



redactioneel

- Mr. W. B. van der Mijn, secretaris-jurist van de KNMG, heeft indertijd, een voordracht gehouden op een seminar over de vrije beroeps BV, waarvan de neerslag begin volgende maand in boekvorm zal verschijnen bij Uitgeverij Kluwer BV te Eindhoven. Daarop vooruitlopend thans in MC de bijdrage van Van der Mijn: 'De BV voor beroepen in de gezondheidszorg'.
- In het Nederland van nu is het nog nauwelijks tot stakingachtige acties van de zijde der artsen gekomen. Prof. Dr. J. B. Stolte heeft zijn artikelen – 'Stakingen' in de medische wereld – geschreven in de hoop dat het mag bijdragen tot het voorkomen van dergelijke, uiteindelijk voor niemand voordelige gebeurtenissen. De gezondheidszorg zal er mee gediend zijn.
- Prof. Dr. K. Rijdsdorp, bijzonder hoogleraar Gymnologie aan de RU te Utrecht, behandelt in de artikelenserie over sportgeneeskunde de ethische aspecten daarvan. Een van zijn conclusies: 'Al wat het spel afbreekt en alles wat voortvloeit uit een tekort aan respect voor de tegenstander druist tegen het sportethos in'.
- In een tweede beschouwing over de methode van revalidatie gaat B. D. Bangma, hoofd van het Instituut Revalidatie van de Erasmus Universiteit Rotterdam nader in op de vraag: Hoe worden de gegevens, nodig voor de oplossing van het revalidatie-probleem verzameld? Op grond van zijn bevindingen komt hij tot een inventarisatie van de taak van de arts daarbij.
- 'Nergens is gebleken dat de acupunctuur een aantoonbaar effect heeft op de objectieve verschijnselen van duidelijk organische aandoeningen', aldus een van de conclusies uit het advies van een commissie van de Gezondheidsraad aan de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Het grote gevaar van acupunctuurbehandeling, zeker wanneer deze door niet-artsen wordt gegeven, ziet de commissie schuilen in mogelijk onvolledige of foutieve diagnostiek.



Op een betonnen eindwand van het verpleeghuis van het Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit aan de De Boelelaan te Amsterdam is dit non-figuratief plastiek aangebracht.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven	446
<i>Inzender: Dr. M. P. Hennink</i>	
De BV voor beroepen in de gezondheidszorg, door Mr. W. B. van der Mijn	449
Stakingen in de medische wereld, door Prof. Dr. J. B. Stolte	453
Acupunctuur heeft geen effect op organische aandoeningen	458
Ethische aspecten van de sportgeneeskunde, door Prof. Dr. K. Rijdsdorp	459
Over de methode van revalidatie (II), door B. D. Bangma	463
Daling bevolkingsgroei zet niet door ondanks lager geboortecijfer	464
Uitspraken Medisch Tuchtcollege te Amsterdam: Berispingen voor al te ambitieuze uroloog	465
SPH-voorzitter S. van Randen over stand van zaken rondom huisarts-pensioen	469
Jaarverslag 1975 Bureaus Vertrouwensartsen Kindermishandeling: Kindermishandeling veelal slechts facet van complexe gezinsproblematiek	470
OFFICIEEL	471
Inhoudsopgave officieel	472



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 en verschuldigd aan de Algemene Vergadering van de KNMG. De Algemene Vergadering kiest het bestuur van Medisch Contact, benoemt de hoofdredacteur en de redactiesecretaris.

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

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

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

Uitgeverij

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

Abonnementen

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

Advertenties

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

Adreswijziging

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

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.

BRIEVEN

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

DE OPLEIDING HUISARTSGENEESKUNDE

De op 17 maart jl. in Medisch Contact (MC
nr. 11/1978, blz. 330) geplaatste brief van
een groep arts-assistenten geeft uiting aan
onbehagen over de situatie waarin zij zich
bevinden. Ten onrechte zou hiermee de
indruk gewekt kunnen zijn dat hierover
binnen het huisartseninstituut geen overleg
bestaat. In tegendeel, de gesignaleerde
problematiek is een vrijwel voortdurend
onderwerp van gesprek met de
vertegenwoordiging van de plaatselijke
afdeling van de arts-assistentenvereniging.
De onmogelijkheid deze problemen op
plaatselijk niveau op te lossen heeft er deze
briefschrijvers toe gebracht hiervoor in
bredere kring aandacht te vragen. Van
instituuetszijde hebben wij dit ondersteund,
hoewel onwetend van de redactie van dit
schrijven.

Even openlijk als het onbehagen door de
briefschrijvers is geuit, wil het instituut
hierop reageren.

Van de zes genoemde oorzaken van de
slechte positie waarin de arts-assistent zich
bevindt, betreft het in drie gevallen zijn
financiële situatie. De andere drie punten
betreffen de in een aantal gevallen
gesignaleerde onvoldoende ruimte en
uitrusting welke de arts-assistent in de
opleidingspraktijk ter beschikking staan.
De in een aantal gevallen gebleken
onvoldoende ruimte voor eigen
verantwoordelijkheid en tenslotte het
tekort aan tijd voor de studie. Het laatst
genoemde punt laat zich niet zonder
verdere gegevens beoordelen. Het instituut
wil deze opmerkingen van de volgende
kanttekeningen voorzien.

Het is meer treurig dan belachelijk dat de
financiële positie van de tot huisarts in
opleiding zijnde arts-assistent zo slecht is,
dat zij een voortdurende bedreiging vormt
voor de aandacht waarmee deze opleiding
door betrokkenen wordt gevolgd. Van het
totale gedurende de opleiding te ontvangen
bedrag is niet de renteloze lening van
f 12.000,— maar slechts de f 6.000,—
studietoelage als inkomen aan te merken.
Hoewel de positie van de aanstaande
huisarts niet zonder meer vergelijkbaar is
met de arts-assistent in opleiding tot
specialist, is het buiten kijf dat deze
situatie onduidelijk is. Het komt voor dat
door betaalde nevenfuncties een
noodzakelijk gezinsinkomen moet worden
gerealiseerd, hoewel hierover van

instituuetszijde een afwijzend standpunt
wordt ingenomen. Geen wonder dat in
dergelijke situaties een tekort aan tijd voor
studie zich wrekt.

Het is duidelijk dat dit niet alleen ten
nadele van de arts-assistenten is, maar
evenzeer van de opleidingsinstituten.
Daarin staan zij niet tegenover elkaar maar
naast elkaar, al mogen verschillende
noodzakelijke regelingen de indruk van het
tegedeelte wekken.

De voorstelling dat de aanwezigheid van
een arts-assistent een aanzienlijke
financiële besparing geeft, is onjuist. Dit
doet niets af aan het feit dat de
arts-assistent produktief werkzaam is,
doch het leidt niet tot
inkomstenvermeerdering door middel
waarvan hij zou kunnen worden
gesalarieerd.

Met betrekking tot de niet overal
aanwezige outillage voor arts-assistenten
mag ook bij hen enige clementie worden
verzocht. De verplichte beroepsopleiding
voor aanstaande huisartsen en de
belangstelling hiervoor, heeft tot een grote
vraag naar opleidingsplaatsen geleid.
Praktijken waar een extra spreekkamer
hiervoor gereed stond, waren vrijwel niet
aanwezig. De aan de opleiders uit te keren
onkostenvergoeding biedt, afgezien van
dikwijls bouwtechnische problemen
bovendien geen mogelijkheden tot grote
investeringen. Hoewel een eigen
spreekkamer voor de arts-assistent een
verlangen van de eerste orde is, bepaalt dit
toch niet alléén de kwaliteit van de
opleidingsplaats.

Over de ruimte voor eigen
verantwoordelijkheid en
beslissingsbevoegdheid het volgende. Het
is voor velen na hun artsexamen een
onweersaanbare behoefte zelfstandig
patiënten te kunnen afhandelen. Met name
tijdens de klinische stages stuit men daarbij
echter op de plicht instructies te vragen en
verricht werk te laten controleren. Hoewel
dit het leren van vaardigheden, waartoe de
stage is bedoeld, niet in de weg behoef te
staan, wordt dit soms als ontmoedigend
ervaren. Ook hier is de positie van de
arts-assistent in het geding en vraagt om
verduidelijking.

De oplossing van de problematiek die
voortkomt uit de zwakke financiële positie
van de arts-assistent ligt niet binnen het
bereik van het huisartseninstituut.

Doorlezen naar blz 448

TRANSSEKSUALISME

Het interimadvies van de Gezondheidsraad inzake transsexisme (MC nr. 4/1978) gaat in hoofdzaak over de kwestie van de administratieve geslachtsverandering. De conclusie van het rapport luidt, dat een voor alle individuen geldend geslachts criterium niet bestaat en dat uitgaande van somatische criteria een aantal mensen buiten de tweedeling man-vrouw vallen. Een verzoek tot administratieve aanpassing van het geslacht zou volgens de raad aan twee criteria moeten voldoen. De verzoeker zou de door deskundig onderzoek bevestigde overtuiging moeten hebben tot een ander geslacht te behoren dan in de geboortecte staat vermeld, met de wil daaraan uiting te geven; dit laatste moet blijken uit het feit dat hij minstens een jaar in de rol van de andere sexe heeft geleefd. In de tweede plaats moet de verzoeker somatisch zover aan het verlangde geslacht zijn aangepast als op medisch verantwoorde wijze kan worden bereikt.

Deze conclusies en criteria bevatten weinig nieuws. In de Angelsaksische literatuur en praktijk worden de daarin genoemde begrippen al een tiental jaren gehanteerd. Men kan zich dan ook met recht afvragen waarom de Gezondheidsraad zoveel tijd nodig heeft gehad om tot zijn besluitvorming te komen. Want er was wel enige haast geboden. Wat is namelijk het geval? Een van de grootste problemen voor de transseksuele mens is de geslachtsverandering in het register van de burgerlijke stand. Tot 1975 lukte het in vijftien gevallen op grond van transseksualisme een wijziging aan te brengen in de geboortecte. De Hoge Raad heeft in zijn arrest van 3 januari 1975 beslist dat voor de vaststelling van het geslacht alleen het criterium van de uiterlijk waarneembare geslachtskenmerken kan zijn bedoeld. De Hoge Raad heeft daaraan toegevoegd, 'dat alleen de wetgever bij

machte is op gronden als ten behoeve van transseksisten worden aan-gevoerd een aanvulling van de registers van de burgerlijke stand onder de nodige waarborgen en met uitsluiting van terugwerkende kracht mogelijk te maken.' In 1975 is dit via een juridische kunstgreep toch nog tweemaal gelukt.

Het gaat niet om grote getallen. Sinds 1974 bestaat er enige vorm van registratie. Bij de Stichting Nederlands Gender Centrum zijn in de jaren 1974 t/m 1976 196 nieuwe gevallen van probandi gemeld. Voor de niet in deze materie ingevoerde lezer: onder 'proband' wordt verstaan hij of zij die zich aanmeldt met het verzoek om somatische aanpassing aan zijn gender-identiteit; gender-identiteit is het gevoel of de overtuiging man respectievelijk vrouw te zijn.

Een gunstig aspect is de nadruk die de Gezondheidsraad legt op de zelfdiagnose

Het gunstige effect van het rapport van de Gezondheidsraad kan gelegen zijn in de constatering dat administratieve aanpassing een logische consequentie is van de somatische aanpassing van het geslacht. Dit maakt de weg vrij voor een wettelijke regeling. Een tweede gunstig – maar overigens niet nieuw – aspect is de nadruk die in het rapport wordt gelegd op de zelfdiagnose. Eigenlijk is dit de enige factor die beslissend is voor een medische ingreep. Voor de medicus betekent dit dat de proband moet worden benaderd vanuit een houding van ja, tenzij. Het is jammer dat deze conclusie niet met zoveel woorden in het rapport staat vermeld. Het is eveneens te betreuren dat het rapport hardnekkig vasthoudt aan de term 'transseksisme'. De argumentatie hiervoor is dat er sprake is van geslachtsveranderingen de ingrepen. Dit moge uiterlijk het

geval zijn, in wezen is de behandeling (hormoonbehandeling, chirurgische ingrepen) een geslachtelijke aanpassing aan de gender-identiteit waarvoor een detransseksualisatie nodig is. Dit moge een woordenspel lijken, maar transseksisme gaat uit van geslachtsverandering. Voor de mannelijke transseksueel geldt dat zij een vrouw is met het lichaam van een man. Internationaal wordt de term 'transsexisme' dan ook niet of nauwelijks gehanteerd; de Codex Medicus bevat die term niet en noemt uitsluitend 'transseksualisme' of 'sex reassignment'.

Hiermede hangt wellicht samen dat het rapport enerzijds het gezinsverband noemt als de bepalende factor voor de transseksueel, anderzijds prenatale hormonale activiteit als de oorzaak aanduidt. Beide hypothesen zouden niet bewezen zijn. Dit soort uitspraken suggereert dat beide opvattingen min of meer van gelijke (on)waarde zijn. Zowel de therapeutische resultaten als de ontwikkeling van de moderne endocrinologie geven aan de eerste opvatting nauwelijks enige steun. Dat dit dualisme in de praktijk voor de patiënt veel ellende kan betekenen, wordt geïllustreerd door een casus die wij dezer dagen als patiëntenperikel ontvingen (zie blz. 462).

Hoe een wetswijziging er uit moet zien is wat minder eenvoudig. Het enige land dat op dit punt een sluitende wetgeving heeft is Zweden. Daar bepaalt de rechter of een geslachtsaanpassende operatie mag worden uitgevoerd met als consequentie een andere geslachtsaanduiding op de burgerlijke stand. Voor Nederland is dit gezien de opvatting over medische ethiek onaanvaardbaar. Immers, in Zweden bepaalt de rechter of de medicus een door hem gewenste behandeling mag geven, bij ons niet. Het blijft te betreuren dat door de uitspraak van de Hoge Raad een aanvaardbare procedure onmogelijk werd gemaakt.

B.

Interfacultair is hierover een intensief overleg gaande met de beroepsorganisaties en de bij de huisartsenopleiding betrokken departementen.

De oplossing van het vraagstuk is niet gediend met discussies welke de schijn wekken dat er in dit opzicht tussen huisartsinstituut en arts-assistenten verschillende doelen worden nagestreefd. Over meer plaatsgebonden opleidingsperikelen geven wij er de voorkeur aan, het gesprek binnenshuis voort te zetten en niet via de kolommen van Medisch Contact.

Leiden, 28 maart 1978

Dr. M. P. Hennink,
Coördinator beroepsopleiding
Vakgroep Huisartsgeneeskunde
Medische Faculteit, Leiden.



Symposium Groningen – Ter gelegenheid van het 75-jarig bestaan van het Academisch Ziekenhuis te Groningen wordt op donderdag 25 en vrijdag 26 mei 1978 in het Martinihalcentrum te Groningen een symposium gehouden over 'De plaats en functie van het Academisch Ziekenhuis in de gezondheidszorg'. Dit symposium zal worden ingeleid door de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Inlichtingen bij: H. Kobus, secretaris van de commissie van beheer van de Universitaire Leergangen Gezondheidszorg, Oude Boteringestraat 23, 9712 GC Groningen, tel. 050-115138.

Internationaal congres – Ter gelegenheid van de opening van het nieuwe research laboratorium en proefdierenverblijven van Het Nederlands Kanker Instituut zal een internationaal congres worden gehouden, 8-11 mei 1979, in het RAI-Congres Centrum in Amsterdam. Een twintigtal geïnviteerde sprekers behandelen de volgende thema's: Epidemiologie van kanker, voorkomen en werkwijzen van chemische carcinogenen, transplacentaire carcinogenese; Gastheerfactoren, als carcinogeen metabolisme en DNA-herstel; Modifierende factoren: dieet bestanddelen, enzym inductoren, promotoren, anticarcinogenen; Evaluatie van dierexperimenten en risico schatting van lage doses carcinogeen in grote populaties; Evaluatie van kort-durende testsystemen voor de identificering van chemische carcinogenen. Aan het eind van iedere dagzitting is een periode van één uur gereserveerd voor een open discussie.

Voor verdere informatie: Dr. E. Kriek, secretaris van het Organisatie Comité, Het Nederlands Kanker Instituut, Plesmanlaan 121, Amsterdam-Slotervaart.

Stipendium sportgeneeskunde – Met ingang van dit jaar is een stipendium voor studie, stage of onderzoek op het gebied van de sportgezondheidszorg ingesteld. Het stipendium, ten bedrage van f 10.000,—, zal worden toegekend aan een onderzoeker of een student voor zijn (of haar) verdere praktische en/of theoretische ontwikkeling in de sportgezondheidszorg. Dit stipendium zal, in overleg met de jury, gebruikt kunnen worden bijvoorbeeld voor praktische stages in binnen- of buitenland, of ter ondersteuning van wetenschappelijk onderzoek. De kandidaten, die in aanmerking willen komen voor het stipendium, dienen een welomschreven aanvraag en een curriculum vitae toe te zenden aan de jury van de prijs voor sportgeneeskunde, secretariaat, postbus 350, 1180 AJ Amstelveen. Deze jury wordt gevormd door artsen, die allen actief de sportgeneeskunde beoefenen. De aanvragen dienen vóór 1 mei 1978 in het bezit van het secretariaat te zijn. De toewijzing van het stipendium zal vóór 1 juli 1978 bekendgemaakt worden.

Prijs voor sportgeneeskunde – De in 1973 ingestelde prijs voor sportgeneeskunde, die tot doel heeft in ons land het onderzoek op het gebied van de sportgezondheidszorg – in de ruimste zin – te stimuleren, wordt met ingang van 1977 niet meer jaarlijks, doch elke twee jaar uitgereikt (de volgende in 1979), terwijl in de tussenliggende jaren, met ingang van 1978, een stipendium wordt gegeven. De prijs voor sportgeneeskunde, waaraan een geldbedrag van f 5.000,— is verbonden, wordt toegekend voor de door een jury als beste aangewezen studie(s) op het terrein van de sportgezondheidszorg. Daarnaast worden ook aanmoedigingsprijzen gegeven. Proefschriften (dissertaties) en algemene publikaties (tijdschriftartikelen) worden afzonderlijk beoordeeld. Voltooide studies, dissertaties, artikelen, enz. kunnen tot 1 september 1979 aan het secretariaat van de prijs voor sportgeneeskunde, postbus 350, 1180 AJ Amstelveen, ter beoordeling worden ingezonden. De uitreiking van de prijs zal eind 1979 plaatshebben.

'Farmodex' – De apotheken van de academische ziekenhuizen in Nederland hebben samen met hun collega's van enkele grote algemene ziekenhuizen, verenigd in de Coördinatiecommissie Geneesmiddelenverstreking, een index samengesteld van alle in Nederland beschikbare geneesmiddelen en grondstoffen daarvan. Deze met behulp van de computer samengestelde lijst is zowel geschikt voor gebruik in ziekenhuizen als in openbare apotheken.

Gebruik van deze lijst met daarop geënte computerprogramma's maakt het onder meer mogelijk bedrijfsvergelijkingen te maken en het geneesmiddelengebruik van de individuele patiënt te registreren. De opbouw van deze lijst is ontleend aan een soortgelijk systeem, dat sinds 1970 met veel succes in de Verenigde Staten in gebruik is. Deze lijst, die Farmodex is genoemd, komt per 2 mei 1978 beschikbaar en zal van maand tot maand met actuele gegevens worden aangevuld. Op het medisch informatica congres op 22 maart in Rotterdam zal de projectleider, de apotheker E. Dammers, de Farmodex presenteren.

Verpleeghuizen – Dezer dagen is een publikatie verschenen, getiteld 'bouwplandocumentatie verpleeghuizen'. In deze losbladige documentatie zijn thans acht verpleeghuizen opgenomen, te weten: Het Zonnehuis, Doorn; De Weerde, Eindhoven; Bruggerbosch, Enschede; De Kreek, 's-Gravenzande; Zilver schoon, Nijkerk; Overwhere, Purmerend; Nieuwe Hoeven, Schayk; St. Antonia, Terborg. Deze projecten zijn gerealiseerd in de jaren 1968 t/m 1976. De cassette biedt ruimte voor meer documentatiesets omdat van tijd tot tijd aanvullingen zullen verschijnen van nieuwe gerealiseerde verpleeghuizen. De documentaire informatie betreft de omvang, het bouwvolume, de kosten en enkele gegevens betreffende de technische installaties en omvat voorts de volledige plattegrond-tekeningen op schaal 1:500, waarin met behulp van functiesymbolen de bestemming der ruimten is aangegeven. Exemplaren van de publikatie worden toegezonden na overmaking van f 47,50 plus f 5,— voor verzendkosten per exemplaar op girorekening nr 2836334 ten name van de Dienst Publikaties NZI onder vermelding van de titel.

TV-TIPS

Dinsdag 18 april 1978:
(Ned. I). EO, 18.59 - 19.30 uur:
'Windkracht 16'

Woensdag 19 april 1978:
(Ned. I), NOS, 20.58 - 21.30 uur:
'Programma met de map: Het zullen wel zenuwen wezen'

(Ned. II) IKON, KRO, RKK, 18.59 - 19.24 uur:
'Iemand zoals jij'. Omgaan met elkaar.
(Ned. II) Socutera, 20.27 - 20.32 uur:
'Samenwerkende kindbeschermingsorganisaties'

Zondag 23 april 1978:
(Ned. II) NOS, 18.10 - 18.25 uur:
'Kijken naar kinderen'

De BV voor beroepen in de gezondheidszorg

I. Stand van zaken

In de gezondheidszorg is de 'vlucht in de BV' (Haagse Post dd. 18.10.'76 – 'Hoe de dokter de belasting ontloopt') nog steeds bescheiden. Naast ongeveer 140 apothekers-BV's, zijn er op dit moment ruim 450 medische BV's, waarin artsen, tandartsen of fysiotherapeuten hun beroep uitoefenen. Nadere precisering: ongeveer 330 artsen, bijna alleen specialisten, ongeveer 70 tandartsen en een 50-tal fysiotherapeuten hebben voor de uitoefening van hun praktijk de BV-vorm gekozen.

Nog geen 2% van de zelfstandige beroepsbeoefenaren maakt dus van deze rechtsvorm gebruik. De verwachtingen hieromtrent zijn indertijd bij het departement van Justitie anders geweest; de komst van duizenden medische BV's werd tegemoet gezien. Dat het zover niet is gekomen, is ongetwijfeld mede veroorzaakt door het feit dat deskundige adviseurs elk geval op zijn eigen merites plegen te bekijken en in een groot aantal gevallen de BV-vorm toch niet wenselijk hebben geacht. Het departement van Justitie stelt zowel aan de apothekers-BV, in dat geval mede in verband met het Besluit uitoefening artseneijbereidkunst, als aan de medische BV bijzondere eisen met betrekking tot de kwaliteit van aandeelhouders, bestuurders en commissarissen. Deze eisen zijn door de beroepsorganisaties bepleit, toen Justitie in 1973 meende niet langer verklaringen van geen bezwaar aan medische BV's te kunnen onthouden. Justitie schijnt er overigens thans toe te neigen zelfs deze kwaliteitseisen te laten vervallen, omdat zij naar haar oordeel een wettelijk steunpunt zou missen, een opvatting welke in de loop

door Mr. W. B. van der Mijn



Mr. W. B. van der Mijn, secretaris-jurist van de KNMG heeft de hier gereproduceerde voordracht gehouden op een seminar over de vrije beroeps BV, waarvan de neerslag begin mei aanstaande in boekvorm zal verschijnen bij Uitgeverij Kluwer BV te Eindhoven.

van dit betoog zal worden bestreden. De meeste BV's zijn éénmansondernemingen. Maatschappen tussen éénmans-BV's of tussen natuurlijke personen en éénmans-BV's komen voor, waarbij via allerlei bepalingen in het maatschapscontract de persoonlijke inbreng van de enige aandeelhouder-directeur moet worden gewaarborgd. BV's waarin meer beroepsbeoefenaren deelnemen, schijnen nauwelijks te bestaan. Omdat – tenzij er sprake is van een samenwerkingsvorm – voor de leden van de beroepsorganisaties geen plicht bestaat de organisatievorm waarin zij werken te melden, is een goed beeld van een en ander niet gemakkelijk te verkrijgen.

II. (Aanvankelijke) bezwaren

De beroepsorganisaties zijn niet blind voor de mogelijke voordelen van de

BV-vorm voor de individuele beroepsbeoefenaar, zoals:

- minder belastingen;
- betere pensioenvoorzieningen;
- meer rechten krachtens sociale verzekeringen, al moet men daarvan de voordelen niet overschatten;
- risicodekking, indien bedrijfsmiddelen en personeelsbestand enige omvang hebben, bij voorbeeld bij apothekers en tandartsen; bij artsen speelt dit minder;
- beperking van de aansprakelijkheid; hoewel dit punt in de discussies vrijwel niet naar voren is gekomen en men zich overigens tegen de gevolgen van aansprakelijkheid kan verzekeren.

Een beroepsorganisatie bestaat hoewel niet uitsluitend, dan toch wel in overwegende mate – ten behoeve van de georganiseerde leden en een organisatie zal er dan ook naar willen streven om, wanneer er constructies bij de wet mogelijk zijn welke aan de individuele beroepsbeoefenaar voordelen kunnen bieden, de totstandkoming van die constructies te bevorderen.

Op zich zelf is een beroepsorganisatie niet gauw geneigd de belangen van de eigen leden te veronachtzamen, tenzij er grotere belangen op het spel staan. De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft in haar statuten ook met zoveel woorden staan dat zij *tracht haar doel te bereiken door bevordering van de maatschappelijke belangen der geneeskundigen in Nederland, voorzover deze belangen niet in strijd zijn met het algemeen belang* (cursivering door Van der Mijn). Ondanks de geschetste mogelijke

voordelen van de BV-vorm hebben de beroepsorganisaties, toen de vraag omtrent de geoorloofdheid en wenselijkheid van de BV-vorm werd gesteld, ernstige bezwaren geuit. De organisatie van de artsen (KNMG) overigens het sterkst, die van de apothekers (KNMP) het minst. Deze bezwaren spreken meer, als het vraagstuk op macro-niveau wordt bezien; het gaat niet om het belang van die ene beroepsbeoefenaar; het gaat in feite om de vraag hoe de situatie zou zijn als alle beroepsbeoefenaren zich in ons land in een BV-jasje zouden hullen.

Wanneer men het vraagstuk op macro-niveau beziet, kan het gebeuren dat een beroepsorganisatie een beslissing moet nemen die de individuele beroepsbeoefenaar wellicht niet of minder goed uitkomt. Een ander punt: de BV moet ook als samenwerkingsvorm worden gezien, niet uitsluitend als éénmans-BV, welke trouwens door partiële overdracht van aandelen gemakkelijk een meermans-BV kan worden. De bezwaren zijn van juridische, ethische, maatschappelijke en beleidstechnische aard en zullen ongetwijfeld de een meer aanspreken dan de ander. Zij kunnen als volgt worden samengevat:

1. De BV-vorm met haar bedrijfsmatig karakter past niet bij medische beroepen, waarbij de persoonlijke zorg zozeer voorop staat en die typisch persoonsgebonden zijn (naamskantoren zoals bij architecten, accountants en advocaten zijn in het medische beroep onbekend en ongewenst). Overigens wanneer van deskundige zijde wordt verklaard dat langzamerhand over dit bezwaar maar moet worden heengestapt, dan zal dit bezwaar – hoewel steeds als eerste genoemd – niet meer het zwaarst worden gewogen.
2. De BV is gericht op het maken van winst, terwijl het medische beroep een dienstverlenend karakter heeft; een stelling welke wellicht een glimlach oproept, maar die men moet zien in het gehele beeld, waarbij de medische wereld toch niet graag het imago wil hebben dat zij juist zoekt naar constructies die erop zijn gericht winst te maken.
3. De BV-vorm kan de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt verstoren doordat de patiënt zou kunnen menen dat andere

belangen dan de zijne de keuze van de diagnostische en therapeutische middelen kunnen beïnvloeden. Het zou op zich zelf een kwalijke zaak zijn indien de patiënt zou menen dat de arts een bepaald advies geeft, omdat het belang van de BV erbij gebaat zou zijn.

4. De BV-vorm zou het toch reeds veelvuldig bestookte aanzien van de medische stand kunnen schaden, indien via deze vorm vooral wordt getracht fiscale voordelen te behalen. De medische BV lokte inmiddels veel negatieve publiciteit en netelige kamervragen uit. Ook in het recent verschenen Voorlopig Verslag op het wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg (kamerstuk 14181) wordt kritiek uitgeoefend op de regering voor wat betreft haar tolerantie jegens de medische BV.
5. De noodzakelijk geachte professionele onafhankelijkheid van de arts in dienstverband, tot uitdrukking komend in vrijheid van diagnostiek en therapie, vrijheid van receptuur, vrije patiëntenkeuze en beroepsgeheim, zou in de BV-vorm gevaar kunnen lopen, indien niet ter waarborging daarvan bijzondere regelen zouden worden gesteld. Deze bijzondere regelen komen onder punt III aan de orde.
6. Bij de vaststelling van de tarieven voor de vrije beroepsbeoefenaren is al rekening gehouden met inconvenianten van het vrije beroep.
7. Bij het ontbreken van bijzondere regelen met betrekking tot de kwaliteit van de aandeelhouders zouden in de medische zorgverlening ongewenste verhoudingen en zou zelfs het verschijnsel van dichotomie (i.c. onderlinge verwijzing tegen geldelijk voordeel) kunnen optreden. Zie verder punt III.
8. Het eerder bestaande – en inmiddels met succes bekreunde – streven naar een collectieve pensioenregeling, waarvoor steun van de wetgever nodig was, zou op weerstand kunnen stuiten, indien inmiddels beroepsbeoefenaren langs andere wegen hun oudedagsvoorzieningen zouden trachten te verbeteren. Om misverstanden te vermijden zij nog opgemerkt dat het hebben van een BV en het in dienst zijn van een BV de beroepsbeoefenaar niet van de verplichting ontslaat deelnemer te zijn in het beroepspensioenfonds. Men kan aan de verplichte deelneming dus niet ontkomen door een BV op te

richten. Wel zal er in het algemeen nog enige speelruimte zijn om naast premie voor de beroepspensioenfonds nog aanvullende oudedagsvoorzieningen te creëren.

9. Aanvankelijke berekeningen van deskundigen wezen uit dat slechts zeer hoge inkomens profijt zouden hebben van de BV-vorm, waardoor deze nog eens extra worden bevoordeeld. Inmiddels is komen vast te staan dat het ook voor minder hoge inkomens voordeel kan hebben. Wel blijft het gegeven overeind dat degenen die nu al zijn netto-inkomen verteert geen BV behoeft op te richten.

10. De BV-vorm leidt tot ingewikkelde juridische constructies en onduidelijke verantwoordelijkheden. De beroepsbeoefenaar weet nauwelijks wanneer hij het BV-jasje aan of uit heeft; hij blijft bovendien geheel en al afhankelijk van zijn adviseurs, die hopelijk deskundig zijn.

11. Tenslotte heeft als bezwaar gegolden de van deskundige zijde vele malen gegeven verzekering dat de fiscus door de BV-vorm zal heenkijken en deze uiteindelijk toch niet zal accepteren; dit schijnt achteraf minder waar te zijn.

Deze bezwaren waren in hun onderlinge samenhang naar het oordeel van onder meer de KNMG voldoende om strijd met de openbare orde en/of goede zeden te kunnen stellen. Luyten (de Naamloze Vennootschap 1974/2) heeft gesproken over ontoelaatbare rechtsongelijkheid ten opzichte van andere personen in het maatschappelijk leven. Dit moet worden betwist, omdat in casu grotere belangen aan de orde zijn. Justitie heeft het standpunt van de beroepsorganisaties uiteindelijk niet aanvaard.

Het departement meende niet langer gerechtigd te zijn met de wet in de hand de verklaring van geen bezwaar te kunnen weigeren. Van de zijde der KNMG is toen druk uitgeoefend om dan in elk geval met het oog op de bezwaren genoemd onder 3, 5 en 7 bijzondere regelen te stellen. Daarbij is de BV-vorm als samenwerkingsvorm gezien, ook al lijkt de BV-vorm juist als samenwerkingsvorm voor het vrije beroep minder geschikt.

III. Kwaliteitseisen

Aanvankelijk is na overleg met de beroepsorganisaties door Justitie tevens als voorwaarde gesteld dat geen inbreng van de praktijk zou plaatsvinden. De BV mocht derhalve slechts tot doel hebben de bevordering van bijvoorbeeld de huisartsenpraktijk. Deze voorwaarde werd gesteld op grond van de wettelijke bepaling dat alleen natuurlijke personen de geneeskunst kunnen uitoefenen. Inmiddels is wel algemeen aanvaard dat deze wettelijke bepaling geen belemmering vormt om een BV op te richten tot uitoefening van de huisartsenpraktijk, mits de feitelijke praktijkvoering maar geschiedt door daartoe bevoegde personen.

Hierover is helder geschreven door Westbroek in NV 1974/2. Zoals Prof. Dijk (Ned. Tandartsenblad 31/18 1976) stelde: 'het eist doodgewoon een beetje spankracht van denken'. De voorwaarde is in 1974 uit de richtlijnen geschrapt, mits zowel uit de doelstelling als uit de overige statutaire bepalingen de eigen verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar duidelijk blijkt. De woorden 'de bevordering van' behoeven niet meer in de statuten te worden opgenomen, maar het mag wel.

Gehandhaafd is wel de eerder tussen Justitie en beroepsorganisaties overeengekomen eis:

'dat slechts aandeelhouders kunnen zijn zij die bevoegd zijn in dezelfde discipline de geneeskunst uit te oefenen. Ten aanzien van specialisten moet dit geschieden door de vermelding dat slechts aandeelhouders kunnen zijn zij die als zodanig voor hetzelfde specialisme zijn ingeschreven in het register van de KNMG. Deze kwaliteitseis geldt eveneens ten aanzien van de bestuurders, commissarissen en personen die optreden bij ontstentenis of belet van bestuurders'.

Deze regel vormt een analoge toepassing van een sinds jaren door de KNMG zelf gestelde regel betreffende samenwerking, met name in de vorm van maatschappen. Door financiële samenwerking tussen beoefenaren van een verschillend onderdeel der geneeskunde zou sprake kunnen zijn van een oneigenlijke invloed op de keuze, waardoor de vrijheid en het belang van de patiënt in het gedrang zouden kunnen komen.

ADRESSEN SECRETARISSEN MEDISCHE TUCHTCOLLEGES

-
- | | |
|--------------|---|
| - Amsterdam: | Mr. J. Heeres, Paulus Potterstraat 10, Postbus 5258, Amsterdam-Z., tel. 020-79 63 33. |
| - Den Haag: | Mr. H. P. Utermark, Koninginnegracht 12B Den Haag, tel.: 070-92 44 61. |
| - Groningen: | Mr. M. P. Dorhout, Oude Ebbingestraat 91, Groningen, tel.: 050-2 80 41. |
| - Zwolle: | Mr. S. Willinge Gratama, Burg. van Royensingel 6, Zwolle, tel.: 05200-1 17 33. |
| - Eindhoven: | Mr. W. J. M. Ten Berge, St. Antoniusstraat 6, Eindhoven, tel. 040-51 76 53. |
-

Daarnaast geldt als motief dat geen constructies moeten worden gecreëerd waarbij het aantrekkelijk kan worden polypragmacie of polyfarmacie te bedrijven door zonder medische noodzaak de patiënt nog eens te verwijzen naar een beoefenaar van een ander specialisme, in de opbrengst van wiens werkzaamheden men dan deelt. Daarom verbiedt bijvoorbeeld artikel 11 van de Wet uitoefening geneeskunst aan artsen om rechtstreeks of zijdelings overeenkomsten aan te gaan met apothekers over het leveren van geneesmiddelen aan hun patiënten. Voor de goede orde, er zijn wel apotheekhoudende huisartsen die zelf geneesmiddelen voorschrijven en afleveren, maar daar bestaat de nodige controle op.

In dezelfde zin geldt het verbod van de KNMG tot het aangaan van financiële overeenkomsten tussen huisartsen en specialisten, en tussen beoefenaren van verschillende specialismen, tenzij in laatstbedoeld geval bij uitzondering door het bestuur onder de nodige waarborgen goedkeuring is verleend. Verbodsbepalingen als deze belemmeren de ontwikkelingen in de gezondheidszorg niet. Voor dit aspect dient de overheid, in casu Justitie, oog te hebben. Het gaat niet aan te stellen dat ook zonder een BV financiële bevoordeling kan plaatsvinden; bij de BV zou het als het ware een plicht

kunnen worden. Hier is sprake van een volksgezondheidsbelang, een belang van openbare orde.

Justitie moet gerechtigd worden geacht deze kwaliteitseisen te stellen op grond van de wet, niet omdat er sprake zou kunnen zijn van handelen in strijd met de regels van de beroepsorganisatie – dát zou inderdaad onvoldoende grond voor overheidsoptreden zijn – maar omdat er sprake zou kunnen zijn van handelen in strijd met het belang van de volksgezondheid. Op deze wijze kan toch toetsing aan de formele wet plaatsvinden.

Kwaliteitseisen van deze aard zijn ook gesteld, wanneer men daarvoor een beroep kan doen op wettelijke bepalingen (zoals bij apothekers) of wanneer publiekrechtelijke beroepsorganisaties daartoe bij verordening de mogelijkheid hadden (zoals bij advocaten). De medische beroepsorganisaties, die een privaatrechtelijke karakter hebben en geen orde zijn, moeten niet worden gedwongen aan te dringen op de totstandkoming van wettelijke bepalingen zoals voor apothekers gelden of op een publiekrechtelijke status, als Justitie nu al aan reële verlangens van die zijde tegemoet kan komen, met name omdat het gaat om verlangens die voortspruiten uit zorg voor het volksgezondheidsbelang en niet uit zorg voor het belang van de leden zelf.

IV. Verdere bepalingen

De richtlijnen bepalen voorts dat uit de statuten moet blijken dat, mochten de aandelen in handen komen van personen die niet (meer) aan de kwaliteitseisen voldoen, geen aan die aandelen verbonden rechten kunnen worden uitgeoefend en dat de vennootschap in dit geval op een desbetreffend verzoek van de betrokken aandeelhouder verplicht zal zijn een persoon aan te wijzen die aan de bedoelde eis voldoet en bereid en in staat is de aandelen tegen een objectief vastgestelde prijs over te nemen (De in par. 17 van de departementale richtlijnen 1972 vermelde uitzondering c.q. dispensatie geldt hier derhalve niet).

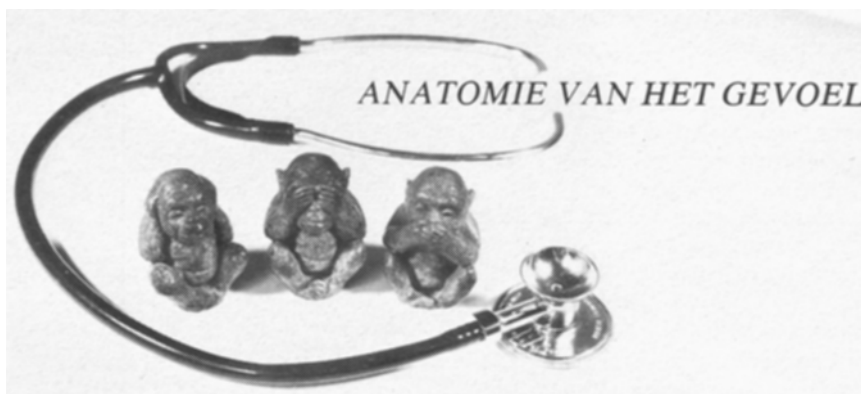
Voorzover de richtlijnen inzake de medische BV's desondanks toch nog zouden getuigen van onnodige gestrengheid (Luyten in NV 1974 nr.2) is in 1974 nog de volgende aanvulling gegeven:

'Bovendien mogen de statuten bepalen dat voor het geval alle aandelen in handen zijn van personen die niet (meer) aan de gestelde kwaliteitseisen voldoen, deze het vergader- en stemrecht mogen uitoefenen in de algemene vergadering van aandeelhouders, waarin als enig agendapunt aan de orde komt het besluit tot ontbinding der vennootschap hetzij een statutenwijziging waarbij tenminste: a. het doel van de vennootschap zodanig wordt gewijzigd, dat de vennootschap niet meer bevoegd is de uitoefening van de in de doelomschrijving genoemde praktijk te bevorderen, en b. de daarmede verband houdende kwaliteitseisen vervallen'

Overigens zijn onlangs de richtlijnen opnieuw gewijzigd in die zin dat de blokkering als bedoeld in artikel 195 BW volledig gesloten is, terwijl de statuten voorts dienen te bepalen dat het stemrecht niet op een zakelijk gerechtigde kan overgaan.

V. Conclusie

In goed overleg tussen Justitie en beroepsorganisaties is met enige aanpassing een regeling tot stand gekomen welke goed werkt en waarbij de belangen van de volksgezondheid zijn gewaarborgd. Handhaving van deze regeling dient derhalve te worden aanbevolen.



Een patiënten-story

Het begon met een uitbreiding van de douche, die meer op een wat omlaag gezakte gootsteen leek met een stuk plastic erover heen. In de krant had een advertentie gestaan dat een sauna niet veel meer plaats in beslag neemt dan een douche, dus onmiddellijk werd de bon ingestuurd. Twee weken later lag het pakket met balken, buizen en gebruiksaanwijzingen in de hal onder en naast de trap. De nodige zweedruppels, omdat de gebruiksaanwijzing niet in het Nederlands maar in het Engels was . . . Je kent dat wel, maar dan toch die handigheid in je vingers, die Noud bij het prikken ook schijnt te hebben.

En zo kwam in de al bijna onbewoonbaar verklaarde vooroorlogse (?) woning een pracht van een Finse sauna. Het ging allemaal voortreffelijk. Binnen de kortste tijd stond het hele huis te dampen, het hout trok nog wat meer krom dan het al was en de verf begon vervaarlijk te schilferen. Maar de heer des huizes verloor al spoedig zijn bierbuikje en bloosde een en al gezondheid uit. Hij had nog maar één wens: hij was sociaal ingesteld en hij wilde graag dat de buurt ervan mee kon profiteren. Een afspraak links, een afspraak rechts, en daar kwamen de dames (!) en heren om zich te verkwikken in het dampkookje van hun straatgenoot. Maar het bleef niet bij de straat; via de mond-reclame in de Spar, bij de bushalte en in het wijkcentrum wist al spoedig de halve stad van de Finse 'broedstoof voor mensenvlees'.

'Als we er nu eens een paar sauna's bijbouwen en dan wat centjes laten betalen', dacht onze handige held, 'dan krijg ik misschien nog wat beleg op de boterham'. En binnen een maand of twee kreeg het ene hokje gezelschap van vijf andere hokkies. Om de ambiance wat te verhogen, werden er links en rechts wat foto's uit de Nieuwe Revu opgehangen. Er kwam een kamerbreed tapijt en enkele divans waarin je heerlijk kunt wegzakken. Kortom, er kwam sfeer

en dat stelde de klandizie, die voornamelijk uit heren bestond, toch wel op prijs.

Op een goede dag kwam de een of andere krankzinnige op het idee om na het uitdampen in de zweettoiletten 'een filmpie te draaien' – een soort toegift, echt niet meer. Zo is het – geloof ik – gekomen, dat onze hoofdpersoon eigenaar werd van de grootste sexclub van een havenstad, wekelijks inkomen: f 30.000,—. De scènes op het celluloid waren op zich al voldoende om diezelfde bloes op de wangen te bewerkstelligen als de sauna's dat deden en dat sauna-ritueel kostte je toch altijd veel tijd met aan- en uitkleden. Om het geheel compleet te maken werd er ook nog een gelegenheid geschapen om te gokken.

Ik zal de rest aanvullen met losse flarden: Onze held maakte kennis met een wat uit de

DAGBOEK
VAN EEN
CO-ASSISTENT
(24)

kluiten gewassen boerenzoon, die zijn hele jachtgeweer over de hoofden van de anderen leegschoot alsof het klappertjes waren. – Er was een levendige handel in een bepaald soort Spaanse pillen om af te vallen, maar die tegelijkertijd stimulerend werkten. – Er werden verschillende invallen gedaan door de politie, waarbij het nodige werd vernield; ook de auto van onze held (het zal wel geen Dajje zijn) werd gestolen. – Onze held kwam in de cel terecht.

Zijn 'collega's' wezen hem erop, dat hij sliep als een koffiemachine. Dat werd dus een neusoperatie in het Alouïsiusziekenhuis. En met een opgetamponeerde neus troffen Frank, Noud en ik hem aan in de hal van het ziekenhuis, waar hij het bovenstaande verhaal vertelde.

Alexander van Es

‘Stakingen’ in de medische wereld

Inleiding

In de laatste 15 jaar zijn in vele landen in Europa, in Libanon, Israël, de Verenigde Staten, Mexico, Chili, Japan ‘stakingen’ in de gezondheidszorg voorgekomen of is er mee bedreigd. Iets dergelijks kwam tevoren nauwelijks voor, enkele gebeurtenissen rond de eeuwwisseling daargelaten. Het lijkt nuttig te trachten na te gaan waarom het nu wel plaats vindt en wat ermee wordt beoogd, maar vooral welke nadelen eraan vastzitten en hoe men het daarom eventueel zou kunnen proberen te verhinderen. In het bestek van een artikel kan dit maar weinig diepgaand geschieden. Voor een uitgebreider en penetranter beschouwing moge worden verwezen naar een onlangs verschenen werkje van de hand van schrijver dezes. Hier zal de nadruk vallen op de artsen. Hun ‘stakingen’ hebben de meeste indruk gemaakt en wellicht daardoor is er het meeste over bekend.

Het klimaat van de welvaarts- of verzorgingsstaat

Overziet men de vele ‘stakingen’ en stakingsdreigingen in de gezondheidszorg die zich de laatste decennia voordeden (meer dan 80!), dan is een van de opvallende feiten dat ze zich vrijwel alle voordeden in landen die tot de zogenaamde welvaartsstaten worden gerekend, maar die naar mijn mening beter verzorgingsstaten kunnen worden genoemd. Volgens *Janowitz* (1976) heeft de verzorgingsstaat twee uitgangspunten:

1. de staat mag en moet (ook) in de economie ingrijpen om de burgers te helpen hun legitieme doelen na te streven; en

door *Prof. Dr. J. B. Stolte*



2. staatsapparaat en burger staan onder sociale controle, waaronder niet onderwerping onder dwang moet worden verstaan, maar het vermogen tot ‘self-regulation’.

Menigeen beschouwt de verzorgingsstaat als het onontkoombaar gevolg van de parlementaire democratie. Terwijl de sociale maatregelen in eerste instantie beoogden tegemoet te komen aan de noden van de economisch zwakken in de samenleving, is de verzorgingsstaat geleidelijk de instantie geworden waarop iedere burger zijn risico’s lijkt te mogen afwentelen. De staat is zich verantwoordelijk gaan stellen voor het opvangen van de gevolgen van welhaast alle onzekerheden die het leven meebrengt: ziekte, ouderdomsgevolgen, economische wisselvalligheden, werkeloosheid, enz. enz. Hij tracht de burger een risicoloos bestaan te verzekeren. Opvallend is daarbij dat weinig aandacht wordt geschonken aan de plichten van de burger die tegenover deze rechten zouden moeten staan. Het getuigt in de arena van de parlementaire democratie van weinig politiek inzicht

de kiezers voor te houden dat zij zich ten aanzien van het stellen van eisen hebben te matigen.

De ideologie van de verzorgingsstaat is geleidelijk aan nog twee andere elementen gaan tonen: de behoefte aan de creatie van voldoende arbeidsplaatsen om het arbeidspotentieel op te vangen en de drang naar een vérgaande herverdeling der inkomens in een streven naar gelijkheid van de burgers. ‘The principal watchword which is now involved to justify welfare policies is equality’ (*Robson*, 1976).

Er wordt aan toegevoegd: ‘The trade unions support demands for equality to be achieved through the political machinery of the state. But they fight incessantly for the maintenance of inequality for their own members. This inequality is disguised under the name of differentials’.

Om de verplichtingen van de verzorgingsstaat na te kunnen komen zijn middelen nodig. Door het voortdurend toenemen van de verplichtingen als gevolg van de steeds stijgende verwachtingen en eisen ontstaan moeilijkheden. ‘The erosion of economic resources is a reflection of the system of social control, which has engendered an enormous expansion in the demand for welfare services without an increase in productivity or an effective reduction in private consumption’ (*Janowitz*, 1976).

Tegelijk moest het overheidsapparaat sterk worden uitgebreid. Desondanks raakte het parlementair-democratisch apparaat overbelast, met name omdat de verzorgingsstaat bijna geen enkel levensgebied ongemoeid kan laten. De regeerkracht is afgenomen (kleine, fluctuerende meerderheden, coalities en minderheidskabinetten), de taak buiten proporties gegroeid. *King* (1976)

spreekt dan ook van 'the problem of overload'.

De gezondheidszorg in de verzorgingsstaat

Enerzijds steeds stijgende verwachtingen en verlangens, anderzijds tekort schieten van de sociale controle zowel ten aanzien van de burgers als ten aanzien van het parlementair-democratische apparaat: tijdens perioden van vermindering van de economische groei moet het wel tot spanning komen.

In alle verzorgingsstaten ontstond dan ook de laatste jaren grote verontrusting over de enorme kostenstijging op het gebied der sociale voorzieningen. De gezondheidszorg krijgt daarbij al heel sterk de aandacht in de politieke arena. Men kan zich afvragen waarom dat het geval is.

Zeker is dat voortdurend nieuwe eisen worden toegevoegd aan het pakket van gezondheidszorgdiensten dat de verzorgingsstaat meent ter beschikking van de burgers te moeten stellen.

Bevolkingsonderzoek op allerlei kwalen, meer coronaire chirurgie, alternatieve geneeswijzen, uitgebreide tandheelkundige verzorging en nog veel meer staan op het verlanglijstje. De resulterende kostenstijging is echter politiek slecht verkoopbaar. Het ligt dan voor de hand deze aan ondoelmatigheid en hebzucht te wijten. Daarbij richten de verwijten zich allereerst tegen de artsen omdat deze zo'n grote invloed op de allocatie der middelen voor de gezondheidszorg hebben. 'It is only through the devious device of an attack on the 'professional standards' of the medical profession that political hay can be made . . . ' (Marcus, 1975).

De geneeskundige professie was kwetsbaar. Door een langdurige opleiding beschikken de artsen bij uitsluiting over een gebied van kennis en kunde, waardoor zij als enigen in staat zijn bepaalde onmiskenbare diensten aan hun medeburgers te verlenen. Samen met een ethische instelling bracht dit een hoog maatschappelijk aanzien, een goed inkomen en grote onafhankelijkheid mee. Een en ander ging lang gepaard met een echte of voorgewende geringerschatting voor de wijze waarop de dienstverlening in geldelijke beloning resulteerde. In ieder geval werd het verband tussen dienstverlening en vergoeding nogal

doeltreffend versluierd.

Voor na de tweede wereldoorlog traden bepaalde maatschappelijke veranderingen in die de positie van de artsen gingen beïnvloeden. Ze werden door de professie als een bedreiging ondervonden. Het ziektekosten-verzekeringssysteem vond in het kader van de verzorgingsstaat ingang en breidde zich snel uit. De zo gebundelde koopkracht liet zich gelden. De staat ging zich als uitvoerder van het verzorgingsstelsel met de beroepsuitoefening bemoeien. Door het belang, dat het bedrijfsleven bij de premie voor de ziektekostenverzekering had en door het ideologisch belang, dat met name de vakverenigingen gingen hechten aan de herverdeling van de inkomens, kwam ook uit die hoek druk om tot grondige verandering te komen. Daarbij werd de status van vrij ondernemer die vele curatief werkzame artsen hebben een van de mikpunten. Ook de zogeheten kritische groeperingen lieten zich niet onbetuigd.

De positie van de artsen bedreigd

De bedreiging die de artsen ervoeren had ten minste twee aspecten. Aan de ene kant kwamen de professionele waarden in het gedrang. Het belangrijkste was daarbij de vertrouwensverhouding ten opzichte van de eigenlijke opdrachtgever van de curatief werkzame arts, de patiënt. Aan de andere kant waren de arbeidsvoorwaarden en met name het inkomen in het geding. Hierbij ging al spoedig meespelen dat bij het heersende fiscale klimaat het verteerbare inkomen het totale inkomen in betekenis ging overheersen, terwijl de invloed van de inflatie zich steeds sterker deed gevoelen. In sommige landen, met name in de Verenigde Staten en (in mindere mate) in Frankrijk werden de curatief werkzame artsen ook uit anderen hoofde bedreigd, een bedreiging die zich wellicht nog in meer landen (ook Nederland?) in toenemende mate gaat voordoen. Aansprakelijkheidsprocedures van de zijde der patiënten hebben een zodanige omvang gekregen, dat de dekking ertegen uitermate hoge premies te betalen geeft. Het verschijnsel gaat, zoals Kane (1975) heeft aangegeven, de beroepsuitoefening ernstig bedreigen. Naast deze algemeen maatschappelijke

verschijnselen deed zich in de inrichtingen voor gezondheidszorg nog een ander voor, dat de daar werkende artsen als een bedreiging ervoeren. De bedrijfsleiding ging het bureaucratische bedrijfsleidingsmodel hanteren. De artsen waren echter tot dan toe een grote mate van zelfstandigheid gewend geweest en voelden zich in het hun opgedrongen keurslijf slecht thuis, temeer omdat zij de indruk kregen dat ze belemmerd werden in het dienen van de belangen van hun patiënten. Voor het feit dat de schaarste der middelen beperkingen noodzakelijk maakte konden zij weinig begrip opbrengen. Het streven ze in dienstverband op te nemen versterkte velen van hen in hun weerstand en wantrouwen.

Tenslotte moet nog de aandacht worden gevestigd op de in de ziekeninrichtingen in opleiding zijnde artsen-assistenten. Hun primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden waren jaar en dag buitengemeen slecht. De traagheid waarmee de maatschappelijk gezien onontkoombare verbeteringen werden ingevoerd leidde in vele landen (Frankrijk, Engeland, Italië, Nederland) tot meer of minder felle protestacties. In hun strijd om de bedreigingen af te wenden vonden de artsen allerlei partijen tegenover zich: de ziektekostenverzekeraars, de ziekeninrichtingen met hun organisaties, het bedrijfsleven (met name de vakverenigingen), verschillende en soms alle politieke partijen, allerlei belangengroepen en ook herhaaldelijk de regeringen. De doelstellingen van de tegenover elkaar staande partijen die zich herhaaldelijk in coalities verenigden waren lang niet altijd even duidelijk blijkbaar ook niet voor henzelf. Ze werden zelden goed geformuleerd. Bij de artsen ging het om ideële doelen waarbij zich vooral voor het belang van de patiënten inzetten en om materiële oogmerken, met name het inkomen. Lang niet altijd werden de onderscheiden doelen duidelijk gescheiden, wat nog wel eens de schijn van huichelachtigheid wekte. Een belangrijk neven doel van de artsenorganisaties was het bevorderen en bewaren van een hechte samenhang van de groep.

Tegengestelde standpunten

Bij de regeringen lijkt het er in de grond

om te gaan of zij – met name in een verzorgingsstaat – wel kunnen aanvaarden dat een zich sterk autonoom opstellende groep als die van de artsen de beslissingsmacht over een belangrijk aspect van de verzorgingsstaat aan zich trekt, of althans de indruk wekt zulks te doen. Ten aanzien van de strijd tussen de artsen en de provinciale regeringen in Canada schrijft *Badgley* (1975): 'In each instance the question of who governs for the public good was a central issue in the test of professional versus state power'.

De ziektekostenverzekeraars hebben een verwant standpunt. Het bedrijfsleven maakt zich met de regeringen en de ziektekostenverzekeraars ongerust over de kostenstijging en heeft in verband daarmee eveneens bezwaar tegen de professionele autonomie met de daaruit voortspruitende allocatiemacht ten opzichte van de schaarse middelen. Bij de vakverenigingen en in hun voetspoor bij verschillende politieke partijen bestaat bovendien de behoefte aan een vérgaande herverdeling der inkomens en aan een beëindiging van de status van vrij ondernemer op grond van de ideologie van de gelijkheid. Bij de bedrijfsleidingen van de ziekeninrichtingen en hun organisaties werd de autonome opstelling van de artsen binnen het 'bedrijf' gevoeld als een gevaar voor de continuïteit in de bedrijfsvoering, zowel uit hoofde van het verontachtzamen van de betekenis van de schaarste der middelen als uit hoofde van het zich niet willen en kunnen inpassen in het gezagsmodel van de bureaucratie. Dat dit klimaat tot conflicten moest leiden ligt voor de hand. Tot felle strijd kwam het o.a. in Groot-Brittannië, Japan, Chili, Italië, België, Canada en vele andere landen. Het is hier niet mogelijk op details in te gaan; bestudering ervan brengt veel helderheid, maar een desbetreffend verslag neemt teveel plaatsruimte. Hier moet worden volstaan met enkele opmerkingen over de wijze, waarop artsen zich in het maatschappelijk bestel trachten te handhaven en over een van de manieren, waarop het conflict menigmaal werd uitgevochten, de zogenaamde 'staking'.

Het verschijnsel van de pressiegroepen

De opstelling van de artsen in de

verzorgingsstaten is in vele opzichten die van een pressiegroep. *Wootton* (1970) spreekt van 'interest-groups', *Eiserman* (1975) van 'Interessenverbände'. De door *Hoogerwerf* (1972) gebruikte term 'politiek actieve belangengroep' is mij te lang, maar geeft de positie wel goed weer. Het pressiegroepverschijnsel lijkt bij de parlementaire democratie te horen. Het betreft groeperingen die georganiseerd zijn met het oog op belangenbehartiging ten behoeve van de leden, al vestigen ze steeds de aandacht op hun sociale doeleinden ten aanzien van de samenleving en haar leden.

Ze onderscheiden zich van politieke partijen omdat ze een beperkter reikwijdte hebben en geen plaats innemen in het eigenlijke parlementair-politieke leven. Ze dingen niet mee naar de gunst van de kiezers en stellen geen kandidaten voor de vertegenwoordigende lichamen. Ze hebben geen onmiddellijk deel aan de politieke beslissingen en dragen er ook geen verantwoordelijkheid voor. Ze hebben echter wel invloed, want ze kunnen anderen tot een gedrag brengen dat deze anders niet zouden tonen (*Dahl*, 1969). Ze hebben echter geen echte macht, dit is dwingende invloed.

In de verzorgingsstaat met zijn overbelaste apparaat zijn ze onmisbaar geworden, al dient erkend dat ze ook een gevaar voor het functioneren van het parlementair-democratische stelsel (kunnen) inhouden (*Daudt*, 1976). Door het zich uitstrekken van de bemoeienissen van de verzorgingsstaat over welhaast alle aspecten van het maatschappelijk leven zijn volksvertegenwoordiging en regeringsapparaat niet meer in staat alle problemen met voldoende grondigheid te onderzoeken en zo tot oplossing te brengen. Het is de taak van de pressiegroepen om de nodige aandacht te vragen voor de kwesties die ten onrechte teveel op de achtergrond raken of om aspecten te belichten, die niet genoeg de aandacht krijgen. Juist door hun specifieke deskundigheid zijn ze in staat adviezen te geven, die aan de oplossing grotelijks kunnen bijdragen. Ze kunnen door hun kennis en kunde ook tegenspel leveren tegen het ambtenarenapparaat waarvan de invloed in een parlementaire democratie zeer groot en ten dele nauwelijks gecontroleerd is. Ze kunnen het tevens assisteren. 'They may . . .

supply public officials with much information, often of a technical sort, concerning the nature and possible consequences of policy proposals. In doing so, they contribute to the rationality of policy-making' (*Anderson*, 1975).

Zoals reeds even werd opgemerkt zijn aan het optreden van pressiegroepen ook bezwaren en gevaren verbonden. Het is hier niet de plaats daar uitvoerig op in te gaan. Volstaan moge worden met een aanhaling uit een artikel van *Guggenheimer* (1975): 'Der moderne Staat wird immer weniger als Garant hoheitlicher Vollkommenheit, als Interessenenthobenes, souverän waltendes Herrschaftssubjekt verstanden, sondern immer mehr als im Prinzip jedermann 'zugängliches' Einflussmedium rivalisierender Gruppeninteressen'. *Daudt* (1976) wijst erop, dat pressiegroepen het democratische proces ernstig kunnen verzieken omdat ze de besluitvorming belemmeren.

De artsen als pressiegroep

In het in het voorgaande geschilderde maatschappelijk-politiek klimaat zijn de positieve en corrigerende inspanningen van de artsen als pressiegroep welhaast onmisbaar. Ze hebben in eigen ogen echter niet altijd voldoende effect.

De artsen gaan zich dan herhaaldelijk inspannen voor een beïnvloeding van alle bij de problematiek betrokkenen, teneinde te bereiken dat de besluitvorming in een voor hen gunstig geachte richting verandert.

Veelal wordt daarvoor de methode gebruikt, die *Takemi*, de voorzitter van de Japanse Artsen Associatie 'dramatisering' noemde (*Steslicke*, 1973). Door allerlei acties wordt de aandacht van alle betrokkenen – bevolking, politieke partijen, regering, ziektekostenverzekeraars, vakverenigingen, verwante organisaties, enz. – op het vraagstuk gevestigd. *Steslicke* (1973) noemt dit geheel van actuele en potentiële meegen tegenstanders de 'target-structure' en wijst erop hoe zorgvuldig met de bij elk onderdeel ervan aanvaarde normen en waarden bij de te voeren actie en vooral bij de dramatisering rekening moet worden gehouden.

Onervarenheid en amateurisme kunnen daarbij de als pressiegroep fungerende artsenorganisatie lelijk parten spelen.

'Staking' in de gezondheidszorg

Een van de mogelijkheden om tot dramatisering van een moeilijkheid over te gaan is wat veelal, maar niet zelden ten onrechte, artsenstaking wordt genoemd. Staking is algemeen aanvaard als een legitiem middel in de strijd voor hun belangen ten dienste van de werknemers, al neemt dit niet weg dat het kan worden misbruikt, met name wanneer het zich niet tegen de betrokken werkgevers (alleen) keert, maar de hele samenleving ontwricht. In het bedrijfsleven mag men er in principe van uitgaan dat marktverschijnselen de manoeuvreerruimte voor beide partijen beperken (vooropgezet dat de Staat niet door subsidies, e.d. marktbedervend ingrijpt). Verandering in de arbeidsvoorwaarden, die er uit voortkomen zal in de prijs en dus in de verkoopbaarheid van het product tot uiting komen en in een herverdeling van de bedrijfsinkomsten. De strijdende partijen zullen – wanneer ze rationeel handelen – rekening moeten houden met de concurrentiepositie op de binnen- en buitenlandse markt en met de mogelijkheid tot voortbestaan van het bedrijf. De afnemer van de goederen is niet zonder invloed omdat hij op de prijsstijging kan reageren door zijn koopkracht elders aan te wenden. Op de gezondheidszorgbedrijven is dit marktmechanisme echter op verschillende punten niet toepasselijk. Zo zijn de ziekeninrichtingen in Nederland en vele andere landen niet (zonder meer) in staat hogere arbeidskosten te dragen vanwege hun non-profit-karakter. Het inkomen wordt bepaald door een tarief dat (ternauwernood) kostendekkend is. Hogere arbeidskosten moeten dan ook uit een tariefsverhoging worden bekostigd wanneer men niet wil aanvaarden dat de kwaliteit van de dienstverlening achteruit gaat of het voortbestaan van het instituut door interen op het spel wordt gezet. Dit leidt tot wat *Miller* (1971) het 'cost-pass-through' mechanisme heeft genoemd: de bedrijfsleiding wentelt in haar dwangpositie de verantwoordelijkheid af op verzekeraars en overheid. Deze krijgen zodoende 'in tweede instantie' het hoofd te bieden aan de spanning tussen het moeten verwezenlijken van het burgerrecht op gezondheidszorg en de financiële gevolgen van de eisen der gezondheidszorgwerkers. Een recent

voorbeeld in Nederland was het zich uiteindelijk moeten neerleggen van de toenmalige staatssecretaris bij het in de tarieven doorberekenen van de hogere arbeidskosten der arts-assistenten. Hoewel stakingen en stakingsdreigingen in principe gericht zijn tegen de werkgever zijn ze in de gezondheidszorg als gevolg van het cost-pass-through mechanisme in werkelijkheid gericht tegen de gemeenschap. Als laatste middel om verbetering van ernstige tekortkomingen in de arbeidsvoorwaarden af te dwingen lijken ze aanvaardbaar. Men zal er echter zeer spaarzaam gebruik van dienen te maken.

Problemen ten aanzien van 'staking' in de gezondheidszorg

De volgende twee aspecten zullen in de overwegingen moeten worden betrokken alvorens men tot toepassing van 'staking' in de gezondheidszorg overgaat. Met name wanneer artsen in het geding zijn, worden de gemeenschap onmisbare diensten onthouden die alleen zij kunnen verlenen op grond van een hen door diezelfde gemeenschap verleend 'monopolie' van kennis en kunde. Hier ligt mijns inziens een reden voor grote omzichtigheid bij het eventueel toepassen van het middel. 'There are certain fundamental rights the infringement of which would justify the use of force in a democracy, but great care must be taken to avoid confusing fundamental rights with self interest or the preservation of the economics of professional status quo' (*Tollefson*, 1963).

Het andere aspect is gelegen in de positie van de patiënt. Hij, de eigenlijke opdrachtgever van de arts, heeft de gevolgen van het conflict te dragen, terwijl hij in feite buiten spel staat en zich niet kan verdedigen. Dit geeft de stakingsdreiging en de staking zo'n imperatief karakter en zet ze onevenredig veel kracht bij. Ze krijgen dan ook spoedig het karakter van chantage en zijn moeilijk in overeenstemming te brengen met de professionele status van het beroep. Gelukkig lijken de artsen evenals de andere gezondheidswerkers zich dit terdege bewust te zijn. In ieder geval is er – voor zover ik kon nagaan – bij alle voorgekomen 'stakingen' voor gezorgd dat steeds voldoende hulp ter

beschikking bleef om urgente problemen op te vangen. De eerste staking van de Kupa Holim artsen in Israël leidde zelfs tot het grapje dat de sterfte in die periode daalde tot een laagterecord.

In vele landen is gebleken dat het grote merendeel der artsen alleen tot 'staking' bereid was, wanneer voor alle urgente gevallen hulp ter beschikking bleef. Hoezeer het dienstbaarheids-ethos van betekenis is, bleek uit het feit dat ook indien zulks verzekerd was nog velen aarzelden. Het is trouwens de vraag of de artsen niet in ernstige moeilijkheden zouden komen, wanneer zij er bij een 'staking' niet voor zouden zorgen dat voldoende geneeskundige hulp ter beschikking blijft.

Vrij gevestigde artsen en 'stakingen' in de gezondheidszorg

Er moet nog op een bepaald aspect worden gewezen in verband met 'artsenstakingen'. Staking is een strijdmiddel van werknemers. De stakingen van de Kupa Holim-artsen in Israël, van de artsassistenten in Engeland, Frankrijk e.d. zijn echte stakingen. Vrij gevestigde artsen zijn echter geen werknemers. Het gebruik van de term 'staking' voor hun acties lijkt dan ook onjuist, al gebruiken zij zelf en anderen hem wel. Eleganter was de wijze waarop de Japanse Artsen Associatie haar actie betitelde, namelijk met 'geneeskundige vakantie'. Ze gaf daarmee te kennen dat de diagnostische en curatieve werkzaamheden tot de voor een vakantiedag gebruikelijke zouden worden beperkt. Behalve door een beperking van de curatieve werkzaamheden kunnen de vrij gevestigde artsen ook op andere wijze kracht bijzetten aan ernstige bezwaren of verlangens van ideële of materiële aard. Ze kunnen overeenkomsten met verzekeringsinstanties beëindigen en overgaan tot een rechtstreeks door de patiënt te betalen verrichtingentarief. Ze kunnen ook gebruik maken van het feit dat de maatschappij op vele punten van hun medewerking afhankelijk is door het afgeven van overlijdensverklaringen, arbeidsongeschiktheidsverklaringen e.d. na te laten. Aangezien de artsen bij deze werkzaamheden niet curatief zijn ingeschakeld, doch 'slechts' als

medisch deskundige, zijn de etische bezwaren tegen dergelijke acties geringer*. *Marcus* (1975) bracht dit als volgt onder woorden: '... physicians possess the power through concerted action to disrupt the comfort and convenience of any bureaucracy designed to control them, and ... this can be done without denying anyone essential medical care'. Dat neemt niet weg, dat ook dit type acties grote sociale verspilling meebrengt. Het strookt dan ook niet met de redelijkheid er spoedig gebruik van te maken. Daar staat tegenover dat de 'tegenpartij' eveneens van redelijkheid blijk dient te geven en het gevaar van een eenzijdig en overtrokken beroep op de redelijkheid dient te onderkennen: het jaagt de ander in het harnas, iets wat het onderhandelingsproces ernstig kan belemmeren. Dit onderhandelingsproces is nodig om conflicten (en daaruit voortvloeiende 'stakingen') te voorkomen of tot oplossing te brengen. 'Bargaining can be defined as a process in which two or more persons in power or authority adjust their at least partly inconsistent goals in order to formulate a course of action that is acceptable but not necessarily ideal to the participants' (*Anderson*, 1975). Een scherpzinnige analyse van het onderhandelingsproces gaf *Rapoport* (1974).

* Een geslaagd voorbeeld van een dergelijk protest was de bekende 'bordjesactie' van de Nederlandse artsen, gericht tegen de Artsenkamer en via deze tegen de bezetter.

Conflict-oplossing?

Beter dan maatregelen om ad hoc-conflicten te voorkomen of tot oplossing te brengen is het onder ogen zien van de kansen op een conflict en het in een niet door bestaande tegenstellingen vertroebelde sfeer gezamenlijk vaststellen van een algemene procedure voor de oplossing ervan. De kans is dan veel groter dat een werkwijze wordt aangegeven die besluitkundig gunstig is. Daarvoor is echter nodig dat de bij de regeling betrokken partijen elkaar als zodanig erkennen en tot bindende afspraken kunnen komen. Dit is momenteel wellicht het geval bij de ziekenfondscontracten. In het Nederland van nu is het nog nauwelijks tot stakingachtige acties van de zijde der artsen gekomen. Het bovenstaande is geschreven in de hoop dat het mag bijdragen tot het voorkómen van dergelijke, uiteindelijk voor niemand voordelige gebeurtenissen. De gezondheidszorg zal ermee gediend zijn.

Literatuur

J. E. Anderson: Public Policy-making (Praeger, New York, 1975).

R. F. Badgley: Health worker strikes (Internat. J. Hlth. Serv. 5: 9; 1975).

R. A. Dahl: A preface to democratic theory (Univ. of Chicago Press, 1956).

H. Daudt: De politieke toekomst van de

verzorgingsstaat (Beleid & Maatschappij III: 175; 1976/7).

A. Hoogerwerf: Politicologie (Samsom, Alphen a/d Rijn, 1972).

M. Janowitz: Social control of the welfare state (Elsevier New York, 1976).

R. Kane: Now or never (Surg. Gyn. Obst. 141; 85; 1975).

A. King: The problem of overload (in A. King, Ed.: 'Why is Britain becoming harder to govern' (BBC, Londen, 1976).

S. A. Marcus: The purpose of unionization in the medical profession (Internat. J. Hlth. Serv. 5: 37; 1975).

R. L. Miller: The hospital-union relationship (Hospitals 45; 49 & 54; 1971).

A. Rapoport: Conflict in man-made environment (Pelican Books, 1974).

W. A. Robson: Welfare state and welfare society. (Allen & Unwin, Londen, 1976).

W. E. Steslicke: Doctors in politics. The political life of the Japan Medical Association (Praeger, New York, 1973).

J. B. Stolte: Conflict & Staking in de Gezondheidszorg (De Tijdstroom, Lochem, 1977).

G. Wootton: Interest-groups (Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1970).

PRAKTIJKPERIKELLEN

Kan dit wel?

Een Marokkaanse familie laat een verwijskaart vragen om twee zoontjes door een chirurg te laten besnijden. Als huisarts denk je dan: kan dit wel voor rekening van het ziekenfonds? Een medische indicatie is niet aanwezig.

De vraag wordt doorgespeeld naar de medisch adviseur van het ziekenfonds. Daarover is de Marokkaanse familie ontstemd; als zo iets wordt gevraagd, moet het ook onmiddellijk gebeuren.

Een hulpvaardige Hollandse kennis belt de medische dienst van het ziekenfonds om te vragen of de jongens alvast naar de chirurg mogen gaan. Hiertegen wordt van die zijde geen bezwaar gemaakt.

Nu is deze Hollandse kennis ontstemd over de huisarts; die maar moeilijk doet door zich zo formeel op te stellen. Hij zal vast wel niet erg 'Marokkaan-minded' zijn.

Na tienmaal (10x) tevergeefs contact te hebben gezocht met de medische dienst van het ziekenfonds voor nadere opheldering werp je als huisarts het hoofd maar in de schoot. Consciëntieus werken vraagt soms veel tijd, én wordt je door de betrokkenen niet altijd in dank afgenomen.

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

Commissie van Gezondheidsraad brengt advies uit

Acupunctuur heeft geen effect op organische aandoeningen

Eind december 1977 heeft een commissie van de Gezondheidsraad aan de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne een advies uitgebracht inzake acupunctuur. Om dit advies was in februari 1975 gevraagd naar aanleiding van vragen, gesteld in de Tweede Kamer.

De adviesaanvraag richtte zich niet alleen op de theoretische grondslagen en praktische toepassing van acupunctuur. Aangegeven zou ook dienen te worden voor welke taken van de geneeskunst de acupunctuur van betekenis zou kunnen zijn, wie eventueel bevoegd zijn tot het uitoefenen van acupunctuur, in hoeverre dit ook door niet-artsen zou kunnen geschieden en met welke waarborgen de instellingen en opleidingen die acupunctuur toepassen en onderwijzen, zouden moeten worden omringd.

De voor het beantwoorden van deze vragen ingestelde commissie heeft zich zo goed mogelijk op de hoogte gesteld door het bestuderen van de zeer uitgebreide literatuur, door het houden van hoorzittingen, waarbij waren uitgenodigd de drie op dat moment in Nederland bekende groeperingen, die werkzaam zijn op het gebied van de acupunctuur en door het bijwonen van een internationaal congres van artsen-acupuncturisten.

De commissie is blijkens het advies tot de conclusie gekomen dat vele gepubliceerde waarnemingen niet voldoen aan eisen die aan een wetenschappelijk verantwoord opgezet onderzoek moeten worden gesteld.

Nergens is gebleken dat de acupunctuur een aantoonbaar effect heeft op de objectieve verschijnselen

van duidelijk organische aandoeningen. De effecten van acupunctuur bij aandoeningen waarbij psycho-sociale factoren een rol spelen onderscheiden zich niet van die, welke door andere officiële en niet-officiële geneeswijzen kunnen worden bereikt. De commissie stelt verder vast dat de acupunctuur geen verrijking van de diagnostische mogelijkheden heeft gebracht.

Pijnstillend effect

Wel meent de commissie dat acupunctuur bij chronische pijnen een pijnstillend effect kan hebben. Het werkingsmechanisme hiervan is echter nog niet bekend.

Ook is de commissie er van overtuigd dat een aantal operatieve ingrepen met behulp van acupunctuur kan worden uitgevoerd, al zal deze methodiek alleen in een gering percentage de voorkeur verdienen boven normale anesthesie.

De commissie ziet geen bezwaren tegen de technische aspecten van de acupunctuurbehandeling, mits de gebruikelijke voorzorgen van steriliteit en veiligheid van apparatuur zijn genomen.

Diagnostiek

Het grote gevaar van acupunctuurbehandeling, in de eerste plaats wanneer deze wordt gegeven

door niet-artsen, ziet de commissie schuilen in mogelijk onvolledige of foutieve diagnostiek.

Wat betreft de bevoegdheid van acupunctuurbehandeling wijst de commissie van de Gezondheidsraad er op dat artsen op grond van de wet zonder meer hier toe gerechtigd zijn. Het zelfstandig uitoefenen van de acupunctuur door niet-artsen staat gelijk met het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunst.

De commissie acht zich niet competent een oordeel uit te spreken over de mogelijkheid een acupunctuurbehandeling te laten toepassen door bijvoorbeeld fysiotherapeuten, in het kader van de Wet op de paramedische beroepen, dus op voorschrift van en onder toezicht van een arts.

Filosofie

Over de opleiding tot acupuncturist merkt de commissie op dat aan de traditionele filosofische, veronderstelde grondslagen van de acupunctuur een reële aanvaardbare bestaansgrond ontbreekt en dat daarom hierin geen scholing nodig is. Ook aan een nauwkeurige lokalisatie van de circa 360 beschreven acupunctuurpunten kent zij weinig waarde toe. De commissie denkt daarom ten hoogste aan een gerichte cursus en zeker niet aan een specialistenopleiding.



Ethische aspecten van de sportgeneeskunde

Er liggen enkele problemen in de titel van dit opstel verscholen. Men zal er op het eerste gezicht mee akkoord gaan als ik stel: sportmedische ethiek is medische ethiek. Maar deze stelling leidt wel onmiddellijk tot een volgende vraag: Is de toevoeging 'sport' alleen maar een veldaanduiding, die niet van invloed is op de notie 'ethiek'? Of voegt zij een specifiek element aan het waardenpakket toe?

Indien het specifieke van de toevoeging gelegen is in de feitelijke vraag en belangensfeer van het veld, dan is dat wel bepalend voor de feitelijke toespitsing van de medische praktijk op de geldende behoeften. Maar de medische ethiek wordt er niet door beroerd. Die blijft zichzelf dan gelijk, als het om waardebeslissingen gaat. Dit alles krijgt een ander aanzien, als ook de sport een eigen ethos blijkt te bezitten. Dan zal de sportarts dus in een ethisch spanningsveld geraken, waar hij zijn terechte plaats niet zal vinden als hij zich niet aan die spanning wil wagen. De vragen stapelen zich op, als we daarbij extrinsieke van intrinsieke sportethiek gaan onderscheiden. Er doen zich in de sportwereld opvattingen over behoren, tolerantie en taboe voor, die geënt zijn op een sportpraktijk zoals die zich in het maatschappelijk bestel heeft ontwikkeld. Zo'n ontwikkeling wordt versterkt door het feit, dat mensen met een voorkeur voor een dergelijk opvattingenpakket zich tot dit activiteitenveld voelen aangetrokken. De vraag naar het wezen van de sport – wat is sport eigenlijk – is een andersoortige vraag dan: wat zie ik hier om me heen gebeuren? Uit de vraag naar de essentie kan een antwoord worden gegeven op de naastliggende vraag naar een intrinsiek, een eigen ethos van de sport. Aangezien sport zelf een

door **Prof. Dr. K. Rijdsdorp**



Prof. Dr. K. Rijdsdorp is bijzonder hoogleraar Gymnologie (wetenschap van de lichamelijke opvoeding en de sport) aan de Rijks Universiteit te Utrecht en hoogleraar-directeur van het Gymnologisch Instituut. Daarnaast is hij onder meer voorzitter van de Internationaler Arbeitskreis für Zeitgemässe Leibeserziehung; voorzitter MO-examens lichamelijke opvoeding en lid van de Raad van Bestuur van de Stichting Leerplan Ontwikkeling.

maatschappelijk verschijnsel is, dus naar haar praktijk en heersende opvattingen in en met de maatschappij verandert, schijnt deze onderscheiding misschien meer theoretisch dan praktisch. Dit zou dan trouwens ook voor de medische ethiek als zodanig gelden. Maar die schijn is niet reëel. Ethiek is geen feitelijke handeling als zodanig. Twee feitelijk gelijke handelingen kunnen ethisch zeer verschillend liggen. Ethiek is veel meer een richtend agens, dat aan zijn werking wordt herkend in het praktijkveld. Er kan in de medische praktijk onder de druk van omstandigheden of van de heersende opvattingen in de samenleving veel veranderen, terwijl de arts zich toch gedragen blijft voelen door de grondstelling van de medische

ethiek, dat de geneeskunde zich richt op behoud van het leven. Op analoge wijze kan er in de sportpraktijk heel wat veranderen, terwijl toch het intrinsieke sportethos rechttop blijft, waardoor men de vraag kan blijven stellen: Is dit nog wel sport? Is dat sportethisch aanvaardbaar?

De ethische aspecten, waarover het in dit opstel gaat, betreffen het geheel van waarden, dat het gedrag van de sportarts bepaalt; de normen en richtlijnen die koers aan zijn medisch handelen geven. Het gaat mij dus om de medische ethiek, als het fundamentele medische 'behoren'; niet om de 'beroepsethiek' in engere zin. De beroepsethiek in engere zin is eigenlijk een min of meer casuïstische moraal, die berust op afspraken van de beroepsgenoten, verplichtingen en erezaken die de beroepsbeoefenaar jegens collega's op zich neemt en die tot bescherming van de collegiale belangen of van de onverkorte beroepsuitoefening dienen. Deze kunnen als waarde zeer zwaar wegen, maar zij kunnen ook strikt formeel worden genomen. Zij kunnen worden achtervolgd, zonder dat men er innerlijk deel aan heeft, niet uit ethische maar uit utilistische overwegingen. Ook de sportarts komt met zulke beroepsethische vragen in aanraking, bijvoorbeeld mag hij de sportbeoefenaar alleen maar begeleiden en bij letsel eerste hulp verlenen, of mag hij de gehele behandeling op zich nemen? Over zulke vragen handelt dit opstel niet. De ethische aspecten van de sportgeneeskunde, waar het hier over gaat, betreffen de vragen naar het fundamentele 'behoren' in het sportmedische bezig zijn. Ik neem mij niet voor een antwoord te geven op de vraag wat sportethisch wel of niet – laatstaan 'nog wel' en 'niet

meer' – behoort. Ik volsta met de contourentekening van het spanningsveld. Dat leidt mogelijk tot overweging. En op grond van overweging kan een beslissing worden genomen, of groeien. Het laatste is niet minder dan het eerste.

Een glijdende schaal

Welke maatstaf zal de sportarts aanleggen bij de medische begeleiding van de sport? De vraag zo eenvoudig stellen vereenvoudigt de oplossing van het probleem niet. De sport heeft veel gezichten: van recreatiesport tot topsport, van liefhebberij tot beroepssport. En de categorieën van sportbeoefenaren zijn verschillend: naar leeftijd, naar maatschappelijke achtergrond (en daarmee samenhangend naar de mogelijke rol van de sport in hun leven), naar geografische, culturele en religieuze 'ligging' (en daarmee naar toelaatbare en oirbare intenties en praktijken) en ook naar lichamelijke en mentale mogelijkheden.

Men ziet in dat heterogene begeleidingsveld de sportartsen hun maatstaf zoeken met een glijdende schaal van vraagstellingen. Die vraagstellingschaal ziet er aldus uit:

1. Welke sport, welke wijze van sport is goed voor hem?

Goed zal voor de sportarts betekenen: bevorderlijk voor de gezondheid. Gezondheid genomen in ruime zin: lichamenlijk, geestelijk en sociaal welzijn. Het uitgangspunt bij deze vraagstelling is dus de bevordering van het welzijn van de man (of de vrouw uiteraard; ik behoef dit niet expliciet te herhalen). Of de sport er aan te pas komt, en hoe die er aan te pas komt, is daarvan afhankelijk.

2. Welke sport, welke wijze van sportbeoefening schaaft hem niet?

Hier wordt de vraag afgestemd op de wens tot sportbeoefening. De vraag is niet afgestemd op de bevordering van het welzijn, maar wel op het behoud er van, namelijk op het voorkomen van schade. Ofschoon er in de medische sportkeuring allerlei bijgedachten meespelen (bijvoorbeeld de bijgedachte dat sportbeoefening goed voor een mens is, namelijk gezond), is de maatstaf toch vooral de preventieve vraag: schaaft het niet? De medische indicatie van de eerste vraag (dit is goed voor u) ruimt het

veld voor de medische toelating (geen contra-indicatie). De sport wordt de vragensteller. De arts antwoordt. De aanvankelijke leiding wordt begeleiding. En met deze vraagstelling wordt voor de sportarts de ambivalentie van zijn werkveld actueel. Niet pas bij de volgende punten op de schaal, maar reeds hier.

3. Moet de sportarts de sportman zo geconditioneerd mogelijk in de baan brengen?

De begeleiding is nu niet meer preventief, maar actief, meewerkend. De eisen worden van de kant van de (wedstrijd)activiteit gesteld. En de sportarts helpt mee daaraan te voldoen. Er is daarbij aan de kant van de sportarts een brede scala van suboverwegingen mogelijk. De voornaamste 'trappen' zijn:

- medische bewaking van de structurele en functionele belasting;
- begeleiding van het trainingsschema, het voedingsschema, de leefgewoonten;
- stimulering door toediening van middelen.

De opvatting omtrent wat geconditioneerd is loopt van een goede algemene conditie, via een (voorbijgaande) topconditie op een bepaald moment, naar een uitgekweekte conditie voor een specifieke prestatie door overaccentuering van bepaalde potenties met het risico van verwaarlozing of verlies in andere sectoren van functionele mogelijkheden.

4. Moet de sportarts de sportman bij letsel zo snel mogelijk weer in de baan brengen?

Hier is de vraag aan de orde of de sport ook in het curatieve werk van de sportarts eisen zal stellen. En een subvraag is: zal de arts zich richten op het belang van de (sport)eis van het ogenblik dat stellig kan samenvallen met het (sport)belang van de man op dit ogenblik? Of zal de arts het toekomstige welzijn van de man voorrang verlenen, afziende dus van de sporteis, althans met voorbijgaan daaraan.

5. Zal de sportarts trachten de hoogste prestatie uit de sportman te halen met de middelen waarover hij technologisch beschikt?

De middelen zijn vele: training, voeding, leefgewoonten, mentale voorbereiding, dope, hormonen,

manipulaties met bloed, luchtinbrenging, eventueel eugenese. De sporteis wordt overwegend. De wijzer van de schaal is zover mogelijk van stand één weggelopen.

Deze glijdende schaal heb ik niet neergeschreven om aan te geven dat de ethiek van de sportarts bij stand één op veilig staat en bij stand vijf op onveilig. Zo eenvoudig is een ethisch probleem nooit. Ik tracht door het opstellen van de schaal twee dingen duidelijk te maken:

- a. Er heeft een geleidelijke dominantieverschuiving plaats van vragensteller en antwoordgever, die uitmondt in een volstrekte plaatsverwisseling.
- b. Iedere stand van de schaal betekent een nieuwe veldsector met eigen subvragen. Die subvragen behoeven een geëncadreerd antwoord, omdat zij in dat specifieke kader rijzen. Een universele beantwoording is niet mogelijk. Wel blijft uiteraard de afwijzing mogelijk van de medewerking aan een veldsector (aan een ontwikkeling in de sport), indien men daar ethisch niet verantwoordelijk voor wil zijn. Mag men nu stellen dat de belangrijkste vraag die overblijft de vraag is: hoeveel ethiek doe ik in mijn sportgeneeskundige praktijk? Als 'vuistvraag' zou men het zo kunnen stellen. Alleen, ethiek leent zich niet voor kwantificering. De vraag is niet eigenlijk 'hoeveel'. De vraag is veeleer: welke toets leg ik aan bij de vaststelling van mijn maatstaf? Bij het zoeken naar het antwoord is de glijdende schaal een bewegwijzering. Niet richting bepalend, maar richting wijzend. De bepaling van de richting is de ethische beslissing van de sportarts zelf.

Een sportmedische ethiek?

Ik begin met een tweetal opmerkingen.

Allereerst: Een op het specifieke werkveld toegespitste praktijk, getoetst aan een ethische waarde, is niet hetzelfde als een dubbele moraal. De dubbele moraal stelt een gedragsmaatstaf voor het ene veld, welke niet geldt voor een andere gedragssector. De gemoedsrust van degene die handelt is verzekerd door de twee pasklare gedragspatronen. Maar de toespitsing van de actie binnen een bepaald actievelde (bijvoorbeeld wedstrijd sport) op de

bijzondere omstandigheden en eisen van dat veld, getoetst aan de ethische norm waardoor de sportarts zich in zijn werk gedragen weet, brengt hem nooit gemoedsrust, of een voor eens en voor altijd pasklaar gedragspatroon, maar stelt hem telkens actueel voor de vraag: doe ik er goed aan? en doe ik het goed? Ethiek verontrust, ook (sport)medische ethiek.

De tweede opmerking: Het waardenpakket van een mens is een persoonlijk verwerkt bezit. Maar hij 'maakt' zijn waarden niet zelf en plukt ze niet uit de lucht. Hij ontleent zijn waarden aan wat hij daaromtrent ontmoet. Ethiek is niet particularistisch, maar herkenbaar en beantwoordbaar. Het waardenpakket resoneert en respondeert in de gemeenschap. Dat geldt in het algemeen voor het gedrags-behoren. Dat geldt ook voor de op specifieke handelingsvelden toegespitste waarden, zoals medische ethiek in het algemeen en sportmedische ethiek in het bijzonder. De consequentie hiervan is dat de sportartsen ook in gemeenschappelijkheid voor hun bijzondere bijdrage aan de sport een ethiek zullen moeten opbouwen als gemeenschappelijk bezit, zodat de persoonlijke verwerking ervan een klankruimte heeft waar zij kan resoneren en responderen. Daarin wordt niet alleen aan de sportwereld een (dynamisch en bespreekbaar) verwachtingspatroon gegeven, maar ook aan de individuele sportarts een toets om er eigen verwerking aan te spiegelen.

De sportwereld is een heterogene wereld, zowel naar de eisen die zij stelt aan de sportman en de sportarts, alsook naar de opvattingen die men er aantreft omtrent wat wel en niet toelaatbaar is. Men kan er zelfs een uiteengaan van de opvattingen van sportbeoefenaren en sportleiding aantreffen, vooral in sectoren waar grote (van buiten de sport zelf komende) belangen, zoals geld en politiek een rol spelen. De opvattingen omtrent wat verantwoord is of wat nu eenmaal noodzakelijk is (een utilistisch uitgangspunt dus) zijn wisselend per sport en per sector. Ik moge een voorbeeld van zo'n utilistische probleemstelling geven. Stel dat de Tour de France niet zonder dope is uit te rijden, dan zal de sportutilist niet zeggen: dan geen Tour de France, maar hij zal zeggen: dan in dit geval in vredesnaam maar doping

toestaan.

Een ander voorbeeld: Aan een turntrainster wordt gevraagd of haar training van jonge meisjes niet heel vroeg tot rugklachten zal leiden. Zij antwoordt dat dit in een aantal gevallen stellig het geval zal zijn. Maar ja, als men de top wil bereiken dan is dat nu eenmaal niet te vermijden.

Er wordt wel gepleit voor een andere norm van behoren en beoordeling voor amateurgedrag en beroepsgedrag in de sport en naar de kant van de werkzaamheden van de sportarts voor een normatief verschillende medische begeleiding van amateurs en professionals. De grens tussen een verantwoorde praktijk die zich aan bepaalde sportkaders refereert en een dubbele moraal is soms ragfijn. Toch zal de sportarts het recht van de eigen verantwoordelijkheid opeisen als hij voor een beslissing komt te staan waar hij zich in strijd voelt komen met de medische ethiek. Dit standpunt is wel gemeengoed onder sportartsen. Maar het is vaak uitermate moeilijk in het toegespitste praktijkveld aan te geven waar precies de verwachting van de sportpraktijk over de schreef van de medische ethiek gaat.

De glijdende schaal demonstreert hoe geleidelijk, maar ook hoe snel de sportarts in een medisch-ethisch spanningsveld komt te staan. De behoefte aan een sportmedische ethiek als gemeenschappelijk bezit presenteert zich hier duidelijk. En als daarvan een (altijd aanvechtbare) casuïstiek voor bepaalde concrete knelpunten het gevolg zou zijn, als gemeenschappelijk inzicht (hic et nunc) in de sportmedische praktijk, dan zou dat de sportarts in zijn persoonlijke en incidentele beslissingen ten eerste kunnen steunen. Het zou ook in de sportwereld, die van concrete regels houdt, alleen maar klaarheid kunnen verschaffen. Ik ontveins mij niet dat dit gemeenschappelijke doordenking en solidariteit vergt en soms ook de moed om zich tegenover een emotionele publieke opinie op te stellen.

Er is echter nog een punt dat meespeelt, als men er toe zou willen besluiten van de medische ethiek uit en in aansluiting daarop een sportmedische ethiek te gaan opbouwen. Dit ietwat verborgen punt, dat in de discussie zeker gaat meespelen, is de vraag naar een eigen

intrinsiek ethos van de sport. Ik zou mij kunnen voorstellen dat de sportarts geneigd is deze vraag te ontgaan als voor hem niet relevant, dat hij zich maar liever bepaalt tot zijn algemeen medische ethiek en daarop een casuïstiek bouwt voor zijn sport-medische praxis. Maar als actief medewerker aan de sport (want dat is hij in veel opzichten) zal hij niet altijd om de vraag heen kunnen: waar gaan wij met de sport naar toe? Bovendien zal hij de toespitsing van de medische ethiek op zijn sportpraktijk niet alleen kunnen enten op daar heersende en wisselende opvattingen, hoe reëel de aanwezigheid daarvan ook is. Maar zoals de medische ethiek bij alle verschuiving in de opvattingen en normen in diepere zin te maken heeft met mens- en levensbeschouwing, zo zal ook een sportmedische ethiek een toetssteen voor het behoren in de sport kunnen vinden in de essentie van de sport.

Het sportethos

Sport is een ontwikkelingsvorm van het mensenspel. Nu ontstaat spel in het algemeen (ook het dierspel dus) op grond van de lust die het subject vindt in de nadering en verwijdering van de dingen in zijn omgeving. In het mensenspel penetreert, evenals in de gehele menselijke relatielegging, het bewustzijn als een zodanig nieuwe factor dat het mensenspel zich daardoor onderscheidt van het dierspel. Het mensenspel is daardoor ook voor ontwikkeling vatbaar, want het bewustzijn stelt de mens in staat weet te hebben van wat hij zelf doet. Hij heeft dus ook weet van zijn eigen spelen. Hij kan daar verandering in aanbrengen. Hij kan zichzelf grenzen stellen van wat niet en wat wel mag. Met andere woorden, hij maakt spelregels.

Bovendien kan hij overwegen, dat bepaalde spelhandelingen op de ene manier fout gaan en op de andere goed. Uit die overweging ontstaat de techniek en een ontwikkelingsfase verder de techniektraining. Om kort te gaan, in de ontwikkeling van het spel ligt de ontwikkeling van techniek en tactiek besloten en ook de vaststelling van gesloten spelvormen (georganiseerd spel).

Daarnaast ontwikkelt zich de sociale verhouding van naast-elkaar, naar met-elkaar, naar tegenover-elkaar

spelen. De laatste vorm houdt regeling en breideling in: regeling van de rechten en plichten van de een en de ander en breideling van eigen drang tot zelfhandhaving en overheersing. Dat betekent: handhaving van de spelsfeer en respect voor de ander. Ik heb de spelontwikkeling hier zeer kort en schetsmatig aangegeven, om er het wezen van het antithetische spel (het spel tegenover elkaar) aan te kunnen aflezen.

Welnu, sport is zo'n antithetische spelvorm, waarin het bewustheidsmoment (de wedijver) zich polariserend opstelt tegenover het vitale moment van de speldrang, de lust tot het spelen. Men kan zeggen: sport voltrekt zich in het spanningsveld van twee polen, spel en wedijver. De grens tussen spelen en sport bedrijven is niet exact aan te geven, want sport is een spelvorm. Op een zeker moment spreekt men van 'sport' en dan is er stellig sprake van een gepolariseerd spanningsveld. De ontwikkeling in de sport kan er toe leiden, dat een der polen (bijvoorbeeld de wedijverpool) gaat domineren. Wat is nu het wezenlijke van de sportsituatie? Dat is in twee punten weer te geven:

1. De afspraak, de overeenkomst tussen de tegenspelers omtrent wat wel en niet mag (spelregels) en omtrent de vaststelling van het speldoel (wanneer heeft wie gewonnen?).
2. Het ernstig nemen van de afspraak

met betrekking tot de formele inhoud ervan (het serieus nastreven van het speldoel met inachtneming van de regels) en met betrekking tot de dialogische inhoud ervan (het in stand houden van de spelsfeer en de erkenning van de tegenspeler als degene met wie men tezamen het antithetische spel opbouwt).

De omvang van dit opstel laat helaas niet toe om wat langer hierbij stil te staan en voorbeelden te noemen. Maar deze korte aanduiding van de essentie van de sport volstaat om daaraan het eigen ethos van de sport te ontleen.

Men kan het meest fundamentele 'behoren' in de sport in twee punten samenvatten:

- instandhouding van de spelvoortgang overeenkomstig het contract dat men is aangegaan;
 - respect voor de tegenspeler als medespeler in het antithetische spel.
- Al wat het spel afbreekt en alles wat voortvloeit uit een tekort aan respect voor de tegenstander druist tegen het sportethos in. Ik wil volstaan met drie slotopmerkingen ten deze:

1. Men vindt in de sportontwikkeling een aantal praktijken dat het wezen van de sport aantast. De notie sportethiek wordt door sommigen (beoefenaren en leiders) zelfs duidelijk verworpen, ofschoon zij toch ergens ook blijven zeggen: dat hoort niet. Zij bouwen dus impliciet weer een ethische toets in.

2. De praktijkinterpretatie van het sportethos is verschillend in verschillende fasen en sectoren van de sportontwikkeling. Men denke bijvoorbeeld aan de interpretatie van een beoordeling als: wel hard, maar niet ruw!

3. Het sportethos reikt de sportarts een klimaat van behoren aan, waarin hij met zijn medische ethiek moet opereren. Een vorm van medische bijstand of ingreep kan soms medisch nog wel verantwoord zijn, maar sportethisch aanvechtbaar. In de opbouw van een sportmedische ethiek zal de inbreng van het sportethos dan meetellen, en dus ook in de besluitvorming van de sportarts.

Tenslotte

De sportarts die als medisch technoloog in de sport opereert zal zich door voorafgaande overwegingen niet belast voelen. Hij levert op aanvraag.

De sportarts die zijn medische ethiek meebrengt in de sport neemt zo nodig een eigen verantwoordelijkheid en loopt het risico van een conflict.

De sportarts die tracht te komen tot een sportmedische ethiek neemt die eigen verantwoordelijkheid ook en loopt dat risico ook. Maar hij zal als actief sportmedewerker met meer begrip en inzicht mede richting aan de sportontwikkeling geven. Hij zal daardoor misschien wel de lastigste van de drie zijn.

PRAKTIJKPERIKELEN

Wie beslist?

Een ziekenfonds weigerde aan een proband een machtiging te verlenen voor opname en chirurgische behandeling gericht op aanpassing van het geslacht. Deze weigering steunde op een uitvoerig psychiatrisch rapport, waarin werd geconcludeerd dat hier sprake was van een feminiene homofiele persoonlijkheid. Patiënt wendde zich tot een gendercentrum, waar operatieve aanpassing noodzakelijk werd geacht. Het ziekenfonds bleef weigerachtig. Ten einde raad riep patiënt de hulp van de rechter in. De getuige-deskundige van de Raad van Beroep oordeelde dat hier sprake was van een transseksueel, mede op grond van het feit dat patiënt al sinds zeven jaar pogingen deed om geopereerd te worden; hij achtte operatie wel aangewezen. De Raad van Beroep oordeelde conform het advies van de getuige-deskundige.

Het ziekenfonds ging in hoger beroep bij de Centrale Raad: het hechtte meer waarde aan het dikke dossier van de psychiater dan aan het rapport van de getuige-deskundige en het advies van het gendercentrum. De uitspraak in hoger beroep kan nog wel anderhalf jaar op zich laten wachten . . .

Vragen: Waarom ging het ziekenfonds nu eigenlijk in hoger beroep? De uitgave was toch zeker verantwoord, gezien de rechterlijke uitspraak? Of wilde het ziekenfonds wellicht zelf beslissen wat goed is voor de patiënt?

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

Over de methode van revalidatie (Slot)

Om zinloos onderzoek van de gehandicapte te vermijden zal een voorselectie moeten geschieden door een deskundig arts. Op grond van het lichamelijk onderzoek en de algemene oriëntatie betreffende het functioneren van de patiënt, zal hij de revalidatie-indicatie kunnen stellen en de loop van het revalidatie-proces in grote lijnen kunnen voorspellen. Een dergelijke 'eenzijdigheid' kan bezwaren oproepen, vooral als de arts niet is opgeleid in de revalidatie, geen inzicht heeft in de integrale problematiek of daarvoor geen tijd heeft en bovendien die kennis mist, die nodig is de mogelijkheden en beperkingen van de andere tot revalidatie samenwerkende disciplines naar hun waarde te schatten. Het streng volgen van de methodiek van het revalidatie-onderzoek en de oriëntatie zal echter voldoende waarborgen geven voor de inschakeling van de noodzakelijke deskundigheid, vooral als de arts getraind is in de methodiek van de procedure en geen van de onderdelen overslaat. Het door ons opgestelde probleem-gerichte revalidatie-profiel (*schema op de volg. blz.*) B;) kan dienen als leidraad bij de voorselectie, de revalidatie-diagnostiek en oriëntatie en het initiëren van het revalidatie-proces. Dit zogenaamde profiel werd een aantal jaren in de praktijk getoetst en heeft zijn praktisch nut bewezen.

Met nadruk zij er op gewezen, dat het als schema per definitie een verzameling van hoofdpunten is, met behulp waarvan men verschijnselen of handelingen ordent of overzichtelijk maakt en dat slechts als leidraad kan dienen bij de probleem-oriëntatie, de

door **B. D. Bangma,**
revalidatie-arts



B. D. Bangma is hoofd van het Instituut Revalidatie van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

voorselectie en de samenstelling van het team en de handelingsbeslissing. Het profiel gaat uit van de gedachte dat een lichamelijke ziekte problemen kan oproepen op somatisch, maatschappelijk, psychisch en communicatief gebied en onzelfstandigheid tot gevolg kan hebben. Het is nodig deze probleem-gebieden op te sporen, de deskundigen te hulp te roepen die door kennis en vaardigheden de omvang van het probleem helpen vaststellen en een bijdrage aan de oplossing van het probleem kunnen geven, als de arts daartoe niet zelf in staat is.

De aangegeven probleemgebieden moeten worden onderverdeeld in voor de revalidatie belangrijke kenmerken. Deze kenmerken moeten worden gedefinieerd, zodat het profiel voor de samenwerkende teamleden bruikbaar is en zonodig vergelijkbaar is met uitkomsten van anderen.

Toelichting bij het revalidatie-profiel

Het profiel is bedoeld voor volwassenen met een aandoening van het locomotorisch apparaat, voor gebruik in de kinderrevalidatie zou het moeten worden aangepast. Het profiel omvat in grote lijnen de indicaties voor het inschakelen van de disciplines van het kernteam, voor nader evaluatie en/of behandeling. Niet in het profiel werd opgenomen het medisch onderzoek in engere zin: de anamnese en het onderzoek zijn voor elke arts een bekende procedure al zal het functie-onderzoek van het locomotorisch apparaat niet elke praktiserende arts tot in zijn finesses zijn bijgebleven. Een voorgedrukte tekst in de medische status is in feite de neerslag van de gewenste handelingsprocedure bij het medisch onderzoek. Ik ga hierop niet verder in. Van belang zijn nu die gegevens uit het medisch-somatisch onderzoek waaruit de indicaties blijken voor de handelingen van het team. In de eerste plaats zijn dat die symptomen en/of klachten van het bewegingsapparaat die in het algemeen voor behandeling in aanmerking komen door de arts, de fysiotherapeut, de ergotherapeut en de logopedist, 'functies' die in geval van stoornis indicatoren zijn voor eventuele behandeling of nadere evaluatie.

In tweede instantie zal de onderzoeker zich moeten oriënteren over het functioneren van de patiënt. Gebieden die ons daarover inlichten zijn de Activiteiten van het Dagelijks Leven, de maatschappelijke omstandigheden, het psychisch functioneren en de communicatie. De kenmerken van deze gebieden welke van direct belang

Coördinatie/afstemming

In de geschilderde procedure wordt de patiënt verwezen naar de revalidatie-arts, die daardoor wordt belast met de globale verantwoordelijkheid. Deze arts leidt de probleem-oriënterende fase in door zijn anamnese, zijn onderzoek en oriëntatie. Hij wint informatie in, ordent deze, speurt de consequenties op van de lichamelijke toestand van de patiënt en tracht deze te correleren met het eventueel disfunctioneren van de patiënt.

Deze analyse van het probleem kan worden verdiept door de reeds genoemde evaluaties welke worden verricht door de beoefenaren van de disciplines op wiens terrein de problematiek ligt. De ordening van de activiteiten vertoont een fasegewijze aanpak.

Als de rapporten van de bedoelde disciplines zijn uitgebracht volgt een teambespreking onder leiding van de arts. De conclusies over de toestand, de omstandigheden van de patiënt, zijn resterende vermogens en de verwachtingen van patiënt en onderzoekers worden dan samengevat, de onderlinge relaties van de gevonden kenmerken worden weergegeven en besproken. De fase van de probleem-analyse van het revalidatie-proces gaat nu over in die van de probleem-oplossing.

Een al te rigoureuze schematische opsplitsing in fasen kan onnodig tijdverlies veroorzaken. Men kan besluiten enerzijds reeds te beginnen met de oplossing van bepaalde zich

voordoende deelproblemen (bijvoorbeeld de behandeling van de functie-stoornis) en anderzijds tot een verdere analyse van andere problemen. De onderlinge samenhang van de problemen en van de acties die worden ondernomen, mogen hierbij niet uit het oog worden verloren. De werkwijze wordt daarom in het team besproken en uitgestippeld. Hoofddoel en nevendoelen worden geformuleerd naar de fase waarin de patiënt verkeert.

Het *revalidatieplan* wordt in grote lijnen opgesteld, afgewogen aan de doelstellingen en de verwachtingen (in de zin van prognose). Het plan vertoont twee essentiële kenmerken, enerzijds de behandeling en anderzijds de begeleiding: cure and care (WHO, 1976).

Bij de behandeling van de functiestoornissen en van de functionaliteitsdefecten maakt de revalidatie-arts gebruik van verpleegkundige, fysisch- en kinetisch therapeutische middelen, van adaptieve en functievervangende middelen en andere voorzieningen gericht op het beperken van de invaliditeit en het vergroten van de restcapaciteit.

Medisch-curatieve, psychologische, maatschappelijke, onderwijskundige en sociaal-geneeskundige maatregelen gaan hand in hand ter verbetering van het prestatievermogen en het opheffen van de eventuele invoegingsstoornissen. De begeleiding van de patiënt in zijn revalidatie moet door de revalidatie-arts worden gedaan en gecoördineerd.

De voren bedoelde disciplines hebben in deze begeleiding ook hun, mijn inziens nauw omschreven taak, die in onderling overleg wordt uitgevoerd. Teambesprekingen houden de teamleden onderling op de hoogte en geven hen de gelegenheid nadere bijzonderheden ter kennis te brengen, terwijl de arts aan de hand van de gegevens en van controle-onderzoek van de patiënt de verdere fasering van het revalidatieproces leidt. Uit het voorgaande blijkt, dat de taak van de arts als volgt kan worden samengevat:

- medisch onderzoek;
- probleem-oriëntatie en formulering aan de hand van ingewonnen informatie;
- initiëren van een verdere probleem-analyse;
- leiding geven bij deze probleem-analyse en de formulering van de doelstellingen;
- leiding geven van de probleem-oplossing
- het behandelen en doen behandelen binnen het kader van de doelstellingen;
- begeleiding van de patiënt in zijn revalidatie-proces;
- onderhouden van contacten met en coördinatie van de informatie-stroom afkomstig van medische en niet-medische personen en instanties betrokken bij de revalidatie van de patiënt;
- begeleiden, coördineren, afstemmen, leiden en waar nodig bijsturen van het revalidatie-proces.

Daling bevolkingsgroei zet niet door ondanks lager geboortecijfer

Het Centraal Bureau voor de Statistiek maakt in het Statistisch bulletin nr. 19 bekend dat de Nederlandse bevolking in 1977 met 81.000 personen is toegenomen. Deze toeneming is vrijwel gelijk aan de bevolkingsgroei in 1976. In 1977 nam de bevolking per saldo met 63.000 toe ten gevolge van geboorte en sterfte (in 1976 eveneens 63.000) en met 23.000 door immigratie en emigratie (in 1976 ruim 21.000). (Saldo administratieve correcties 1977: -4.000, 1976: -3.000.)
Op 1 januari 1978 telde Nederland

13.896.000 inwoners. De daling van de bevolkingsgroei door geboorte en sterfte sedert 1969 heeft zich in 1977 niet verder doorgezet. Weliswaar is er in 1977 een aantal kinderen geboren dan in 1976 namelijk 173.000 (12,5 per 1.000 inwoners) tegen 177.000 (12,9 per 1.000 inwoners) in 1976, maar daar staat tegenover dat in 1977 de sterfte met 1.10.000 (8,0 per 1.000 inwoners) in dezelfde mate achterbleef bij de sterfte van 1976 (114.000, dit is 8,3 per 1.000 inwoners).
De daling van het aantal geboorten in 1977 ten opzichte van 1976 kwam

geheel voor rekening van eerste (74.000 tegenover 76.000) en tweede kinderen (69.000 tegenover 71.000). De buitenlandse migratie resulteerde in 1977 in 84.000 vestigingen (1976: 83.000), terwijl 61.000 personen naar het buitenland vertrokken (1976: 62.000).
Het migratieverkeer met de landen rond de Middellandse Zee, van belang in verband met de migratie van buitenlandse werknemers en hun gezinnen, leidde in het afgelopen jaar tot een vestigingsoverschot van 10.000 personen.

Berispingen voor àl te ambitieuze uroloog

Geraden behandeling bracht geen baat (I)

Het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam heeft het navolgende overwogen en beslist naar aanleiding van de op 16 februari 1977 ingekomen klacht van A, zonder beroep, voorheen kantoorbediende, wonende te B, klaagster, tegen C, van beroep uroloog, wonende te B, verweerder.

Kennis is genomen van het klaagschrift, van een nader schrijven van klaagster van 17 februari 1977, van het verweerschrift van 21 april 1977, van een schrijven van de raadsman van klaagster van 21 september 1977, van schriftelijke inlichtingen van het Revalidatiecentrum D te E, van schriftelijke inlichtingen van de uroloog E. Post en van de door verweerder op na te melden terechtzitting overgelegde stukken, waaronder een operatieverslag dd. 8 januari 1976.

De klacht is in aanwezigheid van partijen behandeld ter terechtzitting van het College van 11 oktober 1977. Klaagster werd ter zitting bijgestaan door Mr. R. J. M. Engels, advocaat te Amsterdam en verweerder door Mr. W. van Vugt, advocaat te Amsterdam. Als deskundige is gehoord de uroloog Prof. Dr. R. J. Scholtemeyer.

Door het onderzoek is vastgesteld:

In 1957 kreeg klaagster als complicatie van de A-griep een ernstige encephalomyelitis en een myelitis transversa, waarvan een incomplete dwarslaesie overbleef. Sedertdien was klaagster, die overigens reeds sedert haar 18e jaar een ontremde blaas had, incontinent voor urine. Overdag was deze incontinentie nog wel eens te regelen, doch 's-nachts in het geheel niet. Klaagster had herhaaldelijk urineweg-infecties, die steeds met korte anti-bacteriële kuren werden behandeld. Naar aanleiding van een interview met verweerder in (dagblad) van (datum), is verweerder op 18 augustus 1975 door klaagster geconsulteerd over de in dit interview aan de orde gestelde

kringspiero-implantatie. Vervolgens is klaagster van 21 tot 25 augustus 1975 opgenomen in de F-kliniek te B, waar verweerder cystometrie en, onder narcose, cystoscopie heeft uitgevoerd. Na dit onderzoek deelde verweerder klaagster mede dat zij geschikt was bevonden voor de door haar gewenste implantatie van een kunstmatige kringspiero, volgens de methode van de Amerikaanse uroloog F. Brantley Scott. Klaagster is daarna nog diverse malen bij verweerder geweest en heeft daarbij vragen gesteld over de komende operatie. Ook heeft klaagster deze implantatie besproken met de haar behandelende revalidatie-arts J. Hoek, die contact met verweerder heeft opgenomen en naar aanleiding daarvan een positief advies aan klaagster terzake van de implantatie heeft uitgebracht. Klaagster heeft onweersproken gesteld dat verweerder haar heeft medegedeeld dat het een zware operatie was, maar dat zij daarna verder zou kunnen leven zoals iedereen en dat zij toch niets te verliezen had.

Op 6 januari 1976 werd klaagster weer opgenomen in de F-kliniek, waar verweerder op 8 januari 1976 met assistentie van de Duitse arts Schreiter operatief een kunstmatige kringspiero heeft geïmplantéerd volgens de hiervoor genoemde methode.

Blijkens het operatieverslag was er reeds subcutaan een onvoorstelbare 'oozing' en waren er ook verder schier eindeloze kleine bloedinkjes, kostte het veel moeite om de blaashals en de proximale urethra vrij te maken en vergde het eindeloos veel moeite om dorsaal van de urethra te komen. Ook het verdere verloop van de operatie was gecompliceerd. Op 9 januari 1976 vond een nieuwe operatie plaats tot herstel van een vaginawand-ruptuur, volgens verweerder veroorzaakt door de kunstmatige kringspiero en bij vaginaal onderzoek aansluitend op de eerste

operatie toen nog niet aanwezig.

Postoperatief wilde de wond c.q. de blaas zich niet sluiten.

Op 4 februari 1976 bleek de aanwezigheid van een ruptuur op de vesico-urethrale overgang. Toen bij de operatie, die in verband daarmee werd ondernomen, bleek dat deze ruptuur niet te sluiten was, besloot verweerder – die daarover met klaagster niet tevoren had overlegd – het geïmplantéerde systeem weer te verwijderen.

Na deze operatie heeft verweerder, naar hij stelt op uitdrukkelijk verzoek van de familie, niet direct, de verwijdering van het systeem aan klaagster medegedeeld. Op 29 maart 1976 werd klaagster vanuit de F-kliniek overgeplaatst naar het Revalidatiecentrum D, waar zij tot 10 juni 1976 voor nabehandeling is gebleven om vervolgens weer te worden opgenomen in de F-kliniek, waar zij wederom door verweerder is gezien. Bij overplaatsing was er een catheter à demeure. Klaagster was niet meer in staat zonder hulpmiddelen kleine afstanden te lopen, hetgeen vóór de implantatie nog wel mogelijk was.

Verweerder heeft in 1968 zijn artsexamen behaald en zich toen aanvankelijk willen specialiseren in de algemene chirurgie. Na het voltooien van de chirurgische vooropleiding heeft verweerder deze specialisatie afgebroken. In 1972 heeft hij enige tijd doorgebracht in de kliniek van de Zweedse hoogleraar in de plastische chirurgie Johanson in Göteborg. Vervolgens heeft hij zich in Nederland gespecialiseerd in de urologie. Hij is op 16 februari 1975 als uroloog in het specialistenregister ingeschreven. In 1972 heeft verweerder contact gekregen met de Amerikaanse uroloog F. Brantley Scott, die toen experimenteerde met een kunstmatige kringspiero bij honden. Vervolgens is verweerder – naar hij stelt – enige malen in de kliniek van voormelde Scott, die in 1973 voor het eerst een kunstmatige blaaskringspiero bij een mens implanteerde, geweest. Hij zou hier een cursus hebben gevolgd, waarbij hij een aantal malen heeft mogen assisteren bij het

aanbrengen van de kunstmatige kringspier. Hij heeft de betreffende operatie echter niet zelfstandig, onder eigen verantwoordelijkheid, verricht.

De deskundige heeft verklaard dat de door verweerder uitgevoerde behandeling, implantatie van een kunstmatige kringspier volgens Scott, een uiterst complexe, technisch uitermate moeilijke, operatie vergt, die alleen verantwoord kan worden uitgevoerd door een ervaren, ook in de onderhavige operatietechniek goed getrainde, operateur. Deze operatie eist zowel een hoogst zorgvuldige voorbereiding als een hoogst zorgvuldige techniek. In verband met de aard van de operatie, de complexiteit van het systeem en de grote hoeveelheid te implanteren vreemd materiaal, is de kans op mislukking en/of complicaties groot, in de orde van grootte van 30-40%. De oorzaken van de complicaties zijn voornamelijk erosie van de urethra of de blaashals, infecties en defecten van het geïmplanteerde systeem. De deskundige is van oordeel dat er nog onvoldoende ervaring met de onderhavige behandelingsmethode is opgedaan om deze reeds in Nederland te introduceren. In verband met het hoge misluktingspercentage acht de deskundige de onderhavige methode ternauwernood zelfs als ultimum remedium aangewezen. In ieder geval kan de onderhavige operatie, aldus nog steeds de deskundige, alleen maar verantwoord worden uitgevoerd in een goed geoutilleerde, bij voorkeur urologische, kliniek waar ervaren operatie- en verplegend personeel aanwezig is.

Verweerder heeft verklaard dat hij tussen april 1975 en eind 1976 in totaal zeven dergelijke behandelingen heeft uitgevoerd, zowel bij mannen als bij vrouwen, doch dat naderhand in al deze zeven gevallen het geïmplanteerde systeem weer moest worden verwijderd, overigens om diverse redenen. Verweerder zou deze behandelingsmethode hebben gestaakt in verband met minder goede berichten uit de kliniek van Scott over het functioneren van de aldaar ingebrachte systemen, met name problemen betreffende de drukverhouding.

De klacht, zoals ter zitting nader geformuleerd en toegelicht, behelst dat verweerder ten onrechte een groot litteken heeft veroorzaakt en de geraden behandeling klaagster geen baat heeft gebracht.

De klacht moet aldus worden opgevat dat verweerder niet tot de operatie had mogen raden, gelet op de kans op mislukking en verslechtering van de bestaande toestand. Naar aanleiding van deze klacht en ambtshalve moet gelden:

Bij de door verweerder toegepaste behandelingsmethode wordt een gecompliceerde prothese ter vervanging van de kringspier van de blaas ingebracht. Deze prothese bestaat uit een om de

VERTROUWENSARTSEN KINDERMISHANDELING

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

urethra aan te brengen manchet van kunststof, die door middel van een eveneens in te brengen hydraulisch systeem, ook vervaardigd van kunststof, kan worden gesloten en weer geopend. Dit hydraulisch systeem bestaat uit een vloeistofreservoir, een viertal vloeistofleidingen en twee balgjes waarmee het systeem wordt bediend. Bij de man worden deze balgjes aangebracht in het scrotum, bij de vrouw in de labia majora. Het aanbrengen van deze prothese vergt, naar de deskundige heeft verklaard, een uiterst complexe, technisch uitermate moeilijke operatie, die alleen verantwoord kan worden uitgevoerd door een ervaren, ook in de onderhavige operatietechniek goed getrainde, operateur, na een hoogst zorgvuldige voorbereiding en met een hoogst zorgvuldige techniek, in een goed geoutilleerde – bij voorkeur urologische – kliniek, waar ervaren operatiekamer- en verplegend personeel aanwezig is. De kans op mislukking van de implantatie is – zelfs in ervaren handen – zodanig groot dat bepaald niet lichtvaardig tot adviseren en uitvoeren daarvan mag worden overgegaan. Alleen dan kan daartoe reden zijn, indien sprake is van volledige incontinentie, onmogelijkheid van de patiënt zich daaraan sociaal aan te passen en dan nog slechts nadat andere medicamenteuze en /of operatieve mogelijkheden zijn uitgeput. Verweerder heeft deze behandelingsmethode, die hij in de Verenigde Staten heeft leren kennen toen deze nog in het experimentele stadium verkeerde, in Nederland geïntroduceerd en uitgevoerd toen hij niet meer dan een beperkte operatie-ervaring had (immers

nog maar kort daarvoor zijn opleiding tot uroloog had voltooid), op een moment dat nog maar erg weinig ervaring met deze methode was opgedaan en deze alleen nog maar werd toegepast door een of enkele buitenlandse artsen, terwijl hij wel enige, maar toch niet meer dan een summiere, training in de voor de onderhavige ingreep noodzakelijke operatietechniek heeft gehad. Bovendien werkte verweerder in een kleine, particuliere kliniek, waarvan het sterk de vraag is of deze kan voldoen aan de nogal hoge eisen die, blijkens de deskundige, moeten worden gesteld wil van een verantwoorde uitvoering sprake kunnen zijn.

Het voorgaande leidt tot de slotsom dat verweerder reeds onverantwoord heeft gehandeld door zich van de onderhavige behandelingsmethode te bedienen. Met betrekking tot klaagster was het adviseren en uitvoeren van deze behandelingsmethode te minder juist, nu verweerder niet eerst alle overige, voor gevallen als de onderhavige ter beschikking staande, behandelingsmethoden heeft uitgeput. Door verweerder is niet gesteld, noch is gebleken, dat hij andere mogelijkheden van behandeling zelfs maar heeft overwogen. De ernst van de bij klaagster bestaande klachten was ook zeker niet zodanig dat het toepassen van de onderhavige behandelingsmethode geïndiceerd was.

De klacht is dus gegrond. Verweerder heeft, door ten deze tot de onderhavige implantatie te adviseren en deze bij klaagster uit te voeren zoals hij deed, het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnd. Bovendien moet ernstig worden betreurd

dat verweerder heeft meegewerkt aan de publikatie in (dagblad) van (datum), in welke publikatie klaagster en anderen aanleiding hebben gevonden verweerder te vragen hen te behandelen. Verweerder had moeten beseffen dat een publikatie als de onderhavige, waarin zijn volledige personalia worden genoemd en ook het feit dat hij in de F-kliniek opereerde, verwachtingen bij de aan urine-incontinentie lijdende patiënten zou opwekken en een toeloop van deze patiënten voor de, in het artikel aan de orde gestelde implantatiemethode, naar hem ten gevolge zou hebben.

Verweerder is blijkbaar al te ambitieus

geweest en heeft zeker een te groot vertrouwen gehad in zijn eigen kunde en mogelijkheden.

Mede in aanmerking nemend dat van streven naar winstbejag niet is gebleken, dat verweerder aan de patiënte veel zorg en aandacht heeft betoond en wel als een kundig operateur kan worden aangemerkt, is na te melden maatregel passend.

In het algemeen belang zal publikatie van deze beslissing (in de vorm zoals hierna vermeld) worden bevolen.

Berispt verweerder

Beveelt dat deze beslissing, op de wijze als

voorgeschreven artikel 13b. van de Medische Tuchtwet, wordt bekend gemaakt door plaatsing in de Nederlandse Staatscourant en door toezending met het verzoek om plaatsing aan de volgende tijdschriften:
Tijdschrift voor Gezondheidsrecht;
Medisch Contact; Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en Nederlandse Jurisprudentie.

Aldus gewezen op 31 oktober 1977 onder voorzitterschap van Mr. M. Knap met J. F. W. G. Verheul, N. van Eek, J. E. A. Huurdeman en J. A. I. van Prooije, - (pvl)ledengeneeskundige en met bijstand van Mr. J. Heeres, secretaris.

Geraden behandeling bracht geen baat (II)

Het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam heeft het navolgende overwogen en beslist naar aanleiding van de op 16 februari 1977 ingekomen klacht van 1. A, zonder beroep, wonende te B, en 2. C, echtgenote van A, zonder beroep, wonende te B, klagers (respectievelijk ook te noemen klager en klaagster), tegen D, van beroep uroloog, wonende te E, verweerder.

Kennis is genomen van het klaagschrift met de daarbij behorende bijlagen, van het verweerschrift van 21 april 1977, van schriftelijke inlichtingen van de Directeur-Geneesheer van het Ziekenhuis F te G van 14 maart 1977, van schriftelijke inlichtingen van de Geneesheer-Directeur van de H-kliniek te E van 21 maart 1977, van een schrijven van de raadsman van klagers van 21 september 1977 en van de door verweerder op na te melden terechtzitting overgelegde operatieverslagen van op 8 januari 1976, 9 januari 1976, 8 juni 1976, 30 augustus 1976 en 18 november 1976 plaats gevonden hebbende operaties.

De klacht is in aanwezigheid van partijen behandeld ter terechtzitting van het College van 11 oktober 1977. Klagers werden ter zitting bijgestaan door Mr. R. J. M. Engels, advocaat te Amsterdam en verweerder door Mr. W. van Vugt, advocaat te Amsterdam. Als deskundige is gehoord Prof. Dr. R. J. Scholtmeyer. Door het onderzoek is vastgesteld:

In 1964 kreeg klaagster bij een verkeersongeval een dwarslaesie. Sindsdien was zij intermitterend incontinent voor urine.

Naar aanleiding van een interview met verweerder in (dagblad) van (datum) is verweerder op 23 mei 1975 mei 1975 en 16 juni 1975 door klaagster geconsulteerd over de in dit interview aan de orde gestelde implantatie van een kunstmatige kringspier. Vervolgens is klaagster van 13

tot 16 augustus 1975 opgenomen in de H-kliniek te E, waar verweerder onder meer cystometrie en onder narcose cystoscopie heeft uitgevoerd. Bij mictie-observatie bleek klaagster toen 24 uur lang continent te kunnen zijn. Na het onderzoek werd klaagster door verweerder geschikt bevonden voor een implantatie van een kunstmatige kringspier volgens de methode van de Amerikaanse uroloog F. Brantley Scott. Vervolgens is de komende operatie nog door klaagster met verweerder besproken in consulten op 29 augustus 1975 en 27 oktober 1975.

Op 6 januari 1976 werd klaagster weer opgenomen in de H-kliniek, waar verweerder op 8 januari 1976 met assistentie van de Duitse arts Schreiter operatief een kunstmatige kringspier heeft geïmplantéerd volgens de methode zoals hiervoor genoemd.

Blijkens het operatieverslag verliep de operatie zonder problemen. Bij vaginaal toucher na de operatie bleek echter een ruptuur van de vaginawand te zijn opgetreden, in verband waarmee op 9 januari 1976 re-operatie volgde. Postoperatief bleken verschijnselen van een blaashalsfistel. In verband hiermee is klaagster op 8 juni 1976 opnieuw geopereerd. Op 30 augustus 1976 werd klaagster wederom geopereerd in verband met een voortdurende lekkage vanuit de onderbuik en een huiddefect in het linker labium majus. In verband met een recidief blaashalsfistel en afstotingsverschijnselen werd de kunstmatige kringspier uiteindelijk op 18 november 1976 operatief weer verwijderd. Klaagster is na de mislukte implantatie volledig incontinent.

Verweerder heeft in 1968 zijn artsexamen behaald en zich toen aanvankelijk willen specialiseren in de algemene chirurgie. Na het voltooien van de chirurgische vooropleiding heeft verweerder deze

specialisatie afgebroken. In 1972 heeft hij enige tijd doorgebracht in de kliniek van de Zweedse hoogleraar in de plastische chirurgie Johanson in Göteborg.

Vervolgens heeft hij zich in Nederland gespecialiseerd in de urologie. Hij is op 16 februari 1975 als uroloog in het specialistenregister ingeschreven.

In 1972 heeft verweerder contact gekregen met de Amerikaanse uroloog F. Brantley Scott, die toen experimenteerde met een kunstmatige kringspier bij honden. Vervolgens is verweerder, naar hij stelt, enige malen in de kliniek van voormelde Scott, die in 1973 voor het eerst een kunstmatige blaaskringspier bij een mens implanteerde, geweest. Hij zou hier een cursus hebben gevolgd, waarbij hij een aantal malen heeft mogen assisteren bij het aanbrengen van de kunstmatige kringspier. Hij heeft de betreffende operatie echter niet zelfstandig, onder eigen verantwoordelijkheid, verricht.

De deskundige heeft verklaard dat de door verweerder uitgevoerde behandeling, implantatie van een kunstmatige kringspier volgens Scott, een uiterst complexe, technisch uitermate moeilijke, operatie vergt, die alleen verantwoord kan worden uitgevoerd door een ervaren, ook in de onderhavige operatietechniek goed getrainde, operateur. Deze operatie eist zowel een hoogst zorgvuldige voorbereiding als een hoogst zorgvuldige techniek. In verband met de aard van de operatie, de complexiteit van het systeem en de grote hoeveelheid te implanteren vreemd materiaal, is de kans op mislukking en/of complicaties groot, in de orde van grootte van 30-40%. De oorzaken van de complicaties zijn voornamelijk erosie van de urethra of de blaashals, infecties en voldoende ervaring met de onderhavige behandelingsmethode is opgedaan om deze reeds in Nederland te introduceren. In verband met het hoge misluktingspercentage acht de deskundige de onderhavige methode ternauwernood zelfs als ultimum remedium aangewezen. In ieder geval kan de onderhavige operatie,

aldus nog steeds de deskundige, alleen maar verantwoord worden uitgevoerd in een goed geoutilleerde, bij voorkeur urologische kliniek waar ervaren operatie- en verplegend personeel aanwezig is.

Verweerder heeft verklaard dat hij tussen april 1975 en eind 1967 in totaal zeven dergelijke behandelingen heeft uitgevoerd, zowel bij mannen als bij vrouwen, doch dat naderhand in al deze zeven gevallen het geïmplanteerde systeem weer moest worden verwijderd, overigens om diverse redenen. Verweerder zou deze behandelingsmethode hebben gestaakt in verband met minder goede berichten uit de kliniek van Scott over het functioneren van de aldaar ingebrachte systemen, met name problemen betreffende de drukverhouding.

De klacht, zoals ter zitting nader geformuleerd en toegelicht, behelst dat verweerder klaagster onvoldoende heeft geïnformeerd over de risico's aan de ingreep verbonden, en moet ook aldus worden opgevat dat verweerder niet tot de operatie had mogen raden, gelet op de kans op mislukking en verslechtering van de bestaande toestand. Naar aanleiding van deze klacht en ambtshalve moet gelden:

Bij de door verweerder toegepaste behandelingsmethode wordt een gecompliceerde prothese ter vervanging van de kringpomp van de blaas ingebracht. Deze prothese bestaat uit een om de urethra aan te brengen manchet van kunststof, die door middel van een eveneens in te brengen hydraulisch systeem, ook vervaardigd van kunststof, kan worden gesloten en weer geopend. Dit hydraulisch systeem bestaat uit een vloeistofreservoir, een viertal vloeistofleidingen en twee balgjes waarmee het systeem wordt bediend. Bij de man worden deze balgjes aangebracht in het scrotum, bij de vrouw in de labia majora. Het aanbrengen van deze prothese vergt, naar de deskundige ook heeft verklaard, een uiterst complexe, technische uitermate moeilijke operatie, die alleen verantwoord kan worden uitgevoerd door een ervaren, ook in de onderhavige operatietechniek goed getrainde, operateur, na een hoogst zorgvuldige voorbereiding en met een hoogst zorgvuldige techniek, in een goed geoutilleerde – bij voorkeur urologische – kliniek, waar ervaren operatiekamer – en verplegend personeel aanwezig is. De kans op mislukking van de implantatie is – zelfs in ervaren handen – zodanig groot dat bepaald niet lichtvaardig tot adviseren en uitvoeren daarvan mag worden overgegaan. Alleen dan kan daartoe reden zijn, indien sprake is van volledige incontinentie, onmogelijkheid van de patiënt zich daaraan sociaal aan te passen en dan nog slechts nadat andere medicamenteuze en/of operatieve mogelijkheden zijn uitgeput.

Verweerder heeft deze behandelingsmethode, die hij in de Verenigde Staten heeft leren kennen toen deze nog in het experimentele stadium verkeerde, in Nederland geïntroduceerd en uitgevoerd toen hij niet meer dan een beperkte operatie-ervaring had (immers nog maar kort daarvoor zijn opleiding tot uroloog had voltooid), op een moment dat nog maar erg weinig ervaring met deze methode was opgedaan en deze alleen nog maar werd toegepast door een of enkele buitenlandse artsen, terwijl hij wel enige, maar toch niet meer dan een summiere, training in de voor de onderhavige ingreep noodzakelijke operatietechniek heeft gehad. Bovendien werkte verweerder in een kleine, particuliere kliniek, waarvan het sterk de vraag is of deze kan voldoen aan de nogal hoge eisen die, blijkens de deskundige, moeten worden gesteld wil van een verantwoorde uitvoering sprake kunnen zijn.

Het voorgaande leidt tot de slotsom dat verweerder reeds onverantwoord heeft gehandeld door zich van de onderhavige behandelingsmethode te bedienen. Met betrekking tot klaagster was het adviseren en uitvoeren van deze behandelingsmethode te minder juist, nu verweerder niet eerst alle overige, voor gevallen als de onderhavige ter beschikking bestaande, behandelingsmethoden heeft uitgeput. Door verweerder is niet gesteld, noch is gebleken, dat hij andere mogelijkheden van behandeling zelfs maar heeft overwogen. De ernst van de bij klaagster bestaande klachten was ook zeker niet zodanig dat het toepassen van de onderhavige behandelingsmethode geïndiceerd was.

De klacht is dus gegrond. Verweerder heeft, door ten deze tot de onderhavige transplantatie te adviseren en deze bij klaagster uit te voeren zoals hij deed, het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnd.

Bovendien moet ernstig worden betreurd

dat verweerder heeft meegewerkt aan de publikatie in (dagblad) van (datum), in welke publikatie klaagster en anderen aanleiding hebben gevonden verweerder te vragen hen te behandelen. Verweerder had moeten beseffen dat een publikatie als de onderhavige, waarin zijn volledige personalia wordt genoemd en ook het feit dat hij in de H-kliniek opereerde, verwachtingen bij de aan 'urine-incontinentie lijdende patiënten zou opwekken en een toeloop van deze patiënten voor de in het artikel aan de orde gestelde transplantatiemethode naar hem ten gevolge zou hebben. Verweerder is blijkbaar al te ambitieus geweest en heeft zeker een te groot vertrouwen gehad in zijn eigen kunde en mogelijkheden.

Mede in aanmerking nemend dat van streven naar winstbejag niet is gebleken, dat verweerder aan de patiënte veel zorg en aandacht heeft betoond en wel als een kundig operateur kan worden aangemerkt, is na te melden maatregel passend. In het algemeen belang zal publikatie van deze beslissing (in de vorm zoals hierna vermeld) worden bevolen.

Berispt verweerder

Beveelt dat deze beslissing, op de wijze als voorgeschreven bij artikel 13b. van de Medische Tuchtwet, wordt bekend gemaakt door plaatsing in de Nederlandse Staatscourant en door toezending met het verzoek om plaatsing aan de volgende tijdschriften: Tijdschrift voor Gezondheidsrecht; Medisch Contact; Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en Nederlandse Jurisprudentie.

Aldus gewezen op 31 oktober 1977 onder voorzitterschap van Mr. M. Knap met J. F. W. G. Verheul, N. van Eek, J. E. A. Huurdeman en J. A. I. van Prooije, (plv)ledeneeneeskundige en met bijstand van Mr. J. Heeres, secretaris.

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.

SPH-voorzitter S. van Randen over stand van zaken rondom huisartspensioen

De voorzitter van het stichtingsbestuur van het pensioenfonds voor huisartsen, S. van Randen, heeft ter inleiding van de deelnemersvergadering van deze stichting op 21 maart jl. in Utrecht het volgende naar voren gebracht:

Op deze eerste deelnemersraadvergadering in 1978 wil ik u graag informeren over de gang van zaken van uw pensioenfonds. Het belegd vermogen van uw pensioenfonds bedraagt per medio maart 1978 blijkens de financiële stukken 756 miljoen gulden. Ondanks de grote financieel-economische problemen mag ik constateren dat het rendement zich – ook in het nabije verleden – gunstig heeft ontwikkeld.

De jaarstukken over 1977 kunnen natuurlijk nog lang niet gereed zijn, maar er is alle reden te verwachten dat over 1977 het rendement nog iets hoger zal liggen dan over 1976 toen het netto-rendement 8,16% bedroeg.

Zoals u bekend is wordt uw bestuur en de directie bij het financieel beleid geadviseerd door de Financieel Economische Raad. In de per 1 januari 1978 ontstane vacature is tot lid van de Raad benoemd Dr. A. Batenburg, voorzitter van de Raad van Bestuur van de Algemene Bank Nederland NV. Uw bestuur heeft zijn grote waardering erover uitgesproken dat Dr. Batenburg zich bereid heeft verklaard ons pensioenfonds als raadslid ten dienste te willen zijn.

Premiebetaling

Het zal u, leden van de deelnemersraad, niet bevreemden dat zich bij de incasso van de verplichte pensioenpremie af en toe problemen voordoen. In een aantal gevallen is het helaas noodzakelijk over te gaan tot de invorderingsprocedure vanwege het pensioenfonds, zoals vastgelegd in de Wet betreffende verplichte deelneming in een beroepspensioenregeling. Thans is er een

zestel procedures bij de kantonrechter aanhangig; een vijftal bij de arrondissementsrechtbank in hoger beroep. Bij deze laatste heeft de kantonrechter in eerste aanleg het pensioenfonds in het gelijk gesteld. Deze invorderingsprocedures vergen de nodige aandacht van uw bestuur en in niet geringe mate ook van de directie. Met een van de deelnemers heeft uw bestuur een essentieel verschil van opvatting over wat onder bruto-inkomen moet worden verstaan. Uw bestuur is van oordeel dat onder bruto-inkomen (artikel 34 lid 5 van het pensioenreglement) van een huisarts moet worden verstaan alle inkomsten van de huisarts uit medische arbeid verkregen. Uw bestuur heeft dit oordeel willen toetsen aan de mening van het Centraal bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging. Blijkens het schriftelijk antwoord is het oordeel van het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging gelijkkluidend.

Voorlichting

Op de brief van het bestuur aan alle Plaatselijke Huisartsen Verenigingen om desgewenst voorlichting te geven in een PHV-vergadering zijn tot nu toe twintig positieve reacties gekomen. Inmiddels hebben acht informatiebijeenkomsten plaatsgevonden. In de loop van dit en volgend jaar zullen wij aan de andere verzoeken graag voldoen.

Bij iedere bijeenkomst van een PHV of district zijn uiteraard alle betrokken deelnemers en hun echtgenotes welkom. Het aantal aanwezigen mag tot nu toe verheugend worden genoemd. Bij de voorlichtingsavonden is een aantal bestuursleden aanwezig, alsmede de heer Hoes als directeur en zijn stafmedewerkers. Ik stel het op prijs onze directeur en zijn stafmedewerkers dank te zeggen voor hun enthousiaste medewerking in deze.

Mede dank zij de deskundige informatie van de kant van de directie meen ik te mogen vaststellen, dat de voorlichting aan

de deelnemers als zinvol en verhelderend mag worden ervaren. Bij de bespreking komt vrijwel steeds de vraag aan de orde over de relatie van de stijging van de pensioenpremie en de stijging van het honorarium. Uiteraard vormen de hoogte van het honorarium en de aanpassing daarvan een materie die de Landelijke Huisartsen Vereniging regardeert. Voor het pensioenfonds zijn dit gegevens waarvan het uitgaat bij de uitvoering van het reglement.

Buiten onze kring van deelnemers zijn er personen die zich hierover uitspreken in artikelen zoals in het blad 'Arts en Economie', dat onder veel artsen wordt verspreid. Daardoor kunnen wellicht misvattingen ontstaan, omdat enerzijds de materie ingewikkeld is, anderszijds omdat onvolledige en daardoor ook onjuiste gegevens worden verstrekt.

Mede door onze voorlichtingsbijeenkomsten in de PHV's hoop ik dat vele huisartsen daardoor een helder beeld kunnen hebben en krijgen van de relatie van de door hen betaalde pensioenpremies en de door hen verworven pensioenrechten. Samenvattend meen ik te kunnen vaststellen dat sinds 1973 tot op heden de stijging van de pensioenpremie en de stijging van het honorarium – wat iets anders is dan de stijging van de individuele praktijkinkomsten – nagenoeg gelijkblijvend is geweest. Daardoor zijn de pensioenaanspraken van de individuele huisarts evenredig gestegen met zijn gestegen pensioenpremie. Ik spreek de hoop en de verwachting uit dat uw bestuur met u, leden van de deelnemersraad, deze ontwikkeling zal kunnen blijven voortzetten.

Aldus S. van Randen, voorzitter van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen.

Kindermishandeling veelal slechts facet van complexe gezinsproblematiek

De bureaus vertrouwensartsen fungeren voor een ieder die met een vermoeden van kindermishandeling wordt geconfronteerd als een advies-, overleg- en bemiddelingsinstantie. Zij zijn daartoe voor een ieder toegankelijk en te allen tijde bereikbaar (antwoordapparaat). Iedereen die zich tot het bureau wendt kan indien hij dat wenst anoniem blijven. De taak van het bureau bestaat uit: het geven van adviezen over de hulpverlening en zonodig het op gang brengen en begeleiden van de hulpverlening, het verzamelen van gegevens alsmede de behartiging van de organisatorische nazorg. Aldus het dezer dagen gepubliceerde jaarverslag 1975 van de Bureaus Vertrouwensartsen inzake Kindermishandeling.

Over de oorzaken van kindermishandeling is nog weinig bekend. Duidelijk is alleen dat de kindermishandeling in de gezinnen waarin deze werd gesignaleerd, veelal slechts een facet is van een complexe gezinsproblematiek: huwelijksproblemen, psychische moeilijkheden, pedagogische onmacht, financiële problemen en maatschappelijk isolement spelen een rol.

0 tot 6 jaar

Blijkens de in het jaarverslag voorkomende cijfers werden in dat jaar 815 mishandelde kinderen bij de bureaus gemeld, van wie 422 jongens en 393 meisjes. De mishandeling kwam voor in alle leeftijdsgroepen maar in het bijzonder in de groep van 0 tot 6 jaar. De meldingen kwamen voor 48% van het totaal uit gemeenten met meer dan 100 000 inwoners.

De aard van de mishandeling was in de meeste gevallen lichamelijk, in een kleiner aantal gevallen zowel lichamelijk als psychisch of uitsluitend psychisch. Veelal vond de mishandeling plaats in de vorm van lichamelijk geweld; daarnaast kwam veel verwaarlozing voor.

De mishandeling geschiedde in overwegende mate repeterend, dat wil zeggen min of meer stelselmatig. Dit verschijnsel is toegenomen ten opzichte van 1974. De gevolgen van de mishandeling bestonden voor het merendeel uit kneuzingen en bloedingen.

Ontwikkelingsstoornissen

Daarnaast kwamen groeiachterstand en andere ontwikkelingsstoornissen voor en angstigheid of nervositeit. Negen gevallen van mishandeling hadden een dodelijke afloop en tien maal was er sprake van ernstig hersenletsel. Ruim 85% van de gemelde kinderen werd door de eigen

ouders mishandeld. De moeder werd vaker dan de vader als pleger aangemerkt; de overige 15% door pleegouders, stiefouders, familieleden en andere verzorgers of opvoeders. De meeste (vermoedelijke) plegers bevonden zich in de leeftijdsgroep van 21 t/m 30 jaar, gevolgd door de groep van 31 t/m 40 jaar.

Meldingen

Een aanzienlijk aantal van de mishandelde kinderen werd gemeld door medici of medische instanties. Voorts kwamen meldingen van de zijde van het onderwijs, de (kinder-)politie, de kinderbescherming, het algemeen maatschappelijk werk en de sociale diensten, één of beide ouders, familieleden, vrienden en bureaus.

Het aantal gevallen waarin een maatregel van de kinderbescherming noodzakelijk werd geacht, bleek betrekkelijk gering.

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.



officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Dagelijks Bestuur

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

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

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

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

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

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

Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (SBA)

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



van het hoofdbestuur

Geneeskundige verklaringen en voorrang bij telefoonaansluiting

Het afgeven van geneeskundige verklaringen ten behoeve van voorrang bij telefoonaansluiting

Volgens het gestelde sub B 8 in het 'groene boekje' bestaat de mogelijkheid dat geneeskundige verklaringen ten behoeve van voorrang bij telefoonaansluiting door de afdelingsvertrouwensartsen worden afgegeven. Zoals in genoemd hoofdstuk wordt vermeld behoort eigenlijk de instelling zelf daarvoor een controlerend arts aan te wijzen. Immers de taak van de AVA dient beperkt te blijven tot het afgeven van betrekkelijk eenvoudige en incidentele verklaringen, die niet steeds door eenzelfde instelling worden gevraagd. Formeel komen daarom dus de geneeskundige verklaringen ten behoeve van voorrang bij telefoonaansluiting niet in aanmerking om door de AVA te worden afgegeven.

Daarnaast leert de ervaring dat in bepaalde telefoondistricten met lange wachtlijsten het aantal van deze geneeskundige verklaringen zo groot was dat het een grote belasting betekende voor de aldaar functionerende AVA's. Op enkele plaatsen heeft dit ertoe geleid dat het op deze grond niet mogelijk was nog een AVA te vinden wanneer er een vacature ontstond.

Op grond van het bovenstaande is van de zijde van de KNMG contact opgenomen met de PTT. De PTT heeft een oplossing gevonden voor het probleem door een tweetal artsen aan te trekken, die een door de aanvragers in te vullen 'eigen verklaring' zullen beoordelen. Indien daaruit blijkt dat een nader onderzoek nodig is zal de betrokken arts dit laten verrichten. De kosten van de aangetrokken artsen komen voor rekening van de PTT. Eventueel te verrichten onderzoek komt voor rekening van de aanvrager. De nieuwe regeling zal per 1 april 1978 landelijk ingaan. Het is gebleken dat dit in enkele tele-

foondistricten reeds op een eerdere datum is geschied. Na 1 april 1978 dienen dus de eventueel nog binnenkomende aanvragen te worden verwezen naar de PTT.

Utrecht, 30 maart 1978



Bestuursvergadering

Puntenverslag van de twee en zeventigste vergadering van het bestuur van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten gehouden op 19 januari 1978 in de vergaderkamer van de Stichting in het gebouw van de Maatschappij Geneeskunst te Utrecht.

In een uitgebreide toelichting wordt uiteengezet op welke wijze de standaardwinstdeling wordt berekend. Hierbij wordt uitgegaan van een formule, die telken jare voor deze berekening wordt gehanteerd. Met algemene stemming wordt besloten de standaardwinstdeling over 1977 vast te stellen op 4,25 %, deze winstdeling is tevens de winstdeling van de normpensioenen eigen beheer.

De directeur geeft een toelichting op de beleggingsmutaties over de afgelopen maanden. De opbrengst van verkopen in de obligatiesector zijn belegd in onderhandse leningen, waarvan het rendement op een hoger peil ligt. Verder wordt ingegaan op de consequenties van de valutaoonrust, ontstaan door de daling van de Amerikaanse dollar. Bij deze besprekingen wordt tevens betrokken op welke wijze en tijdstip in het buitenland zou kunnen worden geïnvesteerd. Op dit ogenblik vinden besprekingen plaats over de participatie in vastgoedobjecten. Het beleggingsadvies van de directeur wordt goedgekeurd.

Een aantal verzoeken om toepassing van de hardheidsclausule wordt behandeld. Het bestuur besluit de door de commissie uit het bestuur uitgebrachte adviezen te volgen.

De commissie 'Premiedruk' bestaande uit een delegatie van de Landelijke Specialisten Vereniging en het pensioenfonds zal binnenkort vergaderen. Deze commissie houdt zich bezig met de bestudering van het premieniveau.

INHOUD OFFICIEEL

KNMG; van het hoofdbestuur:	
Geneeskundige verklaringen en voorrang bij telefoonaansluiting	472
SPMS:	
Bestuursvergadering	472

Nr. 15-14 april 1978