



## redactioneel

- De Geneeskundig Inspecteur van de Volksgezondheid voor de Jeugdgezondheidszorg, Frits Wafelbakker, heeft de artikelenserie over sportgeneeskunde, zoals deze over een reeks van ruim twintig MC-afleringen werd gepresenteerd, aan een nadere bestudering onderworpen. In een slotbeschouwing brengt hij verslag uit van zijn bevindingen, daarbij enkele problemen benadrukkend: onvoldoende opvang, behandeling en begeleiding van de sporter in de huidige medische echelons; onvoldoende opleiding van artsen en trainers op het gebied van de (medische) sportbegeleiding; ontbreken van een (inter)universitair Instituut voor Sportgeneeskunde; te weinig belangstelling van de overheid voor de sportgeneeskunde
- Enkele maanden geleden vierde de Europese Unie van Huisartsen haar tienjarig bestaan met een internationaal symposium over de toekomst van de huisartsgeneeskunde. De UEMO is bij die gelegenheid in Luxemburg door een hoge Europese functionaris aangeprezen als '... de meest vooraanstaande, meest homogene artsengroepering, een partner met wie het een voorrecht is te spreken over de toekomst van de geneeskunde in Europa'. Dat is niet mis volgens onze verslaggever, die het symposium evenwel typeert als 'het congres niet zozeer van de onenigheid als wel van het gebrek aan enigheid'.
- Nog meer aandacht voor Europa: in de artikelenserie ter gelegenheid van het dubbeljubileum '75 jaar KNMG-rechtspraak'/'50 jaar Medische Tuchtwet' thans een bijdrage van H. Anrys, juridisch adviseur van het Belgisch Verbond der Syndikale Artsenkaners te Brussel. Hij schrijft over het medisch tuchtrecht in de EEG. Ook hier loopt Nederland blijkbaar weer voorop.



De heer S. L. A. M. van der Kolk, huisarts te Nijmegen, zond dit werkstuk in voor de tentoonstelling van 'Met Pincet en Penseel' in het Centraal Ziekenhuis te Alkmaar. Het is getiteld 'Meeting Yourself' (olieverf op paneel – 32 x 40 cm). Volgens de catalogus werkt de heer Van der Kolk overrealistisch vanuit een gevoel van de absurditeit van het leven in onze tijd.

Foto: H. Frese, arts te Bergambacht.

## Inhoud

### REDACTIONEEL

Brieven .....	810
<i>Inzenders: Het Bestuur der Stichting Nederlandse Werkgroep leukemie bij Kinderen, Dr. C. C. Leibbrandt, H. J. Klaassen, Dr. J. G. Zeijlmans.</i>	
Sportgeneeskunde (Slot) – Had Heine gelijk? – Een epiloog, door Frits Wafelbakker .....	813
Uit de EEG. De toekomst van de huisartsgeneeskunde in Europa .....	819
Landelijke Adviescommissie Centrale Wachtlijst Zwakzinnigen .....	823
Overzicht van de medische vestigingen van de Stichting Sociaal Fonds Bouwnijverheid .....	824
De taken van de verpleeghuisarts, door J. Ridderikhoff .....	825
CAO-Ziekenhuiswezen: Uitspraak uitleg artikel 3, 3e lid .....	828
75 jaar KNMG-rechtspraak – 50 jaar Medische Tuchtwet. Het medisch tuchtrecht in de EEG, door H. Anrys .....	829
Uitspraak Medisch Tuchtcollege in Eerste Aanleg te 's-Gravenhage: Geldboete voor arts wegens onzorgvuldig medisch handelen in commerciële tandheelkundige inrichting .....	832
Discussie – Hoe groot is de afstand tussen ziekenhuis en thuiszorg? Repiek, door Prof. Dr. J. C. van Es ....	834
OFFICIEEL .....	835
Inhoudsopgave officieel .....	840



**MEDISCH CONTACT**  
*verschijnt wekelijks*

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

#### **Bestuur Medisch Contact**

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

#### **Redactie Medisch Contact**

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

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

#### **Uitgeverij**

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

#### **Abonnementen**

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

#### **Advertenties**

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

#### **Adreswijziging**

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

**Oplage:** 21.000 exemplaren.

**Druk:** Tijl, Zwolle.



*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.*

### **KINDERARTS EN POLIO**

In verband met de huidige polio-epidemie in Nederland heeft het bestuur van de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK) het volgende onder de aandacht van de Nederlandse kinderartsen gebracht: Volgens de gegevens van de Geneeskundige Hoofdinsectie van de Volksgezondheid dd. 13 juni 1978 werd tot dusver poliomyelitis uitsluitend vastgesteld bij patiënten die nooit tegen deze ziekte werden ingeënt. Ten aanzien van vragen over de noodzaak van vaccinatie bij kinderen die met immunosuppressieve middelen worden behandeld heeft het bestuur der SNWLK de volgende adviezen geformuleerd:

1. Patiënten onder cytostatische therapie, die tevoren volledig tegen polio-myelitis zijn ingeënt, behoeven geen boostervaccinatie.
2. Patiënten onder cytostatische therapie, die geen poliovaccinatie ontvingen, kunnen worden ingeënt met geïnactiveerd trivalent poliovaccin (Salk-vaccin), hoewel er geen zekerheid bestaat over de mate van effectiviteit van deze inenting tijdens immunosuppressieve behandeling (tweede injectie één maand na de eerste, derde injectie zes maanden na de tweede).
3. Patiënten onder cytostatische therapie, die onvolledig zijn ingeënt, behoeven geen boostervaccinatie.
4. Patiënten bij wie de cytostatische therapie sedert een half jaar of langer is gestaakt en die tevoren volledig tegen poliomyelitis zijn ingeënt dienen wel een boostervaccinatie met trivalent geïnactiveerd poliovaccin te ontvangen.
5. Patiënten bij wie de cytostatische therapie sedert een half jaar of langer is gestaakt en die tevoren niet of onvolledig zijn ingeënt dienen volledig te worden gevaccineerd met geïnactiveerd trivalent poliovaccin (tweede injectie één maand na de eerste, derde injectie zes maanden na de tweede).

Patiënten bij wie de cytostatische therapie korter dan een half jaar geleden werd gestaakt dienen beschouwd te worden als nog zijnde onder behandeling. Met nadruk wordt er nogmaals op gewezen poliovaccinaties tijdens of na het staken

van de behandeling met cytostatica uitsluitend te verrichten met geïnactiveerd trivalent vaccin (Salk-vaccin beschikbaar in de vorm van DTP) en niet met het levend verzwakt vaccin (Sabin-vaccin). Wat betreft de andere richtlijnen met betrekking tot de huidige polio-epidemie verwijzen wij naar bovengenoemd schrijven van de Geneeskundige Hoofdinsectie van de Volksgezondheid dd. 13 juni 1978.

's-Gravenhage, 28 juni 1978

Het Bestuur der Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen

### **OPLEIDING OORHEELKUNDE**

Dr. L. Feenstra heeft in zijn openbare les (MC nr. 22/1978, blz. 671) een pleidooi gehouden voor een ingrijpende wijziging in het specialisme Keel-, Neus- en Oorheelkunde. In zijn zienswijze zou de oorheelkunde voorbehouden moeten worden aan circa 25 oorartsen die daartoe een speciale opleiding hebben genoten. Ik neem zonder meer aan, dat een aantal patiënten technisch beter zal worden behandeld door deze superspecialisten dan in het huidige systeem het geval is. Er zullen echter ook vele patiënten zijn die van het voorgestelde systeem nadelen zullen ondervinden. De algemene KNO-arts zonder oorchirurgische ervaring zal problemen hebben bij de indicatiestelling en bij de behandeling van acute gevallen. Het lijkt mij niet onwaarschijnlijk dat deze nadelen groter zullen zijn dan de voordelen van superspecialisatie. De nadelen zullen nog versterkt worden door de degradatie van het gehele specialisme, waarvan de oorheelkunde nu juist de kern uitmaakt. Andere chirurgische onderdelen van het specialisme zullen ook verloren gaan, zodat alleen een poliklinische praktijk overblijft met gebrekkige opvang van patiënten die voor chirurgie in aanmerking komen.

De door Feenstra genoemde top-otologen hebben allen hun huidige niveau bereikt door persoonlijke kwaliteiten en een zeer grote persoonlijke inzet voor hun patiënten. Het lijkt mij onjuist bewust een structuur te scheppen waarin enkelen

**Doorlezen naar blz. 812**

## SENSATIE

Een enkele maal bereikt de Domus Medica de vraag van een arts, wat te doen met het verzoek van een der media zijn visie als behandelend geneesheer te willen geven op het binnenkort publiek te maken verhaal van een patiënt over de ontvangen medische behandeling en de daarvan ondervonden gevolgen. Een uit journalistiek oogpunt niet onlogisch verzoek. Voor een goed inzicht dient men een omstreden zaak – en daar gaat het altijd over – immers van verschillende kanten te belichten. 'Hoor en wederhoor' is een groot goed, waarvan het belang in het bijzonder aanwijsbaar is ten aanzien van materiële zaken en principiële standpunten die het handelen bepalen. Om een zaak die nu speelt te nemen: dat naar aanleiding van de huidige polio-explosie ook de motieven van hen die vaccinatie weigeren naar voren worden gebracht is bepaald zinnig te noemen, ook al onderschrijft de overgrote meerderheid die motieven niet.

Het beginsel van hoor- en wederhoor vindt zijn begrenzing waar het zeer persoonlijke zaken betreft. Iedereen heeft recht op een zekere mate van privacy. Meer op sensatie dan op informatie en voorlichting gerichte publiciteitsmedia zullen zich van dit recht op privacy uiteraard niets aantrekken. Het recht op hoor en wederhoor wordt nog duidelijker ingeperkt, indien een der partijen daaraan slechts kan voldoen door de wet te overtreden. Met name geldt dit voor het beroepsgeheim. De arts heeft in het kader van zijn beroepsuitoefening de plicht te zwijgen over wat hem door de patiënt is toevertrouwd alsmede over wat hij door eigen onderzoek te weten is gekomen. Het is hier niet de plaats uitvoerig in te gaan op alle facetten, inclusief de begrenzingen, van deze plicht. We willen volstaan met erop te wijzen dat de zwijgplicht tot doel heeft de belangen van de individuele patiënt veilig te stellen. Het gaat niet om de belangen van de arts. Ieder gebruik

van het beroepsgeheim met het uitsluitende doel het eigen handelen van de arts te beschermen of te verdoezelen is uit den boze.

Verwerpelijk is die vorm van journalistiek bedrijven – een recent voorbeeld daarvan ligt zwart op wit voor ons – die erop is gericht informatie los te krijgen op grond van het argument dat zonder deze informatie de cliëntenkring van de arts wel eens negatief tegenover de betrokken arts zou kunnen worden beïnvloed. De arts wordt dan verleid tot het ten eigen bate schenden van zijn beroepsgeheim. Hierop past maar een woord: chantage. Het in deze gevallen vaak gebruikte argument dat het alleen maar gaat om een beschrijving van de ware gebeurtenissen houdt geen steek, omdat die 'ware gebeurtenissen' slechts dan waar zijn indien alle medische facetten daarbij aan de orde komen. Mocht de patiënt menen dat de 'ware gebeurtenissen' hun oorzaak vinden in onjuist of onzorgvuldig medisch handelen, dan ligt de weg naar de in- en externe tuchtrechtspraak voor hem open. De bonafide journalist weet dit en zal de patiënt die weg wijzen. De minder scrupuleuze journalist weet dit ook, maar zal de voorkeur geven aan de sensatie.

## HUISARTSGENEESKUNDE IN DE EEG

De toekomst van de huisarts in Europa lijkt verzekerd. Die toekomst ligt vooral in de coördinerende rol die de huisarts in het medisch bestel vervult, om de tekst aan te halen van een resolutie die de Raad van Europa in september 1977 aannam. De huisartsgeneeskunde is met andere woorden geprofessionaliseerd en wordt als (leer)vak op zich erkend.

Parallel aan de strijd om de status loopt de discussie over de inhoud van het vak. Voorts moeten de concepten worden geconcretiseerd in beroepseisen en eisen voor de beroepsopleiding. In EEG-verband

heeft de Europese huisartsenvereniging, de UEMO, zich voor wat de huisartsen betreft aan die taak gezet. De weg naar de door deze vereniging zo begeerde eenheid is evenwel geplaveid met 'distorsies': divergenties in opleidingstijden, -methoden en -technieken. Des te prijzenswaardiger is het, dat de UEMO onlangs verklaarde (blz. 819) te streven naar een specifieke beroepsopleiding van minimaal twee jaar in ziekenhuis en huisartspraktijk voor iedereen die zich vanaf 1982 als huisarts in een deelstaat van de EEG zou willen vestigen.

Momenteel treden in Europa twee soorten huisartsen op: 'beroeps', die in eigen land een verplichte beroepsopleiding hebben ontvangen, en 'algemene', die aan de basisopleiding genoeg hebben om zich als huisarts te mogen vestigen. De sinds enige jaren van kracht zijnde Richtlijnen voor de vrije vestiging van artsen maken het vrije verkeer van al deze artsen mogelijk. Met name Nederland heeft zich tegen de onbillijkheid die hierin schuilt te weer gesteld. Vanuit de UEMO wordt al enige jaren getracht de (vak)huisarts 'in de Richtlijn' te krijgen, eventueel via een voorlopige aanpassing der bepalingen. Het Raadgevend Comité voor het medisch onderwijs, dat de Europese Commissie adviseert en waarin de artsenorganisatie eenderde van de stemmen bezit, heeft zich op dit punt achter de UEMO gesteld. De Commissie echter vraagt nadere waarborgen ten aanzien van het al dan niet verplichte karakter van de beroepsopleiding tot huisarts en de directe verantwoordelijkheid voor die opleiding.

Mocht de Commissie onverhoopt snel 'omgaan', dan nog kunnen de ministers van Volksgezondheid de zaak blokkeren. Dat zit erin. Eisen stellen aan een opleiding betekent immers – met name financiële – voorwaarden scheppen voor de verwezenlijking van die opleiding. En daar ontbreekt het hier en daar behoorlijk aan.

B.

alleen door selectie vooraf en opleiding een monopolie in de oorchirurgie zouden krijgen. Beter ware het te wachten tot ook in Nederland oorchirurgen door eigen inspanning en verdiensten tot dit niveau opklimmen. Het zal hun niet aan patiënten ontbreken.

Amersfoort, 26 juni 1978

Dr. C. C. Leibbrandt, KNO-arts

#### ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

Het commentaar van onze hoofdredacteur is de laatste tijd wat minder geslaagd: suggereerde hij recentelijk, dat de goodwillvraagprijs voor huisartspraktijken vaak te hoog is – terwijl hij toch zou moeten weten dat een recent onderzoek heeft uitgewezen, dat landelijk het door de LHV geadviseerde percentage van 90 wordt gevraagd – in het laatste nummer van MC (nr. 24, blz. 722) bracht hij de alternatieve geneeswijzen weer eens ter sprake.

In deze tijd van streven naar studieduurverkorting – waarbij zelfs hier en daar vakken als KNO en huidziekten facultatief worden gesteld – voorstellen dat de alternatieve geneeswijzen aan de universiteiten moeten worden gedoceerd, is niet goed.

Mijns inziens is tijdens een recent Maatschappijcongres reeds meer dan voldoende aandacht besteed aan geneeswijzen, die hun bestaan te danken hebben aan het simpele feit dat er voor vele onwelzijn-klachten geen medisch antwoord is.

Leiden, 21 juni 1978

H. J. Klaassen

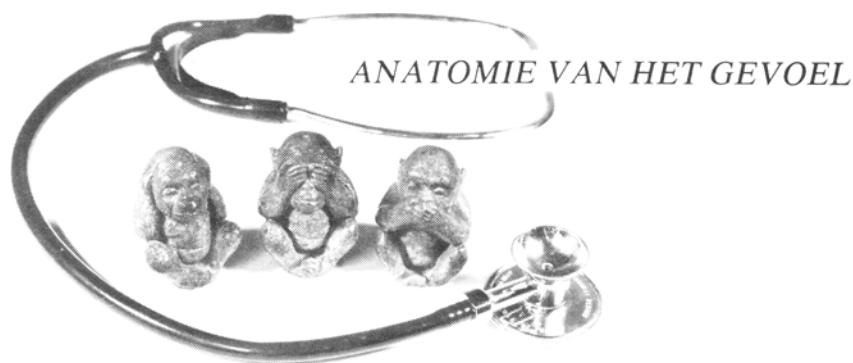
#### 'CLIMACTERIUM' EN 'MENOPAUZE'

Omdat 'climacterium' en 'menopauze' verschillende begrippen zijn, is het jammer dat collega Mager (MC nr. 24/1978, blz. 743) meent beide kortweg te moeten aanduiden met het woord 'menopauze.' Er wordt juist de laatste tijd getracht door een correct woordgebruik verwarring te voorkomen. Het lijkt nuttig in Medisch Contact een en ander juist te vermelden:

Op middelbare leeftijd vindt bij de vrouw een proces plaats, het *climacterium*, in het Nederlands 'de overgang' genoemd. Het wordt door de *menopauze*, de fysiologische uteriene bloeding welke na een jaar de laatste blijkt te zijn geweest, verdeeld in een pre- en een postmenopauzale fase, ook aangeduid met pre- en postmenopauze. De menopauze betreft dus een tijdstip.

Heemskerk, 18 juni 1978

Dr. J. G. Zeijlmans, huisarts



#### Een tropische verrassing

*Vanochtend geen koffie voor mevrouw D. want die is gisteren overleden. Veel heeft ze niet gemist, want de koffie was werkelijk niet om te drinken. Het goede humeur, voor zover je dat hier nog kunt hebben, trok helemaal weg in de walgelijke bitterheid van de lauwe koffie.*

*Overdag maak ik links en rechts nog wel eens aantekeningen voor dit dagboek, maar juist op het moment waarop ik ze nodig heb mis ik ze.*

*Gisteravond had ik weer nachtdienst. Er was niet veel bijzonders bij, maar er waren toch net te veel patiënten om van een 'rustige avond' te kunnen spreken. Tussen de patiënten was één vrouw die zo ontiegelijk vet was, dat haar buik aan weerszijden over de rand van het EHBO-bed hing. Eén blubbertroep. Het gevaarte stonk aan alle kanten. De pupillen waren net rumbonen. Aan haar voeten had zich zo'n kalklaag afgezet dat ze de reflexhamer niet eens voelde, laat staan dat ze erop reageerde. Met een gezapige blik volgde ze onze handelingen. Haar status was een bundeling van oude ontslagbrieven, waarin ik zowaar nog een story van de psychiater ontwaarde; hij was van mening dat patiënte ietwat hysterisch was: ze gaf pijn aan die organisch helemaal niet mogelijk waren en waarvoor zelfs Andersen een goede dag gehad zou moeten hebben om op het idee te komen. Over touchers zullen wij het maar niet hebben.*

*Nu ik het toch over touchers heb: onze assistent zal morgen zijn vaardigheid kunnen testen op een Surinaamse miss wier omvang ook niet veel met haar lengte zal schelen. Ik heb met haar te doen. Als ik haar zo in haar felle rose japon zie zitten, denk ik automatisch: een tropische verrassing in Hollandse melkchocolade. Die verrassing houden wij voorlopig nog even te goed, want haar darmfoto's waren helemaal normaal. Enfin, de assistent moet*

*morgen maar eens de safari induiken. Het Surinaamse landschap schijnt nogal woest te zijn.*

*Iedere keer wanneer wij in de kamer van de Surinaamse komen, zit ze daar gedrongen en in zichzelf gekeerd achter de tafel. Dan krijg ik werkelijk een brok in mijn keel. Ze speelt met een klein wit elastiekje. Dat doet ze al dagenlang. Het elastiekje is onlangs gebroken, maar nog steeds speelt ze ermee. Wat moeten die mensen zich vervelen. Ik heb haar vandaag eens rustig geobserveerd, terwijl mijn assistent met haar sprak over het feit dat ze geen urine wil afgeven voor een urinekweek. En iedere keer is het 'Ja dokter', 'Ja dokter' en nog eens 'Ja dokter'...*

DAGBOEK  
VAN EEN  
CO-ASSISTENT  
(36)

*De hoofdzuster vindt mij 'een kluns'. 'Kom toch eens kijken', zei ze vandaag toen ik langs haar kamer liep, 'U heeft vanochtend een opdracht gegeven om de met- en sulfahaemoglobine van mijnheer E. te laten bepalen en vanmiddag heeft u dezelfde opdracht opnieuw uitgeschreven; u bent werkelijk een kluns'.*

*Ook met de telefoniste lig ik in de clinch. Voor een patiënte moest ik enkele keren het 'Kankerinstituut' opbellen. Iedere keer wanneer ik het nummer aanvroeg zei de telefoniste: 'Is het voor uzelf?'. Tot viermaal toe zei ik keurig dat het namens mijn assistent was. Toen ze het voor de vijfde keer vroeg, antwoordde ik heel beleefd: 'Ja, het is voor mijzelf; ik heb namelijk longkanker en wil graag weten hoe het ermee staat'.*

Alexander van Es



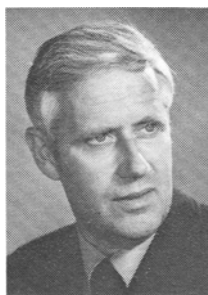
## Had Heine gelijk? – Een epiloog

Voor Nederland geldt – als we Heine moeten geloven – een kalender die ongeveer een halve eeuw achterloopt bij de Gregoriaanse tijdrekening. Gaat dat ook op voor de sportgeneeskunde? Een aantal artikelen dat wij in de achter ons liggende maanden hebben verwerkt ademt bezorgdheid over achterstand, zowel bij medische beroepsbeoefenaren, bij onderwijsinstanties als bij het beleid. Als geringe troost mag gelden dat Engeland het er nauwelijks beter afbrengt. België heeft echter een aanmerkelijke voorsprong door zijn universitaire leerstoelen, maar staat tevens borg voor cabareteske momenten door zijn anti-doping wet. De DDR overdrijft de sportbeoefening en de sportgeneeskunde op zo'n wijze, dat je er zelfs geen grapjes meer over kunt maken.

De drie artikelen van over de grenzen geven hoogstens een globale indruk. Een hardere doorlichting van een groter aantal landen zou nodig zijn om aan te geven, hoe ver wij wezenlijk achterlopen ten aanzien van andere 'ontwikkelde landen'. Voor iedereen die wat heeft rondgekeken in Zweden, West-Duitsland en Oost-Europa is het duidelijk dat de sportgeneeskunde daar aanzienlijk verder tot groei is gekomen dan bij ons. Uit de artikelenreeks komt een aantal problemen met een zwaarder accent naar voren dan andere. Het zijn er eigenlijk vier:

- onvoldoende opvang, behandeling en begeleiding van de sporter in de huidige medische echelons;
- onvoldoende opleiding van artsen en trainers op het gebied van de (medische) sportbegeleiding;
- ontbreken van een

door **Frits Wafelbakker**



Frits Wafelbakker is Geneeskundig Inspecteur van de Volksgezondheid, voor de Jeugdgezondheidszorg. Hij deed onderzoek naar biologische ontwikkeling en maximaal arbeidsvermogen van adolescenten. Hij maakt als 'toehoorder-adviseur' deel uit van verschillende werkgroepen, zoals de commissie jeugdtopsport.

(inter)universitair Instituut voor Sportgeneeskunde;  
– te weinig belangstelling van de overheid (in casu van VOMIL) voor de sportgeneeskunde.

Daarnaast zijn er wat minder zware problemen die voor een deel ook afleidbaar zijn uit de meer centrale vragen: doping, kindertopsport, sportkeuring, fysiotherapie etc. Het gewicht van ethische problemen rondom de sport zal iedereen anders inschatten. *Rijsdorp* maakt terecht onderscheid tussen sportethiek, medische ethiek en beroepsethiek. De laatste blijft bij hem buiten beschouwing.

Er is zonder twiifel een verschuiving merkbaar in de sportethiek. Vroeger werden sportwedstrijden afgelast als er een dode viel. Nu gaan Olympische

Spelen verder als er een team wordt uitgemoord. De bemanning van een winnend zeiljacht kan rustig vertellen – volgens een krantebericht – dat er afspraken waren over het doorzeilen bij een eventueel verdrinkingsgeval. Er wordt thans binnen de Nederlandse Sport Federatie gewerkt aan een nota over de *grenzen van de menswaardigheid* in de sportbeoefening, in aansluiting op een initiatief van de Deutsche Sport Bund. Als men al tot uitspraken komt – ik heb daar een hard hoofd in – dan zal 'de sport' ook de consequenties moeten aanvaarden van de geformuleerde uitspraken. Daar heb ik helemaal een zwaar hoofd in, gezien ook het gemak waarmee sporters steeds maar volhouden dat 'sport geen politiek is'. Sportmedische ethiek ligt in het spanningsveld van sportethiek en medische ethiek. Ook de medische ethiek verschuift en de beroepsethiek evenzeer. Blessures van topsporters komen – vaak geautoriseerd door de clubarts – uitgebreid in de pers. Voor de steratleten gelden soms heel andere medische en intercollegiale gedragsregels dan voor gewone stervelingen. *Rijsdorp* stelt de heel herkenbare vraag naar de motivering bij het curatief handelen. Wat moet voorop staan als de belangen niet samenvallen: de sport (respectievelijk de club), de sporter nú of de sporter straks? Ook *Bosboom* en *Brok* gaan op deze vraag in. *Gerards* roert heel even de ethische toelaatbaarheid aan van geslachtsbepaling van (vrouwelijke)sportbeoefenaren. Een actuele zaak, vooral nu transseksuelen (ook wel transseksisten genoemd) sportrechten gaan claimen.

Ook de selectie in de sport – ik denk dan aan de antropometrie als selectie-instrument (*De Wijn*) en de spierbiopten (*Binkhorst*) zou met een ethische doorlichting gediend kunnen zijn.

Om een zekere lijn te krijgen in deze nabeschouwing wordt achtereenvolgens ingegaan op de volgende punten:

1. definities, terminologie en doelstellingen;
2. getalsmatige en epidemiologische aspecten;
3. sportgeneeskundige functies;
4. organisatievormen;
5. opleiding en onderzoek;
6. centrale overheid.

## 1. Definities, terminologie en doelstellingen

De Nota Sport 70, nu alweer bijna een antiek stuk, gaf een aantal begripsomschrijvingen. Zo onderscheidde men *algemene wedstrijdssport*, *topsport*, *recreatiesport* en *bewegingsrecreatie*. Later hebben anderen deze begrippen weer bijgesneden, soms op grond van politieke of subsidie-technische beweegredenen. In een heel andere reeks past het begrip *beroepssport*. Nog gecompliceerder wordt het als de leeftijd wordt ingevoerd en zich een snikkend woord vormt als *kinder-topsport*, dat fijntjes verwijst naar kinderarbeid.

Het blijkt niet eenvoudig om begrippen ook getalsmatig te laden en nog moeilijker is het om de begrippen inhoud te geven in termen van belasting, tijdsconsumptie, enz. In de Kommissie Jeugdtopsport – dat woord herinnert wat minder aan de kindernetjes van Van Houten – zitten we bijvoorbeeld in de problemen over de vraag: hoeveel jeugdigen, van welke leeftijd, trainen er hoe intensief, op welk (onmogelijk) tijdstip en welke belasting vormt dat nu en later voor ze in lichamelijke, psychische en sociale zin? Te hopen is dat het kamerlid Diepenhorst hierin iets van zijn – en onze – bezorgdheid herkent.

In de voorafgaande artikelenserie komt niet steeds met voldoende duidelijkheid naar voren dat er een grote differentiatie bestaat in de groep van sportbeoefenaren en dat er vanuit de groep sterk uiteenlopende wensen en verlangens bestaan ten aanzien van

de sportgeneeskunde. *Brok* bijvoorbeeld zou huisartsen willen inschakelen voor de keuring van ouderen, die weer intensief wensen te trainen. *Kuipers* zou een beroep willen doen op de huisartsen voor sportadviezen aan wedstrijdssporters. Het gaat dan om verschillende doelgroepen en om verschillende doelstellingen.

Voordat men harder bij de centrale overheid aanklopt dient men zich te realiseren dat die overheid tegenwoordig graag denkt in termen van enkelvoudige en meervoudige doelstellingen. Bovendien tracht die overheid al vroeg de doeltreffendheid (effectiviteit) en de doelmatigheid (efficiency) van voorzieningen te overdenken. Het is dus verstandig om het pakket van verlangens zo hard mogelijk te onderbouwen en zo goed mogelijk te differentiëren, niet alleen naar aard en intensiteit van de sportbeoefening, naar leeftijd enz., maar ook naar de lijnen en echelons die tegenwoordig worden onderscheiden.

## 2. Getalsmatige en epidemiologische aspecten

Om een indruk te krijgen over het

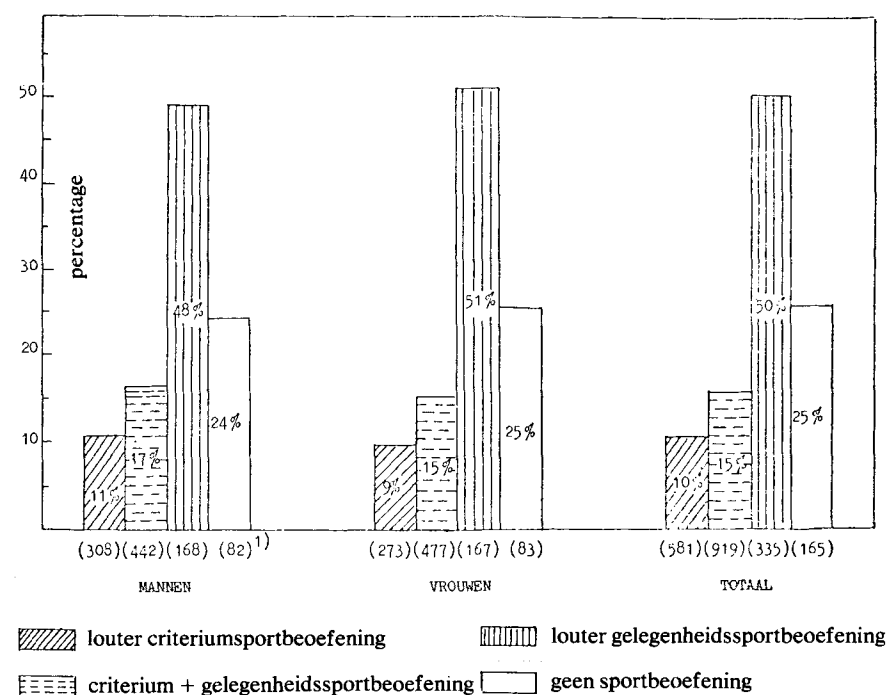
sportgeneeskundige takenpakket is het gewenst om te weten waar we over spreken. Wat betekent een statement van Bol, waarmee de serie opent:

'Ongeveer 75% van de Nederlandse bevolking tussen 15-50 jaar beoefent min of meer regelmatig een sport?'

In 1974 – recentere gegevens zijn helaas niet verkrijgbaar – deed een kwart van de mannen en vrouwen tussen 15 en 50 jaar geheel geen sport (grafiek). De helft beoefende louter *gelegheidssport*. Daarmee wordt bedoeld recreatief wandelen, schaatsen, zwemmen enz., sporten die met weinig 'additionele condities' door veel mensen beoefend kunnen worden. Ook wel genoemd recreatiesport, breedtesport, instuifsport, of met een nieuwer woord: sportieve recreatie. De termen dekken elkaar niet geheel. Het onderstreept mijn verlangen naar hardere criteria.

Een kwart van de genoemde bevolking (28% mannen, 24% vrouwen) doet aan *criteriumsport*: in grote lijnen te definiëren als sport in wedstrijdverband, met spelregels en in wedijver met anderen. Van die rond 25% criteriumsporters doet 10% uitsluitend criteriumsport en 15% combineert deze vorm met een of meer manieren van gelegenheidssport.

Grafiek: vormen van sportbeoefening per geslacht voor totale bevolking tussen 15 en 50 jaar





Deze getallen kunnen naar leeftijd onderverdeeld worden. Bij de 15-19-jarigen is er maar 9% die geen enkele vorm van sport beoefent. Bij de 45-49-jarigen is dat al 38%. Een heel andere kwantitatieve ingang levert het lidmaatschap van een sportvereniging. Totaal waren er in 1977 ruim 3,8 miljoen leden van sportbonden. Er was echter een (onbekend) aantal dubbelleden bij, lid van meer dan één sportclub. De grootste groepen zijn de Koninklijke Nederlandse Voetbal Bond met 982.000 leden, de Nederlandse Katholieke Sportfederatie met 380.000 leden en de Koninklijke Nederlandse Lawn Tennisbond met 302.000 leden. De kleinste bonden, zoals de Stichting Moderne Vijfkamp en de Stichting Biathlon (combinatie van schieten en langlauf) hebben respectievelijke 50 en 30 leden. *Sportletsels* krijgen nogal wat aandacht. *Harling* schat dat ieder weekeind  $\pm$  45.000 sportbeoefenaren hun sport moeten staken en zich onder medische behandeling stellen. *Hermans* vermeldt dat 1 1/2 % van de sportbeoefenaren jaarlijks een sportletsel oploopt. De literatuur daarover is niet uit eigen land en allermindst recent. In Nijmegen is men – naar verluidt – bezig met een enquête naar sportletsels. Het zou voorts een uitstekend onderwerp zijn voor de huisartsen-peilstations. Ook het uit Duitsland afkomstige gegeven, dat 10% van alle klinisch behandelde traumata door sportongevallen werd veroorzaakt, zou in Nederland moeten worden nagezien.

### 3. Sportgeneeskundige functies

De Interdepartementale Werkgroep Lichamelijke Vorming en Sport heeft een subcommissie in het leven geroepen voor een studie over medische sportbegeleiding. Deze subcommissie heeft nog geen eindrapport geschreven, maar er is wel een interimrapport in bespreking gebracht met het 'veld'. Uit dat interimrapport wil ik graag de indeling overnemen. Er wordt daarin wat theoretisch gestoeid met de doelstellingen van gezondheidszorg en sport. In de gezondheidszorg worden preventieve en curatieve doelstellingen onderscheiden. In de sport wordt – een nogal gereduceerd beeld –

gezondheid *door* sport onderscheiden van gezondheid *in* sport. Met behulp van dit model wil ik terugblikken op de sportgeneeskundige artikelenreeks.

#### 3.1 Behouden van gezondheid dóór sport

De doelstelling preventie is hierbij doorgetrokken tot in het vlak van de gezondheidsbevordering. *Biersteker* schetst uitstekend wat er in gang gebracht wordt als iemand gaat trimmen en *Brok* werkt de goede voornemens uit in trainingsadviezen en Coopertests. *Gerards* vraagt aandacht voor de vrouw op middelbare en oudere leeftijd. *Mosterd* dempt echter te grote verwachtingen ten aanzien van de preventie van hart- en vaatziekten door trimacties. Zowel *Brok* als *Gerards* benadrukken dat het wandelen, fietsen en wat gymnastiek doen te weinig intensief is – zolang de pols geen 130 per minuut wordt – voor het behoud van een redelijke conditie.

Ook de *sportadvisering door schoolartsen* is te zien binnen de doelstelling 'behoud van gezondheid door sport'. *Rijksen* beschrijft hoe de taakuitbreiding van de schoolartsen tot stand kwam. Toch is daarmee maar een deel van de huidige functie verklaard. Er treedt een geleidelijke verschuiving van taken op. Allereerst al in de 'omturning' van het begrip *keuring* in *advisering*. Niet meer afwachten tot een jeugdige die wil gaan sporten zich meldt voor keuring. Neen, alle jeugdigen met een op gezondheid gerichte blik beoordelen en zeggen: voor jou zou deze of die sport goed zijn. Daarnaast ook contact maken met de sportorganisaties en met de trainers en door het bijwonen van trainingen zich een oordeel vormen over de verschillende aspecten van de training (belasting, gevarieerdheid). Verder ook: vanuit persoonlijke kennisname en ervaring meepraten over de voor- en nadelen van jeugdsport, over de (on)wenselijkheid van het prestatie-element, over ludieke en ontspanningsaspecten. Kortom, een stukje integratie van *sportgezondheidszorg* binnen de *jeugdgezondheidszorg*. Ten slotte zou de jeugdarts zich krachtig moeten inzetten tegen het immobiliserende onderwijsfront. Niet

door te vechten voor een halfuurtje 'corrigerende' gymnastiek bij slappe houdingen, maar door te blijven wijzen op het volstrekt onfysiologische karakter van ons onderwijsprogramma: 25 uur leren met je kop, tegenover 1 - 3 uur 'lichamelijke vorming'. Mens sana. Jawel! Sinds korte tijd is er een regulier overleg tussen schoolartsen en het Koninklijk Nederlands Gymnastiek Verbond, waarbij een van de topics is de grote bezorgdheid over de bewegingsarmoede en de onverschilligheid van beleidsvoerenden daartegenover.

#### 3.2 Behoud van een goede gezondheid in de sport

In doelstellingen vertaald wil dit zeggen: voorkomen van verstoring van gezondheid tengevolge van sportbeoefening. De sportkeuring is jarenlang wat eenzijdig vanuit dit perspectief benaderd. *Hermans*, *Kessel* en *Heere* wijzen erop dat ook de blessurebehandeling een preventief moment moet hebben om niet in repeterende toestanden terecht te komen. Zowel *Jongh* als *Vermeulen* bespreken de medische sportkeuring vooral vanuit een 50-jarig bestaan. Toch zouden ze het historisch perspectief wat beeldender moeten schetsen. In 1930 werd sportbeoefening kennelijk als erg riskant opgevat. Iedereen droeg een pet of een hoed, kouvatten was een geveerde bedreiging en een longontsteking kon je tot of in het graf brengen. *Stokvis*, die als socioloog toch zeker weet van 'remmende voorsprong' en 'resistance to change', zou ten aanzien van sportkeuring wel een wat kritischer houding mogen innemen. De Federatie van Bureaus voor Medische Sportkeuring is gelukkig zelf ook erg onzeker over de zin van het huidige functioneren. Er is nu een onderzoek daarnaar geëntameerd bij de Werkgroep Fysiologie en Pathofysiologie van het menselijk bewegen van de Interfaculteit Lichamelijke Opvoeding te Amsterdam. Voorlopig zitten we nog met de weinig bevredigende situatie van een sportkeuring, die nauwelijks een epidemiologische achtergrond heeft. Sinds 1949 is het aantal gekeurden vrijwel steeds gestegen. We zitten nu rondom de 300.000 keuringen, verdeeld over 220 bureaus.

Wat betekenen die keuringen ten opzichte van drie miljoen sportbeoefenaren? Stel dat de 300.000 keuringen allemaal vijfjaarlijks waren, dan blijven er nog 1 ½ miljoen sportbeoefenaren ongekeurd. Zijn dat andere mensen dan de gekeurde sportbeoefenaren? We weten er niets van. Er zijn twee redelijk omvangrijke sportbonden die voor hun leden geen verplichte keuring voorschrijven, de hockeybond (82.000 leden) en de tennisbond (300.000 leden). Is er iets te zeggen over deze groepen? Van alle gekeurden werd in 1976 97,7% goedgekeurd, 1,0% voorwaardelijk goedgekeurd en 0,6% afgekeurd. Van die in 1958 afgekeurden (819 afgekeurd en 1139 voorwaardelijk afgekeurd) is niets bekend. Geen afkeuringsredenen, geen leeftijd, geen geslacht.

Jaren geleden, in een bezinningsogenblik, is er wel eens een poging gedaan om van één bureau de afkeuringsgegevens te inventariseren. Daar bleef het bij. Een poging om mee te surfen op codeer- en pongolf, die toen over ons land spoelde, mislukte. De wonderlijke situatie doet zich voor dat wij met ons Nederlands sportkeuringssysteem een heel unieke positie innemen tussen de ons omringende landen, maar dat we eigenlijk niet weten of we er trots op moeten zijn. Voorlopig heeft de manier van werken van de Federatie voor mij nog de kleur van tussen de twee wereldoorlogen, iets 'Emmabloemachtigs'. Een grote inzet van sterk gemotiveerde vrijwilligers, een honorering van de medewerkers op een soort vriendentarief en een te sterke innerlijke vrede als het jaarverslag weer een toename van het aantal keuringen aangeeft.

Ik heb – als ik hier iets ondeugends mag zeggen – wel behoefte om de kleren van de keizer tegen het licht te houden. 300.000 keuringen zijn niet niks. Zouden ze niet beter besteed zijn aan rokers, of TV-zitters of lekkere boter-eters? Anders gezegd: hoe zinvol is het om een basiskeuring te verrichten bij een zichzelf selecterende groep mensen met een (relatief) goede gezondheid? Mijn gedachten gaan sterk uit naar het leggen van de verantwoordelijkheid voor gezond sporten bij de sporter zelf. Het idee, dat iemand niet mag sporten omdat hij geen keuringsbewijs kan overleggen, vind ik in hoge mate bevoogdend. Ik zou mij gelukkiger

voelen met een schriftelijk in te vullen geprecodeerd formulier met vragen over anamnese en klachten. Een soort 'eigen verklaring' te vergelijken met die voor het rijbewijs.

Selectie is ook een aspect van het behoud van een goede gezondheid in de sport. Selectie kan echter verschillende doeleinden hebben. Niet alleen ten behoeve van de sporter, maar ook ten behoeve van een nationaal of politiek doel. Antropometrie, door Tanner in dienst van de sportprestatie gebracht, wordt in de Deutsche Demokratische Republik al gebruikt om toekomstig talent op lagere schoolleeftijd te signaleren. Hier moet zich het gesprek over sportethiek verdiepen tot vragen naar de zin van de samenleving.

### 3.3 Herstel van verstoorde gezondheid door middel van sport

Sport als *middel* in de curatieve gezondheidszorg, gericht op tijdelijke en op blijvend gehandicapten. De tijdelijk gehandicapten en de revalidatiewereld krijgen in de gepubliceerde sportmedische facetten weinig aandacht. *Mosterd* gaat in op twee nieuwe groepen 'sportbeoefenaren': de hartpatiënten die gerevalideerd worden en die daarna hun conditie op peil willen houden door aan sport te gaan doen. Daarnaast de patiënten die geopereerd zijn aan de coronaire vaten. Mogen zij weer volledig sporten? *Mosterd* zet niet voor niets aanhalingsstekens rondom de term sportbeoefenaren. Het tijdelijke aspect en het sub-maximale stroken niet helemaal met de beeldvorming over sport. De gehandicaptensport, bewogen en gedocumenteerd beschreven door *Sytsema*, is meer dan alleen een vorm van therapie. Sterker nog dan in de validensport hindert mij in de gehandicapten-sportwereld de toenemende prestatiedrang en het uitgesproken westrijdelement. De gehandicapten-topsport heeft echter een hefboomfunctie ten aanzien van de recreatieve sportbeoefening door gehandicapten. Wellicht verdient de hele discussie over sport in de prestatiespiraal, zowel voor gehandicapten als voor validen, een apart artikel over sport, levensvervulling en maatschappij. Voorlopig voel ik me meer aangesproken door het meedoen-is-winnen-aspect (*Sytsema*

1976), dan door het feit dat de Nederlandse deelnemer aan de paralympics met een tas vol medailles thuiskomt.

### 3.4 Herstel van de verstoorde gezondheid in de sport

Anders gezegd: zorg voor de geblesseerde sportbeoefenaar met het doel om de verstoorde gezondheid te herstellen.

Blessurebehandeling. De globale schattingen variëren van 1 ½% van de sportbeoefenaren krijgt wekelijks een sportletsel, tot 300.000 jaarlijkse blessures bij voetbal. Deze vaagheid hindert me wat.

De martelgang van *Harm Kuipers* – gelukkig dat er ook schrijvende arts-sporters zijn – maakt duidelijker dan enig ander betoog dat de 'algemene arts' over onvoldoende sportgeneeskundige kennis beschikt. Er zijn zonder twijfel artsen in de eerste lijn die wel specifieke sportblessures herkennen en adequaat behandelen, die wel op begrijpelijke manier sport-hygiënische vragen beantwoorden, die wel wat weten over voeding bij topsport en die wel trainingsadviezen kunnen geven. Moet men ernaar streven dat alle huisartsen over deze vaardigheden beschikken? Komt er dan nooit een eind aan het bijgeschuiven van poten onder het eerstelijns schaap? Is het niet veel zinniger om deze vaardigheden te concentreren in een kleinere kring van artsen die – gegeven de relatief geringe vraag uit de topsportwereld – werkelijk in staat is om de vaardigheid te onderhouden. *Weidema* en *Kutsch Lolenga* beschrijven de samenwerking tussen huisarts en sportmedisch adviescentrum en dat spreekt mij meer aan.

Verschillende auteurs bespreken de kwestie van de geblesseerde sporter die snel herstel behoeft op straffe van verlies van conditie. *Van Breukelen* vindt dat de arts te lang doorgaat met pillen, poeders of injecties. *Ettes*, in een ingezonden brief, meent dat de agenda van de fysiotherapeut te vol is voor een snel in te passen behandeling. *Stokvis* zegt – terecht – dat ook veel niet-sporters een snel en volledig herstel op prijs stellen. Te weinig fysiotherapeuten? Te weinig sportmedische adviescentra? Een soepeler agendavoering door fysiotherapeuten waardoor sporters



wel op korte termijn tussendoor geholpen kunnen worden?

#### 4. Organisatievormen

In Nederland kennen we drie organisaties die met sportgeneeskunde van doen hebben. *Jongh, Vermeulen en Hartog* gaan daar op in.

4.1 *De Federatie van Bureaux voor Medische Sportkeuring*, de oudste van de drie met de beperkste doelstelling. Gedachten over samengaan met de Vereniging voor Sportgeneeskunde bestaan er wel, maar het lijkt moeilijk om de achterban mee te krijgen.

Voorlopig is er al wel één administratief bureau voor Federatie en Vereniging samen dat zeer bevredigend functioneert.

4.2 *De Vereniging voor Sportgeneeskunde*, in 1965 opgericht. Zeer actief met een aantal kenmerken van de pressiegroep. Een beetje te 'artselijk', te eenzijdig zich richtend op sportgeneeskunde en te weinig wetenschappelijk (aldus *Harting*).

4.3. *De Vereniging voor Wetenschappelijk onderzoek van Sport en Lichamelijke Vorming* (VWSL) komt op voor wetenschappelijk onderzoek, ook op psychologisch en sociologisch terrein. Een samengaan met de Vereniging voor Sportgeneeskunde lijkt niet uitgesloten. Zolang Vomil nog niet duidelijk over de brug is gekomen lijkt het echter onverstandig om de doelstelling van sportgeneeskunde te verbreden.

4.4. *De Sportmedische Adviescentra* vormen een geheel nieuwe voorziening in het veld van de gezondheidszorg. Het past in onze volksaard om veel respect te hebben voor het particulier initiatief. Daardoor ontstaan – laat vele bloemen bloeien – altijd weer nieuwe voorzieningen naast de oude. Het is erg moeilijk om iets nieuws te integreren in een bestaande voorziening.

Voor een deel van de drugproblematiek is plaats gevonden binnen de Consultatiebureaus voor Alcohol, waardoor CAD's ontstonden die zowel alcohol als drugs tot hun terrein rekenden. Maar de consultatiebureaus van de Rutgersstichting (vroeger NVSH) zijn nooit tot een integratie gekomen met

de consultatiebureaus van de kruisverenigingen, hoewel dat – zeker toen de ontkleuring van de Kruizen doorzette – tot de mogelijkheden zou hebben gehoord. De kruisverenigingen, toch wel op zoek naar nieuwe activiteiten, zijn kennelijk de sportgeneeskundige trendsetters niet tegen het lijf gelopen. Zo groeit er langs geheel nieuwe kanalen weer een geheel nieuwe voorziening.

*Vermeulen* schetst hoe de sportmedische adviescentra drie toevoerlijnen kennen: één via de huisarts, één via sportkeurende instanties en één rechtstreekse entreemogelijkheid voor de sportbeoefenaren. Het heeft dus zowel een eerste- als een tweedelijns functie en dat maakt het niet eenvoudig om in te passen in een gezondheidszorg die, voor wat betreft de toegang, vooral denkt in termen van basis-echelon (openbare gezondheidszorg) en eerstelijns gezondheidszorg (huisarts). Als het sportmedisch adviescentrum zich zou ontwikkelen tot een stukje openbare gezondheidszorg, dan zouden de vragen rondom de positie (basis, eerste, tweede lijn) wegvallen en de financiering zou in zicht komen. *Harting* ziet in de toekomst koppeling van de SMA's, die veelal regionaal werkzaam zijn, aan bestaande (en op te richten) GG en GD'en en DGD-en. Ik onderschrijf die verwachting geheel. *Harting* overweegt voor de full-time sportarts ook een plaats binnen de 'public health'. Dat zou in ieder geval een einde maken aan het onwezenlijke gekissebis over 'wie betaalt de risico's van riskant gedrag, zoals roken, drinken, drugs, verkeer en overvloedig (vr)eten, stil zitten en sportbeoefenen'.

#### 5. Opleiding en onderzoek

In nogal wat artikelen wordt gezegd dat de opleiding tekortschiet. Met een beetje overdrijving kun je zeggen dat geen expert-committee, geen promovendus, geen sportarts en geen alternatief geneeskundige zich de gelegenheid laat ontgaan om lacunes in de opleiding te signaleren. Ik heb het rustgevend gevoel dat een aantal van die lacunes wel geleidelijk wordt opgevuld. Vraag is alleen of het niet versneld moet gebeuren, en zo ja, of je daaraan wat kunt doen. Signaleren, publiceren, organiseren.

Dat zijn de zogenaamde veldwerkzaamheden, die nog niets met het academisch curriculum te maken hebben, maar die wel de aarde kunnen loswoelen voor het 'Mosterd-zaadje'.

Een Instituut voor Sportgeneeskunde kan aan zulke ploegende arbeid sterke impulsen geven. Het Centrale Raads-advies inzake de medische Sportbegeleiding (1972) zegt het wat vormelijk: er bestaat grote behoefte aan een instituut voor sportgeneeskunde dat een belangrijke functie zal kunnen vervullen ten behoeve van het onderwijs, de research, de begeleiding en de voorlichting op het terrein van de sportgeneeskunde, mede in relatie tot de sociale en psychologische aspecten. Dit instituut dient bij voorkeur te worden opgericht als een interuniversitair instituut, overeenkomstig de Regeling *interuniversitaire* instituten (Staatsblad 1965, 391).

Dat laatste is natuurlijk een misplaatst grapje. Richt in Nederland eens een interuniversitair instituut op! Je kan net zo goed zeggen: richt een 'School of Public Health' op . . . !

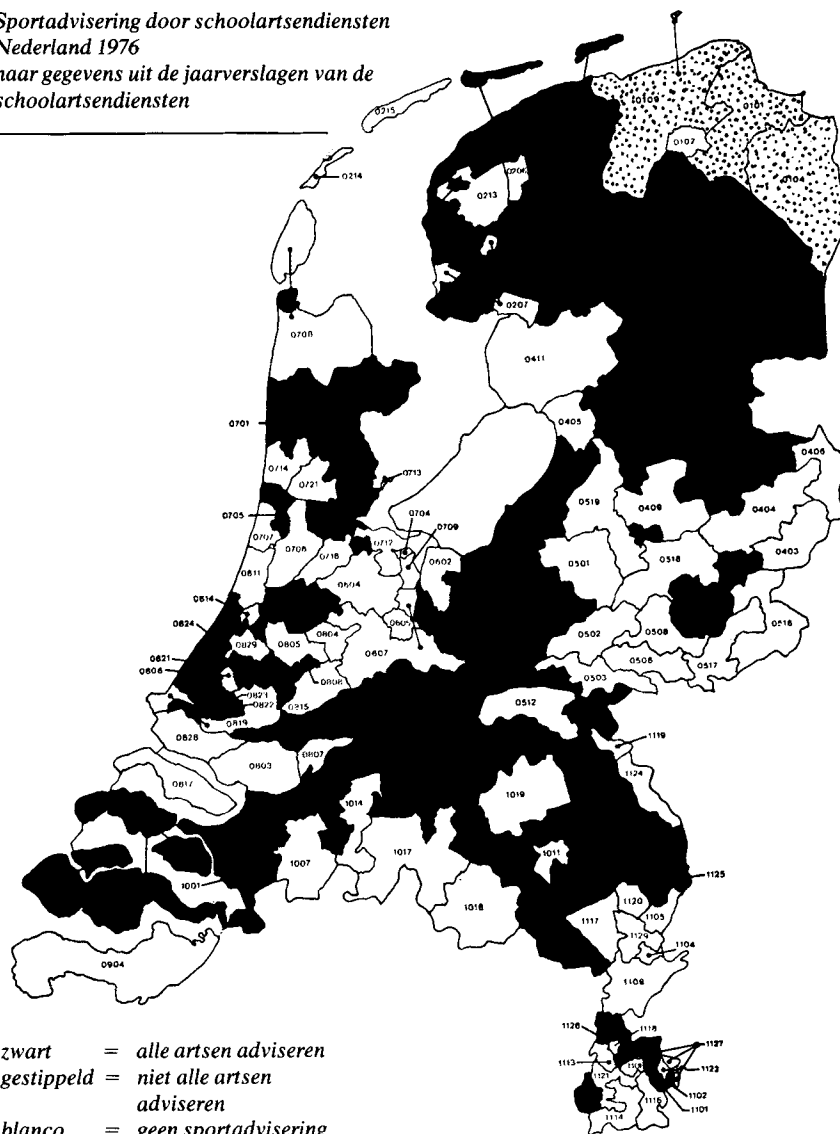
Als er nou gestaan had *universitair* instituut. Dan heb je kans – zeker bij een wat jongere faculteit – dat er wat van de grond komt. Tenslotte doet Limburg nu al 50 uur sportgeneeskunde in het curriculum van de medische student. Maar de reeds ingeslagen weg zal zeker ook tot resultaat kunnen leiden. Er is voldoende mankracht op de been in SMA's in de beide nationale sportcentra, in de Vereniging voor Sportgeneeskunde en – zo komt het op een buitenstaander over – in universitaire laboratoria in Amsterdam, Utrecht en Nijmegen. Het moet mogelijk zijn – zelfs zonder een Cola-prijsvraag voor de sportgeneeskunde – om te komen tot een grotere output van gekwalificeerd sportgeneeskundig onderzoek. Ik denk wel dat de overmatige aandacht voor begeleiding op Olympische Spelen en Wereldkampioenschappen (*Kessel, Stuur*) weinig bevorderlijk is voor het researchklimaat. *Tanner* (zie *De Wijn*) heeft dan wel fundamenteel onderzoek gedaan op de Olympische Spelen van 1960, maar ik vermoed dat hij geen sprankje aandacht had voor de medische begeleiding van de atleten op topniveau. De aanbeveling van de Centrale Raad

wijst nog even op relaties met sociale en psychologische aspecten van sport. Spijtig genoeg zijn die aspecten (vrijwel) geheel niet aan de orde gekomen in de artikelen over sportgeneeskunde. *Mosterd* meent dat het aarzelen van de centrale overheid ook bemoeilijkend werkt op wetenschappelijk onderzoek. Dat spreekt me niet zo aan. Misschien – ik zeg dat met de terughoudendheid die in mijn functie past – is te weinig ingespeeld op, of gebruik gemaakt van politieke kanalen. Aan kamervragen over sportgeneeskundige kwesties heeft het de laatste jaren niet ontbroken.

## 6. Centrale overheid

De sport in zijn geheel is ondergebracht bij het ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk (CRM). Dat ministerie heeft een hoofdafdeling Sportzaken met 26 ambtenaren. Van de jaarlijkse begroting van CRM, in de orde van 9 miljard gulden, gaat er in dit jaar rond 35 miljoen naar de sport. Er zijn meer ministeries die wat met sport te maken hebben, zoals Onderwijs en Wetenschappen, Defensie, Justitie (spelverruwing), Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening (sportaccommodaties), enz. Als informatie- en contactpunt treedt op een Interdepartementale Werkgroep voor Aangelegenheden op het gebied van de Lichamelijke Vorming en Sport (IWLVS). Het laat zich aanzien dat deze werkgroep eerdaags zal opgaan in het zogenaamde overheden-overleg dat ten bate van het nationaal sportoverleg zal worden gevormd. De IWLVS heeft enkele subcommissies ingesteld die vrij autonoom werken. Recent heeft een subcommissie een rapport uitgebracht over spelverruwing. Er werken thans nog subcommissies over medische sportbegeleiding en over jeugdtopsport. Op het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (Vomil) ligt de zaak ten aanzien van de sportgeneeskunde nog niet erg rooskleurig. Weliswaar heeft de vroegere staatssecretaris Hendriks in een onderhoud met de Vereniging voor Sportgeneeskunde (17-12-1975) duidelijk gesteld dat medische sportbegeleiding een zaak was die Vomil in eerste instantie aanging, maar dit beleidsvoornemen is niet

*Sportadvisering door schoolartsendiensten  
Nederland 1976  
naar gegevens uit de jaarverslagen van de  
schoolartsendiensten*



verder uitgewerkt en ook niet terug te vinden in de begroting. Wel heeft staatssecretaris Hendriks de schoolartsen verzocht om zich in te zetten bij de sportadvisering van kinderen (brief 23-8-1974), maar dat gebaar vond evenmin een terugslag in de begroting. Toch zouden de schoolartsen, die zich toenemend inzetten voor sportadvisering (zie kaartje), dat graag gehonoreerd willen zien in een vermindering van het aantal onder toezicht staande leerlingen.

De beleidsafdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg (MGZ) participeert in de IWLVS en in de subcommissie voor Medische sportbegeleiding. Vanuit de Geneeskundige Hoofdingspectie wordt eveneens in een aantal commissies en stuurgroepen 'toegehoord', een bezigheid die minder passief is dan het lijkt. De verdere ontwikkeling is niet te

voorspellen.

De Vereniging voor Sportgeneeskunde, die op dit ogenblik zonder twiifel de beste papieren heeft om iets tot stand te brengen, zou verschillende wegen naast elkaar dienen te bewandelen. Er is niet alleen aandacht en overleg op Vomil nodig, maar ook politieke druk via Vaste Kamercommissies, kamervragen en via de media. Ook het Nationaal Sportoverleg en 'bien étonné', de KNMG zouden moeten worden bewerkt.

Een 'catorale' voorziening in de vorm van een speciale vorm van zorg voor sporters past niet erg goed in het echelonsysteem dat door Vomil wordt ondersteund en uitgebouwd. Inpassen in bestaande voorzieningen, zoals schoolartsendiensten en andere vormen van openbare gezondheidszorg, lijkt meer voor de hand te liggen.

## De toekomst van de huisartsgeneeskunde in Europa

Ruim tien jaar UEMO, '... de meest vooraanstaande, meest homogene artsengroepering, een partner met wie het een voorrecht is te spreken over de toekomst van de geneeskunde in Europa'. Dat is niet mis. Als zo'n *laudatio* wordt afgestoken tegenover een gehoor van zo'n tweehonderd Westeuropese huisartsen, ambtenaren en mensen uit de universitaire hoek, de ministers van Volksgezondheid van Luxemburg en Frankrijk, het hoofd van de afdeling Volksgezondheid van de Raad van Europa benevens een batterij ambassadeurs; als de gelegenheid waarbij die lof wordt geuit – het symposium waarmee de UEMO haar elfde jaar inging – in enen door wordt verwelkomd als een manifestatie, georganiseerd op een voor medisch Europa cruciaal moment; als tenslotte de spreker het hoofd van de directie 'Santé et Sécurité; van de Europese Commissie herself, Prof. Recht, blijkt te zijn – dan kan men niet anders dan besluiten dat de plaats van de UEMO als podium vanwaar West-Europa over de verlangens van haar huisartsen wordt onderhouden is verzekerd, sterker nog dat de UEMO er kennelijk in is geslaagd naar zich te laten luisteren.

De UEMO: de *Union Européenne des Médecins Omnipraticiens*. Leden zijn de huisartsenorganisaties binnen de Negen, voor Nederland de Landelijke Huisartsen Vereniging met in haar delegatie een vertegenwoordiger namens het Nederlands Huisartsen Genootschap. Voorzitter van het UEMO-bestuur is J. A. van Rijn, secretaris-generaal J. I. van der Leeuw.

De UEMO werd opgericht 18 maart 1967 met als doel 'het bevorderen van

Met een internationaal symposium over de toekomst van de huisartsgeneeskunde in Europa vierde de UEMO, de Union Européenne des Médecins Omnipraticiens, enige maanden geleden haar tienjarig bestaan. De Europese Commissie had er een zaal in haar Luxemburgse vergadercentrum voor beschikbaar gesteld. Het symposiumonderwerp was onderverdeeld in de volgende deelonderwerpen:

- I. The place and the role of the general practitioner in health care delivery systems;
- II. Common trends and future needs of general practice in the EEC;
- III. Sources and current distribution of finance in health care systems in the EEC;
- IV. Financial and economic consequences of developing general practitioner's involvement in health care systems;
- V. Financial implications of promoting undergraduate and postgraduate training, continuing education for general practice and research in general practice.

de ethische, professionele, sociale en wetenschappelijke belangen van de Europese huisartsen en het verdedigen van hun vrijheid van beroepsuitoefening in het belang van de patiënten'. Dat doel wordt nagestreefd in nauwe samenwerking met het Permanente Comité der Artsen in de EEG, het 'Comité Permanent', sluis van medisch Europa naar Brussel.

### Twee soorten huisartsen

Vanaf het begin dringt de UEMO erbij het CP op aan, de huisartsgeneeskunde te beschouwen als een specifieke functie met een eigen kwalificatie. Bij de regeringen moet, vindt zij, worden gepleit voor a. een aanvullende opleiding voor toekomstige huisartsen ná de gemeenschappelijke basisopleiding, b. erkenning van de wezenlijke waarde van de huisartsgeneeskunde en de plaats van de huisarts in de

maatschappij. Zo'n specifieke beroepsopleiding, voegde de Werkgroep Huisartsen van het comité daaraan toe, zou minstens twee jaar moeten duren en zou drie elementen moeten omvatten:

- voortgezette klinische scholing in het ziekenhuis, onder supervisie;
- een stage als assistent in de huisartspraktijk, eveneens onder supervisie;
- een cursorisch gedeelte, bij voorkeur in kleine groepen.

Het 'Comité Permanent' ging akkoord, maar schrapte de toevoeging over de duur van de opleiding; met name de inhoud zou nadere studie behoeven. Die studie kwam: eind 1968 kregen op voordracht van de UEMO de Nederlandse deelnemers aan het werkgroepberaad de opdracht een concept-minimumprogramma voor een twee jaar durende beroepsopleiding tot huisarts in te dienen. In alle landen, zo luidde een

## UEMO-rapporten

Binnen de UEMO zijn op het ogenblik drie commissies werkzaam (de Commissies A, B en D; de Commissie C, een gezelschap van juristen, slaapt). Elk van die commissies heeft intussen van zich laten horen:

**Commissie A** (Committee on the relationship of General Practice and the Social Security)  
**rapport:** 'La place de l'Omnipraticien dans la Sécurité Sociale dans la CEE' (1974: tweede herziene versie maart 1977)

**Commissie B** (Committee on basic training, vocational training and continuing training and continuing education in General Practice)

**rapport:** 'Die Weiterbildung des praktischen Arztes. Richtlinien für ein Mindestprogramm' (1970)

**interimrapport:** 'Vocational Training for General Practice in the EEC' (april 1977)

**Commissie D** (Committee on the problems arising from the medical Directives affecting General Practice, and the forms of practice association in the EEC)

**interimrapport:** 'Registration requirements for doctors of the European Community and information concerning access to medical practice in the social security systems' (december 1975)

overweging daartoe, heeft een evolutie plaats in de richting van een aanvullende opleiding tot huisarts, leidende tot een erkende bevoegdheid of titel. Anderzijds tonen de feitelijke ontwikkelingen verschillen in tempo en vooral in mogelijkheden en wensen met betrekking tot de duur en de inhoud van de opleiding. Dit zou een rem kunnen zetten op de coördinatie van de beroepsuitoefening door huisartsen in de EEG-lidstaten door middel van richtlijnen in het kader van het Verdrag van Rome, een rem dus op de vrije vestiging. Ook de Europese Commissie hield daar rekening mee. Als voorwaarde voor het opnemen in de richtlijnen van een paragraaf over de vrije circulatie van huisartsen stelde zij de aanwezigheid van een opleiding tot huisarts in twee of meer lidstaten.

De EEG-richtlijnen voor een vrij verkeer van artsen zijn op 16 juni 1976 aanvaard. Een half jaar later traden ze in werking. De huisartsen worden er niet in genoemd. Inmiddels kennen Denemarken, Engeland, Nederland en West-Duitsland een beroepsopleiding voor huisartsen. In Ierland komt ze eraan. België en Frankrijk zijn er hard aan aan het sleutelen. Italië zegt soortgelijke intenties te hebben. Denemarken, Engeland en Nederland stellen een specifieke opleiding verplicht voor toelating tot de ziekenfondspraktijk; West-Duitsland bindt die toelating aan een korte stage alleen (zie ook *kader* 'De opleiding van de huisarts in de EEG').

De huidige situatie houdt een onbillijkheid in. Zo moeten Nederlandse huisartsen verplicht een aanvullende opleiding volgen, terwijl van artsen uit andere EEG-landen zo'n scholing niet kan worden verlangd. Bij de bestaande richtlijnen dreigen landen als het onze twee soorten huisartsen te gaan herbergen, import en 'echte'.

### Op één noemer

De UEMO heeft er stelselmatig achterheen gezeten dat alle huisartsen in West-Europa kwalitatief op één noemer worden gebracht. De uit haar kringen stammende richtlijnen voor een minimumprogramma (1970) waren daarvan een eerste blijk. In een drietal andere rapporten bracht zij in kaart hoe het binnen de EEG is gesteld met de plaats van de huisarts in het systeem van sociale verzekeringen, met de opleiding, na- en bijscholing; en met de registratie van huisartsen en hun toegang tot de ziekenfondspraktijk (zie *kader*).

Het in 1970 door de UEMO aanvaardde en door het 'Comité Permanent' overgenomen concept-(minimum)programma voor de huisartsopleiding omvat:

- één jaar op diverse afdelingen van een algemeen ziekenhuis;
- een half jaar in de huisartspraktijk;
- een half jaar óf in het ziekenhuis óf

in de huisartspraktijk óf elders in een opleidingssituatie;

- diverse cursussen en seminars over onderwerpen die in de (na)opleiding niet aan de orde komen.

Op het symposium te Luxemburg werd aan het eind van de laatste dag de volgende, door het UEMO-bestuur een dag later eenstemmig bekrachtigde *verklaring* uitgereikt:

'On the occasion of the Symposium organised by UEMO to celebrate its 10th anniversary, and in the light of the deliberations of the Symposium, UEMO, encouraged by the support for the views it has expressed for many years, reaffirms its policy

'that a specific postgraduate training for general practice is essential, 'that it must include elements of postgraduate training both in hospital and in general practice itself, 'that it must be of a minimum of 2 years,

'and considers that by 1985 all new doctors entering general practice in the EEC shall carry out such a training in order to practice as general practitioners.'

'By 1985 . . . ' Na de zeven magere jaren van de intentieverklaring nu de zeven vette jaren van het actieplan? Die actie zal er vooreerst op gericht zijn het artikel uit de richtlijn dat betrekking heeft op diploma's, certificaten en titels van *specialisten* die nog niet overal wederzijds worden erkend, ook van toepassing te laten verklaren op diploma's etc. van *huisartsen* die een erkende specifieke beroepsopleiding achter de rug hebben. De uitwerking zou tweemaal zijn: allereerst zouden de richtlijnen dezelfde strekking hebben voor huisartsen als voor specialisten, verder zouden huisartsen-mét als gelijkwaardig aan specialisten worden beschouwd (het begrip 'specialist' wordt overigens in de richtlijnen niet nader omschreven).

De Werkgroep Huisartsen van het Raadgevend Comité voor de Medische Opleiding - adviseurs vanwege overheid, universiteiten en beroepsorganisaties ten dienste van de Europese Commissie - staat achter dit UEMO-voorstel, dat de huisarts de jure als 'vak'man erkent. Een erkenning als beroepsbeoefenaar met een eigen werkterrein, eigen specifieke taken, een eigen functie en een eigen plaats in de samenleving.

## **Geén grootste gemene deler**

De Europese Commissie moet het nog zien. Prof. Recht: 'De oplossingen die door sommige landen zijn aangedragen voor het vraagstuk van de opleiding en waarvan de hoofdlijnen bekend zijn, zijn wel met elkaar in overeenstemming te brengen maar verschillen erg zowel naar vorm als naar inhoud, al wordt er één en hetzelfde doel mee nagestreefd. De verschillende opleidingen lopen op het stuk van de duur, en niet alleen op dat stuk, uiteen. Die verschillen moeten worden opgeheven. Het resultaat zou zo moeten zijn, dat de Commissie een voorstel met betrekking tot de Richtlijnen van 1975 zou kunnen doen, uitgaande van een hoog opleidingspeil. Geen minimumprogramma – een soort grootste gemene deler – dus, zoals we er zoveel zien, als compromis of als uitkomst van onderhandelingen die men hoe dan ook tot een goed einde heeft willen brengen.' Er moeten, aldus Prof. Recht, met het oog op de nagestreefde harmonisatie op Europees niveau kwantitatieve en kwalitatieve maatstaven worden ontworpen voor de specifieke beroepsopleiding tot huisarts.

Uitgangspunt moet zijn een heldere omschrijving van wat een huisarts is, kan en moet. Waar de UEMO zegt haar plicht te hebben gedaan – de uitgangspunten voor de opleiding staan in haar conceptprogram, het voornemen die punten in de nabije toekomst te hebben geconcretiseerd ligt ter tafel – en thans het woord verleent aan de Europese Commissie, wordt van die zijde vastgesteld: dat nog niet duidelijk is of men kiest voor een verplichte dan wel een vrijwillige scholingsvorm; dat evenmin duidelijk is welke inbreng respectievelijk van universiteiten, beroepsorganisaties en ziekenfondsen wordt verwacht; en dat nog geen afspraken zijn gemaakt over de wijze waarop het gevolgd hebben van een erkende opleiding van overheidswege moet worden bekrachtigd. Met andere woorden: rapporten genoeg, alle lof, maar geregeld is er in feite nog niets.

## **De cirkel rond**

'Luxemburg' heeft die indruk versterkt. Waar de UEMO als gedragslijn

aanhoudt dat de nadruk moet liggen op de grote lijn waarover eenstemmigheid bestaat, viel op haar symposium ook bij nader inzien geen grote lijn, laat staan eenstemmigheid te bespeuren.

De eerste sessie, over plaats en rol van de huisarts in de gezondheidszorg, was hiervan een toonbeeld. Wat daar hapsnap werd verteld was de aanwezigen bekend; wie daartoe niet behoorde zij verwezen naar de rapporten van de organiserende instantie: die vertellen het héle verhaal.

De tweede zitting, handelend over de stand van zaken alsook over de toekomstige behoefte met betrekking tot de huisartsgeneeskunde binnen de EEG, sprong er inhoudelijk uit met twee weldoortimmerde voordrachten van de Nederlander Brouwer en de Engelsman Ekke v. Kuensberg. De eerste pakte de zaken fundamenteel aan. Hij beschreef hoe huisarts en patiënt meer en meer worden gezien als partners in het hulpverleningsproces. Bij veel patiënten blijkt die benaderingswijze echter allerminst aan te slaan. Dit gebrek aan overeenkomst in kijk op gezondheid en ziekte beperkt de mogelijkheden om hulp te bieden aanzienlijk. Maar de afstand is, onder aanpassing van het medisch model, overbrugbaar. Daarbij dienen ook de gangbare onderwijspaden te worden verlaten; Maastricht wijst een nieuw pad. Diep groef ook Dr. Ekke v. Kuensberg, voorzitter van het Engelse huisartsen 'college'. Deze noemde het belangrijker dat men het in EEG-verband eens werd over de globale onderwijsdoelstellingen en het te bereiken niveau dan dat men zou streven naar dezelfde huisartsenopleiding in alle betrokken landen.

De financiering, onderwerp van sessie III, werd zowel uit de praktijk als uit de academie op de korrel genomen. Teeling-Smith, reorganisator van de National Health Service in 1966, meldde dat er sinds die reorganisatie van een stijgende kwaliteit van de huisartsgeneeskunde mag worden gesproken. Tot 1966 betaald op basis van een abonnementstarief waarin zowel honoraria als (gepoolde) praktijkkosten waren verwerkt, kreeg de contracterende huisarts sindsdien en basis- en een abonnementshonorarium, een bedrag voor bijzondere verrichtingen alsmede een (hoge) rechtstreekse

vergoeding van de praktijkkosten en een tegemoetkoming van 70% in de personele lasten. Overigens bleef het aandeel van de ziekenhuizen in de NHS-uitgaven hard stijgen: van 57,2% in 1955 tot 65,9% in 1975, en verminderde het huisartsendeel meer dan navenant van 10,2% in 1955 tot 6,1% twintig jaar later. Een college Financieringswijzen van de Westduitse econoom Schlauss werd afgerond met het uitspreken van een voorkeur voor een ziektekostenverzekering annex eigen risico: het bevordert de solidariteit, brengt een directe relatie verrichting-betaling tot stand, betreft de burger rechtstreeks bij de gezondheidszorg en bevordert het economisch handelen. Weliswaar was er ook wel wat te zeggen voor een gemengde financiering (kosten praktijk en inrichting voor rekening van de staat, de rest via ziekenfonds eventueel met eigen risico, specialist slechts te consulteren na verwijzing), maar het voordeel voor de huisarts – die zijn positie duidelijk zou versterken – zou een nadeel inhouden voor patiënt en specialist . . . Ge n (hoger) eigen risico, de stijgende gezondheidskosten opvangen niet door de sociale zekerheid terug te schroeven maar door de ziekenhuisgeneeskunde af te remmen – dat was andere koek, geserveerd door de Franse hoogleraar in de economie van de gezondheidszorg Mw. Monique Chasserant. Het peil van de gezondheidszorg zou door die afremming binnen de ziekenhuissector niet behoeven te worden geschaad, een kwestie van goed coördineren van extramuraal en intramuraal. Kostenbesparingen zouden naar het zich laat aanzien zeker liggen in een uitbreiding van de preventie.

Is het inderdaad even duur of mogelijk zelfs goedkoper meer zorg in de eerste lijn onder te brengen dan wel daar te laten? Heel voorzichtig mag worden gesteld, dat er niet uit te vlakken mogelijkheden bestaan tot substitutie van specialistische geneeskunde (kliniek en polikliniek) door huisartsgeneeskunde, stelde de Nederlander Van Praag (van het macro-rekenmodel). Schetste de Deense gezondheidseconoom Kjeld M ller Pedersen daarna een theorie van zowel de verticale substitutie (ziekenhuis-huisarts, huisarts-hulpkracht) als de horizontale substitutie (curatief-preventief), hij

bracht tevens het begrip 'complementariteit' in beeld (bijvoorbeeld huisarts + maatschappelijk werk). Bij de vraag: even duur of zelfs goedkoper? voegde hij de vraag: even goed? Toetsing aan de praktijk levert bij een groot tekort aan gegevens problemen op; economen, demografen én epidemiologen zouden samen aan de slag moeten (willen) gaan om de proef op de som te kunnen nemen. Gebrek aan gegevens bepaalde ook de toon van het eerste verhaal over de kosten van opleiding, na- en bijscholing van huisartsen. 'Weiterbildung', zo kon Dr. Haehn (West-Duitland) nog wel melden, mag als 'Dienstleistung' tot de goedkopere sectoren worden gerekend. Wie verder leert is veel geld kwijt, ook als hij moet. Farmaceutische industrie, Ärztekammer, ziekenfondsen en universiteiten lappen hier en daar wat bij. Van hetzelfde laken een pak uit Rotterdam. Prof. Dokter: de financiële consequenties van de huisartsenopleiding zijn van tevoren onvoldoende doordacht, de arts-assistent komt én financieel én maatschappelijk bij het walletje langs. De secretaris van het Royal College of General Practitioners, Dr. Irvine, gaf het geldprobleem een draai terug. Wie het heeft over de financiering van scholing aan huisartsen heeft het, zei hij, evenzeer over de doelstellingen van die scholing; daar is geen ontkomen aan. Welnu, over de aard van het werk dat de huisarts doet heerst nog steeds geen overeenstemming. Omschrijf dus eerst dat werk en de eigen verantwoordelijkheid van de huisarts en zoek pas dan naar de middelen. Bewijzen dat de huisartsgeneeskunde haar eigen functie heeft en zich wat dat betreft kan meten met andere takken van geneeskunde is geen kwestie van geld, maar van gevoel van eigenwaarde. Het congres was uit, de cirkel rond.

### Geen eenheid

Het is te betreuren dat de onderscheidene bijdragen niet in een algemeen kader werden gezet. Zoals het te betreuren is dat er slechts sporadisch dwarsverbanden werden gelegd. Het goed ogende programma kreeg zo het karakter van een verzameling nieuwtjes zo oud als de weg naar het Verdrag van Rome.

---

## — De scholing van de huisarts in de EEG —

---

### België

Basisopleiding: 7 jaar, laatste jaar klinisch.

Sommige universiteiten bieden de mogelijkheid van een stage in de huisartspraktijk.

Huisartsgeneeskunde staat op het basis-curriculumprogramma.

Erkenning als huisarts is bij ministerieel besluit van 17 januari jl. gebonden aan twee jaar praktijkervaring en een aanvullende opleiding van 200 uur; een specifieke beroepsopleiding aan de universiteit telt voor 100 uur.

### Denemarken

Basisopleiding zowel als huisartsenopleiding zijn per 1977 gewijzigd.

Basisopleiding: circa 6 1/2 jaar; daarna 1 1/2 jaar kliniek, waarna vestiging als arts mogelijk is.

Vestiging als ziekenfondsarts vereist minimaal 1 1/2 jaar nascholing, waarvan minimaal 1/2 jaar bij een erkende opleider huisarts-opleider.

Dit programma kan worden verlengd tot 3 1/2 jaar, waarvan 1 1/2 jaar stage. Na die 3 1/2 jaar wordt men beschouwd als specialist in de huisartsgeneeskunde.

### Engeland

Basisopleiding: doorgaans 5 jaar, soms 6 jaar; daarna 1 jaar kliniek ('pre-registration year').

Al jaren bestaat de mogelijkheid tot vrijwillige opleiding tot huisarts: 2 jaar stage in verschillende ziekenhuizen, 1 jaar stage in erkende huisartspraktijk. Er zijn plannen er in totaal 5 jaar van te maken.

Een verplichte opleiding van 1 jaar voor wie als huisarts in de NHS wil werken staat op stapel; in 1980 moet die opleiding 3 jaar gaan duren. Huisarts in spé én huisarts-opleider worden betaald door de NHS.

### Frankrijk

Basisopleiding: 7 jaar, laatste jaar klinisch. In dit laatste studiejaar kan de student onder bepaalde voorwaarden als waarnemer optreden.

In Nancy en Bobigny is een experimentele huisartsennascholing opgezet.

De commissie-Fougère heeft geadviseerd een 'tronc commun' van 6 jaar te creëren, waarna een beroepsopleiding van 2 jaar (voor huisartsen) zou moeten volgen.

### Ierland

Basisopleiding: 6 jaar + 1 jaar.

Huisartsgeneeskunde facultatief in basiscurriculum.

Er zijn vergevorderde plannen voor een 3-jarige beroepsopleiding tot huisarts.

Toelating tot de ziekenfondspraktijk vereist twee jaar ervaring; nadere regels zijn niet gesteld.

### Italië

Basisopleiding: 7 jaar.

De introductie van een verplichte beroepsopleiding tot huisarts (minimaal 2 jaar) wordt overwogen.

### Luxemburg

Tot 1971 werd de (elders gevolgde) artsopleiding gevolgd door 1 1/4 jaar verplichte opleiding in het ziekenhuis.

De beroepsorganisaties bepleiten herinvoering van een dergelijke regeling: 2 jaar na minimaal 6 jaar basisopleiding.

### Nederland

Het medisch onderwijs in ons land werd in de jaren 1966-1973 gereorganiseerd.

Basisopleiding thans: 6 jaar, waarvan de laatste 2 jaar klinisch.

Huisartsgeneeskunde komt als verplicht vak voor op het basis-curriculumprogramma.

Afgestudeerde artsen mogen de geneeskunde uitoefenen, maar om ziekenfondspatiënten te mogen behandelen moeten huisartsen zijn ingeschreven in het register, voor welke inschrijving 1 jaar beroepsopleiding inclusief 1/2 jaar praktijkstage verplicht is gesteld.

### West-Duitsland

Basisopleiding: 6 jaar, waarvan het laatste jaar klinisch; daarna is vestiging als arts mogelijk.

Voor ziekenfondsartsen is een stage van 1/2 jaar bij een vrijgevestigde huisarts of specialist die voor het ziekenfonds werkt verplicht (op het platteland 1/4 jaar).

Post-academisch onderwijs: 4 jaar, waarvan minimaal 1/4 jaar praktijkstage, vrijwillig; geeft recht op de titel 'Arzt für Allgemeinmedizin', geen financieel voordeel. Deze vrijwillige beroepsopleiding opent automatisch de poort naar de ziekenfondspraktijk.

---



Het echte nieuws kwam erdoor in de lucht te hangen.

Ook van de discussie – als men tenminste de wijze waarop de paar minuten ruimte tussen de diverse lezingen ten nutte werd gemaakt zo mag noemen – kon geen structurerende werking uitgaan. Een zinnig spel van woord en weerwoord werd het niet. De keren dat een vraag of opmerking van een antwoord werd voorzien waren, bij zestien lezingen, op de vingers van één hand te tellen. Ook een manier om eenheid te suggereren.

Die eenheid was niettemin nog ver te zoeken. Wie – als Brouwer, Ekke v. Kuensberg, Irvine en in de discussie Dijkhuis – aandrong op (her)bezinning op de concepten van de huisartsgeneeskunde stuitte op een muur van traditionalisme en angstige gevoelens. Een voorbeeld daarvan is

ook de tegenstrijdige waardering van de betogen der genode econometristen: tekenen van bewondering lieten zich niet rijmen met een volmaakte afwijzing van met name Westduitse zijde van wat zelfs maar riekte naar samenwerking met mindere goden – alsof niet juist het hele Pedersen-verhaal daarover ging. Engels (Ekke v. Kuensberg) en Nederlanders (Dokter, Polak) mochten beklemtonen dat huisartsen door huisartsen behoren te worden opgeleid, Belgen en Westduitsers beweerden even zo vrolijk maar uiterst cordiaal het tegendeel. Luxemburg, kortom: het congres niet zozeer van de onenigheid als wel van het gebrek aan enigheid.

#### Zoden aan de dijk

Toch was er een lichtpuntje, als

neveneffect. Ter conferentie werd namens de Raad van Europa – waarin naast de regeringen van de Negen de regeringen van Cyprus, Griekenland, Malta, Noorwegen, Oostenrijk, Portugal, Turkije, IJsland, Zweden en Zwitserland vertegenwoordigd zijn – uitgereikt de resolutie (77)30: 'The general practitioner: his training, and ways of stimulating interest in this vocation'. Die resolutie is van belang omdat zij de huisarts een nieuwe status verleent. Belangrijk is zij bovenal, omdat zij de inhoud van de huisartsgeneeskunde afstemt op de behoeften van de samenleving én omdat zij exact aangeeft waar zulks op neerkomt voor de basisopleiding, de beroepsopleiding, de bij- en nascholing, samenwerking, research en evaluatie, kwaliteitsbevordering en -bewaking en middelen. Werkbaar voor wie niet slechts pro forma zoden aan de dijk gezet wil zien.

## Landelijke Adviescommissie Centrale Wachtlijst Zwakzinnigen

De staatssecretarissen van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk, respectievelijk Mevrouw Mr. E. Veder-Smit en de heer G. C. Wallis de Vries hebben besloten een landelijke Adviescommissie Centrale Wachtlijst Zwakzinnigen in te stellen en daarmee een experimenteel gegroeide situatie te formaliseren.

Al enige jaren namelijk functioneert informeel een adviescommissie van deze naam om het project Centrale Wachtlijst Zwakzinnigen (CWZ) te begeleiden. Dit project is ongeveer acht jaren geleden gestart en was gegrond op de gedachte, dat centrale registratie van zwakzinnigen waarvoor een passende plaatsing in een voorziening gezocht wordt, een zinvolle zaak zou zijn. Tot dien moesten immers plaatsende instanties vaak stad en land afzoeken om een geschikte plaats voor hun cliënt te verkrijgen. Bovendien bestond er een steeds duidelijker behoefte aan inzicht in het werkelijk benodigd aantal plaatsen in de toekomst, mede als gevolg van de ongelijke verdeling van het aantal plaatsen over het land.

#### Wachtlijst

Een en ander resulteerde op 3 januari 1972

in de introductie van een experimentele (CWZ) door de toenmalige Geneeskundig Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid. Als proefregio werd de provincie Zuid-Holland gekozen. In het proefonderzoek in Zuid-Holland werden de gegevens ter beschikking gesteld van een begeleidingscommissie. Aanvankelijk is alleen gewerkt met aanmeldingen voor zwakzinnigeninrichtingen; later vond in overleg met het Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk aanvulling plaats met aanmeldingen voor gezinsvervangende tehuizen, debielen-internaten en eventueel andere dag- en nachtvoorzieningen. Na verloop van tijd bleek, dat de CWZ inderdaad een middel was om een meer bevredigende verdeling van de beschikbare plaatsen te bewerkstelligen. Vanzelfsprekend bleken bijstellingen in het systeem noodzakelijk. Ten slotte werd besloten het experiment uit te breiden en de CWZ in den lande te introduceren. Zoals reeds bij het provinciale experiment het geval was, worden waarborgen geschapen tegen eventueel misbruik van persoonsgegevens. De landelijke Adviescommissie en de Provinciale Begeleidingscommissies CWZ, welke door de Provinciale Overlegorganen Zwakzinnigenzorg zijn ingesteld, nemen bij hun taak uiteraard ook de regelen in acht, die in 1978 formeel zijn gesteld bij de

Beschikking bescherming persoonlijke levenssfeer zwakzinnigen. Voorts werd allengs bereikt, dat dubbele en meervoudige tellingen via de vele vroeger in gebruik zijnde (niet-centrale) wachtlijsten werden voorkomen.

#### Regionalisatie

Het primaire doel is een juist en rechtvaardig plaatsingsbeleid tot stand te brengen, het secundaire doel is bij te dragen aan de opzet en het doen functioneren van een systeem van op elkaar afgestemde voorzieningen, waarbij de gewenste regionalisering in de zorg een belangrijk element is. Onder regionalisering wordt begrepen het verkrijgen per regio/provincie van een zo volledig mogelijk pakket van voorzieningen, afgestemd op de begeleidingsbehoeften van zwakzinnigen, waarbij de verschillende voorzieningen en personen voor de zorg werkzaam binnen die regio/provincie zo goed mogelijk samenwerken.

# Stichting Sociaal Fonds Bouwnijverheid

## Medische Dienst – Hoofdkantoor

G. A. van Nieuwenhuizen	medisch adviseur	Telefoon (020) 5832146
J. v.d. Ree	plv. medisch adviseur	Telefoon (020) 5832246
J. K. de Boer	adv. verzekeringsgeneeskundige	Telefoon (020) 5832346
G. Burer	personeelsarts	Telefoon (020) 5832347

## Overzicht van de medische vestigingen

<i>District</i>		<i>Telefoon</i>	<i>Districts adv. verzekerings- geneeskundige</i>	<i>Verzekerings- geneeskundige</i>
<b>Amsterdam</b>	Bessemersstraat 25	020 -937548	S. H. H. Berghuis	
Amsterdam	Jan Evertsenstraat 10	020 -183109		A. D. Piers
Alkmaar	Kanaalkade 73	072 -120574		L. Wijnberg
Amsterdam	W. J. Knoopstraat 6	020 -360614		W. v.d. Ban
Purmerend	Herengracht 6-7	02990-23993		R. Bruinsma
Zaandam	Stationsstraat 72	075 -164030		A. Timmer
<b>Arnhem</b>	Boulevard Heuvelink 135	085 -434363	C. van Leeuwen	
		085 -435754		J. W. Broekhuijsen
Nijmegen	v. Trieststraat 1	080 -220376		H. Moraal
<b>Breda</b>	Kangoeroestraat 1	076 -149123	P. H. M. Dürr	
		076 -142884		E. A. Kerkmeijer
		076 -132538		C. B. v.d. Aa
Bergen op Zoom		01640-43700		J. W. de Putter
<b>Eindhoven</b>	Keizersgracht 25	040 -449488	J. C. M. de Brabander	
		040 -445836		M. W. Hoekstra
's-Hertogenbosch	Mozartsingel	073 -144060		M. L. J. van Poppel
<b>Enschede</b>	Visserijstraat 5	053 -326776	J. W. Koelma	
Enschede	Visserijstraat 3	053 -354723		F. J. W. ter Haar
<b>'s-Gravenhage</b>	Charlotte de Bourbonstraat 151	070 -857656	C. J. Leene	
		070 -858284		G. J. Oudshoorn
		070 -858214		B. de Moor
		070 -858316		K. Houtkooper
Leiden	Curacaostraat 1A	071 -120381		R. R. Stokvis
Haarlem	Kleverparkweg 14	023 -260025		H. F. Meijer
<b>Haren</b>	Molenweg 9	050 -348581	C. D. Lelieveld	
Emmen	Prinsenslaan 9	05910-15492		B. v.d. Velde
Leeuwarden	Spanjaardslaan 85	05100-22487		R. B. Sybrandy
<b>Maastricht</b>	Prof. Pieter Wil- lemsstraat 23B	043 -623227	H. F. L. Leenarts	
		043 -623229		J. Hueting
<b>Rotterdam</b>	Strevelsweg 700	010 -816166	H. J. Stoutjesdijk	
	6e etage	010 -812030		T. A. de Stoppelaar
		010 -812020		J. Gorrée
Rotterdam	Mathenesserlaan 437	010 -770672		M. R. Nagy
Dordrecht	Spuiweg 81	078 -36002		H. K. de Raadt
<b>Utrecht</b>	Catharijnesingel 70	030 -310513	J. J. van Binsbergen	
Utrecht	Amazonedreef 41	030 -621899		Dr. E. H. van Ham
Utrecht	Catharijnesingel 70	030 -310172		A. J. Telleir
Amersfoort	GG & GD Gebouw Zonnehof 10	033 -33593		J. Horbach

# De taken van de verpleeghuisarts

'Wat een verpleeghuisarts moet leren staat nog altijd niet vast', schreef de hoofdredacteur van Medisch Contact in het nummer van 30 september jl. Gezien de toename zowel van middelen als mankracht in deze sector wekt dit ongetwijfeld enige verbazing. Momenteel functioneren in ons land tussen de 400 en 425

verpleeghuisartsen in partiële of volledige dienst. Zij verzorgen meer dan 44.000 patiënten, maar de functie is niet omschreven. De AWBZ pompt vele miljoenen in deze sector van de gezondheidszorg, maar de verpleeghuisarts bezit geen formeel erkende identiteit. Ja, sterker, waren de verpleeghuisartsen tot nu toe (meestal) ingeschreven in het huisartsenregister, per 1 mei 1978 vervalt – op grond van de reglementen – deze registratie.

De commissie-Jonker rapporteerde enkele jaren geleden reeds, dat de benodigde deskundigheid van de verpleeghuisarts liefst verworven diende te worden door een combinatie van ervaring, zelfstudie en opleiding. De enige scholing die nu bestaat is een – vrijwillig te volgen – cursus aan de Hogere School voor Gezondheidszorg. Mede door het ontbreken van een taak en functieomschrijving kan mijns inziens deze merkwaardige maar ook verontrustende lacune bestaan. In het kader van de huisartsenopleiding functioneert bij sommige opleidingen een verpleeghuisstage (zie mijn artikel in Medisch Contact van 17 december 1976). In de tripartite (opleider-arts/assistent-huisartsinstituut) opleiding bleek een duidelijke taakomschrijving van de drie deelnemende partijen gewenst. Deze taakomschrijvingen zijn voor wat

door **J. Ridderikhoff**



*De heer Ridderikhoff is als wetenschappelijk hoofdmedewerker verbonden aan de afdeling Huisartsgeneeskunde van de Faculteit der Geneeskunde der Erasmus Universiteit Rotterdam.*

betreft de verpleeghuisstage bij het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut voor twee van de drie partijen in concept gereed gekomen. Deze taakomschrijving kan mogelijk een bijdrage leveren aan een discussie, die niet alleen op korte termijn op gang dient te komen, maar ook resultaten moet opleveren. Het resultaat zal dienen te zijn een opleiding tot verpleeghuisarts en een specifieke registratie van deze figuur. De hierna volgende taakomschrijvingen zullen helaas een wat droge puntsgewijze opsomming geven van de onderscheidende taken van de verpleeghuisarts. Het voordeel is echter dat ze een raamplan geven, dat nadere in- en opvulling mogelijk maakt al naar gelang specifieke plaats- en persoonsfactoren.

De taken van de verpleeghuisarts kunnen we onderscheiden in:

- a. taken van geneeskundig handelen;
- b. taken van communicatie;
- c. taken van wetenschappelijk onderzoek;
- d. taken van management.

## Taken van geneeskundig handelen

1. Het omgaan met, begeleiden (dagelijks, intensief, langdurig) van de al of niet chronische, invalide en/of regresserende zieken.

2. Leren werken en denken in het therapeutisch team. Hierin worden betrokken:

- het onderkennen van de samenhang van etiologie en symptomencomplex bij de veelal bejaarde zieke;
- het kritisch volgen van medicamenteus handelen;
- de reactivatie, revalidatie en resocialisatie van de zieke;
- de mogelijkheden en aanpassingen voor de zieke in zijn dagelijks functioneren;
- het begeleiden van de zieke en zijn familie in de terminale fase.

3. Integrale aanpak van de zieke. Hierin worden betrokken:

- het opzetten, uitwerken en hanteren van een classificatie gebaseerd op de klinische verschijnselen, uitgaande van de gedachte: laboratoriumgegevens beschrijven de ziekte; persoonsgegevens beschrijven de patiënt; klinische gegevens beschrijven de zieke patiënt.
- bewust zijn van het feit dat de zorg voor de zieke de uiteindelijk specifieke taak is die de arts kenmerkt. Het is de reden voor zijn bestaan;
- bewust zijn van het feit dat het voor de zieke te voorziene resultaat vóór gaat boven de behandeling van de ziekte;
- bewust zijn van het feit dat iedere behandeling een steeds opnieuw aangaan is van een experiment met

betrekking tot prognose en behandeling. En ieder experiment dient uit te gaan van de stelling, dat de hieruit verworven kennis gericht dient te zijn op de reproductie van het meest succesvolle resultaat bij een volgende behandeling.

- bewust zijn van het feit dat hij deze functies slechts dan kan verbeteren, indien hij zichzelf herkent als een uniek en machtig stuk wetenschappelijke uitrusting.

4. Optimale begeleiding van de somatisch zieke, uitgaande van het totale mensbeeld. Hierin worden betrokken:

- de pre-therapeutische constitutie van de zieke;
- de prognostische en posttherapeutische consequenties van de ziekte;
- de belastbaarheid ten aanzien van diagnostische en therapeutische ingrepen en behandelingen;
- het functioneren in het algemeen dagelijks levenspatroon.

5. Optimale begeleiding van de psychische zieke, uitgaande van het totale mensbeeld. Hierin worden betrokken:

- inzicht hebben in de mentale en gedragsveranderingen bij chronische zieken en invaliden;
- inzicht hebben in het natuurlijk verloop van mentale en gedragsveranderingen bij de ouder wordende mens;
- inzicht hebben in de mentale en gedragsveranderingen van de individuele zieke bij therapeutische beïnvloeding;
- inzicht hebben in de mentale en gedragsveranderingen ten gevolge van hospitalisatie.

#### Taken van communicatie

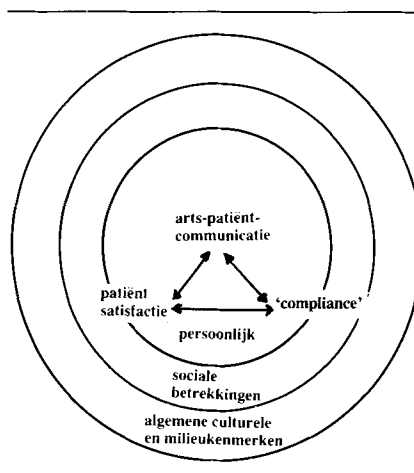
Onderscheid dient te worden gemaakt tussen:

- arts-patiëntcommunicatie;
- interdisciplinaire en interechelon communicatie.

*ad a.*

In de arts-patiëntinteractie kunnen we een aantal aspecten waarnemen, die we schematisch in een model kunnen samenvatten (figuur).

Hierbij staat *communicatie* voor de kwaliteit van de informatieoverdracht, *satisfactie*



voor ondervonden vertrouwen, de persoonlijke kwaliteiten van de arts, het kostenbatenaspect bij de patiënt, en 'compliance' voor het meegaan met en houden aan het voorschrift, zowel wat betreft het therapiegebruik als de controle-afspraken.

Attitude en gespreksvaardigheid zijn medebepalend voor het behalen van therapeutisch succes. Op de lange termijn-zorg zullen deze vaardigheden en gedragingen een nog duidelijker accent hebben dan bij de kort(er) durende consulten van bijvoorbeeld klinisch specialisten.

Taken kunnen geformuleerd worden als:

6. Bewust zijn van de diagnostische en therapeutische consequenties van de arts-patiëntcommunicatie en hierop aangesproken kunnen worden. Hierin worden betrokken:

- de gesprekstechnische vaardigheden met de somatisch zieke;
- de gesprekstechnische vaardigheden met de psychisch zieke;
- bewust zijn van de psychotherapeutische betekenis van het gesprek.

7. Het betrekken van persoonlijke, sociale en milieukekenmerken van de patiënt in het diagnostische, therapeutische en begeleidende proces van de arts-patiëntinteractie. Hierin worden betrokken:

- de sociaal psychologische factoren met betrekking tot het klachtenpatroon van de zieke, wat betreft: persoonlijke vulnerabiliteit, sociale en culturele invloeden op de symptomatologie, reacties op ervaren ziekten, linguïstische

uitdrukkingsvormen, effecten van emotionele stress op de symptomatologie, en het hanteren van de chronische klager.

*ad b.* De verpleeghuisarts weet zich met de aan zijn zorg toevertrouwde zieken (snel groter wordend) deel van het totale gezondheidszorgsysteem. Zijn belangrijkste betekenis ontleent bij aan de lange termijn-zorg, waarbij hij staat tussen enerzijds de revalidatie van de langdurig zieke naar zijn thuismilieu, anderzijds de begeleiding naar de dood. Zijn werkgebied beweegt zich van de maatschappij van de redelijk valide mens tot het terrein van de meest geavanceerde technische geneeskunde. Toch zijn momenteel de voornaamste communicatielijnen tussen intra- en extramurale zorg de brieven van verwijzing en ontslag. Maar zelfs deze vorm van communicatie vertoont ernstige hiaten.

Binnen het therapeutisch team treedt de verpleeghuisarts op als coördinator en dient hij communicatielijnen te leggen tussen de in dit team vertegenwoordigde disciplines. Hij dient zich derhalve op de hoogte te stellen c.q. kennis te hebben van de mogelijkheden en werkwijze van de andere helpers.

Hieruit vloeien de volgende taken voort:

8. Plaats en taakbepaling van het verpleeghuis in het gezondheidszorgsysteem.

9. Optimale communicatie met werkers in de andere gebieden van de gezondheidszorg ten behoeve van een maximale diagnostische, therapeutische en begeleidende opbrengst voor de zieke. Hierin worden betrokken:

- relaties met huisartsen, specialisten, (wijk)verpleegkundigen, maatschappelijk werkenden, pastores, welzijnswerkers en thuishulpen en familie.

10. Het voeren van een (aan doelstellingen, functies en organisatie van het desbetreffende verpleeghuis) aangepast opname- en ontslagbeleid.

11. Het kennen van en begrip hebben voor de werkwijze van andere helpers en het (doen) inpassen daarvan in het

totale zorgverleningspakket voor de zieke.

12. De aandacht van de continue zorgverlening brengt de verpleeghuisarts tot uiting in functies van:

- a. consulent/staflid van een ziekenhuis;
- b. medisch adviseur van een verzorgingshuis;
- c. lid van een commissie ex art. 6 j van de Wet op de bejaardenoorden.

#### Taken van wetenschappelijk onderzoek

'What is significant here is, that the data for science are not sheer movements but actions – that is, acts performed in a perspective which gives them meaning and purpose' (Kaplan). Verpleeghuisgeneeskunde zal slechts betekenis en doel kunnen krijgen voor zover ze onderbouwd kan worden met gegevens voortkomende uit het werkelijk gebeuren. 'Uitgangspunt van onderzoek moet een werkelijke – aangaande de mens – ervaring zijn' (Strasser).

Het gevaar schuilt om de hoek dat we wetenschap gaan verwarren met biochemie en fysica. Of zoals Feinstein zegt: 'One part done in the laboratory, is called science; the other, a specifically clinical portion done at the bedside, is called: art'. Hij die een theorie ontwerpt kiest zijn begrippen, zijn categorieën, zijn theoretisch kader, maar ook zijn begrippen, empirische technieken overeenkomstig zijn zienswijze (Wolman). In de geneeskundige zorg bestaan twee wetenschappelijk onderzoeksmethoden:

- a. de patiënt als directe bron van gegevens. Klachten, symptomen, persoonlijke gegevens, beloop, zoals zij bij de patiënt aan zijn ziekbed kunnen worden waargenomen;
- b. de patiënt als indirecte bron van gegevens. De patiënt levert zijn excretia, vloeistoffen, cellen, weefsels, röntgenologische negatieven etc. in ter nader wetenschappelijk onderzoek in de laboratoria.

De laatste vorm heeft de eerste in belangrijke mate overvleugeld en naar de achtergrond gedrongen en wel

zoezeer dat wij bij het begrip 'wetenschap' al bij voorbaat denken aan getallen, codes en ponskaarten. Wolman zegt terecht: 'Men are neither rats nor servomechanisms'. Het zou de (verpleeg)huisarts kunnen zijn die de eerste vorm van onderzoek van zijn stof ontdoet en in ere herstelt. Dit onderzoek kan zowel pro- als retrospectief plaatsvinden. Binnen de eerste vorm (prospectief) lijkt vooralsnog voor de verpleeghuisarts geen duidelijke plaats. Zijn bijdrage zou kunnen bestaan uit het animeren van gerontologisch onderzoek bij 'gezonde' bejaarden. In het retrospectief onderzoek zal hij trachten correlaties te vinden in be- en verloop van ziekten en klinische verschijnselen in relatie met prognose en natuurlijk verloop van ziekten. Immers, indien deze gegevens bekend zijn kunnen op duidelijker gronden dan tot nu toe beslissingen worden genomen met betrekking tot behandeling van de zieke.

13. De verpleeghuisarts zal streven naar een zodanige registratie op basis van een (te ontwerpen) klassificatie van klinische verschijnselen, dat deze toegankelijk wordt voor (retrospectief) wetenschappelijk onderzoek.

#### Taken van management

De taken van management kan men op tweeërlei wijze opvatten: enerzijds de taak om vanuit eigen deskundigheid weet te hebben van en zorg te dragen voor het bevorderen van een optimaal leefmilieu voor de patiënt, anderzijds het – zonder deskundigheid – hoofd en leider van een organisatie zijn. Het eerstgenoemde is een duidelijk afgeleide van zijn geneeskundig handelen. Immers, het streven van de verpleeghuisarts zal erop gericht zijn een klimaat te scheppen waarin optimale begeleiding mogelijk is. Of dit nu is het creëren van een klimaat dat een maximale reactivering mogelijk maakt dan wel het creëren van een sfeer waarin de terminale zieke menswaardig kan sterven, is om het even. De zieke als middelpunt van zorg beschouwend, is het de taak van het therapeutisch team deze leefwereld te scheppen c.q. te bevorderen. Hieruit valt de volgende taak te destilleren:

14. De verpleeghuisarts draagt in het

verpleeghuis zorg voor een zodanig leefmilieu dat de zieke zich hier optimaal in kan terugvinden en begeleiding hierop kan aansluiten.

Met het tweede aspect van management ligt het duidelijk anders. Collega Van Andel beschreef reeds in Medisch Contact van 8 juli 1977 de conflictsituatie waarin de verpleeghuisarts kan komen in deze wereld, waarin hij leek, hoogstens autodidact is. 'Hij is de verbinding tussen bestuur en personeel, voorzitter van de ondernemingsraad, vertegenwoordiger van de instelling naar buiten, beslechter van conflicten tussen personeelsleden, coördinator van de hoofden van dienst, bepaler van het opnamebeleid, deelnemer aan de opleiding ziekenverzorgenden, enz.' 'De eigenschappen die nodig zijn om een goed arts te zijn ( . . . ), zijn andere dan die van een goed manager'.

Het lijkt een goede zaak, dat iedere verpleeghuisarts zich ten aanzien van deze taak goed bezint. De taak kan mogelijk het best omschreven worden met:

15. De verpleeghuisarts dient zich bewust te zijn van zijn specifieke taak die het arts-zijn hem oplegt en weet het leiderschap van de organisatie als hooguit nevenschikkend aan deze specifieke taak.

#### Aandachtsvelden

Vanuit dit takenpakket zal de opleiding tot verpleeghuisarts zich moeten richten op dié aandachtsvelden, die uit deze taken zijn te destilleren. Deze aandachtsvelden zijn onder andere:

1. klinisch: interne geneeskunde, neurologie, psychiatrie;
2. 'laboratorium': biochemie, röntgenologie;
3. farmacie/farmacologie;
4. sociaal: (medisch-)maatschappelijk werk, ambulante geestelijk gezondheidszorg;
5. revalidatie;
6. huisartsgeneeskunde;
7. paramedisch: fysiotherapie, ergo- en arbeidstherapie, logopedie, dieetleer;
8. verpleeghuisartsgeneeskunde

Een deel van de opleiding in deze

velden zal het best tot zijn recht komen in een stagevorm, een ander deel in de vorm van cursussen. Mede gezien het thans nog ontbreken van een breed wetenschappelijk en onderwijskundig kader, ligt het voor de hand de verpleeghuisartsopleiding te koppelen aan de medische faculteit (vergelijkbaar met de huisartsopleiding). Mijns inziens moet op deze manier op korte termijn een opleiding tot verpleeghuisarts aan twee, maximaal drie, faculteiten gestalte kunnen krijgen. Het is te hopen, dat er een discussie op gang komt zodat een kader voor de leerinhoud van een verpleeghuisopleiding kan worden gegeven. Het is dan aan de minister om zijn zorg voor de kwaliteit van de gezondheidszorg waar te maken.

*Dit artikel kon tot stand komen dank zij de bijzondere samen- en medewerking van de verpleeghuisartsen Dr. F. J. G. Oostvogel, J. J. Hubregtse, J. de*

*Graaf, M. W. Meulenbelt, J. J. Stroër, J. K. Cherpanath, M. C. v. d. Pol, A. L. H. Roefs en M. A. Meijer.*

#### Literatuur

- Andel C. van, De tweeslachtige positie van de geneesheer-directeur van een verpleeghuis (ingezonden brief). *Medisch Contact*, 1977, 32, 852.
- Cassell E. J. & L. Skopek, Language as a Tool in Medicine. *J. of Med. Educ.* 1977, 52, 197-204.
- Daly M. B. & B. S. Hulka, Talking with the doctor (2). *J. of Communication*, 1975, 25, 148-153.
- Esseveld H., Evaluatierapport bijscholingscursus voor verpleeghuisartsen 1974, 1975, 1976. Hogere School voor Gezondheidszorg, Utrecht 1977.
- Feinstein A. R., Scientific Methodology in Clinical Medicine. *Annals of Internal Medicine*, 1964, 61, 565-579.
- ibid*, Scientific Methodology in Clinical Medicine. *Annals of Internal Medicine*, 1964, 61, 759-781.
- Lloyd G., Wyn Pugh Elizabeth & McIntyre

- N., The Problem Orientated Medical Record and its Educational Implications. Medical Education Booklet 6, Association for the Study of Medical Education, Dundee 1976.
- Long A. & J. B. Atkins, Communications between General Practitioners and Consultants. *British Medical Journal*, 1974, 4, 456-459.
- Maslow A. H., The need to know and the fear of knowing. *J. Of Gen. Psychology*, 1963, 68, 111-125.
- Mechanic D., Social Psychologic factors affecting the presentation of bodily complaints. *New England J. Medicine*, 1972, 286, 1132-1140.
- Medisch Contact, Verpleeghuisartsen en hun scholing (redactioneel commentaar). *Medisch Contact*, 1977, 32, 1207.
- Ridderikhoff J., De beroepsopleiding tot huisarts, wat is dat? *Medisch Contact* 1976, 31, 1603-1612.
- Strasser S. Fenomenologie en Empirische Menskunde. Van Loghum Slaterus, Deventer 1973.
- Thompson M. K., Geriatrics and the General Practitioner. Ballière, Tindall, Cassell, London 1969.
- Wolman B. B., Scientific Psychology. Basic books, New York 1965.

## CAO-Ziekenhuiswezen

## Uitspraak uitleg artikel 3, 3e lid

De Interpretatiecommissie, bedoeld in artikel 44 van de CAO-Ziekenhuiswezen heeft:

Gelet op artikel 3, derde lid, van het Reglement van de CAO-Ziekenhuiswezen, afgesloten voor de jaren 1978 en 1979, jo. artikel 11 model individuele leer/arbeidsovereenkomst, behorende bij de CAO-Ziekenhuiswezen, afgesloten voor het jaar 1977

Gezien de vraag:

Op welke wijze dienen bovenvermelde artikelen te worden uitgelegd met name voor wat betreft de zinsnede 'tenzij de werkgever uiterlijk twee maanden respectievelijk in een zo vroeg mogelijk stadium voor het verstrijken van de bepaalde tijd schriftelijk mededeelt, dat hij de arbeidsovereenkomst niet wenst voort te zetten'?

Overwegende:

dat partijen bij de CAO in bedoelde artikelen hebben beoogd aan te geven, dat, indien een werkgever van oordeel is, dat na beëindiging van de arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd, geen arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd dient te worden aangegaan, de werknemer tijdig wordt gewaarschuwd;

dat partijen de mededeling van de werkgever, welke immers niet op opzegging van een bestaande overeenkomst doch op het niet aangaan van een nieuwe is gericht, niet als een opzeggingshandeling hebben aangemerkt, doch uitsluitend als een kennisgeving zonder meer.

Beslist als volgt:

De zinsnede 'tenzij de werkgever uiterlijk

twee maanden respectievelijk in een zo vroeg mogelijk stadium voor het verstrijken van de bepaalde tijd schriftelijk mededeelt, dat hij de arbeidsovereenkomst niet wenst voort te zetten' in bovenbedoelde artikelen dient te worden beschouwd als een kennisgeving aan de werknemer.

Aldus gegeven te Utrecht, de 18e april 1978

voorzitter, A. J. Chardon  
secretaris, K. Hofman



# Het medisch tuchtrecht in de EEG

De opstellers van het Verdrag van Rome waren er zich van bewust dat het recht van artsen uit het ene EEG-land zich in een ander land van de Gemeenschap te vestigen, en meer nog de 'prestation de service', een zekere coördinatie van de voorwaarden voor de beroepsuitoefening noodzakelijk maakte. Tot die voorwaarden kunnen we in het bijzonder de gedragsregels voor artsen rekenen, althans voor zover het overschrijden daarvan krachtens het tuchtrecht wordt bestraft op een wijze die haar weerslag heeft op de praktijkvoering; men denke aan maatregelen als schorsing en schrapping.

## Overeenkomsten en verschillen in de gedragsregels voor artsen

Aanvankelijk zetten het Permanente Comité der Artsen in de EEG en de Europese Commissie zich gezamenlijk aan het formuleren van voor de gehele Gemeenschap geldende grondbeginselen. Deze grondbeginselen vonden, zij het in sterk afgezwakte vorm, hun beslag in het *Charter van Neurenberg* dat in 1967 door het Comité Permanent werd aanvaard.

Hoe algemeen en vaag de bewoordingen van het Charter ook waren, toch weigerden de deskundigen namens de verschillende regeringen de daarin neergelegde beginselen op te nemen in de te coördineren voorwaarden voor de beroepsuitoefening. Na veel vruchteloos getouwtrek legden alle partijen zich vast op de uitspraak, dat de gedragsregels voor artsen binnen de diverse EEG-lidstaten voldoende overeenkomst vertoonden om in de

door **H. Anrys**



De heer Anrys is juridisch adviseur van het Belgisch Verbond der Syndikale Artsenkamers te Brussel.

praktijk geen problemen tussen de (toen) Zes te doen rijzen. Die praktijk was echter anders. De hoofdbeginselen zijn weliswaar gelijk, maar de wijze waarop ze worden toegepast verschilt van land tot land. Eén voorbeeld is het beroepsgeheim: hoewel het beroepsgeheim overal in beginsel wordt onderschreven, wordt er in de sfeer van de rechtspraak en vooral in die van de sociale verzekeringen op meer of minder uitgebreide schaal van afgeweken. Ook de gang van zaken met betrekking tot de vestiging en de beroepsuitoefening verraadt het bestaan van tamelijk uiteenlopende opvattingen. Zaken als het maken van reclame en het voeren van een dubbele praktijk zijn in Italië en Frankrijk op tegenovergestelde manieren geregeld. Verkoop van de praktijk en goodwill zijn in Nederland toegestaan, maar in België niet. En zo kunnen we nog wel even doorgaan. Het aantal punten waarop de gedragsregels voor artsen van land tot land verschillen is legio, verschillen

die gemakkelijk kunnen verkeren in even zovele voetangels en klemmen voor migrerende artsen. Zo zou een hoogleraar uit Rome die in Brussel in de krant zou zetten dat hij elke maandag is te consulteren al vóór zijn komst voor de rechter kunnen worden gedaagd, ja zelfs geen verblijfsvergunning krijgen, wegens schending van de in België geldende bepalingen inzake contacten met de pers, dubbele praktijkvoering en continuïteit van de zorg.

De toetreding van drie nieuwe leden tot de EEG heeft het denkbeeld van een eenheid in gedragsregels nog meer op de tocht gezet. Er bestaat immers een niet onbelangrijk verschil tussen de beroepscode van de Ieren, voor wie abortus provocatus zelfs op medische indicatie een misdaad is, en de ethiek van de Denen, die abortus op verzoek toelaatbaar achten; daar tussenin zitten de Engelsen, die abortus onder bepaalde omstandigheden toestaan. Waar een werkelijke coördinering vooralsnog tot de onmogelijkheden behoort, heeft men de zaak trachten te klaren door in de Richtlijnen bepalingen op te nemen op grond waarvan de lidstaten wordt opgedragen documentatiecentra in te richten, waar migrerende artsen moeten worden geïnformeerd over wat er in het land waar zij vandaan komen wél maar in het land waar zij naar toe willen níét mag, en omgekeerd. De lidstaten nemen de nodige maatregelen ten einde in staat te zijn iedereen die dat wenst te informeren over de gezondheidswetten en de sociale wetten en eventueel ook over de medische gedragsregels die in andere staten gelden. Met het oog daarop kunnen zij een voorlichtingsdienst

instellen; iedere arts die vestiging elders in de EEG overweegt kan worden verplicht zich tot die dienst te wenden.

Op een enkel land na, is in de landen waar een 'Ordre' bestaat de instelling van zo'n dienst aan de 'Ordre' opgedragen. Op gezette tijden wordt in Parijs een 'Conférence Internationale des Ordres et des Organismes d'attributions similaires' belegd, waar wordt besproken langs welke wegen de krachten het Verdrag voorgeschreven gegevensuitwisseling het soepelst kan verlopen en waar de gedragsregels voor artsen in de Negen naast elkaar worden gelegd.

### **Het beperkte toetsingsrecht van de 'Ordres'**

Op het eerste gezicht gaan de Richtlijnen uit van de regel, dat artsen die zich in een andere lidstaat willen vestigen dan wel als 'prestataires de service' willen optreden de zelfde rechten en plichten hebben als artsen in het gastland. De migrant is met name onderworpen aan de beroepstuchtregels van het gastland. Hij is verplicht zich bij vestiging te laten inschrijven in het register van de 'Ordre' of een soortgelijk orgaan (of eventueel vooraf een eenvoudige verklaring over te leggen, als het gaat om een kortstondige 'prestation de service'); hij is voorts gehouden de wettelijke en rechterlijke bepalingen na te leven.

Ten aanzien van de toelating tot de uitoefening van het beroep worden, voor zover aanwezig, de bepalingen aangaande zedelijkheid en eerbaarheid van het gastland aangehouden, althans in theorie. In de praktijk verloopt de toepassing van de Richtlijnen niet zo gemakkelijk. Om te beginnen kan een arts die niet voldoet aan de toelatingseisen in zijn eigen land zich wél laten inschrijven in een land waar de wet hem wat dit betreft minder in de weg legt; hier geldt het beginsel van de gelijkberechtigtheid voor de wet van het gastland. Maar wat te doen met een arts die uit een land komt waar de betreffende bepalingen minder restrictief zijn? Hem de toegang ontzeggen? In sommige landen kan de 'Ordre' iemand met een artsdiploma van een der eigen universiteiten op alleszins legitieme gronden in zijn registers

weigeren in te schrijven. Zo heeft de Franse 'Ordre' indertijd een kandidaat die handelde in strijd met de waardigheid van het beroep, doordat hij bepaalde commerciële activiteiten had ondernomen, rechtens inschrijving kunnen weigeren (Conseil d'Etat 4 mei 1945). In België mag een 'Conseil' weigeren een arts in te schrijven, als deze zich schuldig heeft gemaakt aan een feit op grond waarvan tegen een lid van de 'Ordre' de maatregel van schrapping zou worden genomen of als hij een zodanig ernstige misslag heeft begaan dat de eer of enkel de waardigheid van het beroep erdoor zou worden aangetast.

Welnu, ingevolge de Richtlijnen van de Europese Ministerraad dienen lidstaten die van hun onderdanen een bewijs van zedelijk gedrag eisen, ten aanzien van onderdanen van andere lidstaten genoeg te nemen met een verklaring waaruit blijkt dat de betrokken personen aan de inzake de zedelijkheid in het land van herkomst (en niet – wat logisch zou zijn – in het gastland) geldende voorwaarden voor de toelating tot de praktijk voldoen; stelt het land van herkomst geen voorwaarden van die aard, dan kan het gastland slechts een uittreksel uit het strafregister of een gelijkwaardig document verlangen. Sterker nog, in de Richtlijnen 75/362 staat dat de lidstaten zich hebben verbonden tot eerbiediging van het beginsel dat een gegadigde alleen dan het recht op vestiging tijdelijk of blijvend zal worden ontzegd indien hij in zijn land van herkomst is gestraft met blijvende of tijdelijke ontzetting uit de bevoegdheid tot de uitoefening van het beroep. Weliswaar heeft een dergelijke verklaring geen juridische geldigheid – het Verdrag van Rome

voorziet niet in enige sanctie, terwijl daarenboven zou worden getreden in rechten die de Staat niet zijn voorbehouden – niettemin zou zij toch gewicht in de schaal kunnen werpen, mocht het komen tot een proces voor het Hof van Justitie te Luxemburg. Dit Hof immers is geneigd alle beroepsregels die een belemmering voor de vrijheid van vestiging zouden kunnen opleveren op te heffen.

### **Het Hof van Justitie en het recht van toetsing**

Welke beginselen het Hof van Justitie huldigt met betrekking tot de gedragsregels voor migranten heeft het publiek gemaakt middels zijn arrest van 28 april 1977 in de zaak-Thieffry.

Artikel 57 van het Verdrag, aldus het Hof, is erop gericht de toegang tot niet in loondienst verrichte werkzaamheden en de uitoefening daarvan te vergemakkelijken. Het is erop gericht de vrijheid van vestiging niet in botsing te brengen met de toepassing van de nationale beroepsregels, die hun rechtvaardiging vinden in het algemeen belang, met name de bepalingen ten aanzien van de organisatie, de erkenning, de gedragsregels etc. Uit de bewoordingen waarin het arrest is verrat volgt weliswaar dat bij de toepassing van het beginsel van de vrije vestiging de nationale beroepsregels in acht moeten worden genomen, maar ook dat – althans voor zover het de toelating tot de uitoefening van het beroep betreft – men alleen die bepalingen die door het algemeen belang worden gerechtvaardigd dwingend voor

---

## **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.

---

migranten kan laten gelden. Het heeft er dus de schijn van dat het Hof zich het recht voorbehoudt toezicht uit te oefenen op de nationale gedragsregels en dié regels op te heffen die de vestiging belemmeren, in die zin dat zij ook indien zij gelden voor de eigen inwoners zijn gericht op de bescherming van het beroep en niet op het algemeen belang. Dat zou een niet minder dan revolutionaire ontwikkeling inluiden, aangezien daardoor de toezichthoudende bevoegdheden van de 'Ordres' op de helling worden gezet. Die

bevoegdheden strekken zich uit tot alle terreinen van de beroepsbeoefening: van collegiale betrekkingen, de waardigheid van het beroep, oneerlijke mededinging, contracten, de hoogte der honoraria en het betalingssysteem tot de continuïteit van de zorg, voorkoming van dichotomie en het beroepsgeheim. Mochten de instellingen van de Europese Gemeenschap druk blijven uitoefenen, dan ontstaan er uiteindelijk twee soorten alleen op de medische stand van toepassing zijnde bepalingen. Denken we hier aan

Nederland, waar al volgens een dergelijke opzet wordt gewerkt: enerzijds de interne rechtsprekende organen van de KNMG, die sancties kunnen opleggen aan leden voor alle gedragingen in strijd met de waardigheid en de belangen van de stand; anderzijds de medische tuchtcolleges, die gedragingen van artsen niet uitsluitend beoordelen uit het oogpunt van de beroepseer maar ook uit het oogpunt van een juist optreden tegenover de patiënt.

\*  
\* \*  
\*

## TUCHTPERIKELLEN

### Onvoldoende Communicatie

*'Dezer dagen heb ik het dossier over mijn tuchtrechtzaak weer eens ingezien. Ik heb de zoveelste nacht niet kunnen slapen vanwege alle ellende die daarmee bovenkwam. Indertijd heb ik een waarschuwing van het tuchtcollege gehad; naar mijn gevoel ten onrechte.'*

*De casus: Een ongeveer 50-jarige man stond bij mij onder controle voor een schildklierafwijking. Uit de anamnese was een nefrectomie bekend wegens tbc. Tijdens een van de controles vond ik een weerstand in de linkeronderbuik. Rectaal toucher deed een tumor vermoeden, zodat ik de patiënt doorverwees naar de chirurgische afdeling. Bericht van de chirurgen: inoperabel coloncarcinoom. Er werd een anuspraeter aangelegd. Een jaar later wegens een prolaps opnieuw geopereerd. Patiënt kreeg van mij een chemotherapeuticum. Hij kwam zeer onregelmatig voor controle, mede omdat ook de huisarts het bloedbeeld controleerde. De toestand van patiënt – die inmiddels zijn zaak van de hand had gedaan – ging tegen de verwachtingen in vooruit. Patiënt, gesteund door de huisarts én door mij, verzocht om heroperatie met mogelijke sluiting van de anuspraeter. De chirurg stond hier zeer negatief tegenover. Na ongeveer drie jaar ging patiënt 'hogerop'. Opnieuw laparotomie. Geen coloncarcinoom te vinden, wel vergroeiingen, vermoedelijk ten gevolge van een oud tuberculeus proces. De anuspraeter werd gesloten.*

*Eerst nu bleek mij dat bij de eerste operatie geen materiaal was afgenomen voor pathologisch-anatomisch onderzoek. Patiënt wenste een financiële genoegdoening en wendde zich tot de regionaal inspecteur van de volksgezondheid, die na onderzoek patiënt verwees naar het Medisch Tuchtcollege. De twee behandelende chirurgen kregen een waarschuwing. Tijdens de behandeling voor het Medisch Tuchtcollege trok patiënt zijn klacht – onvoldoende nazorg – tegen mij in. Desondanks legde het Medisch Tuchtcollege mij bovengenoemde maatregel op. Maar wat had ik meer kunnen doen? Ik realiseerde me wel tijdens het proces dat ik het chemotherapeuticum op gezag van derden had gegeven zonder het rapport van de patholoog-anatoom te hebben opgevraagd. Dat zal mij niet weer gebeuren. Ik heb op advies van mijn advocaat ernstig overwogen in hoger beroep te gaan, maar ik heb ervan afgezien: de zaak beroerde mij emotioneel te veel.*

*Achteraf heb ik er toch nog vaak spijt van dat ik niet in beroep ben gegaan. Ik weet dat er onvoldoende communicatie tussen de behandelende artsen is geweest. Wij hebben in ons ziekenhuis geen enkele vorm van intercollegiale toetsing; gezien de uiteenlopende karakters zal dat ook niet eenvoudig zijn.*

*Wij hebben na afloop van de rechtzaak nooit onderling overlegd over de consequenties van de uitspraak. Ik heb er trouwens nooit met derden over kunnen spreken. Het verplegend personeel is – voor zover mij bekend – niet geïnformeerd. Ik voel het nog steeds als een nauwelijks gerechtvaardigde smet op mijn staat van dienst. Jarenlang heb je naar beste weten en kunnen gewerkt en dan wordt je, los van al je andere werkzaamheden, beoordeeld naar een enkel feit. Ik heb dit hele proces ervaren als een discrepantie tussen juridische waarheid en de werkelijke gang van zaken.*

*Een internist van een perifere ziekenhuis.*

# Geldboete voor arts

wegens onzorgvuldig medisch handelen in commerciële tandheelkundige inrichting

Het College voor de beslissing in Eerste Aanleg in zaken van het Medisch Tuchtcollege en Medische Geschillen te 's-Gravenhage heeft op woensdag, 7 december 1977 de navolgende uitspraak gedaan inzake de klacht van A, wonende te B, klager, tegen X, arts, wonende te Y, de persoon over wie geklaagd wordt, hierna de arts te noemen.

Het College voor het Medisch Tuchtrecht in eerste Aanleg te 's-Gravenhage;

Gezien de stukken van het geding; Gehoord ter zitting van 7 december 1977 klager, bijgestaan door Mr. B. Sluyters, advocaat te 's-Gravenhage en de arts, bijgestaan door Mr. J. C. Nouwt, advocate te Rotterdam.

## Overwegende:

1. De klacht behelst, zakelijk en verkort weergegeven, het volgende: Op 20 mei 1975 begaven klager en zijn echtgenote zich naar Z, alwaar de echtgenote een zogenaamde eendagsbehandeling aan haar gebit wilde ondergaan, dat wil zeggen dat op één dag het gehele gebit zou worden getrokken en haar een kunstgebit zou worden aangemeten en geleverd.

Zij werd 's middags in het tandheelkundig instituut V, door de arts behandeld. De arts bracht Mevrouw A met Pentothal in narcose en trok alle tanden en kiezen. Toen Mevrouw 20 à 30 minuten na het begin van de behandeling niet bij kennis kwam, werd de GG en GD ingeschakeld. Deze bracht Mevrouw over naar het ziekenhuis, alwaar zij nog dezelfde dag overleed, zonder tot bewustzijn te zijn gekomen. Door sectie is vastgesteld dat het overlijden waarschijnlijk is veroorzaakt door een

afwijking in de slagaders die reeds geruime tijd bestond en die leidde tot een nierslagaderscheuring.

Ook indien, aldus de klacht, in het instituut instrumentarium aanwezig was geweest, nodig voor het opvangen van tandheelkundige calamiteiten, zou, naar aan te nemen valt, het overlijden niet voorkomen hebben kunnen worden. De klacht behelst dan ook niet, dat het overlijden van Mevrouw A is veroorzaakt door de gebitsextractie en/of narcose.

Niettemin is klager van oordeel, dat de arts het vertrouwen in de stand der geneeskundigen heeft ondermijnd door een aantal onder punt 9, a t/m g, met name genoemde handelingen, waarop hieronder zo nodig zal worden ingegaan.

2. De arts heeft in de eerste plaats betoogd, dat klager geen rechtstreeks belanghebbende in de zin der Medische Tuchtwet is en derhalve niet-ontvankelijk dient te worden verklaard in zijn klacht.

3. Toegegeven kan worden, dat de klachten in het inleidende klaagschrift algemeen geformuleerd zijn. Bij repliek heeft klager echter gesteld, dat hij klaagt over de behandeling van zijn overleden echtgenote door de arts. Ter zitting heeft hij o.a. nader gesteld, dat hij verwachtte dat zijn vrouw door een tandarts behandeld zou worden in plaats van door een arts, zoals in casu. Door een en ander heeft hij zijn belang voldoende aangeduid en is hij rechtstreeks belanghebbende nu zijn vrouw is overleden.

4. Aan de arts wordt in de eerste plaats verweten, dat hij werkzaam was in een tandheelkundige inrichting waarvoor direct of indirect reclame wordt gemaakt, reclame die doorgaans misleidend was doordat de indruk werd gewekt dat in één dag een

definitief kunstgebit wordt aangebracht, terwijl in één dag slechts een noodgebit kon worden geplaatst dat na enige maanden vervangen moest worden. In dit verband is nog gewezen op artikel 4 van de Wet op de tandheelkundige inrichtingen, inhoudende onder meer dat het aan tandartsen en geneeskundigen verboden is praktijk uit te oefenen in een tandheelkundige inrichting, waarvoor direct of indirect, binnenslands of buitenslands, reclame wordt gemaakt enzovoorts.

5. Onvoldoende betwist is, dat klager en zijn echtgenote door een advertentie in 'Tros Kompas' van de tandtechnische inrichting W, gevestigd te Z, in welke advertentie o.a. gewezen werd op de befaamde eendagsbehandeling, besloten hebben klagers vrouw die zogenaamde eendagsbehandeling te doen ondergaan. Zij verstonden hieronder het in één dag extraheren van het gehele gebit en plaatsen van een kunstgebit. Daartoe vervoegden zij zich op 20 mei 1975 des ochtends bij W. Niet dan wel onvoldoende betwist is, dat zij door personeel van W werden verwezen naar V, waar 's middags de extracties zouden plaats vinden. Eveneens staat vast, dat W en V materieel dezelfde eigenaar hebben, nl. de heer U. Uit een en ander volgt, dat het adverteren door W indirecte reclame voor V betekende, waardoor de arts heeft gehandeld in strijd met genoemd art. 4 van de Wet op de tandheelkundige inrichtingen.

6. De arts heeft betoogd, dat met de in de advertentie genoemde eendagsbehandeling bedoeld werd het in een dag aanmeten en plaatsen van een kunstgebit en niet tevens het extraheren. Klager en zijn vrouw hebben het echter anders opgevat en

terecht naar het oordeel van het College: het is algemeen bekend dat de befaamde eendagsbehandeling tevens het extraheren omvat, althans kan omvatten. Voorts heeft de arts aangevoerd, dat het aan het personeel van W schriftelijk verboden is door te verwijzen naar V. Dit moge zo zijn, uit het onder punt 5 overwogene volgt, dat ondanks het verbod wel degelijk verwezen wordt. Het College is er dan ook van overtuigd dat het schriftelijk verbod alleen dient om formeel aan te tonen, dat art. 4 van de genoemde Wet op de tandheelkundige inrichtingen niet wordt overtreden.

7. Voorts staat vast, dat in de zogenaamde Gele Gidsen 1974/75 en 1975/76 V vijfmaal volledig is opgenomen. De vier overbodige herhalingen hebben het karakter van een advertentie. Hierdoor staat dus tevens vast, dat voor V ook direct reclame werd gemaakt.

8. Klager heeft nog vele stellingen geponeerd en vele producties overlegd om aan te tonen, dat het verbod van art. 4 van de Wet op de tandheelkundige inrichtingen werd overtreden. Nu uit het onder 5. en 7. overwogene de overtreding reeds volgt, zal het College daar niet verder op ingaan. Het College gaat er daarbij van uit, dat de advertentie van W niet een éénmalig iets was, hetgeen door de arts ook niet is beweerd.

9. Praktisch een ieder weet tegenwoordig, dat het gebit geplaatst direct na het extraheren van alle elementen nog vervangen moet worden. Reeds daarom kan niet gesproken worden van misleidende reclame, zoals klager doet.

10. Klager verwijt de arts voorts, dat hij als arts tegen beloning werkzaam was in een tandheelkundige inrichting, die door een op elk terrein van de geneeskunst onbevoegde geheel commercieel werd geleid, waarin een tandheelkundig kaartsysteem of enige andere patiëntenadministratie ontbrak en waarin nauwelijks aandacht aan de nazorg werd besteed.

11. Dat de arts in die inrichting werkzaam was, is in het algemeen en zonder meer niet afkeurenswaardig.

12. Wat de patiëntenadministratie betreft: er werden door de arts, die het vooronderzoek deed en door de beklaagde arts enige gegevens genoteerd op een formulier. Uit het aan partijen bekende proces-verbaal van de politie te Z dd 27 mei 1975 blijkt echter dat deze formulieren volgens een verklaring van de heer U

vrijwel dagelijks vernietigd werden. Wanneer formulieren met beperkte gegevens nog dezelfde dag vernietigd worden, kan men met klager zeggen, dat elke patiëntenadministratie ontbrak. Dit is zeer onzorgvuldig. De arts had dit kunnen, althans behoren te weten.

13. Wat de nazorg betreft, de patiënten krijgen een schriftuur met gedragsaanwijzingen voor de eerste 24 uur mede. Voorts kunnen zij voor die nazorg altijd terugkomen. Daar de patiënten veelal van verre komen, is de nazorg uiteraard moeilijk te regelen en valt niet in te zien, wat de arts aan die nazorg redelijkerwijs nog meer had moeten doen dan hierboven is gereleveerd.

14. De volgende aan de arts gerichte verwijten behelzen, dat hij zonder dat van een noodsituatie sprake was, een belangrijke ingreep op het gebied van de tandheelkunde heeft verricht: het extraheren van een geheel gebit onder narcose. Voorts, dat hij heeft geëxtraheerd zonder deugdelijk onderzoek naar de noodzaak van extractie van het gehele gebit en dat hij de patiënt in behandeling heeft genomen zonder enig overleg met de huisarts of tandarts.

15. Hoewel een arts de bevoegdheid tot extraheren bezit, zal hij dat trekken in het algemeen toch moeten nalaten en wel omdat het zijn vakgebied niet is. Indien een arts wel bekwaam is in het extraheren – en in casu is niet gebleken, dat de arts onbekwaam was en het extraheren onjuist heeft verricht – dan dient hij toch in elk geval te vermijden, dat hij tegelijkertijd de narcose verricht. Immers, de narcose duurt, naar het College uit eigen wetenschap bekend is, slechts kort, hetgeen tot gevolg heeft, dat het extraheren in hoog tempo dient te geschieden en er weinig aandacht besteed kan worden aan de bewaking van de patiënt. Voor deze onjuiste en primitieve werkwijze behoort een arts zich niet te lenen.

16. Het College wil aannemen, dat de patiënten, die zich bij V vervoegen, in het algemeen een carieus gebit hebben en zich tot die inrichting wenden om onder narcose geholpen te worden uit angst voor een normale behandeling door een tandarts. In casu was dat echter anders. De echtgenote van klager had al jaren lang last van haar gebit, niet omdat het geheel carieus was, maar omdat het tandvlees was ontstoken. Haar tandarts weigerde te extraheren en gaf medicijnen. Onder

deze omstandigheden was overleg met de tandarts zeker zinvol geweest en behoort men niet zonder meer af te gaan op de wens van de betrokkene te extraheren.

17. Het laatste verwijt aan de arts is dat deze een ingrijpende tandheelkundige behandeling heeft verricht in een behandelruimte en een instituut, waar het instrumentarium voor het opvangen van tandheelkundige calamiteiten, die het gevolg van de behandeling zouden kunnen zijn, onvoldoende was.

Ook dit onderdeel van de klacht is gegrond. Uit een rapport van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid van 19/22 december 1975, gericht aan de Officier van Justitie te Z, blijkt, dat het tandheelkundige instrumentarium voor de extractietherapie uiterst summier en op sommige onderdelen onvolledig was. Met name kan volgens dit rapport op tandheelkundige calamiteiten als nabloeding, alveolairfracturen e.d. niet adequaat worden gereageerd.

18. Naar uit het vorenstaande blijkt, is een groot deel van de klacht gegrond: de arts heeft hierdoor in ernstige mate het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnd.

19. Wat de op te leggen maatregelen betreft: een waarschuwing of berisping is naar het oordeel van het College een te lichte maatregel, schorsing een te zware, nu de arts niet meer werkzaam is in de inrichting, omdat hij een andere functie heeft aanvaard en geen huisarts meer is. Het College acht een boete van na te noemen omvang een passende maatregel.

20. Het College is van oordeel, dat deze beslissing met het oog op het algemeen belang daarvan, voor bekendmaking in aanmerking komt, zulks in de vorm als bedoeld in art. 13b van de Medische Tuchtwet en in na te noemen tijdschriften en de Nederlandsche Staatscourant.

#### *Rechtdoende in naam der koningin*

legt aan de arts X, wonende te Y, een geldboete op van f 2.500,- (tweeduizend vijfhonderd gulden). Bepaalt dat uit 's Rijks kas aan klager of de persoon over wie geklaagd is, geen kosten voor hen uit de behandeling van de zaak voortvloeiend zullen worden vergoed;

Bepaalt dat deze beslissing zal worden

bekend gemaakt in de Nederlandsche Staatscourant en zal worden toegezonden aan de redacties van Medisch Contact, het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht met het verzoek tot publicatie van de beslissing.

Aldus gewezen op 7 december 1977

door: Mr. S. F. Kootte, voorzitter, N. P. M. van Wayenburg en Dr. Y. van der Wielen, leden-geneeskundigen, A. Hustinx en G. C. Kooyker, plv. leden-geneeskundigen; Mr. P. A. Wackie Eijsten, plv. secretaris.

De persoon over wie geklaagd is alsmede de Inspecteur van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid

kunnen tegen deze beslissing hoger beroep instellen bij het Gerechtshof te 's-Gravenhage. Deze mogelijkheid van hoger beroep staat open gedurende één maand na ontvangst van deze beslissing. Het tot het Gerechtshof gerichte beroepschrift wordt ingezonden bij de secretaris van het College voor het Medisch Tuchtrecht in Eerste Aanleg.

---

## DISCUSSIE

# Hoe groot is de afstand tussen ziekenhuis en thuiszorg?

## Repliek

Het commentaar van Witteveen en Last op ons artikel over de afstand tussen ziekenhuis- en thuiszorg (MC nr. 24/1978, blz. 739) onderstreept nog eens de juistheid en betekenis van onze conclusies. Op geen enkele wijze geven de auteurs aan inzicht te hebben in de ontwikkelingen binnen de thuiszorg. Heel duidelijk stellen ze het ziekenhuis centraal in de gezondheidszorg. Wij citeren: 'wordt een belangrijke plaats voor de thuiszorg ingeruimd', 'avances naar de hulpverleners in de eerste lijn', 'het centrum een initiërende rol speelt' etc. Het is dit 'hospital centered' denken dat wij wilden signaleren en aan de kaak stellen.

Blijkbaar hebben de briefschrijvers ons niet goed begrepen: niet de ziekenhuiszorg, maar de thuiszorg zal initiërend moeten optreden! Dit vooral omdat wij mensen niet onnodig tot patiënt willen maken en al te zeer afhankelijk van ons, hulpverleners. Willen we werkelijk mensen zoveel mogelijk voor zichzelf laten zorgen en geen ziekten maar zieken behandelen, dan zal hulpverlening zo dicht mogelijk het leefmilieu moeten aansluiten en zo min mogelijk professioneel, laat staan gespecialiseerde hulp moeten zijn.

Ziekenhuiszorg zal meer uit het doorgeven van kennis en vaardigheden moeten bestaan dan uit concrete hulpverlening. Deze ondersteunende functie geldt zeker bij de ernstig zieke kinderen met leukaemie. Juist hier is het gevaar voor medicalisering en afhankelijk maken groot.

Als de auteurs terloops vermelden dat de thuiszorg volgens ons overbelast is, dienen zij ons wel goed te citeren: Wij signaleerden zeker hiaten in de eerstelijns gezondheidszorg. Maar de oplossing is niet versterking van de tweede lijn maar versterking van de eerste lijn.

Het falen van de eerstelijns gezondheidszorg door gebrek aan mankracht en middelen (zie

bijvoorbeeld vacaturestop maatschappelijk werk, gezinszorg etc). leidt inderdaad tot een toenemende druk op de tweede lijn. 'Steeds heeft de overheid dit opgelost door de tweede lijn' te versterken, waarmee de 'eerste lijn' verder werd uitgehold.

Worden de bakens niet snel verzet, dan zal de wal het schip wel keren. Wij moeten uit dit commentaar helaas concluderen dat de essentie van ons betoog niet wordt begrepen en/of onweersproken blijft. Vandaar dat onze zorg voor de toekomst eerder toe- dan afgenomen is.

Prof. Dr. J. C. van Es, hoogleraar, en Dr. R. A. de Melker, lector huisartsgeneeskunde aan de medische faculteit van de RU Utrecht





## officieel

---

### KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

#### Dagelijks Bestuur

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

#### Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

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

#### Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

#### Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

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

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

#### Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

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

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

#### Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

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

Mevr. Mr. H. A. van Andel, secretaris.

Mw. E. M. Dekker-Meelker, secretaresse.

#### Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

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

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

#### Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (SBA)

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

## Jaarverslag 1977

Krachtens het bepaalde in artikel 14 van de Statuten van de Stichting Nascholing Huisartsen bied ik u hierbij het verslag van de werkzaamheden van deze stichting in het afgelopen kalenderjaar aan.

### Doelstellingen SNH

Op 21 november 1973 werd de Stichting Nascholing Huisartsen opgericht. Deze stichting is voortgekomen uit een samengaan van de Stichting Financiering Nascholing Huisartsen en de Centrale Stuurgroep Nascholing Huisartsen. Het doel van deze Stichting is het bevorderen en coördineren van de nascholing voor huisartsen. Zij tracht dit doel te bereiken door:

1. Mede te werken aan de uitvoering van het Werkplan LHV/NHG organisatiestructuur nascholing voor huisartsen;
2. Het bijeenbrengen en beheren van geldmiddelen, nodig voor het uitvoeren van haar taak;
3. Het verlenen van steun ten behoeve van andere activiteiten op het gebied van de nascholing voor huisartsen.

### Samenstelling bestuur

In de samenstelling van het bestuur zijn in 1977 enkele wijzigingen gekomen. Per 1 januari 1977 trad collega W. Derksen uit het bestuur van de SNH in verband met zijn benoeming tot voorzitter van de Landelijke Huisartsen Vereniging. In zijn plaats kwam Dr. L. M. van den Akker, arts te Doetinchem.

In de vergadering van de Nascholingsraad dd. 5 mei 1977 werd een perifeer lid toegevoegd aan het stichtingsbestuur, namelijk collega C. van Noort, arts te Rotterdam.

In juni 1977 trad toe een bestuurslid van het NHI, namelijk collega H. L. van Amerongen uit Schiedam, ingevolge Statutenwijziging dd. 21 april 1977.

Daarna is de samenstelling van het stichtingsbestuur tot het eind van het jaar ongewijzigd gebleven. Het bestaat uit de volgende leden:

- G. A. Schipper, *voorzitter*, namens NHG
- Z. A. de Jong, namens NHG
- F. Lahr, namens NHG
- F. A. van Spanje, *secretaris-penningmeester*, namens LHV
- G. A. Meijer, *vice-voorzitter*, namens LHV
- Dr. L. M. van den Akker, namens LHV
- H. Hoencamp, namens KNMG
- H. L. van Amerongen, namens NHI
- C. A. A. Brands, Dr. M. Saan en C. van Noort, namens perifere nascholingswerkgroepen.

### Dagelijks bestuur

Dit is samengesteld uit voorzitter, vice-voorzitter en secretaris-penningmeester.

### Centrale nascholingscoördinator

Per 1 december 1977 trad de centrale nascholingscoördinator, collega J. I. van der Leeuw uit Rotterdam, in functie. Hij zal de

bestuursvergaderingen bijwonen en heeft tot taak in samenwerking met de regionale nascholingscoördinatoren de nascholing voor huisartsen in Nederland te bevorderen en te coördineren en deze te stimuleren in gebieden waar dit nodig blijkt.

### Aantal vergaderingen

Er vonden in totaal 11 algemene bestuursvergaderingen plaats en 8 dagelijks bestuur-vergaderingen. Op 5 mei en 17 november werden vergaderingen van de Nascholingsraad gehouden, d.w.z. bijeenkomsten van de SNH met vertegenwoordigers uit de perifere nascholingswerkgroepen en regionale nascholingscommissies.

Het overleg tussen de dagelijkse besturen van NHI en SNH is weer op gang gekomen. In juni en november hebben besprekingen plaatsgevonden.

Alle vergaderingen werden genoteerd door Mw. I. Koers, secretaresse SNH.

### Financiële middelen

In 1977 werd totaal f 151.766,51 subsidie uitgekeerd door de Landelijke Huisartsen Vereniging, t.b.v. de nieuw opgezette nascholingsstructuur. Subsidie van derden heeft de SNH in 1977 niet ontvangen.

### Besteding der middelen

De nieuwe organisatiestructuur is in 1977 op gang gekomen. Het was de bedoeling 8 regionale nascholingscommissies een bedrag à f 30.000,— uit te keren voor het gehele jaar 1977. Aangezien aan het begin van dit jaar nog niet alle commissies waren geformeerd en nog slechts 1 regionale coördinator (in regio Leiden) was benoemd, werd besloten de bedragen uit te keren per 1 juli 1977. Dit is gebeurd, met uitzondering van regio Amsterdam, waar nog geen regionale commissie is opgericht. Iedere regio, met name Groningen, Limburg, Nijmegen, Overde-IJssel (Enschede), Rotterdam en Utrecht, ontving een bedrag van f 15.000,—, waarvan in principe f 7.500,— is bestemd voor de commissie (administratieve hulp, vergaderkosten etc.) en f 7.500,— voor de regionale nascholingscoördinator. Leiden heeft ontvangen vanaf 1 april een bedrag ad f 16.875,—, waarvan f 7.500,— is bestemd voor de Regionale Commissie en f 9.375,— voor de regionale nascholingscoördinator die per 1 april in functie trad voor een halve dag per week.

Aan cursussen, georganiseerd door de perifere nascholingswerkgroepen werd dit jaar geen subsidie verleend.

Voor wat betreft personeelskosten, vergaderkosten, fotokopieën, briefpapier en accountantskosten wordt verwezen naar de jaarrekening 1977. Zie verder het punt: 'De inhoud van de nascholing.'

### Nascholingsagenda

Maandelijks werd door Mw. I. Koers een nascholingsagenda samengesteld en in Medisch Contact gepubliceerd.

### Inhoud van de nascholing

Begin januari 1977 had een bespreking plaats van het dagelijks bestuur der SNH met vertegenwoordigers van Hoffmann la Roche, een farmaceutische industrie te Mijdrecht die een cursus over *Patiënt-Arts-Communicatie* denkt te organiseren. Het betreft een training in gespreksvoering, waarbij de huisarts ingaat op signalen die de patiënt onbewust uitzendt. Voor deze cursus is een Adviesraad samengesteld, welke bestaat uit enkele huisarts-hoogleraren. Voor de SNH werd Dr. M. Saan in deze

Adviesraad afgevaardigd. In 1977 werd de cursus in Tilburg gedraaid waar men er zeer enthousiast over was. De bedoeling is in 1978 meer propaganda voor dit project te maken.

In de Nascholingsraad van 5 mei 1977 werd een videoband vertoond over 'Chronische arteriële doorbloedingsstoornissen der onderste extremiteiten.' Dit project kwam tot stand op initiatief van Dr. M. Saan, in samenwerking met Dr. Boontje en de uitgeverij SMD (Spruyt, V. Mantgem en De Does) te Leiden. De eerste keer liet de weergave op de band te wensen over. Daarom werd de demonstratie herhaald in de Nascholingsraad van 17 november. De weergave was toen duidelijk beter en de aanwezigen stonden wat meer positief tegenover dit project CADOE.

Besloten werd begin 1978 een brief te doen uitgaan naar alle perifere nascholingswerkgroepen teneinde een proef te kunnen nemen met enkele groepen t.a.v. dit project. Daarna kan eerst een beslissing worden genomen of de SNH met dergelijke projecten zal doorgaan. Men kan ook volstaan met de aanschaf van een boekje over een bepaald onderwerp. De video kan in groepjes worden vertoond, of worden gebruikt voor individuele nascholing.

– Er is een brief uitgegaan naar de periferie, teneinde erachter te komen hoeveel groepen Medische Psychologie in het land functioneren. Hierop kwamen zeer weinig reacties.

– Op verzoek van de VVAA werd in de periferie propaganda gemaakt voor het organiseren van reanimatiecursussen.

– G. A. Schipper en Dr. M. Saan hebben een congres over nascholing bijgewoond in Parijs in juni 1978. Hiervan is een verslag gemaakt. Belangstellenden kunnen dit verslag opvragen bij het bureau SNH.

– In de regio Leiden werd een onderzoek gedaan naar de nascholingsactiviteiten van huisartsen. Deze enquête is overgenomen door de regio Nijmegen. Ook in Zwolle werd een enquête opgezet.

– Boots Company: in 1977 volgden nog drie afleveringen van deze cursus. De laatste bevatte een enquête waarop zeer veel reacties kwamen. Naar aanleiding van de antwoorden werd besloten voorlopig niet meer dergelijke cursussen te organiseren.

#### **Samenwerking met het Nederlands Huisartsen Instituut.**

In juni 1977 zijn de besprekingen van het dagelijks bestuur SNH met het dagelijks bestuur NHI hervat. Besloten werd nauw contact te houden, vooral wat betreft het organiseren van cursussen, zoals het project hypertensie en het project gesprekst raining. Ten aanzien van de samenwerking tussen SNH en NHI zijn nog besprekingen gaande.

#### **PAOG (Post Academisch Onderwijs Geneeskunde)**

Het tweede interimrapport, dat speciaal gericht is op de huisartsen, komt binnenkort uit. Tevoren heeft het PAOG hieromtrent overleg gepleegd met het bestuur van de SNH. Men denkt de sectie huisartsgeneeskunde te vormen. De regionale PAOG-commissies, gepland op 50% KNMG-afgevaardigden en 50% afgevaardigden van de universiteiten, zijn nog niet tot stand gekomen.

#### **Beleid en structuur van de nascholing**

##### *Statuten en Huishoudelijk Reglement*

Begin 1977 werden de gewijzigde statuten bekrachtigd door de notaris. In de Nascholingsraad van 5 mei was het dientengevolge mogelijk een derde perifeer lid te benoemen. Dit werd C. van Noort uit Rotterdam. Als vertegenwoordiger van het NHI in het bestuur-SNH werd benoemd H. L. van Amerongen uit

Schiedam. Het Huishoudelijk Reglement werd in de vergadering van 5 mei goed bevonden door de Nascholingsraad.

##### *Beleidsnota*

Er werd een werkgroepje samengesteld, bestaande uit de heren Hoencamp, Lahr en V. Noort, dat aan de hand van vroegere nota's een kort beleidsstuk maakte voor het beleid op korte termijn van de SNH. Dit stuk werd gefiatteerd door de Nascholingsraad in de vergadering van 17 november.

##### *Financiën*

Voor het aanvragen van subsidies kan gebruik worden gemaakt van een modelbegroting, waarvoor het ontwerp werd gemaakt in december 1977. T.z.t. zal aan alle nascholingswerkgroepen een exemplaar van deze modelbegroting worden toegezonden.

Het 'honorarium' van de regionale coördinatoren is slechts een onkostenvergoeding, gebaseerd op één dag waarneming per week. Hieronder volgen nog eens de 'Financiële Implicaties van de Nascholingsstructuur' (opgesteld in januari 1977):

##### **1. Perifere Nascholingswerkgroepen.**

De kosten, aan de werkzaamheden verbonden, dienen in de periferie via PHV-contributies te worden bestreken. Men dient de aanloopkosten van cursus of nascholingsbijeenkomst door te berekenen aan de deelnemers.

##### **2. Regionale nascholingscommissies.**

De kosten, aan de werkzaamheden verbonden, dienen vanuit het budget te worden bestreken. Dit budget zal jaarlijks door de SNH worden verstrekt. De Commissie dient rekening en verantwoording af te leggen aan het Stichtingsbestuur. Aanloopkosten van een cursus kunnen doorberekend worden aan de deelnemers. Het budget wordt berekend op de volgende onderdelen: a. coördinator; b. secretariaatskosten; c. PTT-kosten; d. reiskosten commissieleden; en e. zaalhuur.

Briefpapier en enveloppen kunnen bij de SNH aangevraagd worden.

Voor het budget is f 30.000,— begroot.

Ten aanzien van niet-LHV-leden geldt dat een opslag op het cursusbedrag berekend dient te worden van 10 - 20%.

##### **3. Centrale nascholingscoördinator.**

Alle financiële consequenties komen voor rekening van de SNH en worden centraal geregeld.

##### **4. Bijeenkomsten Regionale coördinatoren en Centrale coördinator.**

Reiskosten van regionale coördinatoren dienen aan de betreffende regionale commissie te worden gedeclareerd.

##### *Coördinatoren*

In de regio's Leiden, Nijmegen, Utrecht en Groningen zijn regionale coördinatoren benoemd. Dit zijn respectievelijk: W. J. de Graaf, Mw. T. Lagro-Janssen, I. G. Knottnerus en J. S. Meijboom. In de regio's Limburg, Rotterdam en Over-de-IJssel houden de voorzitters en secretarissen der regionale commissies zich met deze taken bezig. In Amsterdam bestaat nog geen officiële regionale nascholingscommissie.

#### **Slotbeschouwing**

Eén en ander is nu weer opgesomd en de feiten 1977 zijn nog eens gegroepeerd. Dan nu nog even de tijd voor de slotbeschouwing, welke dit jaar wat langer uitvalt.

Al weer een jaar voorbij van praten en praten. Toch is er wat *doen* bij geweest. De regio's gaan functioneren, zij het nog niet alle acht. En er is zelfs een project gelanceerd! De zaken gaan echter langzaam. Het gemotiveerd raken van alle huisartsen tot daadwerkelijke nascholing verloopt traag. Hoe komt dat? Er zijn toch allerlei activiteiten (op sommige plaatsen van Nederland zelfs te veel in een bepaald tijdsbestek).

Wat zijn nu de argumenten die men zich zelf verschaft om niet aan de nascholingsactiviteiten deel te nemen. Bij een 'Warffum-

cursus' moet men te lang (vijf dagen) van huis? De waarneming is moeilijk te regelen? De waarneemgroep beschouwt het nog als vakantie? Men voelt zich bedreigd? Angst om door collegae voor dom te worden aangezien die dat dan weer in roddel verder vertellen? (De collegae zijn nog steeds verdacht). De praktijk vraagt al zo veel en dan de administratieve zorg? De huisarts is individualist? Wellicht was de neiging daartoe er al, toen men besloot de opleiding te gaan volgen. En de opleiding heeft er mede toe bijgedragen? (Interessante vraagstelling voor een proefschrift!). Wie zal hem, de huisarts, vertellen wat er moet gebeuren? Men is bereid zijn gebied te bewaken (maar tot elke prijs?). De nascholing echter behoort ook tot dit gebied. Iedere huisarts dient er tijd voor vrij te maken. De nascholing behoort tot het normale werkpakket van de huisarts. De SNH denkt aan  $\pm 80$  uur per jaar georganiseerde nascholing.

Maar dient de 'ongeorganiseerde' nascholing niet meer accent te krijgen? Dient men niet meer aan de individuele huisarts te denken bij het nascholing verschaffen? Moet er niet een eenvoudige duidelijke informatie komen, volkomen op de huisartspraktijk afgestemd? Moet men niet in een aantal afleveringen 'praktijk' brengen bij de individuele huisarts, welke afleveringen per waarneemgroep besproken kunnen worden en daarop volgend klassikaal (collectief) kunnen worden verwerkt?

Er zijn twee soorten huisartsen in het land van de nascholing. Ten eerste: nascholingmakers en organisatoren en ten tweede: nascholingconsumeerders.

Onder 1 kennen we: a. centrale organisatoren, b. regionale organisatoren en c. perifere organisatoren.

Als men de regionale organisatoren hoort, wekken de centralen de schijn de zaak van boven af te betuttelen. En dat hebben de regionalen niet nodig. Zij willen zelf in de regio organiseren en plannen uitwerken. Als men de perifere organisatoren hoort, hebben de regionalen de schijn vanuit de regio te organiseren en dat hebben de periferen niet nodig. Dit zijn toch misverstanden die de wereld uit moeten! Centraal wordt het kader aangegeven waarbinnen moet worden gewerkt. Af en toe zijn er op landelijk niveau contacten met derden, wat resulteert in activiteiten. Deze worden geschapen en onder de aandacht gebracht. Men is vrij er gebruik van te maken. Met bevoogding heeft dit niets van doen. Centraal dient ook gecoördineerd te worden (centrale coördinator). Er moet lijn in het geheel zitten! Regionaal wordt gestimuleerd, geactiveerd en gecoördineerd; daar dient de periferie niet te worden bevoogd. De pijlers zijn en blijven de perifere werkgroepen (68). De nascholing moet zo dicht mogelijk bij de huisarts gebracht en gepleegd worden. (Maar ja, ieder wil zo graag koning in eigen gebied zijn!)

ad 2. De consumerende huisartsen moeten nascholing genieten. Voor hen dienen een aantal verschillende mogelijkheden te bestaan, langerdurend, korterdurend, individueel, plaatselijk, regionaal, landelijk. En nascholingsmethodieken dienen nader te worden ontwikkeld. De nascholingswaar moet echter ook aantrekkelijk worden gebracht, anders noodt ze niet tot consumeren. In de periferie, bij de praktiserende huisarts, moet aan de bel worden getrokken door de perifere werkgroepen. Daar moet een behoeftepatroon ontstaan. Daar moet er voor worden gezorgd, dat de drempels die vele huisartsen tegenhouden, worden gesloopt. Hulp daartoe kan zowel regionaal als centraal worden gevraagd. Ideeën aan de basis hoe de motivatie kan worden verbeterd, worden dan ook vanaf heden bij mij ingewacht.

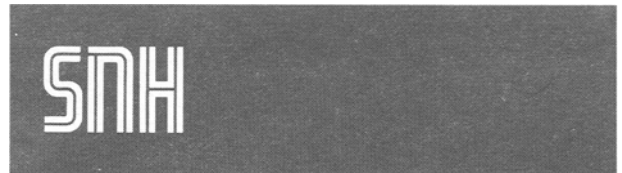
Nog even over financiën. Met pijn en moeite, zoals ons spraakgebruik dat zegt, heeft de ledenvergadering der LHV de begroting 1978 goedgekeurd. De LHV is momenteel de enige financier van de SNH. Men ziet daar zeker het nut van de nascholing. Maar het blijkt dat er in de perifere oorden geen of nauwelijks communicatie bestaat tussen PHV's en perifere werkgroepen. Terwijl veel is gepubliceerd en in de Nascholingsraad is besproken, blijkt deze materie geen onderwerp van discussie binnen de PHV'S te zijn geweest. En er zijn afgevaardigden in de ledenver-

gadering der LHV die zeggen van de gehele organisatie en het draaiboek ter regionalisering niets af te weten.

Organiseren is leuk, maar het kost veel privé-tijd en energie van hen die zich er mee bezighouden. En als het geen weerklank vindt of niet wordt opgepakt in de periferie, dan kan de gemotiveerdheid van deze organiserende collegae wel eens gaan tanen. Met als gevaar: nascholing geregeld door derden (overheid, universiteiten). En dat willen u en ik toch niet? Of kan het ons toch niet schelen en zal het onze tijd wel uitduren? Onze financiële polstok is niet lang. Het geld moet komen uit de contributie van de LHV. Laten we daar allemaal rekening mee houden! (en ook in de regio's). Wat nog in de toekomst verborgen ligt, is het antwoord op de vraag, of wij via het PAOG meer financiële ruimte krijgen voor een opwaartse lijn in het nascholingsgebeuren. Maar dan *nóg* wordt gevraagd: motivatie, begrip en waardering voor de organisatie. De bereidheid tot meewerken om samen het karwei te klaren. Wij dienen allemaal ons aandeel te leveren. Vooral niet het autoritaire, wat door sommige leden zo in woord wordt bestreden, maar die als zij zelf een functie bekleden, een demonstratie van autoriteit ten beste geven. En wie lacht dan niet, die de mensen beziet! Democratisch denken en toch leiding geven is erg moeilijk!

Het is wat langer geworden dan vorige jaren. Ik bied u mijn verontschuldigingen aan. Misschien kan mijn ontboezeming leiden tot ontwikkeling van de nascholing in reële zin!

F. A. van Spanje, secretaris/penningmeester SNH.



## Nascholingsmogelijkheden voor de huisarts van juli t/m oktober 1978

Kopij voor deze rubriek dient *drie* weken voor de laatste vrijdag van de maand te worden ingestuurd aan mw. I. Koers, Stichting Nascholing Huisartsen, Lomanlaan 103, Utrecht. Tel. 030 - 88 54 11.

### 24 juli - 5 augustus

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

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

Training: Persoonlijk functioneren. Plaats: Huize Thalatta/Bloemendaal. De woensdagmiddagen: Waalbandijk 43, Nieuwaal. Kosten: f 775,—. Inlichtingen: Mw. M. Verhaar-v.d. Gouw, Ned. Huisartsen Instituut, tel. 030 - 319946.

### 5, 12 en 19 september

'Van Calculator tot Computer', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede, tel. 053 89 29 22.

### 15 september

Blokcursus Urologie voor de Algemene Praktijk, Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam, tel. 010 - 77 22 00.

### 18, 19, 20 september

Training sociale vaardigheden, georganiseerd door S-1 (Samenwerkingsproject eerste lijn NHI-NCVK-JOINT). Plaats: Huize Doornburgh te Maarssen. Kosten: f 425,— p.p incl. verblijf. Inlichtingen: Mw. Elita Zoer-v.d. Veen, NHI, Mariahoek 4, Utrecht, tel. 030 – 31 99 46.

### 25-30 september

Europees congres voor huisartsgeneeskunde, Klagenfurt (Oostenrijk) Inlichtingen en opgave bij Mw. M. Kapsch, Bahnhofstrasse 22/1, A 9020 Klagenfurt. Het voorlopig programma is verkrijgbaar op het Nederlands Huisartsen Instituut, Mariahoek 4, Utrecht, tel. 030 – 31 99 46.

### 18, 19, 20, 21 september + 2 dagdelen

Werktraining. Plaats: Huize Doornburgh, Maarssen Kosten: f 950,— . Inl. Mw. M. Verhaar, NHI, tel. 030-319946.

### 27 september

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

### 27-28 september

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

### 2 t/m 7 oktober

Warffumcursus voor Friese huisartsen. Plaats: hotel Juliana, De Koog, Texel. Inlichtingen: tel. 05127 – 1261.

### 9 t/m 14 oktober

Warffumcursus voor Friese huisartsen Plaats: hotel Juliana, De Koog, Texel. Inlichtingen: tel. 05127 – 1261.

### 9, 10, 11, 12 oktober + 2 dagdelen

Thematraining: praten met paren. Trainer: Erik van Praag. Plaats: Huize Doornburgh, Maarssen. Kosten: f 950,—. Inlichtingen: Mw. M. Verhaar-van der Gouw, NHI, tel. 030 – 31 99 46.

### 9, 10, 11, 12 oktober

Training Hulpverlening, georganiseerd door S-1 (samenwerkingsproject eerste lijn NHI-NCVK-JOINT). Plaats: Huize Doornburgh te Maarssen. Trainer: Jan Boswijk. Kosten: f 550,— p.p. inclusief verblijf. Inlichtingen: Mw. Elita Zoer-v.d. Veen, NHI, Mariahoek 4, Utrecht, tel. 030 – 31 99 46.

### 20 oktober

Blokcursus Urologie voor de algemene praktijk, Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam, tel. 010 – 77 22 00.

### 25 oktober

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

### 27 – 28 oktober

Luisteren naar kinderen, groot en klein, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden, tel. 071 – 147222, toestel 2797.



## Personalia

### Nieuwe leden

C. G. J. Alkemade, Bosweg 20, Noordwijk.  
Mw. J. Appelman-Keijzer, Sidelingeplein 130, Rotterdam.  
J. Atema, Hyacintenstraat 64, Groningen.  
Mw. B. Bade-Winsemius, Rivierdijk 506, Sliedrecht.  
E. de Beaumont, J. W. Brouwerstraat 20, Amsterdam.  
J. W. A. M. van Beek, Schoolstraat 9, Made.  
M. F. J. Bemelmans, Appelhof 2, Molenhoek.  
Mw. A. van Bommel, v. Lieflandlaan 106, Utrecht.  
R. J. Benink, Voorweg 23, Hazerswoude.  
Mw. J. Benraadt, De Brink 292, Den Haag.  
G. van den Berg, Heigraaf 8, Wezep.  
Mw. E. Bergman, Breestraat 74, Leiden.  
P. J. Bil, 1e Jan v.d. Heijdenstraat 151<sup>III</sup>, Amsterdam.  
P. M. Boendermaker, Bredenhorst 31, Deventer.  
L. Bonnhoffer, Taludweg 95, Hilversum.  
J. R. Bottema, Lijzijde 98, Groningen.  
M. W. M. Brenninkmeijer, K. de Grotelaan 297, Eindhoven.  
H. F. M. Breuking, Breed 52, Hoorn.  
J. A. Brink, D. Stalpertstraat 82<sup>I</sup>, Amsterdam.  
F. D. Brons, Merendonk 111, Leiden.  
Mw. M. E. Bügel-Bruins, Borgweg 26, Lellens.  
H. J. Bijl, M. S. Johanna Hendrika, Marken.  
M. E. Bijleveld, Eendrachtstraat 21<sup>II</sup>, Amsterdam.  
R. Calado, v. Riebeeckstraat 22, Bolnes.  
R. M. Castelein, Oude Singel 72, Leiden.  
W. J. Christiaans, Venkel 10, Raalte.  
H. S. Cleveringa, Herfterlaan 1A, Zwolle.  
E. F. L. David, Johan Wagenaarkade 68<sup>I</sup>, Utrecht.  
W. H. J. Derks, Maasdijk 39, Westmaas.  
H. van Deutekom, Wormerveerstraat 32<sup>II</sup>, Amsterdam.  
Mw. C. J. Dokter-Feith, Pasteurstraat 18, Leiden.  
Mw. W. V. Dolsma, Het Want 60, Groningen.  
P. W. van Doorn, Palestrinalaan 335, Zwolle.  
L. v. Duijn, Nachtegaallaan 38, Katwijk.  
H. W. J. G. Ewalds, Hoofdstraat 4 A, Kerkrade.  
A. J. Fabrik, Valeriusstraat 78<sup>III</sup>, Amsterdam.  
M. F. v.d. Feen, P. Meinerstraat 10, Den Haag.  
W. H. H. Ferwerda, Nic. Beetslaan 4, Oldenzaal.  
B. Th. P. Fontein, Rijksstraatweg 87, Loenen a.d. Vecht.  
H. Garibyan, 1e Jan Steenstraat 127<sup>II</sup>, Amsterdam.  
N. J. Grobler, Geerdinkhof 373, Amsterdam.  
H. J. M. Groen, Voorclarenburg 10, Utrecht.  
F. A. J. J. Groot, Toernooiveld 27, Prinsenbeek.  
H. L. Hagens, v. Hogendorplaan 18, Woerden.  
Baron A. C. van Hardenbroek van Ammerstol, Ronde Hoep West 61 A, Ouderkerk aan de Amstel.  
E. Heineman, Vechtstraat 103, Zwolle.  
E. R. H. A. Hendriks, Zwanenveld 21-37, Nijmegen.  
R. A. P. Hendriks, Commandobaan 4, Roosendaal.  
Mw. J. C. L. van der Heyden-v.d. Hoeven, Everaertstraat 269, Rotterdam.  
A. W. M. Hoek, Hertog Hendriklaan 3, Breda.  
B. Hogerdijk, Snuiverstraat 11, Krommenie.  
C. A. Hoogesteger, Govert Flincstraat 45<sup>II</sup>, Amsterdam.  
A. J. M. Hoyng, Balistraat 34 A, Den Haag.  
C. J. Itz, Weerribben 27, Diemen.  
G. F. A. Kalsbeek, Buitenhofstraat 52, Rotterdam.  
Mw. C. S. Kelderman, Luchthavenlaan 4, Tilburg.  
J. J. Klok, de Sitterlaan 10 A, Leiden.

J. A. Knottnerus, Barentszstraat 34<sup>III</sup>, Amsterdam.  
Mw. M. E. Kok, Huygensstraat 93, Groningen.  
J. W. P. M. Konings, D. Stalpertstraat 8<sup>I</sup>, Amsterdam.  
H. Koopman, Donkeregaarde 47, Nieuwegein.  
G. Kootte, De Jagerstraat 9 A, Rotterdam.  
H. Kort, Tsjerepaed 38, Twyzelerheide.  
B. C. Kortendijk, Stadhoudersweg 60, St. Annaparochie.  
X. H. Krauss, Rodenrijseweg 11, Berkel.  
A. J. Kruyt, Trompenburgstraat 137<sup>III</sup>, Amsterdam.  
B. E. Laddé, Marten Michielshof 45, De Rijp.  
Mw. A. Leentvaar-Kuijpers, L. Leidsedwardsstraat 98 A, Amsterdam.  
R. L. Leentvaar, L. Leidsedwardsstraat 98 A, Amsterdam.  
A. J. Lock, Rabenhauptstraat 72, Groningen.  
J. C. Loor, Hanenberglanden 47, Enschede.  
J. van der Meer, C. N. A. Looslaan 40, Rotterdam.  
Y. Menger, Scheldestraat 53, Barendrecht.  
E. J. H. Meuleman, J. Lijsterstraat 137, Alkmaar.  
A. J. Molema, Dennelaan 33, Emmen.  
Mw. I. Mugge, Weteringschans 185<sup>IV</sup>, Amsterdam.  
P. F. Niemantsverdriet, Jozefstraat 151 B, Rotterdam.  
O. Niermeyer, Prinsengracht 17, Amsterdam.  
N. H. M. Nieste, Stichtstraat 11, Loenersloot.  
G. J. Olthof, Heydenrijkstraat 60, Nijmegen.  
R. F. Oosterkamp, Majoor Fransstraat 27, Amstelveen.  
T. N. van Oostrum, Adr. v. Ostadelaan 116, Utrecht.  
C. Ouwehand, Eksterstraat 24 C, Rotterdam.  
C. J. C. Paes, v.d. Havestraat 35, Nijmegen.  
C. Pons, Kennedylaan 3, Hulsberg.  
H. W. Post Uiterweer, Baanstraat 15, Groningen.  
Dr. J. M. v.d. Put, De Genestetstraat 23, Capelle a/d IJssel.  
J. J. G. Puts, Nobelstraat 12, Geleen.  
P. J. H. Th. v.d. Putten, H. Hamerstraat 65, 's-Gravendeel.  
H. W. M. Reinink, Brusselseweg 299, Maastricht.  
W. J. Remme, Rijdsdijk 75, Rhoon.  
A. M. M. van der Reijnen, Pelikaanhof 69, Leiden.  
S. Rodenhuis, Wimpel 17, Groningen.  
R. K. P. M. Roozen, Puccinilaan 17, Vlissingen.  
E. Scheentjes, Lange Janstraat 41, Utrecht.  
J. Schipper, Sabotagelaan 22, Groningen.  
J. G. M. Schreurs, Vosstraat 3-5, Nijmegen.  
B. L. H. Schulte, Hogeweg 39, Amsterdam.  
T. W. C. Selen, Hanenberglanden 111, Enschede.  
F. J. Simons, Hofbeek 21, Zwolle.  
G. Slagter, Kobbe 26, Dokkum.  
J. A. Smit, Buizerdlaan 35, Nijkerk.  
W. C. Snieders, Bakhuizen v.d. Brinkstraat 3, Haarlem.  
H. Sonnega, Enghlaan 4, Vleuten.  
W. M. Stomps, Everocken 24, Mijnsheerenland.  
C. J. Storm, Berkenlaan 64, Klaaswaal.

## Inschrijven voor het KNMG-Ledencongres in Arnhem

In Medisch Contact nr. 25 van 23 juni jl. is veel aandacht besteed aan het aanstaande Ledencongres van de KNMG dat op 4, 5 en 6 oktober aanstaande wordt gehouden in Arnhem. Het complete programma van het recreatieve en het wetenschappelijk gedeelte, dat laatste gewijd aan het thema 'De adolescent in de geneeskunde', werd daarbij afgedrukt. Ook het inschrijfformulier treft u in dat MC-nummer aan. U gelieve dat tijdig in te sturen, vóór 1 september aanstaande.



### Foto-wedstrijd

Vergeet ook niet foto's in te zenden voor de fotowedstrijd die wordt gehouden ter gelegenheid van dit 30ste Ledencongres. Informatie daarover wordt eveneens geboden in MC nr. 25 van 23 juni jl. Inzendingen worden vóór 1 september aanstaande tegemoet gezien door collega A. Jongerius, Van Borsseleweg 5, Oosterbeek (tel. 085-334534).

OLMA

### Fractiewaarde

De fractie, waarin de verzekerde bedragen bij de Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA) worden uitgedrukt, heeft, berekend volgens de artikelen 25 en 26 van de Statuten en op basis van de beurskoersen ultimo maart 1978, voor het tweede kwartaal 1978 een waarde van f 1,268.

#### INHOUD OFFICIEEL

	SNH:	
	Jaarverslag 1977 .....	836
	Nascholingsmogelijkheden voor de huisarts van juli t/m oktober 1978 .....	838
	KNMG:	
	Personalia .....	839
	OLMA:	
Nr. 27 - 7 juli 1978	Fractiewaarde .....	840