haan. Voorts zal, zowel voor wat de opleidingen betreft – dus voor het opleiden van verpleegkundige docenten die een eerstegraads bevoegdheid kunnen krijgen, die gestudeerd hebben in de verpleegkunde – als wel ten behoeve van het verpleegkundig onderwijs research aan de universiteit moeten worden bedreven.

Ledenvergadering der L.H.V.

In zijn rede ter inleiding van de ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging, donderdag 3 juni j.l. gehouden in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht, heeft L.H.V.-voorzitter *S. van Randen* een uiteenzetting gegeven van het door het centraal bestuur gevoerde en te voeren beleid met betrekking tot enkele actuele vraagstukken waarmee de Nederlandse huisartsen zijn geconfronteerd. De heer Van Randen zei er het volgende van:



Voor de ledenvergadering werd door een delegatie van het Centraal Bestuur onder leiding van L.H.V.-voorzitter S. van Randen de pers ontvangen bij welke gelegenheid het beleid nader werd toegelicht.

De gezondheidszorg heeft niet te klagen over gebrek aan belangstelling. Integendeel. Daarbij is de aandacht zowel gericht op het functioneren van de gezondheidszorg, maar met name op de groeiende kosten. Hierbij denk ik ook aan het beleid van de regering in deze ten aanzien van de tarieven in de gezondheidszorg. Een en ander moet worden geplaatst in het teken van de bezuinigingsplannen met betrekking tot de sociale voorzieningen. Voorts wil ik hier wijzen op het recent verschenen rapport van de commissie Becht. Dit handelt enerzijds over kostenaspecten van de gezondheidszorg, maar anderzijds handelt het ook over organisatorische en structurele situaties in de gezondheidszorg.
Vestigingsproblemen van artsen zijn regelmatig in de publiciteit, terwijl er haast geen dag voorbij gaat of er wordt wel iets gepubliceerd over samenwerking in het eerste échelon.
Het is vanzelfsprekend dat de Landelijke Huisartsen Vereniging uitermate geïnteresseerd de ontwikkelingen op het gebied van de gezondheidszorg niet alleen volgt, maar daarbij haar eigen inbreng wil hebben. Achtereenvolgens wil ik thans ingaan op de volgende onderwerpen:
a. het overheidsbeleid inzake aanpassing van de huisartsentarieven; b. het voorschrijven van geneesmiddelen; c. het vestigingsbeleid; d. het rapport van de commissie Becht.

Het overheidsbeleid inzake huisartsentarieve

Zoals ik het nu weergeef, is zeker een nadere toelichting vereist. Immers het lijkt dat voor 70% van de Nederlandse bevolking middels onderhandelingen tussen de ziekenfondsorganisaties en de Landelijke Huisartsen Vereniging tarieven voor huisartsenhulp worden vastgelegd. Maar dit gebeurt de laatste jaren steeds meer – en dit jaar vrijwel volledig – op basis van direktieven van de overheid.
In 1966 werden de verschillende groepen van tarieven voor de particuliere patiënten teruggebracht tot één basistarief. De reden voor dit ene basistarief was gelegen in het feit dat inmiddels vrijwel iedereen verzekerd was of zich kon verzekeren tegen ziektekosten. Derhalve was een honorariumbepaling op basis van het inkomen van de patiënten niet meer zinvol. Ook werd in 1966 het conflict manifest tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging en de ziekenfondsorganisaties inzake de uitgangspunten van honorering voor de huisartsenhulp. De L.H.V. stelde – toen reeds – duidelijk dat de voorwaarden voor de honorering dienen te bevatten:

- een gemiddeld aanvaardbare dagtaak (berekend op basis van gemiddeld tijdsbeslag van de huisarts-patiënt-contacten);
- een aanvaardbaar niveau van honorering;
- een adequate bijdrage voor een adequate pensioenvoorziening daarbij;
- een adequaat bedrag voor praktijkkosten.

Op basis van de richtlijnen van de toenmalige minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Veldkamp – dia qua materiële inhoud stoelden op het rapport van de commissie Van der Ven – konden uiteindelijk de L.H.V. en het G.O.Z. in april 1967 een overeenkomst sluiten. Daarbij werd vastgelegd, dat nog over het praktijkkostenbudget zou worden onderhandeld. Immers de genoemde commissie Van der Ven had wel de praktijkomvang vastgesteld (2600 personen) als dagtaak en het bijbehorende honorariumniveau (schaal 151 max.).
Ook voor de pensioenvoorziening gaf de betrokken commissie een duidelijke weg aan. Er moest een beroepspensioenfonds voor huisartsen komen gestoeld op wettelijke basis. Uitgaande van de toen bekende pensioensituatie voor ambtenaren gaf de commissie een percentage van 24% aan ten behoeve van een adequate pensioenvoorziening. Inmiddels is overigens gebleken, dat voor een waardevaste pensioenvoorziening voor de ambtenaar in schaal 151 max. een percentage van 36% benodigd is. Dit in plaats van de gemiddelde 24% voor alle rijksambtenaren. Het percentage van 36% is in overeenstemming met de gegevens uit het rapport van de commissie Raven (Inkomensvorming Vrije Beroepsbeoefenaren), uitgebracht in opdracht van de minister van Sociale Zaken. Het te lage percentage van 24% is tot nog toe in de tarieven voor de hulp aan ziekenfondsverzekerden verdisconteerd.
Op het punt van de praktijkkosten echter had de commissie Van der Ven slechts vastgelegd de maatstaf voor assistentie en het niveau van de post waarneming. De overige praktijkkosten werden in de loop van een tweetal jaren na langdurige onderhandelingen eindelijk vastgesteld. Daartoe zijn onderzoekingen gedaan bij een aantal accountantskantoren die huisartsen in hun administratie hadden. Onderzoek werd verricht naar het vervoer, naar de huisvesting

enz. Er werd een enquête ingesteld naar de praktijksamenstelling van de huisartsen in Nederland. Ook heeft een commissie van deskundigen een studie gewijd aan het gewenste en noodzakelijke instrumentarium in de huisartsenpraktijk.
Tenslotte heeft de commissie Van der Ven – in een tweede rapportage – vastgesteld dat een rentebedrag over geïnvesteerd vermogen in de kostenvergoeding aanwezig moet zijn. Tevens stelde deze commissie daarbij vast dat ziekenfondsverzekerden maximaal voor 70% (landelijk gemiddelde) in de vaste kosten van een huisartsenpraktijk behoefden bij te dragen. Dit impliceert overigens dat in iedere huisartsenpraktijk 800 particuliere zielen worden geacht bij te dragen in de vaste praktijkkosten (bij 40% van de praktijken in Nederland is dat niet het geval). Derhalve zal de huisarts die minder dan 800 particuliere patiënten heeft uit andere hoofde de praktijkkosten dienen te bestrijden. Uiteindelijk werd tussen de ziekenfondsorganisaties en de Landelijke Huisartsen Vereniging een overeenstemming bereikt inzake de totaliteit van de praktijkkosten.
Naast deze problemen waren er intussen ook conflicten tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging en Economische Zaken over de tariefsaanpassingen ontstaan. Met name toen de L.H.V. een aanpassing van het basistarief in 1969 adviseerde kon Economische Zaken zich daarmee niet verenigen. Er werd een prijzenbeschikking uitgevaardigd. De L.H.V. achtte de prijzenwet als zodanig niet van toepassing op vrije beroepsbeoefenaren en stelde daartegen een beroep in. Er volgden op grond van onderzoekingen door de Economische Controledienst processenverbaal en strafprocedures.
Uiteindelijk werd besloten – nog ten tijde van minister Nelissen van Economische Zaken – een commissie te laten adviseren over de particuliere tarieven en de aanpassing daarvan. Deze commissie Donner – onder voorzitterschap van Mr. Dr. A. M. Donner – rapporteerde in 1972. Het niveau van de honorering werd vastgesteld op schaal 151. Het aantal contacten in de dagtaakpraktijk werd daarbij vastgesteld op 9000 per jaar. Onder meer werden gegevens van het intermitterend morbiditeitsonderzoek gebruikt.
De uitkomsten van het rapport van de commissie Donner werden èn door de L.H.V. èn door de minister van Economische Zaken aanvaard. Onder de toezegging van een spoedig te realiseren wet voor de beroepspensioenfondsen voor huisartsen en fiscale begeleidingswet adviseerde de L.H.V. gedurende 1972 een bedrag van *f* 1,— gemiddeld per consult niet in rekening te brengen (besparing op jaarbasis 15 miljoen gulden). Ook de minister van Economische Zaken aanvaardde dus de uitkomsten van het rapport Donner, alsmede de aanpassing van de tarieven. Het perscommuniqué van Economische Zaken d.d. 11-2-1972 zegt het als volgt: 'De door de commissie toegepaste rekenmethode biedt de mogelijkheid tot aanpassing van de tarieven in de toekomst'.
De toekomst blijkt in deze wel erg beperkt, want in 1976 zijn er reeds weer fundamentele verschillen van inzicht ten aanzien van de aanpassing. Toch merkwaardig dat door de minister van Economische Zaken wordt aangevoerd dat hij twijfels heeft over de praktijkkostenomvang. Voorheen is door Economische Zaken nooit een kostenonderzoek bij de aanpassing geëist. Immers de praktijkkosten (dezelfde als bij het ziekenfondshonorarium) worden jaarlijks door onderhandelingen tussen ziekenfondsen en huisartsen vastgesteld. De onderhandelaars van de ziekenfondsen zorgen in ieder geval wel dat de praktijkkosten niet meer dan trendmatig stijgen. Overigens een minister van Economische Zaken meent toch niet dat praktijkkosten alleen aanwezig zijn bij zichtbare uitgaven? Ondanks de aanpassingen in de voorafgaande jaren op basis van de afspraken stoelend op het rapport van de commissie Donner steekt de minister van Economische Zaken thans een spaak in het wiel.
De motivering blijkt te zijn, dat de afgesproken aanpassingen niet stroken met het prijzenbeleid van de regering. Dit prijzenbeleid was er overigens ook in 1973/1974. Toen heeft deze minister van Economische Zaken terecht de huisartsen – wegens het ontbreken van de mogelijkheid tot productiviteitsvermeerdering en zich baserend op zijn bevoegdheid op basis van prijzenwet een adequate aanpassing juist geoordeeld en derhalve mogelijk gemaakt (brief d.d. april 1974).
Waarom dan nu niet meer? Onze dienstverlening als huisarts aan de patiënt blijft even persoonsgebonden als voorheen en ook thans is geen productiviteitsvermeerdering mogelijk. Voor mij is het onbegrijpelijk dat de minister van Economische Zaken zo kan en mag handelen. Mogelijk zijn onvoldoende gronden aanwezig voor een beroep op de administratieve rechter tegen een prijzenbeschikking op basis van art. 2 van de prijzenwet. Dit neemt toch niet weg, dat ook de gewone rechter een prijzenbeschikking als tegenover ons uitgevaardigd, kan toetsen aan algemene beginselen van behoorlijk bestuur. In dit verband is van belang het door de regering in het verleden opgewekte vertrouwen en de gewekte verwachtingen, die niet zonder meer mogen worden beschaamd.
Wij hebben besloten dat wij ons voor dit jaar onder protest zullen neerleggen bij de getalsmatige uitkomsten van de te beperkte tariefsaanpassing. Dit protest zal toch ook inhouden, dat zij geëigende juridische wegen willen bewandelen. Het valt te betreuren dat door de geschetste gang van zaken het maken van nieuwe afspraken ernstig wordt belemmerd. Toch zullen wij – ik heb dat reeds eerder in besprekingen persoonlijk opgemerkt – naar mijn oordeel onderzoekingen inzake de huisartsenpraktijkkosten dienen te verrichten. Daarbij moet dan vooraf vaststaan wat onderzocht zal worden in deze, op welke manier en tevens de wijze van verwerking van de verkregen gegevens. Daarbij zal ook moeten worden vastgelegd welke kostencomponenten naast de zichtbare uitgaven bij de praktijkvoering aanwezig zijn.
Wanneer de minister van Economische Zaken in zijn recente schrijvan aan de Tweede Kamer opmerkt, dat hij de indruk heeft dat de gemiddelde huisarts aanmerkelijk meer inkomen heeft dan de destijds afgesproken norm, is dit een onjuiste indruk. Overigens gaf dde minister in een bespreking te kennen dat hij zich hierbij baseert op belastinggegevens die wij niet ter inzage hebben kunnen krijgen (is hier wel sprake van een juist gebruik van belastinggegevens?).
Immers het niveau van de honorering – destijds door de commissie Van der Ven gesteld op schaal 151 max. – is niet het gemiddelde inkomen dat is afgesproken, maar is gebaseerd op de gemiddeld aanvaardbare dagtaak van de huisarts. Meer inkomen is slechts het resultaat van meer arbeid. Thans heeft de gemiddelde huisarts slechts in zijn vakantie tijd over om van een 50-urige werkweek te kunnen dromen. Bij herstructurering van de honorering als zodanig, op basis van een genormeerd inkomen, zal dan ook zonder twijfel een genormeerd tijdsbeslag moeten worden verdisconteerd. Daarin zal dan tevens het tijdsbeslag gedurende de weekenden moeten worden verrekend (waarbij ik nog maar niet spreek over de avonden en nachten).
Wanneer wij als uw Centraal Bestuur het gewenst achten nader onderzoek te verrichten, willen wij u graag opwekken om hieraan uw volledige medewerking te geven. In deze zal dan opnieuw blijken dat eendracht kracht betekent.

Het voorschrijven van geneesmiddelen

Dit onderwerp keert met de regelmaat van de klok terug in besprekingen en geschriften over de kosten van de gezondheidszorg. Wel begrijpelijk, aangezien het totaal van de kosten hiervan omvangrijk is. Met de voorzitter van de K.N.M.G. ben ik eens, dat wij huisartsen verantwoord zuinig met de middelen dienen om te gaan. Dit is dan ook de reden dat wij als Landelijke Huisartsen Vereniging een regeling inzake het voorschrijven van geneesmiddelen hebben willen vaststellen in overleg met de ziekenfondsen.
Daarnaast geldt de bekende Regeling en Klapper als een zwaarwegend advies bij het voorschrijven. Bij een stringent gebruik van de Regeling en Klapper kan overigens zeer wel zeer duur worden voorgeschreven. Het uitgangspunt van de Regeling en Klapper is dat daarin slechts geneesmiddelen worden opgenomen waarvan de werking wetenschappelijk vaststaat. Aan de wetenschappelijk vaststaande werking van een geneesmiddel zijn overigens verschillende aspecten en de geleerden zijn het niet altijd eens (ik noem hier slechts Vasolastine). Ook wil ik in dit verband opmerken, dat – hoewel

toch niet iedereen van de wetenschappelijk vaststaande werking overtuigd is – alle homeopatische middelen zonder meer in de Regeling en Klapper zijn opgenomen. Met de voorzitter van de Landelijke Specialisten Vereniging ben ik het eens dat de Regeling en Klapper in de praktijk weinig hanteerbaar is.

Voorlichting bij overzichtelijke rangschikking van alle geneesmiddelen en daarbij prijzenvoorlichting lijkt mij de aangewezen weg om de prescriptie in de juiste banen te leiden. De huidige Rgeling en Klapper bindend in overeenkomsten opnemen – zoals de commissie Becht nu weer adviseert – is voor ons niet aanvaardbaar. De commissie Becht spreekt duidelijk van een beperking van het aantal geneesmiddelen dat opgenomen is in de Regeling en Klapper en daardoor een terugdringen van het gebruik. Als beperking in deze sector zal worden gerealiseerd, is dat een beperking van de verzekerde rechten. Maar daarbij dient dan volstrekt aanwezig te blijven het recht van iedere Nederlander zich datgene eigen te kunnen maken wat niet in het verzekeringspakket is opgenomen.

Kort wil ik memoreren, dat de heer Andriessen (secretaris van de Unie van Ziekenfondsen) in een artikel in de 'Unie', de L.H.V. van chicanes beticht, omdat zij afspraken inzake het voorschrijven van geneesmiddelen koppelt aan het tot stand komen van een acceptabele overeenkomst. In de overeenkomst 1975 tussen ziekenfondsen en huisartsen is een passage opgenomen om tot nadere afspraken over prescriptie te komen. Dan lijkt het toch nogal voor de hand te liggen dat – willen nadere afspraken tot stand kunnen komen – er wel een overeenkomst moet ontstaan. Dat hierbij regeringsmaatregelen een belemmerende rol spelen, kan toch niet aan de L.H.V. worden verweten? Mag ik het volledig voor zijn rekening laten als hij meent te kunnen schrijven dat de officiële vertegenwoordigers van de L.H.V. principiële hobby's in deze ten beste geven die niet door de leden worden onderschreven?

Vestigingsbeleid

In een departementale werkgroep worden met de K.N.M.G. de mogelijkheden van en de gronden waarop een vestigingsbeleid kan worden vastgesteld nader bestudeerd. In de K.N.M.G.-delegatie is de L.H.V. vertegenwoordigd. Afgesproken is dat een naderhand samen te stellen delegatie een vestigingsbeleid voor huisartsen als zodanig zal bestuderen.

Vestigingsproblemen zijn de laatste tijd in de publiciteit. De affaire Maarssenbroek is wel de meest bekende. In die zaak heeft de rechter in kort geding een oordeel in deze ad hoc-situatie gegeven. In hoger beroep zal deze zaak nader dienen. Overigens heeft de betrokken huisarts de weigering van het ziekenfonds met hem een medewerkersovereenkomst te sluiten ook aan het oordeel van de Ziekenfondsraad onderworpen. De procedure van deze beoordeling door de Ziekenfondsraad is in de Ziekenfondswet vastgelegd.

Inmiddels heeft het secretariaat van de Ziekenfondsraad het oordeel gevraagd van de betrokken beroepsorganisatie, dus de Landelijke Huisartsen Vereniging. De gang van zaken bij het zich vrij gevestigd hebben van de betrokken huisarts voldoet – voor zover mij bekend – niet aan het gebruik. De Landelijke Huisartsen Vereniging heeft destijds in samenwerking met de L.A.D. veel tijd gestoken in advisering aan het inmiddels ter plaatse functionerende gezondheidscentrum. Wij hebben immers als Landelijke Huisartsen Vereniging uitgesproken samenwerkingsvormen – ook van gezondheidscentra – te willen bevorderen.

In een dergelijk belangrijke beslissing – weigering van een overeenkomst op deze gronden – door een ziekenfonds had naar ons oordeel op zijn minst overleg plaats moeten vinden tussen de landelijke organisaties. Overleg op landelijk niveau gebeurt wel in minder belangrijke zaken. Voor mij staat overigens vast dat er een vestigingsbeleid voor de huisartsen moet komen. Voor mij staat evenzeer vast dat de beroepsorganisatie van de huisartsen daarin een medebeslissende stem moet hebben. Om twee redenen. In de eerste plaats zijn de huisartsen er zelf bij betrokken. In de tweede plaats zijn zij de deskundigen die hun oordeel moeten kunnen geven inzake het juist functioneren van de huisarts in de gezondheidszorg.

In de blauwdruk heeft het Centraal Bestuur al aangegeven langs welke wegen een vestigingsbeleid gerealiseerd kan worden. Ik ben van oordeel dat de overheid een wettelijk kader moet aangeven waarbinnen de beroepsorganisatie een vestigingsbeleid moet kunnen realiseren. Voor zo lang dit wettelijk kader nog niet tot stand is gebracht acht ik de gevolgde methodiek van weigering van een medewerkersovereenkomst, zoals in Maarssenbroek, onacceptabel. Ik ben geenszins tegen samenwerkingsvormen. Integendeel. Maar ik ben tegen een onjuist hanteren van het weigeren van een overeenkomst op de door het ziekenfonds ter plaatse aangevoerde gronden. Dit zou als gevolg hebben een onjuist vestigingsbeleid voor huisartsen, hoewel het betrokken ziekenfonds dit als zodanig ontkent. Aan de verklaring hieromtrent door het Hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst wil ik mij verder volledig aansluiten.

De commissie Becht

In betrekkelijk korte tijd is deze commissie met haar rapport verschenen. De samenvattende conclusies en aanbevelingen zijn kort en bondig weergegeven. De overwegingen daarbij zijn niet altijd even duidelijk te volgen. Op een aantal punten wil ik nu kort ingaan.

Over de Regeling en Klapper zegt de commissie dat deze bindend in de overeenkomst moeten worden opgenomen. De weigeringsgrond hiervoor van de Landelijke Huisartsen Vereniging – vrijheid van receptuur in het belang van de patiënt – acht de commissie niet zodanig reëel dat de verplichtstelling achterwege zou moeten blijven. Nadere adstructie acht de commissie niet nodig, althans deze wordt niet gegeven. Of de motivering van de commissie zou moeten schuilen in de voorafgaande alinea's, waarin de commissie de Regeling en Klapper een hulpmiddel noemt om het voorschrijven van duurdere middelen terug te dringen, daar het assortiment van geneesmiddelen in de Regeling en Klapper wordt verkleind. Ik ga hier nu niet verder op in.

De commissie wil – bij dreiging van een contractloze periode – voor enige tijd contractdwang. Thans is bij gentlemen's agreement een periode van zes maanden afgesproken waarbij op oude voet zal worden doorgewerkt wanneer een overeenkomst wordt opgezegd. Het lijkt mij te ver te gaan wanneer een bewindsman de bevoegdheid tot verdere dwang in deze zou worden toegekend. De door de commissie aanbevolen systematiek inzake tarieven kennen wij huisartsen reeds jaren met bijbehorend gemiddeld tijdsbeslag voor verrichtingen. Dat deze systematiek ook onjuist gehanteerd kan worden door een minister is gebleken.

Ten aanzien van de goedkeuring van overeenkomsten wil de commissie de Ziekenfondsraad niet meer laten goedkeuren c.q. bekrachtigen. De motivering is mij niet duidelijk. Uiteindelijk zijn toch zowel werkgevers als werknemers ook belanghebbenden ten aanzien van de overeenkomsten en derhalve 'partijen'. Zouden die dan wel moeten goedkeuren en andere partijen niet? Hoe valt dit dan te rijmen met overeenkomsten die partijen sluiten in het bedrijfsleven (en de consument betaalt zonder inspraak). Daar kan toch slechts de minister de overeenkomst nietig verklaren? Bij deze korte opmerking wil ik het voorlopig laten. Het rapport zal zonder twijfel nog de volle aandacht krijgen van het Centraal Bestuur.

★ ★
★

De beroepsopleiding tot huisarts en ook de nascholing hebben voortdurend de volle aandacht van het Centraal Bestuur. In het internationale verband van de U.E.M.O. beijveren wij ons – via onze delegatie – de specifieke beroepsopleiding nader uit te bouwen. Dit is des te meer van belang nu dit mogelijk via aanbevelingen van het pas geformeerde comité consultatief te realiseren is. Per 1-1-1977 zal de vrije uitwisselbaarheid van de artsen in de E.E.G. een feit worden. Dan treedt de periode van de harmonisatie in waarbij aanpassing van de specifieke beroepsopleidingen onderling mogelijk is. Naar mijn mening is die harmonisatie voor de beroepsopleiding tot huisarts van zeer groot belang.

De nascholing moet naast de toenemende activiteiten van de Stichting Nascholing Huisartsen ook – en meer – mogelijkheden

krijgen via de wet op de post-academisch accademisch onderwijs. In de besprekingen hierover is ook de Landelijke Huisartsen Vereniging via de K.N.M.G.-delegatie betrokken. Gezamenlijk zal gekomen moeten worden tot een voor de huisartsen praktisch goed werkbare en gestructureerde programmering van de Nascholing. Zowel de beroepsopleiding als de nascholing is voor de kwaliteitsbewaking die wij willen bevorderen van essentieel belang.
Over de samenwerkingsbevordering zullen wij vanavond bij het agendapunt 7 uitvoerig van gedachten wisselen. Het Centraal Bestuur heeft zich met u uitgesproken samenwerking te willen bevorderen: samenwerking van huisartsen met andere hulpverleners. In de beleidsvisie van het Centraal Bestuur – de blauwdruk – heeft dit onderwerp duidelijk aandacht gekregen. De tijd stast overigens niet stil en wij zullen als huisartsenorganisatie in de ontwikkeling op het gebied van de volksgezondheid onze stem moeten laten horen.
De Commissie Takenpakket is druk bezig. Naar ik hoop zal zij in het laatste kwartaal van dit jaar kunnen rapporteren. Dan zal daarmee de basis aanwezig kunnen zijn voor een nadere concretisering van onze beleidsvisie. Een visie betreffende de functie van de huisarts nu en in de toekomst. Dan zullen wij onze besluiten moeten nemen over de uitgangspunten van het vestigingsbeleid. Daarbij spelen dan het takenpakket en de praktijkomvang (gerelateerd aan een gemiddeld aanvaardbaar tijdsbeslag) een essentiële rol.
Ik verwacht dat u, geachte afgevaardigden, het Centraal Bestuur in staat zult willen stellen om spoedig uitvoering te kunnen geven aan onze beleidsuitgangspunten, aldus tenslotte L.H.V.-voorzitter S. van Randen ter inleiding van deze ledenvergadering.

Jaarstukken

De afgevaardigden bleken met grote instemming kennis te hebben genomen van het jaarverslag van de secretaris over 1975. L.H.V.-secretaris F. A. van Spanje schoof een groot deel van de complimenten door naar de directeur van het bureau, Mr. N. de Graaff, die zich grote moeite had getroost al het feitenmateriaal aan te dragen. Ook de financiële jaarstukken over 1975 droegen aller goedkeuring weg, zodat de penningmeester en de secretaris-penningmeester van de Apotheekcommissie décharge kon worden verleend.
Het Centraal Bestuur zal in de novembervergadering met concrete voorstellen komen ter bestemming van de voorschotten over 1974 en 1975. Vanuit de ledenvergadering werden enkele suggesties gedaan, alle uitmondend in een krachtig beroep op het Centraal Bestuur de mogelijkheden te bestuderen voor een enquête onder de leden met betrekking tot het takenpakket en de inkomenspositie. Om aan te tonen dat een dergelijk project wel degelijk kans van slagen kan hebben, boden vertegenwoordigers van de Afdeling Arnhem en Omstreken het Centraal Bestuur en de aanwezige districtsvoorzitters de resultaten aan van een in deze regio onlangs gehouden schriftelijke enquête, die nader werd toegelicht door een afgevaardigde uit deze regio, het oud-C.B.-lid P. A. de Klerck.
Tenslotte werd nog uitvoerig van gedachten gewisseld over beleidsaspecten met betrekking tot de honorering van apotheekhoudende huisartsen, kwesties die aan de orde zijn gesteld in de 'Blauwdruk Beleid L.H.V.', alsmede over het Nationaal Overleg Beleid Eerste Lijn (N.O.B.E.L.).



M.C.-artikelenserie gebundeld

Gezondheidszorg op de Nederlandse Antillen

Voorradig is een – beperkte – oplage bundels van de artikelenserie zoals die over de gezondheidszorg op de Nederlandse Antillen in een reeks afleveringen van Medisch Contact in 1975 is gepubliceerd.

Al gaat het hier om een kwantitatief nogal beperkte bevolkingsgroep en een beroepsgroep van slechts een 150 artsen, de relatief wat grotere aandacht die in Medisch Contact werd gevraagd voor dat stukje koninkrijk in de West leek alleszins gerechtvaardigd vanwege de specifieke problematiek daar, voortvloeiend uit het koloniale verleden, de geografische situering en de bijzondere relatie met Nederland (Groningen) met betrekking tot het medisch onderwijs.
Op veelvuldig verzoek uit met name deze onderwijskringen is overgegaan tot bundeling van de betreffende artikelenserie.

Geïnteresseerden kunnen deze bundels tegemoet zien na overmaking van *f* 12,50 per exemplaar onder het motto 'Nederlandse Antillen' op postgironummer 5 80 83 van de K.N.M.G., Lomanlaan 103 te Utrecht.

medisch contact

Nr. 25 – 18 juni 1976

officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

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

van het hoofdbestuur

Jaarstukken 1975

In dit nummer van Medisch Contact wordt een begin gemaakt met de publikatie van de jaarstukken over 1975 die aan de 168ste Algemene Vergadering van de K.N.M.G., te houden op vrijdag 17 september 1976, zullen worden voorgelegd. De beschrijvingsbrief voor deze Algemene Vergadering alsmede alle andere jaarstukken worden gepubliceerd in volgende nummers.

Op deze en de volgende pagina's de jaarverslagen van de Raad van Beroep, het bestuur van Medisch Contact, van het Bureau voor Waarneming en Vestiging, van de Commissie voor de Geldmiddelen, van de Stichting Ondersteuningsfonds en van de Commissie voor de steunregeling aan oorlogsslachtoffers.

Jaarverslag 1975 van de Raad van beroep

De Raad was in 1975 als volgt samengesteld: F. H Veldhuijzen van Zanten, voorzitter; Prof. Mr. A. L. Melai, plaatsvervangend voorzitter; Dr. D. J. Hartman, secretaris; Dr. J. D. Bom, G. H. Gispen, leden – en had als plaatsvervangende leden: Mr. J. C. Coebergh, Ph. J. Hoedemaker, Dr. H. Navis, Dr. R. B. Spanjaard. De Raad werd bijgestaan door Mr. H. G. T. J. Jansen als adjunct-secretaris.

De Raad kwam zestien maal bijeen. Op 1 januari 1975 waren nog vier tuchtzaken in behandeling. In de loop van het jaar werd in zeven tuchtzaken en in drie geschillen hoger beroep ingesteld. Zeven tuchtzaken werden in een zitting behandeld, twee zaken werden schriftelijk afgedaan. Van de drie geschillen werd in één geval het beroep vóór de zitting ingetrokken. Aan het einde van het jaar waren derhalve nog twee tuchtzaken en twee geschillen in behandeling.

Samenvatting van de uitspraken door de Raad van Beroep in 1975 gedaan.

1. In haar inleidende klacht stelde de echtgenote van een later aan een mesothelioma pleurae overleden patiënt dat de behandelende internist aan zijn patiënt onvoldoende medische zorg had besteed doordat hij hem niet intensief genoeg had onderzocht, nalatig was gebleven hem tevens door een andere specialist te doen onderzoeken en nadat de patiënt overgebracht was naar een ander ziekenhuis de hem ter beschikking staande foto's nniet tijdig had opgestuurd Tevens verweet zij hem dat hij geen vertrouwensrelatie met haar tot stand had weten te brengen. De districtsraad verklaarde de klacht ongegrond.
Uit het door beklaagde overgelegde documentatiemateriaal kreeg de Raad de overtuiging dat mede gelet op de veelheid van de door beklaagde verrichte onderzoeken geen sprake was van onvoldoende zorg voor de patiënt. Daarbij kwam tevens vast te staan dat beklaagde wel degelijk andere specialisten had geraadpleegd. Ook bleek dat beklaagde op het eerste verzoek van het ziekenhuis waar de patiënt kort na ontslag werd opgenomen de aan hem gevraagde röntgenfoto's had laten verzenden.
De Raad overwoog tenslotte met betrekking tot het laatste onderdeel van de klacht onder meer dat, ook wanneer er in het algemeen van een goede medische behandeling gesproken kan worden, daarnaast de vraag gewettigd is of de betrokken arts aan het tot stand brengen van een vertrouwensrelatie met de patiënt en zijn omgeving voldoende aandacht en zorg heeft besteed. De Raad heeft bij de beantwoording van die vraag vooropgesteld dat de arts voor het tot stand brengen van een vertrouwensrelatie mede afhankelijk is van de vatbaarheid van de wederpartij om een dergelijke relatie aan te gaan.
In het betrokken geval kwam de Raad tot het oordeel dat het ontbreken van voldoende vertrouwen niet aan de betrokken arts kon worden verweten. De Raad verklaarde het beroep ongegrond en bevestigde de uitspraak van de districtsraad. (223-74-02).

2. Een patiënt stelde de vraag aan de districtsraad of het een huisarts is toegestaan voor één spreekuurbezoek een dubbel consult-tarief in rekening te brengen. De districtsraad behandelde deze vraag als een klacht en verklaarde de klacht in wezen gegrond.
Bij de behandeling ter zitting kwam vast te staan dat de huisarts zijn afspraakspreekuur instelde op gemiddeld 2 patiënten per kwartier, ook al overschreed hij dikwijls de voor hen beschikbare tijdsduur. Tevens werd ter zitting vastgesteld dat het gewraakte consult tenminste 15-20 minuten duurde en dat hierin meer dan één duidelijk te onderscheiden medische verrichting had plaatsgevonden.
In hoger beroep werd de zaak door de Raad van Beroep niet als een klacht maar als geschil opgevat en met goedvinden van partijen zonder terugverwijzing naar de districtsraad door de Raad in eerste – en laatste – instantie als geschil behandeld. De Raad vernietigde derhalve de uitspraak van de districtsraad.
Ter zitting werd op verzoek van de Raad gehoord een lid van de Verrichtingentarievencommissie van de L.H.V. die verklaarde als volgt: 'ook bij overschrijding van de gemiddelde consultduur – die op basis van landelijk onderzoek op gemiddeld 10 minuten werd gesteld – behoort bij een enkelvoudige vraagstelling als regel slechts een enkelvoudig tarief in rekening te worden gebracht. Als een noemenswaardige overschrijding van de tijd een gevolg is van een meervoudige vraagstelling, kàn een verhoging of verdubbeling van het tarief gerechtvaardigd zijn . . .' De Raad sloot zich bij deze verklaring aan en overwoog dat een dergelijke verhoging of verdubbeling van tarieven slechts met terughoudendheid

toepassing zal dienen te vinden. Gelet op de waarderingsfactoren die daarbij een rol spelen komt het oordeel over de vraag: of in een concreet geval voor bedoelde verhoging grond bestaat in beginsel toe aan de betrokken arts.
De Raad oordeelde dat gezien de overschrijding van de consulttijd van 10 minuten en de verschillende medische verrichtingen die in het betrokken consult plaatsvonden, de arts in dit geval – zonder met de op dit gebied geldende normen in strijd te geraken – een dubbel consult in rekening kòn brengen. (224-74-03)

3. Een patiënt, wonende in het dorp X waar één huisarts is gevestigd, wenste van arts te veranderen. Twee huisartsen in het naburige dorp Y weigerden, ieder voor zich, hem als patiënt in hun praktijk op te nemen. Hun weigering berustte onder meer hierop, dat zij beiden van de aanvang af hun praktijk tot in Y wonende patiënten hadden beperkt en welbewust van de behandeling van elders wonende patiënten hadden afgezien. Ook patiënten die uit Y naar X verhuisden behandelden zij daarna niet meer. Bovendien weigerde de patiënt de reden voor zijn verzoek op te geven, terwijl er in X ook nog praktijk werd uitgeoefend – zij het op beperkte schaal – door een huisarts uit de naburige stad Z.
In dit probleem gemengd, drong de geneeskundig inspecteur van de volksgezondheid in de betrokken provincie er bij beide huisartsen op aan dat één van hen de bedoelde patiënt toch in zijn praktijk zou opnemen. Toen beide huisartsen volhardden in hun weigering diende de inspecteur een klacht tegen hen in bij de districtsraad omdat zijns inziens de vrije artsenkeuze hier in het geding was en de artsen door deze vrije keuze in de weg te staan het vertrouwen in de geneeskundige stand ondermijnden.
De districtsraad achtte de inspecteur – hoewel niet direct betrokkene – als klager ontvankelijk (art. 631, 1e lid H.R.) maar verklaarde de klacht ongegrond. De inspecteur ging in beroep met het oog op de zijns inziens principiële achtergronden van deze zaak.
De Raad overwoog dat geografische beperkingen van groot belang kunnen zijn voor een goede praktijkuitoefening en veelal op één lijn kunnen worden gesteld met de algemeen als juist aanvaarde, al of niet vrijwillige, beperking van de grootte van een praktijk. Een arts die zich strikt aan dergelijke beperkingen houdt kan men niet het recht ontzeggen zich van de beweegredenen van een patiënt om van huisarts te willen veranderen op de hoogte te stellen alvorens hij van zijn vaste regel zou gaan afwijken.
In het onderhavige geval was de patiënt daartoe niet bereid. Ook was hij niet verstoken van medische bijstand, daar de huisarts zich bereid verklaard had de behandeling voort te zetten, en bovendien was er nog de mogelijkheid van een derde keuze.
Hiermee ontviel naar het oordeel van de Raad de feitelijke grond aan de klacht.
De uitspraak van de districtsraad werd bevestigd. (227-74-06)

4. Klaagsters 68-jarige echtgenoot werd onwel nadat hij zich – vanwege een defecte lift – te voet naar zijn flat op de twaalfde verdieping had begeven. Door haar zoon werd onmiddellijk telefonisch de huisarts – beklaagde – gewaarschuwd, waarbij hem werd meegedeeld dat de patiënt steenkoud en benauwd was, transpireerde en geeuwde. Daarbij sprak de zoon de vrees uit dat er sprake zou zijn van een hartinfarct. Beklaagde adviseerde de toestand nog even aan te zien en te waarschuwen indien binnen een half uur nog geen verbetering was ingetreden. Na ongeveer 15 minuten belde zoon beklaagde wederom op omdat hij vond dat de toestand verslechterd was. Beklaagde bleek toen niet thuis te zijn. Diens echtgenote verwees klaagsters zoon naar de arts die de avonddienst had. Deze kwam onverwijld, doch kon geen verontrustende verschijnselen vaststellen. Inmiddels had beklaagde die weer thuisgekomen was telefonisch contact opgenomen met klaagster teneinde zich ervan te vergewissen dat de dienstdoende arts gewaarschuwd en gekomen was. Later op de avond werd beklaagde nogmaals door klaagsters zoon opgebeld met het dringende verzoek om te komen en tegelijkertijd een ambulance te bestellen. Beklaagde heeft zich toen ogenblikkelijk naar klaagsters woonhuis begeven, doch bij aankomst bleek klaagsters echtgenoot reeds overleden.
Klaagster verwijt beklaagde nu, dat hij na de eerste alarmerende oproep niet direkt is gekomen en later liet doorverwijzen naar de arts die de avonddienst had, terwijl hij toch zelf op die avond andere patiënten had bezocht.
De beklaagde arts stelde dat hij de patiënt niet na de eerste telefonische oproep had bezocht omdat daartoe op dat moment zijns inziens geen aanleiding bestond, met name omdat zijn vraag of de patiënt een beklemd gevoel en/of pijn op de borst had door klaagsters zoon ontkennend werd beantwoord.
De districtsraad achtte de klacht gegrond, doch legde geen maatregel op omdat de vaststaande feiten daartoe geen aanleiding gaven en hij de enkele gegrondverklaring van de klacht in overeenstemming met de aard en de ernst van het gebeurde achtte.
Tegen deze opvatting kwam klaagster in beroep.
Uit het onderzoek ter zitting van de Raad bleek dat beklaagde tijdens het eerste telefoongesprek de mogelijkheid van een hartinfarct wel heeft overwogen. De afwezigheid van een beklemd gevoel en/of pijn op de borst deed hem echter eerder aan kortademigheid door te grote inspanning en aan hyperventilatie denken, reden waarom hij vroeg hem na een half uur nogmaals op te bellen.
In het midden latend waarvan bij de patiënt nu werkelijk sprake is geweest – na het overlijden is niet onderzocht wat de werkelijke dooodsoorzaak was – moet een huisarts in gevallen als het onderhavige, waarin hij op grond van de hem gegeven informatie de

mogelijkheid van een hartinfarct overweegt zich onverwijld door een persoonlijk onderzoek ter plaatse van de toestand van zijn patiënt op de hoogte stellen. Door zijn komst afhankelijk te stellen van de afwezigheid van één symptoom beging beklaagde een ernstige beoordelingsfout.
De Raad was van mening dat beklaagde niet heeft gehandeld zoals van een huisarts onder deze omstandigheden verwacht mocht worden en legde aan beklaagde de maatregel van waarschuwing op. (228-74-07)

5. Een vrouw van omstreeks 30 jaar werd door haar huisarts naar een gynaecoloog verwezen in verband met een ontstoken bartholinische cyste. Deze besloot tot een operatieve ingreep en gaf instructie dat de patiënte moest worden opgenomen. De opname vond echter pas twee weken later plaats. Inmiddels was de cyste doorgebroken. De arts besloot zijn patiënte niettemin te opereren, voornamelijk om herhaling van de ontsteking te voorkomen. De operatie verliep echter moeilijker dan was voorzien, waardoor een groot gedeelte van een labium moest worden verwijderd. Naderhand scheurden de hechtingen in. Van de traag genezende wond en van het minder gelukkig resultaat van de operatie heeft klaagster veel hinder ondervonden. Toen zij zich bij controle over het ook cosmetisch slechte resultaat van de operatie beklaagde heeft de arts haar op weinig tactvolle wijze geantwoord. Geruime tijd later werd door een andere gynaecoloog een correctieve operatie verricht die voor klaagster tot een bevredigend resultaat heeft geleid.
De patiënte wendde zich tot de districtsraad met een klacht over het slechte operatieresultaat en stelde tevens dat zij door het tactloze optreden van beklaagde zeer gegriefd was. De districtsraad verklaarde de klacht alleen wat betreft het laatste onderdeel gegrond en zag af van het opleggen van een maatregel.
Tegen deze uitspraak kwam klaagster in beroep. De Raad verklaarde de klacht in beide onderdelen gegrond en sprak als zijn mening uit 'dat de beklaagde arts weliswaar verantwoordelijk moet worden gesteld voor het ongelukkige verloop van de door hem toegepaste gynaecologische behandeling en het gebruik van ontactvolle bewoordingen, maar dat – vooropgesteld dat klaagster daartegen gegronde bezwaren kan aanvoeren die ook terecht haar vertrouwen in de beklaagde arts raken – de betrokken feiten niet zodanig verstrekkend verwijt rechtvaardigen dat op grond daarvan in het algemeen kan worden gesproken van een ondermijning van het vertrouwen in de geneeskundige stand'.
De Raad zag af van het opleggen van een tuchtmaatregel. (229-75-01)

6. Een specialist was gedurende 16 jaar als de enige arts van zijn specialisme verbonden aan de twee ziekenhuizen in een provincieplaats. Na zijn overlijden werd door een van de twee ziekenhuizen per advertentie een opvolger gezocht. De vestiging van een opvolger kwam na ongeveer een half jaar tot stand. Als voorwaarde voor zijn vestiging had deze opvolger gesteld geen overnamesom te zullen betalen omdat hij ervan uitging dat de praktijk niet meer bestond en dat er tevens voor hem voldoende mogelijkheden waren voor een vrije vestiging elders. Het ziekenhuisbestuur verzocht een stichting Officium Nobile om advies betreffende een eventueel te betalen overnamesom. Deze stichting kreeg eveneens van de opvolger te horen dat hij geen goodwill zou betalen en dat de vestiging niet zou doorgaan indien er toch een betalingsverplichting zou worden opgelegd. Korte tijd later ging het ziekenhuis – zonder dat er een advies door de genoemde stichting was uitgebracht – over tot benoeming. Het tweede plaatselijke ziekenhuis liet de betrokken specialist korte tijd daarna ook toe. De weduwe van de overleden specialist maakte – twee jaar na de vestiging van de opvolger – een geschil aanhangig bij de daartoe aangewezen districtsraad. Deze oordeelde dat er wel sprake was van voortzetting van een bestaande praktijk en legde aan de opvolger in beginsel een betalingsplicht op zonder zich uit te laten over de hoogte van het bedrag.
Tegen deze uitspraak tekende de opvolger beroep aan onder meer aanvoerende dat er tussen hem en de weduwe van de overleden arts geen rechtsbetrekking bestond en herhalend dat hij van de aanvang af steeds duidelijk had gesteld dat hij zich niet zou vestigen als er een goodwillsom betaald zou moeten worden.
De Raad van Beroep was van mening dat er wel degelijk sprake was van een opvolging en overwoog voorts: 'dat de leden van de K.N.M.G. bij vestiging, overname of opvolging in een reeds bestaande praktijk zich niet slechts dienen te richten naar op dat gebied voor een ieder geldende normen – waarvan de normen van civielrecht een integrerend bestanddeel uitmaken – maar ook en uit hoofde van dit lidmaatschap in het bijzonder op de binnen de K.N.M.G. geldende geschreven en ongeschreven normen. Daartoe behoren ook die normen, welke van kracht zijn binnen groepen in de K.N.M.G., welke naar plaats en tijd onderling van elkaar kunnen verschillen'.
De Raad concludeerde evenals de districtsraad dat er wel van goodwill sprake was maar legde appellant geen betalingsverplichting op, daarbij overwegende dat ten tijde van appellants vestiging niet in alle gevallen een goodwillsom bedongen kon worden door een tekort aan artsen in het betrokken specialisme. Bovendien was er aan de opvolger noch door het ziekenhuis, noch door de reeds genoemde stichting ter kennis gebracht dat zijn benoeming een betalingsverplichting met zich mee zou brengen. (230-75-02).

7. Een kind van 2½ jaar oud werd omstreeks begin december 1972 ziek. De in consult geroepen waarnemende arts stelde als diagnose pseudo-croup en schreef zetpillen voor. Daar de toestand van het kind niet verbeterde werd korte tijd later de eigen huisarts

gewaarschuwd die bij het kind ademhalingsmoeilijkheden vaststelde. Hij schreef bactrimel-siroop voor, alsmede euphylline en diende het kind een adrenaline-injectie toe. Gedurende de twee volgende dagen werd de arts enige malen door de ouders gevraagd te komen omdat de toestand van het kind niet verbeterde. Bij zijn visites werd aan de beklaagde arts meegedeeld dat de oudste zoon, evenals de vader aan 'jeugdasthma' had geleden. Herhaaldelijk verzochten de ouders om specialistisch consult en ziekenhuisopname. Tenslotte stemde de beklaagde arts daarin toe waarbij hij klaagster zelf een afspraak liet maken en het vervoer liet regelen. Het kind bleek bij aankomst in diezelfde namiddag in het ziekenhuis in een status asthmaticus te verkeren; het was sterk uitgedroogd en werd terstond opgenomen.
Nog dezelfde dag deden zich epileptische insulten voor waarna een coma ontstond. Later bleek irreversibel hersenletsel te bestaan. Na langdurig verblijf in diverse ziekenhuizen werd het kind in een verpleegtehuis opgenomen welke toestand tot op heden voortduurt.
De districtsraad achtte de grieven van klaagster namelijk dat beklaagde arts de toestand onjuist beoordeeld had, niet tijdig had ingegrepen en de ouders niet op passende wijze had bijgestaan gegrond en legde aan beklaagde arts de maatregel van berisping op. Klaagster vond deze maatregel onvoldoende omdat deze geen waarborg inhield dat herhaling van vergelijkbare situaties zou worden uitgesloten en ging in beroep.
De Raad bevestigde de uitspraak van de districtsraad, overwegende dat een berisping binnen de medische tuchtrechtspraak als een ernstig verwijt wordt beschouwd en dat overigens door de rechtsprekende organen van de K.N.M.G. geen andere maatregelen kunnen worden opgelegd dan die in art. 627 H.R. zijn neergelegd. (231-75-03)

Velp, maart 1976

Dr. D. J. Hartman, secretaris

Jaarverslag 1975 van het bestuur van Medisch Contact

Het jaar 1975 is voor Medisch Contact – voor bestuur en redactie – tamelijk rustig verlopen. Het was een jaar van consolidatie. De in het verleden op gang gebrachte procedures werden uitgewerkt, de contacten werden verbreed, de samenwerking verdiept.
De inhoud van M.C. werd steeds zo actueel mogelijk gehouden. Getracht werd in te spelen op recente gebeurtenissen. De redactiesecretaris bezocht de Nederlandse Antillen; als pennevrucht danken wij aan die reis de artikelenserie: 'De gezondheidszorg op de Nederlandse Antillen', een serie die – gezien de reacties – intensief werd gelezen. Naar aanleiding van deze reis kon tevens een snellere en effectievere postbezorging ten behoeve van medische staven en de artsenverenigingen overzee worden gerealiseerd. Aan andere onderwerpen, van meer politieke aard – wij noemen de positie van Dr. Shtern in Rusland – werd ook uitvoerig aandacht besteed. Daarmee werd geïllustreerd dat de band tussen de maatschappij en de Maatschappij minder ondoordringbaar is geworden.
In navolging van de rubriek 'Praktijkperikelen' werd een rubriek 'Patiëntenperikelen' voorbereid. De bedoeling van deze laatste rubriek is, patiënten in M.C. de gelegenheid te geven hun problemen anoniem aan de lezers – artsen en niet-artsen – voor te leggen, als signalement, ter overdenking en eventueel om op te reageren. Een duidelijk teken van pogingen, aangewend om de scheiding tussen arts en niet-arts te doorbreken en te zoeken naar één gemeenschappelijke noemer.
Als trait d'union tussen het redactionele gedeelte en het officiële gedeelte werd de rubriek 'Impressies uit het Hoofdbestuur' geïntroduceerd.
In dit verband zij ook nog vermeld het zeer geslaagde ledencongres te Zwolle over het onderwerp 'De geneeskunde en haar randgebieden', dat veel aandacht in M.C. kreeg. De medebestuursleden en de redactie van M.C. waren verheugd over de huldiging van collega G. A. C. Bosch, die ter gelegenheid van dit congres de zilveren legpenning van de K.N.M.G. ontving.

Een belangrijk onderzoek werd in zijn eerste fase afgesloten: het lezersonderzoek, in 1975 op initiatief van de redactie gestart met de vraag of en hoe M.C. beantwoordt aan de verwachtingen van de lezers.
Er bleek een positieve respons onder de a-select samengestelde representatieve steekproef uit het lezersbestand, waarvan 78% bereid bleek te zijn aan het onderzoek mee te doen. Van deze 78% bleek 97% min of meer regelmatig M.C. in te zien. Meer dan de helft van de respondenten zei M.C. regelmatig 15-30 minuten per week te lezen. Vooral het hoofdartikel en de brieven aan de redactie – kortom actuele vragen en problemen – stonden in de belangstelling. Er werden veel meer gegevens verzameld, maar de betekenis van de meeste hiervan zal pas in de loop van het enkele jaren durende onderzoek zichtbaar worden. Inmiddels is een nieuw panel deelnemers aangetreden. Met spanning wordt de uitslag van de resultaten tegemoet gezien.

Ook qua organisatie vond er verandering plaats. De redactie werd versterkt met een secretaresse, welke functie wordt vervuld in een tweelingbaan (Mevr. Juffermans en Mevr. Van der Goot); deze opzet werkt uitstekend.

De samenwerking met Tijl Media B.V. werd dit jaar in goede harmonie gecontinueerd. Het bestuur onderging dit jaar geen wijziging. Op de 166ste Algemene Vergadering d.d. 24 oktober 1975 werd Dr. J. A. Stoop als lid van het bestuur van M.C. herkozen.

Een nijpend probleem vormt de werkruimte waarover de redactie van M.C. kan beschikken. Met name het archief komt in de verdrukking. Toch mag dit facet in verband met het werk van M.C. niet worden verwaarloosd. Het is voor de redactie van een weekblad van groot belang, over voldoende informatie uit het verleden en heden, uit binnen- zowel als buitenland te kunnen beschikken, teneinde een beleid te kunnen uitstippelen voor de toekomst. Informatie biedt kennis en kennis is macht! Er zal dan ook op niet al te lange termijn iets aan het ruimteprobleem moeten worden gedaan.
Veel aandacht besteedden bestuur en redactie aan de samenwerking met de ontwerpers van de nieuwe vormgeving van M.C. Het jasje van de laatste jaren, dat overigens heel goed voldeed, moest weer eens worden vernieuwd. Met ingang van 1976 presenteerde Medisch Contact zich in zijn nieuwe gedaante.

Hiermede heb ik getracht een overzicht te geven van de belangrijkste zaken van het jaar 1975 die zich hebben voorgedaan met betrekking tot Medisch Contact. Een reeks van feiten, meer of minder belangrijk of ingrijpend, werd genoemd. Belangrijker is echter dat de samenwerking en de goede sfeer binnen het bestuur en de redactie zodanig zijn gegroeid dat van een functionele eenheid kan worden gesproken. Tijdens het maandelijks overleg en de tussentijds plaatsvindende werkbesprekingen van bestuur en redactie worden gegevens over en weer uitgewisseld, op grond waarvan wordt getracht het beleid op lange termijn te bepalen. Het werkzaam zijn als bestuurslid en als lid van de redactie van M.C. wordt op deze wijze als zinvol ervaren. In dit geheel hebben de afgevaardigden die namens het hoofdbestuur van de K.N.M.G. als toehoorders de M.C.-bestuursvergaderingen bijwonen door het leveren van bijdragen en toetsing van het beleid een duidelijke inbreng.
Het is niet ondenkbaar dat in de toekomst naar nog meer openheid in het beleid wordt gestreefd om zodoende de mondigheid niet alleen van leden maar ook van niet-leden tot uitdrukking te laten komen. Dit zou naar een integratie van het bolwerk der geneeskundigen in de maatschappij kunnen leiden. Het lijkt, gezien de ontwikkeling in het maatschappelijk gebeuren, de moeite waard onze gedachten hierover te laten gaan.

Namens het bestuur van Medisch Contact,

Dr. J. A. Stoop, secretaris.

Jaarverslag 1975 van het Bureau voor Waarneming en Vestiging

De activiteiten van het bureau voor waarneming en vestiging vertoonden geen duidelijke veranderingen ten opzichte van het voorafgaande verslagjaar. In de accenten op de kwantitatieve aspecten was wel enige nuancering te onderkennen. Deze nuanceringen zullen hieronder nader worden toegelicht.
De samenstelling van de Commissie bleef onveranderd. Als zodanig bestaat zij uit de leden Dr. J. H. Aarts te Rotterdam, W. Vegelin te Tzummarum en Dr. H. Roelink te Utrecht.

Waarneming

De werkzaamheden van het bureau op het gebied van de waarneming namen vooral in kwantitatieve zin toe, zowel absoluut als relatief. Dit laatste hing samen met het feit dat het aantal gevallen, waarin niet in de waarneming kon worden voorzien, groter was dan in de voorafgaande jaren. Zoals uit het bijgaande overzicht blijkt ontstaan deze moeilijkheden vooral in de maanden juni en juli. Er waren toen te weinig waarnemers beschikbaar om de grote hoeveelheden aanvragen te verwerken.
Ten einde in dit tekort te voorzien plaatste het bureau oproepen in Medisch Contact, waarin waarnemers werden gevraagd voor de beide genoemde maanden. Daarop kwam een redelijk aantal reacties binnen, onder meer van artsen in dienstverband die bereid waren gedurende enige tijd waar te nemen. Dit wilde echter niet zeggen dat al deze aanbiedingen konden worden benut, daar sommige artsen zich voor een te korte tijd beschikbaar stelden.
Een en ander had tot gevolg dat verschillende artsen hun vakantie hebben moeten verschuiven naar een latere datum. Met inachtneming van dit laatste ongerief konden tenslotte toch praktisch alle artsen worden geholpen, mede door het geven van talrijke adviezen die er in bepaalde gevallen toe leidden dat de betrokkenen ook zelf een oplossing voor hun waarnemingen konden vinden.
In dit verband is het zinvol te vermelden dat het van groot belang is dat men zich tijdig bij het bureau opgeeft indien men een waarnemer wenst.
Wat de juiste oorzaken zijn van dit tekort heeft het bureau niet duidelijk kunnen analyseren. In verhouding tot het aantal artsen dat afstudeert nam het aanbod van afgestudeerde artsen om waar te nemen af. Nu de nieuwe huisartsopleiding functioneert zal er ongetwijfeld een aantal pas opgeleide huisartsen waarnemen in de praktijk waarin zij hun stage hebben gelopen. Dat zou echter moeten resulteren in een afneming van het aantal aanvragen om een

waarneming, hetgeen echter niet is geschied. Mogelijk spelen enkele factoren van algemeen maatschappelijke aard een rol. Onduidelijk is in hoeverre de mogelijkheden die via de sociale wetgeving aan pas afgestudeerde artsen worden geboden de genoemde categorie artsen ervan weerhoudt om zich aan te melden als waarnemer. Kwantitatief lijkt dit aantal niet groot te zijn.
Aan het eind van het verslagjaar werden nieuwe richtlijnen voor de vergoeding van de waarneming vastgesteld en wel volgens een gedifferentieerd systeem voor kort durende waarnemingen (tot 5 dagen) en voor langer durende waarnemingen. Het is de vraag of dit systeem, dat als een soort compromisvoorstel moet worden gezien, goed zal werken en of niet veeleer gestreefd moet worden om een tarief vast te stellen, waarbij per feitelijk gewerkte waarnemingsdag wordt uitbetaald.
Voor de vergoeding werden voor 1975 de volgende richtlijnen vastgesteld:

Voor huisartsen

Vergoeding waarneming kleine praktijk *f* 155,— per dag + reis- en verblijfkosten;
Vergoeding waarneming middelgrote praktijk *f* 180,— per dag + reis- en verblijfkosten;
Vergoeding waarneming grote praktijk *f* 200,— per dag + reis- en verblijfkosten.
Onder een *kleine* praktijk verstaat men:
niet-apotheekhoudende praktijk tot ..... 2000 zielen
wel-apotheekhoudende praktijk tot ..... 1500 zielen
Onder een *middelgrote* praktijk verstaat men:
niet-apotheekhoudende praktijk tot ..... 3000 zielen
wel-apotheekhoudende praktijk tot ..... 2500 zielen
Onder een *grote* praktijk verstaat men:
niet-apotheekhoudende praktijk boven ..... 3000 zielen
wel-apotheekhoudende praktijk boven ..... 2500 zielen

Voor specialisten

Vergoeding waarneming kleine praktijk *f* 185,— per dag + reis- en verblijfkosten;
Vergoeding waarneming praktijk van gemiddelde grootte *f* 230,— per dag + reis- en verblijfkosten;
Vergoeding waarneming praktijk van grote omvang *f* 260,— per dag + reis- en verblijfkosten.
In 1975 hebben zich in totaal 340 waarnemers bij het bureau aangemeld. Dit betekent een duidelijke teruggang ten opzichte van 1974 in welk jaar zich 450 waarnemers aanmeldden.

Vestiging

Het aantal aangeboden praktijken liep verhoudingsgewijze terug ten opzichte van het voorafgaande verslagjaar. Daarnaast was er echter een duidelijke toeneming van het aantal praktijken waarin een associatie tot stand kwam. Het aantal praktijkzoekenden bewoog zich gedurende het verslagjaar in de orde van 250, een toename met ongeveer 20% ten opzichte van het voorafgaande verslagjaar.
Tijdens het verslagjaar nam mevrouw M. Bosman-Fontein die gedurende bijna 11 jaar haar beste krachten aan het bureau heeft gegeven afscheid. Haar plaats werd ingenomen door mej. J. de Graaf die reeds haar naaste medewerkster was.
Gedurende het verslagjaar werd een aantal interne besprekingen gevoerd met de bedoeling om de acitiviteiten van het bureau voor waarneming en vestiging te integreren in het toaal van het dienstverlenende pakket dat de K.N.M.G. aan zijn leden biedt.
De Commissie spreekt de verwachting uit dat dit in de loop van het jaar 1976 kan worden gerealiseerd.

Utrecht, maart 1975

Bureau voor Waarneming en Vestiging

(zie ook de bijlage op blz. 827 bovenaan)

Jaarverslag 1975 van de Commissie voor de Geldmiddelen

De commissie voor de geldmiddelen heeft in 1975 op de gebruikelijke wijze tezamen met de secretaris-generaal en de accountant van de K.N.M.G. de jaarrekening van het boekjaar 1974 en de begroting voor het boekjaar 1976 onderzocht en van haar bevindingen verslag uitgebracht aan de algemene vergadering.
De jaarrekening 1974 en de begroting 1976 van Medisch Contact en van 'het ondersteuningsfonds' werden besproken met de penningmeester, respectievelijk de secretaris-penningmeester van deze instellingen. Ook van deze bevindingen werd verslag uitgebracht aan de algemene vergadering.
De aan de commissie ter beoordeling toegezonden jaarrekeningen van 1974 en begrotingen voor 1976 van de L.H.V. en de L.A.D. werden onderzocht. Van de bevindingen werd verslag uitgebracht aan het bestuur van de L.H.V. en de L.A.D. en aan het hoofdbestuur van de K.N.M.G.

Enkele malen heeft de commissie op haar verzoek overleg gepleegd met, respectievelijk advies uitgebracht aan de secretaris-generaal van de K.N.M.G.
De voorzitter van de commissie heeft evenals in voorgaande jaren de vergaderingen van de commissie van beheer bijgewoond. De voorzitter van de commissie was lid van de sub-commissie uit de commissie van beheer, ter voorbereiding van een advies aan het hoofdbestuur inzake het penningmeesterschap van de K.N.M.G.
De commissie was in het verslagjaar samengesteld uit: G. C. M. van Maarsseveen, voorzitter; Dr. L. van der Drift, secretaris; H. van Beek.

's-Gravenhage, maart 1976

Dr. L. van der Drift

Jaarverslag 1975 van de Stichting Ondersteuningsfonds

Gedurende het verslagjaar was de samenstelling van het bestuur en de verdeling der functies ongewijzigd als volgt: mevrouw Dr. Louise Hemmes – voorzitter; Dr. H. Doeleman – ondervoorzitter; H. Frese – secretaris-penningmeester; E. M. van Schaik – tweede secretaris; L. W. van Lammeren – tweede penningmeester.
Gedurende het verslagjaar hebben zich in het beleid van het bestuur geen wijzigingen voorgedaan.
Het aantal ondersteunden bedroeg 127 (in 1974: 121). Aan het einde van het verslagjaar stond nog 1 lening u/g open.
Een vergadering met correspondenten werd in 1975 niet gehouden.
De limietbedragen van de steunverlening werden, als gebruikelijk, op advies van de heer Drs. P. Brandes, aangepast aan de trend van lonen en prijzen.
De gebruikelijke zomeruitkering aan hen die een zogenaamd zakgeld genieten werd ook dit jaar verstrekt, ten bedrage van *f* 300,— voor alleenstaanden en *f* 400,— voor echtparen.
De kerstgave werd als steeds uitgekeerd aan alle ondersteunden; de splitsing die in 1974 was ingevoerd werd gehandhaafd, de bedragen werden aangepast: *f* 350,— voor alleenstaanden, *f* 600,— voor echtparen en andere gevallen waarbij meer dan 1 persoon aanwezig is.

Bergambacht, mei 1976

H. Frese, secretaris-penningmeester.

Jaarverslag 1975 van de Commissie voor de steunregeling aan oorlogsslachtoffers

Het aantal weduwen en wezen waarover de zorg van de commissie zich uitstrekte was: in 1973, 14 weduwen en 1 studerend kind; in 1974, 14 weduwen en 1 studerend kind; in 1975, 14 weduwen en 1 studerend kind. De studie welke het kind volgt is economie.
Het totaal der uitkeringen bedroeg in 1975 *f* 120.389,10; in 1974 *f* 110.781,—; in 1973 *f* 97.143,—.
In 1975 werd een vakantie-uitkering verstrekt van *f* 1.000,— (in 1974 *f* 900,—) en een kerstuitkering van *f* 300,— (in 1974 eveneens *f* 300,—).
De norm tot welke de uitkeringen werden en worden verstrekt is:

	1974	1975	1976
voor weduwe, aanvullend tot	*f* 15.300,—	*f* 17.100,—	*f* 18.500,—
inwonende studerende kinderen tot	*f* 5.500,—	*f* 6.300,—	*f* 6.800,—
niet inwonende studerende kinderen tot	*f* 8.000,—	*f* 9.000,—	*f* 9.750,—
studerende kinderen, volle wezen aanvullend tot	*f* 9.500,—	*f* 10.800,—	*f* 11.650,—

Aan de opdracht aan de commissie, de betrokkenen met raad en daad behulpzaam te zijn, kon in een aantal gevallen door middel van mondeling en schriftelijk contact gevolg worden gegeven.

Utrecht, mei 1976

Namens de commissie,
J. Diepersloot, arts, secretaris-generaal

Waarneming 1975

	aantal aanvragen waarnemingen	*door het bureau verzorgd*	*annuleringen*	*zelf voorzien*	*aanvragen assistentschappen*	*niet kunnen helpen*
januari	57	53	—	4	3	—
februari	60	50	3	7	4	—
maart	38	35	2	1	1	—
april	54	45	1	8	2	—
mei	57	53	2	2	1	—
juni	91	62	8	17	3	4
juli	117	72	7	37	1	1
augustus	55	44	1	10	3	—
september	63	55	4	4	4	—
oktober	49	45	—	4	3	—
november	28	24	1	3	1	—
december	35	28	2	5	3	—
Totaal	704	566	31	102	29	5

Mededelingen uit de C.B.-vergadering d.d. 23 april 1976

Mededelingen naar aanleiding van de vergadering van het centraal bestuur der Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband, gehouden op 23 april 1976

van het centraal bestuur L.A.D.

1. Pensioenvoorziening voor huisartsen in dienstverband

De bespreking met de L.H.V. over de mogelijkheid van een gelijke stellingname ten opzichte van de pensioenproblematiek hebben geen concrete resultaten opgeleverd. Een extern advies betreffende een technische oplossing van het back-service-probleem, welk L.A.D. en L.H.V. gescheiden had, bleek niet realiseerbaar. Op 10 mei 1976 heeft het centraal bestuur een schrijven aan de minister van Sociale Zaken gericht, waarin is verzocht de huisartsen in dienstverband uit te zonderen van de verplichte deelname in het beroepspensioenfonds voor huisartsen.

2. C.a.o.-ziekeninrichtingen

In het overleg op 21 april j.l. hebben vertegenwoordigers van het centraal bestuur, geassisteerd door de twee F.H.Z.-vertegenwoordigers in het Centraal Overleg Arbeidsvoorwaarden Ziekeninrichtingen, de vragen en bemerkingen van leden der L.A.D. over de concept c.a.o.-ziekeninrichtingen behandeld. De opkomst van de leden bleek niet in overeenstemming te zijn met het groot aantal uitnodigingen voor dit overleg. Niettemin kwamen uit de discussie belangrijke suggesties en bemerkingen naar voren. Deze zijn samengevat in een notitie, die op zijn beurt is besproken met de overige in de F.H.Z. deelnemende verenigingen. De gemeenschappelijke reactie van de F.H.Z. zal na overleg met de andere werknemersorganisaties worden ingebracht in het Centraal Overleg Arbeidsvoorwaarden Ziekeninrichtingen, dat na 1 juni aanstaande de definitieve tekst van de c.a.o. zal trachten vast te stellen. Naast bovengenoemde activiteiten zijn een aantal kwesties in en rondom de concept c.a.o. met vertegenwoordigers der L.S.V. in de gemeenschappelijke commissie Specialisten in Dienstverband belicht. Over een deel daarvan, van voornamelijk beleidsmatige aard (professioneel functioneren, financiële consequenties voor specialisten-opleiders), zal op bestuursniveau overleg worden gevoerd.

3. C.H.A.-contributie

De verlaging van de L.A.D.-bijdrage in de C.H.A. werd, ondanks een toezegging door het C.H.A.-bestuur niet verwerkelijkt. Het centraal bestuur heeft het

dringende verzoek aan het bestuur en ledenraad der C.H.A. gericht om ontheven te worden van de lasten van het collectieve abonnement op het tijdschrift der centrale. Het centraal bestuur heeft gesteld dat bij niet inwilliging het voortzetten van de aansluiting ter discussie zal worden gesteld.

4. Ziekenhuissituatie Amsterdam

Het centraal bestuur heeft zijn ongerustheid uitgesproken over de plannen van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen ten aanzien van de regio Amsterdam. Nog afgezien van de juistheid van de $4^{o}/_{oo}$-norm en diens toepassing waren met name de onbekendheid met de plannen over de uitbreiding van de poliklinische faciliteiten en de versterking van het eerste échelon, de voorzieningen voor gedupeerden en de artsen-opleiding voorwerp van grote zorg. Deze zaken zijn aan het hoofdbestuur der K.N.M.G. doorgegeven.

5. Gestructureerd overleg tussen ziekenfondsen, ziekenhuizen en medische staven

Op initiatief van de staatssecretaris van Volksgezondheid heeft een overleg tussen Ziekenfondsorganisaties, de N.Z.R., de L.S.V. en de L.A.D. plaatsgevonden over het – in het kader van ondermeer de kostenbeheersing – opzetten van een gestructureerd overleg tussen ziekenfondsen, ziekenhuizen en medische staven. Het centraal bestuur heeft zich in principe akkoord verklaard met de opzet; de technische uitwerking zal in het College van Gedelegeerden worden bekeken. Uitgangspunt zal in tegenstelling tot een wettelijke of contractuele dwang de vrijwillige participatie van de betrokken artsen zijn.

6. Initiatiefcomité tot oprichting van een Vereniging van Hoger Personeel Inrichtingen

Het streven van het initiatiefcomité, gesteund door N.C.H.P. en C.H.A. tot oprichting van een (nieuwe) vereniging van hoger personeel in de gezondheidszorg is door de L.A.D. in F.H.Z.-verband afgewezen. Daartoe is een open brief aan de leden gericht, welke is gepubliceerd in Medisch Contact nr. 19 d.d. 7 mei 1976.

---

van de O.L.M.A.

Medewerkers buitendienst

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

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (O.L.M.A.), tel. 030-88 54 11.
Drs. S. Duursma, directeur; Mevr. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse.
Stafmedewerkers: J. van Elzelingen Skabo-Brun, onderdirecteur, Keizersgracht 259, Amsterdam, tel. 020-22 92 25; R. Th. van der Garden, Klembergerweg 9, Epse-Gorssel, tel. 05759-18 25; E. J. M. Ghering, Burg. Vissersstraat 13, Tilburg, tel. 013-68 21 34; M. Rebergen, Roggeveld 6, Veenendaal, tel. 08385-1 52 77.

---

inhoud officieel

Van het hoofdbestuur:

Jaarstukken 1975:

Jaarverslag 1975 van de Raad van Beroep 820
Jaarverslag 1975 van het bestuur van Medisch Contact 823
Jaarverslag 1975 van het Bureau voor Waarneming en Vestiging 824
Jaarverslag 1975 van de Commissie voor de Geldmiddelen 825
Jaarverslag 1975 van de Stichting Ondersteuningsfonds 826
Jaarverslag 1975 van de Commissie voor de steunregeling aan oorlogsslachtoffers 826

Van het Centraal Bestuur L.A.D.:

Mededelingen uit de C.B.-vergadering d.d. 23 april 1976 827

Nr. 25 – 18 juni 1976