



redactioneel

- De Geneeskundige Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid, R. Drion, toont op grond van enkele staatsrechtelijke beschouwingen aan, dat het zowel in het belang van de politieke verantwoordelijkheid van de minister als in het belang van een optimaal functioneren van de geneeskundige inspectie is, dat aan laatstgenoemde een grote mate van onafhankelijkheid en handelingsvrijheid wordt toegekend.
- In zijn maiden speech ter inleiding van de Ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging, heeft de nieuwe voorzitter J. W. Jacobze gepleit voor een betere samenwerking met de overheid: '... wij hebben geen behoefte aan afhankelijke participatie, het mee mogen doen onder voorwaarden; werkelijk overleg betekent meedenken, meepraten, meebeslissen ...'
- De heren B. H. Posthuma en J. van der Zee besluiten hun artikelenserie over onderzoek op macroniveau naar het verwijsgedrag van huisartsen. Zij concluderen onder meer dat een van de belangrijkste stellingen van de Leidse economen Van Praag, Van der Gaag en Rutten, 'Verhoging van het aantal huisartsen vermindert de klinische consumptie' de toets der kritiek niet zonder meer kan doorstaan. Genoemde heren zouden de door hen gehanteerde formules niet allemaal even correct hebben afgeleid.
- In de serie artikelen over sportgeneeskunde thans een bijdrage van de vrouwenarts Dr. G. J. J. Gerards over sportbeoefening door de vrouw. Hij stelt — samenvattend — dat er nauwelijks behoefte bestaat aan een specifiek op de vrouw en de sport gerichte studie: 'Indien er specifieke problemen zijn voor de vrouwelijke sportbeoefenaars zullen deze door de vrouw zelf of door de haar begeleidende trainers en coaches wel naar voren worden gebracht'. En: 'Dat de vrouw dient te bewijzen dat zij vrouw is, is een typisch verschijnsel van sportverdwazing ... bovendien discrimineert men hiermede de vrouw ...'



Bij de trap naar de ingang van het Ziekenhuis Overvecht te Utrecht is dit beeldhouwwerk van de kunstenaar J. P. W. Meefout geplaatst. Het beeld stelt een hurkende mens voor en is gehakt in Belgische hardsteen, ook wel Arduinstein genoemd en dateert van 1 juni 1972.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven	166
<i>Inzenders: J. C. Bol, Willem Schuurmans Stekhoven</i>	
Hoe onafhankelijk is de Geneeskundige Inspectie Volksgezondheid? Enkele staatsrechtelijke beschouwingen, door R. Drion	169
Ledenvergadering der LHV	172
Tussen eerste en tweede echelon. III: Een Leidse werkgroep in de gezondheidszorg, door J. van der Zee en B. H. Posthuma	175
Sportmedische facetten X — Sportbeoefening door de vrouw, door Dr. G. J. J. Gerards	182
Van de Geneeskundige Hoofdinspectie	186
Geschiedenis der geneeskunde — Stadsvroedvrouwen en stadsvroedmeester te Enkhuizen in het begin van de 19e eeuw. III: Stadsvroedmeester, door Prof. Dr. A. C. Drogendijk Sr.	187
OFFICIEEL	189
Inhoudsopgave officieel	200



MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

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

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

Uitgeverij

Tijl Media BV
Texelstraat 76-80,
Amstelveen,
telefoon: 020-433851,
telex: 15230.
Afd. facturering 020-470221

Abonnementen

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

Advertenties

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

Adreswijziging

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

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.



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

NASCHOLING – TOETSING

Voorstel

Het wordt meer dan tijd dat wij allen:

a. Een video-recorder bezitten met een door CRM – PTT (TV) aan te wijzen studie-kanaal. Een voorzet-inschakelapparaat schakelt op een vóórsignaal medisch, metallurgisch etc. die wetenschap in die wordt uitgezonden en die de beoefenaar uitkiest. 'Hypertensie' kan worden uitgezonden via een mobiele TV-opname-apparatuur. (de academische ziekenhuizen met eigen circuits maken concrete afspraken). Na bezinning en voorbereiding kan een diagnostisch 'stroom-diagram', het voor en tegen van therapieën, de fysiologische en pathologische reflexleer en indicatie daaruit voortvloeiend (repetitie-cursus etc) aan ons worden voorgelegd.

b. Een bijgewerkt 'view-data-systeem' geeft ons dan het laatste gegeven. Hoeveel energie/kostbare tijd gaat er verloren met reizen etc. Collega's die er ook 'bij willen zijn', maar door afstand niet kunnen, kunnen evenals ieder van ons studeren op die tijdstippen, wanneer de eerstelijnswerker wat is uitgerust van de dagelijkse beslommeringen. De collega's mogen van mij best weten dat 'blauwdrukken', takenverdeling (of -pakket) van de huisarts, nascholing en toetsing er dan heel wat beter uit komen. Kritisch getoetste informatie is dan heel wat beter dan dat zweverige woord 'toetsing'. Ik heb het gevoel dat wij betreffende deze nascholingsmethodieken na-ijlen.

Rotterdam-Hoogvliet, 18 januari 1978

J. C. Bol, arts

SCREENINGSNEUROSE

Gaarne onderschrijft schrijver dezes de klemmende waarschuwingen van Witsenburg en Damsté (MC 3/1978, blz. 68 en 69) tegen de snel in omvang toenemende neiging tot systematisch bevolkingsonderzoek. Zodanig onderzoek had uiteraard zin in de jaren, toen tbc epidemisch was en heeft nog zin ten aanzien van onderwijzend personeel nu bij kinderen sporadisch nog tbc-schooninfecties voorkomen; heeft een zekere zin ter bestrijding van jeugdcariës; is zinloos ten

aanzien van kanker en van hart- en vaatziekten.

1. Carcinofobie is erger dan kanker.

Algemene dispositie suggereren bedreigt de geestelijke volksgezondheid. Damsté illustreert voortreffelijk hoe onjuist de opeenhoping van ca-kandidaten in overvolle CaCR-wachtkamers is. Dagen of weken tevoren voor een uitstrijkje oproepen werkt neurotiserend. Als een vrouwenarts het voorbeeld van de tandarts volgt door eigen patiënten half jaarlijks te berichten, dat betrokkene verstandig doet zich weer eens op zijn spreekuur voor controle te vervoege en dan schriftelijk de uitslag meldt (geen twee visites in rekening brengen) voorkomt hij de massa-psychose, die thans bezig is te ontstaan.

Gezien de moderne opvattingen, dat 'malignisering' van normale cellen zich in de loop van tientallen jaren geleidelijk kan ontwikkelen – mede bepaald door schommelingen in het afweervermogen – terwijl de lokalisatie weer onder invloed staat van plaatselijk werkende noxen, is het duidelijk, dat de screeningsuitkomsten lang dubieus kunnen zijn, wat tot vaker terugbestelling of tot dubieuze profylactische operaties (als conus-extirpaties) en biopsien met dubieuze of voorlopig negatieve resultaten kan leiden. Met als gevolg toenemende psychische belasting. Voeg daar bij de wetenschap, dat bij inoperable ca-gevallen, waarin zelfs bestraling te riskant zou zijn, adaequate citostatische behandeling tot jarenlange verbluffende remissies kan leiden. (Lindert, Barents en Pinedo, NTvG 122, nr. 3/1978, blz 65), dan wordt de twijfel aan het nut van 'razzia's' nog groter. Gedwongen bevolkingsonderzoek is onjuist. Daar komt nog het probleem bij of de steeds jeugdiger leeftijd van de ca-patiënten niet aan de toename van de 'Kosmische straling' moet worden toegeschreven (zie 2).

2. CVA-vrees (CVA-fobie) is erger dan een hart- of herseninfarct.

Hier gelden ceteris paribus dezelfde bezwaren als sub 1 naar voren gebracht.

Het verschil tussen ca en CVA is, dat slechts bij enkele ca-lokalisaties een aanwijsbare noxe een rol speelt. Gaarne aangenomen, dat bij bronchus- en long-ca-nicotinemisbruik (inhalerende kettergrokerij) een belangrijke rol speelt, wil

Doorlezen naar blz. 168.

EEN SCHAAP MET VIJF OF DRIE POTEN?

Toen in 1967 na langdurige en harde onderhandelingen met ziekenfondsen en overheid het honorarium van de huisartsen aanzienlijk werd verhoogd, was een van de argumenten van het Centraal Bestuur der LHV voor deze verhoging dat zij de verplichting met zich bracht die omstandigheden te bevorderen, die een optimale uitoefening van het beroep van huisarts mogelijk maken.

Er is sindsdien het een en ander gebeurd. Met name op het gebied van de nascholing betoonden de opeenvolgende CB's zich actief. Daarvan getuigt niet alleen het kleine half miljoen gulden dat voor dit doel op de begroting is gereserveerd, maar ook het organisatiewerk dat daarmee samenhangt. Daarnaast werd, behalve de Blauwdruk, het rapport 'De taken van de huisarts' uitgebracht. In de aanbiedingsbrief bij dit rapport schreven de vorige voorzitter en de huidige secretaris: 'Het rapport geeft een gedetailleerde normstelling vanuit de beroepsgroep voor de veelheid van werkzaamheden welke door de huisarts wordt verricht.' En de rapporterende commissie meldde in haar inleiding, dat zij in eerste instantie een taaknormering voor de huisarts had willen stellen. In de ledenvergadering der LHV van 27 oktober jl. is uitvoerig over de inhoud van 'De taken van de huisarts' gediscussieerd. Er was uiteraard kritiek: er zouden taken ontbreken, er was te veel nadruk gelegd op het somatische aspect; er was geen logisch verband; methoden, middelen, hulpmiddelen en voorwaarden om een taak te vervullen waren alle gerubriceerd onder 'Taken'; er zou geen visie op de huisartsgeneeskunde in het rapport te vinden zijn. Vrijwel algemeen was men het erover eens, dat de opstellers een uitgebreide inventarisatie hadden opgemaakt van de deskundigheden waarover

huisartsen dienen te beschikken. Dit kwam overeen met de wens van de commissie, met haar rapport ter discussie te stellen wat in de Ziekenfondswet wordt omschreven als 'wat onder beroepsgenoten gebruikelijk is'. Die wens was voornamelijk ingegeven door de omstandigheid dat er bij de overheid een neiging bestaat om steeds meer taken af te schuiven op de huisarts, alsof die huisarts een schaap met vijf poten zou zijn → taaknormering houdt een beperking in.

Op de ledenvergadering van 27 januari jl. (blz. 172) is over de toekomst van dit rapport beslist. De gevoelens van de vergadering werden wellicht het best vertolkt door de spreker die ongeveer zei: 'Het is een heel mooi rapport, maar laten wij ons nu verder bezighouden met andere zaken.' De mening van de commissie, die door het Centraal

*Een gemiste kans
op aanzet tot
intercollegiale
toetsing*

Bestuur was overgenomen, dat van de in Nederland functionerende huisarts kan worden geëist dat hij de als hoofdtaken in dit rapport geregistreerde verrichtingen naar behoren uitvoert, is door de formulering van het besluit van de ledenvergadering niet onderschreven. De normering is zorgvuldig geschrapt uit de conceptverklaring, waarin werd gesteld dat het rapport de taken van de huisarts weergeeft zoals deze behoren te zijn. Kennelijk heeft de vergadering kwaliteitsbewakende activiteiten, die op grond van dit rapport wellicht konden worden ondernomen, niet willen aanvaarden.

Nu is een van de belangrijkste bestaansredenen van een beroepsorganisatie het handhaven van de kwaliteit van het handelen van haar leden. Dat kan met verschillende, elkaar aanvullende

methoden; een daarvan is de nascholing, een andere normering van het handelen. Het handelen van de huisarts berust op twee pijlers: kennis/vaardigheid en attitude. Het takenrapport behandelt vooral de cognitieve kant. Nu kan men erover twisten welke kant de belangrijkste is, vast staat dat beide onmisbaar zijn. Voor zowel kennis en vaardigheid als attitude geldt, dat zij aan zo hoog mogelijke normen moeten voldoen. Daarbij gaat het niet in de eerste plaats — eigenlijk helemaal niet — om de beoordeling door derden, maar in het bijzonder om de beoordeling die iedere huisarts zichzelf oplegt en zijn beroepsgenoten aan hem. Dit rapport had daartoe een aanzet kunnen geven, en dat was blijkbaar ook wat het CB beoogde.

Nu is het natuurlijk onmogelijk, dat iedere huisarts onder alle omstandigheden de in het rapport genoemde hoofdtaken zal uitvoeren. Hij kan bijvoorbeeld gewoon te moe zijn om een wat uitgebreidere wondbehandeling te geven; hij zal er dan verstandig aan doen de betrokken patiënt door te verwijzen. Hij kan zich tegen een bepaalde klacht niet opgewassen voelen en de patiënt doorverwijzen voor een neurologisch onderzoek. Toch zal hij zich steeds moeten afvragen of hij de hem toegedachte taken nog wel uitvoert. Het is hierbij dat het rapport hem kan helpen. Het kan hem voorts van bijzonder nut zijn, als hij tegenover beroepsgenoten waar wil maken dat hij bepaalde taken *niet* kan verrichten. Het rapport had ertoe aanleiding kunnen zijn een inventarisatie te maken van de handelingen die de huisarts werkelijk doet, bijvoorbeeld door inschakeling van de PHV's: een allereerste begin van intercollegiale toetsing. De ledenvergadering heeft die kans niet aangegrepen.

Er blijven de LHV uiteraard genoeg taken over. Zij zou er wel voor moeten waken een schaap met drie poten te worden.

B.

dat nog niet zeggen, dat bij massale uitschakeling van die noxe de ca-morbiditeit als geheel zal dalen, d.w.z. de betrokkenen, die voor ca gedisponeerd zijn, hun tumor niet elders krijgen.

De strijd tegen de evenals bij de ca op steeds jeugdiger leeftijd zich manifesterende CVA-dispositie wordt vertroebeld door de controverse over de relatieve betekenis van de zogenaamde 'risico-factoren'.

Voedingsgewoonten ('cholesterolgehalte' bloed), roken, bloeddrukpeil, en psychische belasting ('stress') worden als 'volksvijanden' gedramatiseerd en gegeneraliseerd, terwijl wij van de juiste oorzaak en van het ontwikkelingsmechanisme van de 'scleroseringsprocessen' eigenlijk niets weten.

Bovendien is de veronderstelling, dat de bevolking van Nederland één 'nosologische eenheid' vormt, d.w.z. dat de bevolkingsopbouw en de bevolkingssamenstelling in alle landsdelen vergelijkbaar zou zijn, statistisch al onhoudbaar gebleken. Hier zij in het midden gelaten of grote klimatologische verschillen, geologische verschillen en zelfs provinciale persoonlijkheids- en leefklimaatverschillen van invloed zijn. Limburgers, Brabanders, Zeeuwen, Groningers, Friezen en Drenten zijn heus geen 'Ollanders'.

Gelukkig heeft Meyler de moed gehad eens duidelijk te zeggen, dat wetenschappelijk nog allerminst vaststaat of die zogenaamde risicofactoren wel oorzaak en geen gevolg van het duistere scleroseringsproces zijn.

Evenals ten aanzien van de dalende leeftijd van de door ca bedreigde bevolkingsgroepen geldt hetzelfde van de door CVA bedreigde bevolkingsgroepen. Dat toevallig of causaal samenvalt met uitgesproken klimatologische veranderingen en met *verhoogde kosmische straling*.

Kernfysici en klimatologen vragen zich af of die toegenomen kosmische straling geen gevolg is van de nadelige invloed die atoombomproeven en de snelle stijging van ongetwijfeld kernenergie in de atmosfeer brengende kerncentrales gehad hebben en blijven hebben (nu en dan explodeert er weer eens een kerncentrale) op de tegen kosmische straling beschermende ozonlaag van de atmosfeer. (Het nieuwe kabinet heeft niet voor niets besloten de bouw van nieuwe kerncentrales uit te stellen in afwachting van de 'technologische ontwikkeling').

De gezondheidbedreigende werking van verhoging van de kosmische straling is veel ouder dan de atoombom en de kosmische-kernenergie-bedreiging door de kerncentrales (nog gezweven van de gevaarlijke 'afval').

Ongeveer 50 jaar geleden verscheen een studie over de sterfte aan longtuberculose (o.a. door hevige longbloedingen) in de Zwitserse sanatoria en de speciale zonne-energie-explosies (protuberanten). Daarbij bleek een opvallende synchronisiteit. De herinnering aan die



'De Adolescent in de Geneeskunde'

KNMG-Ledencongres 1978, Arnhem **5 en 6 oktober**

Reeds nu willen wij de aandacht vestigen op het dertigste ledencongres dat op donderdag 5 en vrijdag 6 oktober 1978 te Arnhem wordt gehouden. Het thema is: 'De adolescent in de geneeskunde'. Bijna iedere arts zal in zijn werk met de adolescent te maken hebben. Een benadering vanuit meerdere invalshoeken is dan ook op zijn plaats. Zo zullen er, verdeeld over twee dagen, zes secties zijn. Dit congres wil echter méér zijn dan die zes, min of meer los van elkaar staande, secties. Het wil pogen na te gaan, of de verschillende aspecten van de adolescent in de geneeskunde al of niet tot een synthese kunnen worden gebracht. Ook staat op het programma een bezoek aan enkele belangrijke inrichtingen en instituten, waar adolescenten worden behandeld. Daarnaast tekent zich nu al — de voorbereidingen zijn in volle gang — een interessant en attractief partner- en feestprogramma af.

Arnhem heeft bij vorige gelegenheden de faam verworven een goede en gezellige congresstad te zijn. Als het aan ons ligt, zal het dit jaar niet anders zijn.

Namens de afdeling Arnhem en Omstreken,

Dr. C. van Castel, voorzitter

publikatie verklaart de belangstelling dezerzijds voor de mogelijke invloed, die thans — niet door zonne-energie toppen, maar door van de aarde de atmosfeer ingeworpen — kernenergie op de volksgezondheid zou kunnen hebben. Aangenomen, dat de kosmische straling regelmatig wordt geregistreerd, verdient het aanbeveling, dat die factor aan de risicofactoren voor ca- en CVA-morbiditeit wordt toegevoegd, en de medische wereld daarover van deskundige en onbevooroordeelde zijde wordt voorgelicht. Die inlichtingen zouden wel eens belangrijker kunnen blijken dan de uitkomsten van screening op de andere zogenaamde risicofactoren.

Naarden, 18 januari 1978

Willem Schuurmans Stekhoven

TV-TIPS

Zondag 12 februari 1978:

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

Donderdag 16 februari 1978:

(Ned. I) KRO, 19.50-20.25 uur:
'Wat heet beter?'

Hoe onafhankelijk is de Geneeskundige Inspectie Volksgezondheid?

Enkele staatsrechtelijke beschouwingen

Van tijd tot tijd komt de positie en het functioneren van de geneeskundige inspectie* ter discussie evenals de relatie die deze als overheidsorgaan heeft met de minister tot wiens ressort zij behoort. Ook in Medisch Contact** is hieraan in het verleden aandacht besteed. De staatsrechtelijke implicaties van een min of meer los van de minister functionerend orgaan zoals de inspectie van de volksgezondheid kregen daarbij echter tot nu toe weinig aandacht, hoewel deze toch in belangrijke mate bepalend zijn voor het antwoord op de vraag hoe onafhankelijk de inspectie van de Volksgezondheid is en kan zijn. Na 110 jaar functioneren van het Geneeskundig Staatstoezicht zoals dat door Thorbecke werd gezien, is wel gebleken dat ook de artsen en het steeds toenemend aantal andersoortige beroepsbeoefenaren die zich bewegen op het terrein der gezondheidszorg enig toezicht van de overheid aanvaardbaar achten, mits dit toezicht politiek niet beïnvloedbaar is.

Bij de discussies in de Tweede Kamer, zoals die werden gevoerd in 1863 bij de behandeling van de Geneeskundige Wetten van Thorbecke, werd van vele zijden – met name ook uit de artsenstand – de vrees geuit dat een door rijksinspecteurs uitgeoefend geneeskundig staatstoezicht tot een onduldbare overheidsbemoeiing met de uitoefening van het geneeskundig beroep aanleiding zou geven.

* Waar in dit artikel van inspectie of geneeskundige inspectie wordt gesproken wordt steeds bedoeld de Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid.

** M.C. 1976 blz. 357 e.v. Dr. D. K. Rijkels; M.C. 1976 blz. 1347 e.v. Muntendam en Van der Mijn.

door R. Drion, arts



Geneeskundige Hoofdspecteur van de Volksgezondheid

Gedurende het meer dan honderd jaar in onafhankelijkheid functioneren hebben de inspecteurs evenwel bereikt dat zij het vertrouwen van de beroepsorganisaties hebben gekregen, juist omdat men algemeen ervaren heeft dat politieke opvattingen en stromingen de geneeskundige inspectie in haar functioneren niet beïnvloeden. Eerst wanneer en voor zo ver deze hun neerslag hebben gevonden in wettelijke bepalingen is de inspectie gehouden deze opvattingen in haar beleid wat betreft het uit te oefenen toezicht op te nemen.

Wat zijn echter de consequenties van de onafhankelijkheid van een overheidsorgaan en in hoeverre bestaan er onafhankelijke overheidsorganen? Voorop zij gesteld dat er behalve de zogenaamde Hoge Colleges van Staat en de Rechterlijke Macht geen volstrekt onafhankelijke – dat wil zeggen van een politiek verantwoordelijke minister onafhankelijke – overheidsorganen bestaan. Ieder overheidsorgaan maakt, ook als het niet direct 'onder de bevelen' van een minister staat, deel uit van een ministerie. De onafhankelijkheid die eventueel aan

een overheidsorgaan kan worden toegekend zal dus steeds een zekere beperking hebben, doordat de minister tot wiens ressort het orgaan behoort aan het parlement verantwoording verschuldigd is.

Omtrent de vraag in hoeverre het staatsrechtelijk mogelijk is aan een tot het ressort van een minister behorend orgaan een zekere onafhankelijkheid toe te kennen zijn de meningen ook onder deskundigen op het gebied van het staatsrecht verdeeld.

Van der Pot stelt in de tweede druk (1946) van zijn Handboek van het Nederlandsche Staatsrecht dat als ambtenaren krachtens een wet bevoegd zijn rechtshandelingen te verrichten die het Rijk kunnen binden of materiële daden te verrichten die het Rijk kunnen worden toegerekend, vooral als de wet hun een eigen beslissingsrecht toekent, de minister hun zelfs niet mag voorschrijven hoe zij daarvan gebruik hebben te maken. Mr. A. M. Donner, die de latere drukken van bovengenoemd handboek van Van der Pot heeft bewerkt, stelt het in de zevende druk (1972) wat anders maar erkent met zoveel woorden dat wanneer de wetgever aan zulke organen de onafhankelijke uitoefening van bepaalde bevoegdheden toekent de ministeriële verantwoordelijkheid daarvoor ophoudt.

De Commissie inzake algemene bepalingen van administratief recht gaat in haar rapport (1973) minder ver in het toekennen van onafhankelijkheid aan ambtelijke organen ('Indien bij wettelijk voorschrift aan een ambtenaar de bevoegdheid wordt toegekend een bepaalde beschikking te geven, kunnen hem – ook wanneer zulks niet uitdrukkelijk is bepaald – door het bestuursorgaan (dit is de minister) waaraan hij ondergeschikt is,

ter zake van die bevoegdheid algemene en bijzondere instructies worden gegeven'). In een noot nuanceert de commissie deze uitspraak door te stellen 'dat soms grote terughoudendheid in de hantering van de bevoegdheid tot het geven van instructies met betrekking tot de hier bedoelde beschikkingen geboden kan zijn, met name voor wat betreft beschikkingen waarvan de inhoud geheel of goeddeels bepaald wordt door een van bijzondere deskundigheid afhankelijk oordeel (bijvoorbeeld op medisch gebied)'.

Uit het bovenstaande volgt dat staatsrechtelijk gezien volgens diverse deskundigen op dit gebied de mogelijkheid bestaat aan een ambtelijk orgaan een zekere mate van onafhankelijkheid en handelingsvrijheid toe te kennen. In het kader van dit artikel dient dan de vraag beantwoord te worden in hoeverre op grond van de wet de organen van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, met name de geneeskundige (hoofd) inspecteur van de volksgezondheid, als in zekere mate onafhankelijk kunnen worden beschouwd.

De verhouding tussen de minister (staatssecretaris) en de inspecteurs wordt – zij het summier – geregeld in de Gezondheidswet van 1956, waarin ook de taken en bevoegdheden van de hoofdinspecteurs en inspecteurs zijn geregeld. Artikel 38 van deze wet bepaalt dat de hoofdinspecteurs de aanwijzingen van de minister en de directeur-generaal in acht hebben te nemen. Uit de discussie in de Tweede Kamer bij de behandeling van de Gezondheidswet blijkt dat volgens de minister (Suurhoff) aan de woorden 'zij hebben de aanwijzingen van de minister in acht te nemen' in ieder geval waar het het optreden van de geneeskundige inspecteurs in geneeskundige zaken betreft, toch wel een bepaalde betekenis ten aanzien van hun onafhankelijkheid moet worden toegekend en dat daarmee uitdrukkelijk bedoeld is dat de geneeskundige inspecteurs in dit soort zaken ten aanzien van de vervulling van hun taak niet 'onder de bevelen' van de minister staan.

Gegeven de mogelijkheid van een binnen de staatsrechtelijke grenzen onafhankelijk opererende inspectie van de volksgezondheid kan het probleem nu worden teruggebracht tot twee elementen:

1. Welke zijn de voordelen van een naar buiten erkend politiek onafhankelijk opererende inspectie voor het functioneren van de inspectie?
2. Welke zijn de voordelen van een naar buiten erkend politiek onafhankelijk opererende inspectie voor de politieke verantwoordelijke minister/staatssecretaris?

Wat het eerste punt betreft kan het volgende worden opgemerkt. Toezicht en controle op de gezondheidszorg worden als de primaire taken van de geneeskundige inspectie beschouwd. Uit deze taken vloeit ook de beleidsadviserende taak voort. Toezicht en controle op basis van kennis van het zorgverleningsapparaat leidt tot signalering aan minister en directeur-generaal omtrent de meeste aspecten van de gezondheidszorg. Deze signalering mondt veelal uit in advisering ten behoeve van de beleidsvoorbereiding. Om objectief te kunnen beoordelen is echter niet alleen een bepaalde onafhankelijkheid ten opzichte van het veld van de zorgverlening, maar ook ten aanzien van de minister en directeur-generaal een *conditio sine qua non*. De vele informatie die uit het veld van de gezondheidszorg het ministerie bereikt is onvermijdelijk gekleurd, hetzij uit eigen belang, hetzij uit politieke of andere overwegingen. Het is de – essentiële – taak van de inspectie bovengenoemde informatie te objectiveren en te commentariëren op basis van haar kennis van het veld. Een politiek onafhankelijke positie van de inspectie is daartoe noodzakelijk. Reeds eerder werd opgemerkt dat de onafhankelijkheid van de inspectie niet onbeperkt kan zijn. Bovendien is zij in haar beperking verschillend al naar gelang de aard van de taken en bevoegdheden die de wet de inspectie toekent.

Een zeer grote onafhankelijkheid dient de inspectie te hebben ten aanzien van de bevoegdheid tot het doen van onderzoeken als bedoeld in art. 37 van de Gezondheidswet, vooral indien deze onderzoeken noodzakelijk zijn voor de vervulling van haar primaire, in art. 36 onder a genoemde taak: de handhaving van de wettelijke voorschriften op het gebied van de volksgezondheid. In het bijzonder zou ik hier willen noemen onderzoeken die noodzakelijk geacht kunnen worden voor het vervullen van haar

taak als bewaker van de gezondheidstoestand van de bevolking en van de kwaliteit van de gezondheidszorg, zoals deze haar in de onderscheiden wetten op het gebied der volksgezondheid zijn opgedragen, bijvoorbeeld in het kader van de (medische) tuchtwet en de Infectieziektenwet. Nimmer mag de inspectie op politieke gronden genoopt worden een onderzoek dat zij wenselijk acht voor haar taakvervulling en waartoe de wet haar de bevoegdheid geeft (zoals de bevoegdheid alle plaatsen te betreden teneinde een voor de juiste uitvoering van haar taak noodzakelijk geacht onderzoek in te stellen) niet te verrichten of te staken dan wel een onderzoek uitsluitend op politieke gronden te verrichten zonder dat de inspectie daarvoor uit volksgezondheidsoogpunt bezien, voldoende objectieve gronden aanwezig acht. Politieke beïnvloedbaarheid van haar onderzoeksbevoegdheid zou terech de objectiviteit van de inspectie in twijfel kunnen doen trekken.

Bovendien dient niet te worden vergeten dat in het bijzonder in de zo privacy-gevoelige materie van de geneeskundige en verpleegkundige zorgverlening de toegankelijkheid voor de inspecteurs tot de geneeskundige en verpleegkundige gegevens, zoals deze thans in toenemende mate aanwezig is, er niet zou zijn indien men niet van de objectiviteit en politieke onafhankelijkheid van de inspectie overtuigd was.

Van deze onderzoeken op grond van art. 37 dienen wel onderscheiden te worden eventuele onderzoeken die de inspecteur als opsporingsambtenaar (art. 40 Gezondheidswet) in het kader van het Wetboek van Strafvordering verricht. In dat geval – het gaat dan om een van één of meer misdrijven verdachte – gelden de bepalingen van dat Wetboek waarin ook de rechten van de verdachte zijn geregeld. Bij onderzoeken op grond van art. 37 echter gaat het niet om het opsporen van misdrijven; zij liggen geheel op het terrein van de bewaking van de kwaliteit van de verleende zorg en van de gezondheidstoestand van de bevolking en kunnen uitmonden zoals de wet zegt in het aanwijzen en het bevorderen van de middelen welke ter zake tot verbetering kunnen strekken. Met dit laatste worden in art. 37 uitdrukkelijk de inspecteurs belast. Wat de onafhankelijkheid van de inspectie bij de handhaving van de

wettelijke voorschriften betreft (art. 36 Gezondheidswet) dient onderscheid gemaakt te worden tussen het algemene beleid ten aanzien van het door de inspectie te houden toezicht en het optreden van de inspectie in individuele gevallen.

Kan men ten aanzien van het algemene beleid aanwijzingen van de minister een bindend karakter toekennen, ten aanzien van individuele gevallen dient de inspecteur een grote mate van handelingsvrijheid en onafhankelijkheid te hebben.

Bovendien kan de minister nimmer ter verantwoording worden geroepen voor het al dan niet indienen van een klacht door de inspecteur bij de tuchtrechter in verband met de geheimhoudingsplicht die de medische tuchtwet de inspecteur oplegt, en welke zich ook uitstrekt tot het indienen van de klacht.

Ook hier geldt echter weer dat ten aanzien van het *algemeen* tuchtrechtelijk vervolgingsbeleid de minister op grond van de gezondheidswet aanwijzingen kan geven en de (hoofd)inspecteur ten aanzien van het gevoerde beleid ter verantwoording kan worden geroepen. Ten aanzien van de adviserende taak van de inspectie dient een onderscheid gemaakt te worden tussen advisering aan de minister en de directeur-generaal (art. 26 sub b) en de advisering (art. 41 Gezondheidswet) aan Gedeputeerde Staten resp. de Commissaris van de Koningin en de bestuursorganen van de gemeenten. Voor de advisering aan de minister geldt dat deze objectief en niet beïnvloed door enige politieke aandrang dient te geschieden. Ook het feit dat in art. 36 sub b Gezondheidswet uitdrukkelijk is gesteld dat deze advisering uit eigen beweging kan plaatsvinden wijst op een zekere onafhankelijkheid in de adviserende taak, zij het dat de inspectie in haar advisering het door de minister vastgestelde beleid in haar overwegingen zal dienen te betrekken. Enerzijds legt deze onafhankelijkheid aan de inspecteur de verplichting op met zijn adviezen aan de minister niet naar buiten te treden, terwijl het anderzijds in het algemeen niet wenselijk is in verband met de onafhankelijkheid van de inspectie dat de adviezen van de inspecteur door de minister in extenso in de openbaarheid worden gebracht, met name niet indien in een advies gegevens van door de

inspecteur verricht onderzoek met een vertrouwelijk karakter worden vermeld.

Voor de advisering aan de provinciale en gemeentelijke overheden op grond van art. 41 Gezondheidswet kan men stellen dat de regionale inspecteur als vertegenwoordiger van het centraal gezag in zijn adviserende rekening dient te houden met de richtlijnen van minister en directeur-generaal c.q. de aanwijzingen van de hoofdinspecteur. Al met al kan dus worden gesteld dat voor een doelmatig functioneren van de inspectie een ruime mate van onafhankelijkheid noodzakelijk is.

Blijft dan over de vraag te beantwoorden in hoeverre het, gezien van uit het gezichtspunt van de politiek verantwoordelijke bewindsman, gewenst is over een onafhankelijk inspectie-orgaan te beschikken. Voorop gesteld zij dat de verlening van gezondheidszorg in het algemeen niet in handen is gelegd, op enkele uitzonderingen na, van de rijksoverheid doch van individuele beroepsbeoefenaren of van privaatrechtelijke organen dan wel de lagere overheden. De minister kan dus voor de kwaliteit van de zorgverlening, voor zover het om individuele gevallen gaat, politiek niet verantwoordelijk worden gesteld. De taak van de inspectie hierbij is een toezichthoudende, afgeleid uit art. 36 Gezondheidswet: handhaving van de wettelijke voorschriften op het gebied der volksgezondheid.

In verband met het bovenstaande is het voor de minister van belang dat aan de inspectie een grote mate van onafhankelijkheid kan worden toegekend. Onafhankelijkheid van de inspectie beschermt de minister tegen het politiek geïnvolveerd raken in lokale situaties die in wezen niet tot de directe bemoeienissen van de minister gerekend kunnen worden en waarvoor hij zich ook niet verantwoordelijk kan stellen.

Conclusies

Op grond van het bovenstaande kan worden gesteld dat het zowel in het belang van de politieke verantwoordelijkheid van de minister als in het belang van een optimaal functioneren van de geneeskundige inspectie is dat aan laatstgenoemde een grote mate van onafhankelijkheid en handelingsvrijheid wordt toegekend.

Daarbij zouden de volgende regels kunnen gelden:

– De onafhankelijkheid en handelingsvrijheid dient haar beperking te vinden in het door de minister vastgestelde beleid. Ten aanzien van de uitvoering van dat beleid kan de minister aanwijzingen geven aan de inspectie met een voor deze algemeen bindend karakter echter met dien verstande dat het ter beoordeling van de (hoofd)inspecteur is in individuele gevallen van de algemene aanwijzingen af te wijken indien de omstandigheden hem hiertoe nopen.

– De aanwijzingen van de minister c.q. directeur-generaal aan de hoofdinspecteur en via deze aan de regionale inspecteurs zullen nooit verder kunnen gaan dan de taken en bevoegdheden die aan de (hoofd)inspecteur bij of krachtens de wet zijn toegekend.

– Ook zullen de aanwijzingen binnen de logistieke mogelijkheden moeten liggen die aan de inspectie ter beschikking zijn gesteld.

– De minister c.w. directeur-generaal geeft geen aanwijzingen dan nadat de hoofdinspecteur in de gelegenheid is gesteld zijn zienswijze kenbaar te maken.

– Het verdient aanbeveling dat aanwijzingen aan de hoofdinspecteur van algemene aard in de Staatscourant worden gepubliceerd.

– Het toekennen van een zekere mate van onafhankelijkheid aan de geneeskundige inspectie als overheidsorgaan legt aan deze de verplichting op periodiek publiekelijk verantwoording af te leggen van zijn handelen en van het gevoerde beleid, in ieder geval door het uitbrengen van jaarverslagen. Deze jaarverslagen kunnen in het parlement ter discussie worden gesteld.

Ledenvergadering der LHV over rapport 'De taken van de huisarts'

De nieuwe voorzitter van de Landelijke Huisartsen Vereniging, J. W. Jacobze, heeft in zijn maiden speech ter inleiding van de LHV-ledenvergadering, vrijdag 27 januari jl. gehouden in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht en grotendeels gewijd aan het rapport 'De taken van de huisarts', onder meer gepleit voor een betere samenwerking met de overheid: 'Ik meen te kunnen stellen dat wij geen behoefte hebben aan afhankelijke participatie, het mee mogen doen onder voorwaarden. Werkelijk overleg betekent meedenken, meepraten, meebeslissen', aldus de LHV-voorzitter die de vergadering als volgt toesprak:

Prof. van Hoof heeft geschreven: 'Complexe organisaties zijn problematisch geworden. Het bestuderen van en het leven met organisaties is uiteraard nooit een eenvoudige vanzelfsprekendheid geweest. Maar wat zich nu voordoet, door de verstrengeling van organisatie en samenleving, is niet alleen een kwestie van schaalvergroting van oude, reeds bekende problemen. Er gaan zich nieuwe vragen stellen: over mens en organisatie, over democratisering van organisaties, over de functies van organisatie in de samenleving, over de doelstellingen van de organisaties. Organisaties zijn nu problematisch als sociale systemen in een samenleving, die in een fase van herstructurering en onzekerheid over eigen identiteit is beland'. Tot zover dit citaat.

De samenleving is gezien vanuit een organisatie als de LHV een omgevingsveld, waarmede een wisselwerking bestaat. Naarmate de samenleving heterogener en instabieler wordt, wordt het organisatieel functioneren, dat wil zeggen het proces van doelstelling en doelbereiking, meer beïnvloed door externe factoren. Welke mogelijkheden heeft een organisatie als de LHV, die haar interne



LHV-voorzitter J. W. Jacobze: '... overleg tussen overheid en werkers in gezondheidszorg noodzakelijk ...'

beslissingsstructuur en doelstellingen zodanig wil veranderen of aanpassen dat zij de toenemende complexiteit in een turbulente samenleving kan hanteren? Zonder inzicht in dit omgevingsveld en een actieve aanpassingsstrategie loopt een organisatie het risico dat passieve wijzen van aanpassing de problemen nu zullen oplossen, maar in het proces voor de toekomst nog grotere problemen zullen creëren. Passieve wijzen van aanpassing onder omstandigheden van onzekerheid en complexiteit zijn in wezen verdedigingsmechanismen waarbij de neiging bestaat de complexiteit te verminderen door middel van fragmentering en andere vormen van desorganisatie. Wanneer deze desintegratieprocessen zich voordoen verliezen de top en de basis van de organisatie hoe langer hoe meer het contact met elkaar en groeit de kans dat delen van de organisatie hun eigen doeleinden zullen gaan nastreven zonder te letten op de doelstellingen van de hele organisatie. Bij het zoeken naar alternatieve koersen wordt steeds minder rekening gehouden met die

van anderen. Als gevolg daarvan neemt de kwaliteit van de communicatie die nodig is om tot een bredere beeldvorming te komen af. Daarbij komt dat door het ervaren van een gebrek aan doelcontinuïteit door middel van lange termijnplanning de organisatie, in plaats van op handhaving van zijn totaliteit, zich gaat richten op korte termijn voordelen waarbij zij zich onvoldoende laat leiden door principiële overwegingen en uiteindelijke consequenties.

Al deze problemen spelen vooral in tijden van snelle verandering. Gedurende overgangsfasen in de samenleving moeten de doeleinden worden geherdefinieerd en wanneer dit niet voldoende plaatsvindt zullen de leden van de organisatie geen inzicht hebben in overall-doelstelling en -planning en hun doeleinden nastreven zonder acht te slaan op de integratie van het totale systeem.

Ik veronderstel dat u in deze beschrijving van problemen die zich in elke organisatie kunnen voordoen iets hebt herkend van wat zich de afgelopen jaren binnen de LHV heeft voorgedaan of dreigde zich te gaan afspelen.

Differentiatie, dat wil zeggen het afsplitsen op basis van specifieke doelstellingen en integratie, dat wil zeggen de samenhang waardoor eenheid wordt bereikt voor het verrichten van de totale organisatie taak strijden met elkaar. Ik denk dat de kernproblematiek is opgeroepen door deze differentiërende en integrerende krachten en de relatie daarvan met de toenemende veranderingsintensiteit in de omgeving waarin de gezondheidszorg en dan met name de huisarts in de eerstelijns gezondheidszorg moet functioneren. Een problematiek die geaccentueerd en geactiveerd is doordat de overheid in toenemende mate richting wil geven aan het noodzakelijk geworden beheersingsproces. In die opvatting wordt de verantwoordelijkheid voor beslissingen gecentraliseerd en kan de hiërarchie het gezag aan zich trekken om de integratie te verzekeren. Dit alternatief resulteert echter in een afhankelijkheidsstructuur en zo wordt de structuur gebruikt om de invloed van menselijke waarden op de functie van

de organisatie te minimaliseren.

Het is dan ook als zodanig niet geschikt als er juist wat de huisarts betreft behoefte bestaat aan een actieve vorm van aanpassing aan de complexiteit. De oplossing voor de desintegratieproblematiek zal een dynamisch, ja zelfs een veranderend karakter dienen te hebben en zal moeten voortkomen uit een voortdurend proces van organisatie-ontwikkeling.

Dit wil natuurlijk niet zeggen dat er geen tijdelijke oplossingen kunnen worden gevonden voor de problemen waarvoor de huisarts zich gesteld ziet, maar we dienen te erkennen dat we tot betere oplossingen voor de opdoemende problemen kunnen komen, als we ons niet alleen relatief maar ook richten op de relevante taakvelden. Door de spanning tussen heden en toekomst, tussen het actuele en het ideële, komt de nadruk – inplaats van op evenwichtigheid en persistentie – te liggen op ontwikkeling en vernieuwing. Dit betekent dat de integratie en daardoor de kracht en effectiviteit in de taakvervulling meer zullen afhangen van zelfregulering, van wederzijdse aanpassing, van een integratieve probleemoplossende relatie, van het tot stand komen van een samenwerkingsrelatie in de taak, dan van centrale controle of regulering vanuit de hiërarchie. Dit houdt voor ons in dat er een toenemende behoefte is aan huisartsen die in staat zijn betrokken te worden bij de zich uitbreidende en complexe beslissingsprocessen die zich zullen ontwikkelen binnen de LHV. De eindbeslissingen zullen hoe langer hoe meer beïnvloed worden door degenen die de informatie verschaffen die nodig is om de beslissingen op de juiste wijze te nemen. Ons uitgangspunt, zowel binnen de LHV als naar buiten, dient te zijn dat het dragen van verantwoordelijkheid en het hebben van bevoegdheden parallel behoort te lopen. Het brandpunt van de werkelijke beleidsvorming zal zich gaan verleggen van de beslisser(s) naar het beslissingsproces. Als we echter onze leden vragen de vorming van taakrelaties als organisationeel bestaan te aanvaarden en daardoor het aanpassingsvermogen uit te breiden, dan zullen zij zich zowel op het relationele als op het structureel-organisatorisch, als op het strategisch vlak gesteund dienen te weten. Wij zullen daartoe als organisatie:

1. het aantal relevante condities waarmede rekening gehouden kan worden moeten uitbreiden;
2. ons sterker bewust moeten worden van de doeleinden die met succes kunnen worden nagestreefd;
3. het aantal, het bereik en de doeltreffendheid van de mogelijke responsen moeten uitbreiden;
4. het accent moeten leggen op de ontwikkeling van zelfregulering door de leden, resulterend in het ontstaan van een bindende professionele gedragscode.

Daartoe zullen bij voortduring in de beschouwingen aan de orde moeten komen:



Vertegenwoordigers van het hoofdbestuur der KNMG en van het Nederlands Huisartsen Genootschap op de Ledenvergadering van de LHV te Utrecht.

– onze functie en waarden, onze doelstellingen, het bundelen van verschillende visies in een strategie, het opheffen van de daarbij te constateren knelpunten, met een meer bewuste invloed van de leden op de globale doelstellingsprocessen en de daarmee samenhangende overall-planning;

– de structuur van besturing en besluitvorming en van beheersing van het differentiatie- en integratie-aspect, met daaraan ten grondslag liggende processen van communicatie, activering, het mobiliseren van ideeën en creativiteit, alsmede participatie in de besluitvorming;

– voor doelstelling en doelverandering, voor strategieformulering en -herziening zijn min of meer permanente prospectief gerichte toekomstbeschouwingen vereist, dat wil zeggen processen van kennis- en informatieverwerving om de grenzen en mogelijkheden van verandering en ontwikkeling te bepalen. (Op het komende CB-weekend zal het voorstel van de werkgroep tot voorbereiding van een adviesgroep worden besproken);

– de relaties met relevante, actuele en potentiële organisaties en taakvelden, waaronder: a. de andere disciplines, werkzaam in de eerste lijn; b. de andere echelons, met name het tweede echelon; c. de financieringsinstanties; d. de overheid.

De huidige ontwikkeling maakt overleg tussen de overheid en werkers in de gezondheidszorg mijns inziens noodzakelijk. Er tekent zich geleidelijk een gebied af waarin een gezamenlijke, gedeelde verantwoordelijkheid bestaat.

Ik wil hierbij wel opmerken dat ik de vraag of de – althans tot nu toe – eenzijdige benadering door de overheid een oplossing kan geven ontkennend meen te moeten beantwoorden. De benadering door de

overheid is, vanuit het onvermogen tot meting van de outcome of care, voornamelijk input oriented, waarbij om opportunistische redenen de werkelijkheid wordt gereduceerd en voorbij wordt gegaan aan niet-meetbare maar daarom niet minder belangrijke variabelen en parameters van de zorg. Ik meen te kunnen stellen dat wij geen behoefte hebben aan afhankelijke participatie, het mee mogen doen onder voorwaarden. Werkelijk overleg betekent meedenken, meepraten, meebeslissen. Wij zullen – van onze kant – daartoe de bereidheid moeten tonen.

e. tenslotte – maar eigenlijk op de eerste plaats – de patiënt: ik acht overleg met representatieve patiëntenorganisaties van groot belang en het is mijn mening dat de LHV hierin een stimulerende rol moet vervullen.

Samenvattend meen ik te kunnen stellen dat de overall-adaptatie van de LHV aan haar omgeving vraagt om differentiatie in subsystemen die consistent is met de eisen van relevante subomgevingen en een mate van integratie die congruent is met de eisen van de totale omgeving. Van belang daarbij is:

- de informatie- en communicatiepatronen waarin de leden op elkaar zijn betrokken;
 - het structuurtype dat de organisatie van de LHV kenmerkt;
 - het bestaan in de LHV van een strategie die stuwend en mobiliserend is, dat wil zeggen gedeelde en aansprekende aspiraties inhoudt.
- Op deze wijze zullen we komen tot een organisatie die niet alleen in staat is haar doeleinden te stellen en te zoeken, maar ook – indien nodig op de toekomst gericht – te wijzigen. Een moeilijke, maar mijns inziens

niet onmogelijke taak. Het is misschien goed om daarbij te denken aan de woorden van De Saint-Exupéry die – vrij vertaald – luiden: 'Wat de toekomst betreft, het is niet onze taak die te voorzien, of te voorspellen maar wel om haar mogelijk te maken'. Dat laatste is mijns inziens alleen mogelijk in een cultuur van samenwerking. Als we daar van uitgaan zijn we wat de toekomst betreft niet alleen afhankelijk van wat op ons toekomt, maar veel meer van datgene waar wij samen toe komen.

Takenpakket

Aldus LHV-voorzitter Jacobze ter inleiding van deze ledenvergadering die zich vervolgens urenlang zou gaan bezighouden met een voortgezette beraadslaging over het rapport van de LHV-commissie 'Takenpakket' (MC nr. 24/1977, blz. 765). Het beraad betrof nu niet zo zeer de inhoud – die was al eerder onderwerp van uitvoerige bespreking – maar wel de wijze waarop het onderhavige rapport zou moeten worden gehanteerd.

Zoals bekend was de opdracht aan de commissie die het rapport heeft uitgebracht tweedelig: de taken van de huisarts te omschrijven en te rubriceren en daarnaast het tijdsbeslag van die taken te berekenen voor een gemiddeld aanvaardbare dagtaak op jaarbasis. De commissie had in eerste instantie een taaknormering willen stellen.

In het conceptbesluit dat het Centraal Bestuur aan de vergadering ter goedkeuring voorlegde luidde een der overwegingen dan ook dat het rapport de taken van de huisarts weergeeft zoals deze zouden behoren te zijn. In het uiteindelijke besluit (aangenomen met 50 stemmen voor, 2 tegen en drie blanco) dat gedurende een schorsing door enkele afgevaardigden werd opgesteld, wordt nog slechts gesproken

Besluit ledenvergadering der LHV over rapport 'De taken van de huisarts'

De ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging te Utrecht bijeen op 27 januari 1978,

gehoord de toelichting van het Centraal Bestuur en zijn Commissie Takenpakket, overwegende dat het rapport 'De taken van de Huisarts' een uitgebreide inventarisatie van deskundigheden van de huisarts weergeeft, overwegende dat derhalve het rapport geen maatgevende uitspraken doet over de totaliteit van het functioneren van de huisarts, overwegende dat het een taak van de LHV is mogelijkheden te bevorderen en voorwaarden te scheppen voor een optimaal functioneren van de huisarts, overwegende dat derhalve geen juridische consequenties aan dit rapport verbonden zijn voor het huidige functioneren van de individuele huisarts, overwegende dat het uitwerken van deel drie van de aan de Commissie Takenpakket gegeven opdracht, namelijk het berekenen van het tijdsbeslag van de taken van de huisarts voor een gemiddeld aanvaardbare dagtaak op jaarbasis, op basis van dit rapport niet mogelijk is, overwegende dat derhalve het vraagstuk van de relatie tussen de functie en de honoreringsstructuur van de huisarts opnieuw in beschouwing dient te worden genomen door het Centraal Bestuur om te bezien hoe dit kan worden uitgewerkt, neemt het rapport 'De Taken van de Huisarts' voor eigen gebruik aan als onderliggend materiaal voor verder beleid en draagt het Centraal Bestuur op dit rapport aan te passen aan de ontwikkelingen in de huisarts-geneeskunde.

over 'een uitgebreide inventarisatie van deskundigheden van de huisarts' en 'dat het rapport geen maatgevende uitspraak doet' (voor de volledige tekst van dit besluit zie hierboven).

Kadercursus

Een tweede hoofdgerecht voor deze ledenvergadering was de besluitvorming met betrekking tot de LHV-kadercursus en de daarmee verband houdende suppletoire begroting. Deze kadercursus is bedoeld om een vijftigtal gegadigden te trainen met het oog op toekomstige bestuursfuncties in het kader van de regionalisatie. Gedeeltelijk is dit een overlapping, gedeeltelijk ook een

inhoudelijke uitbreiding van de bestaande KNMG-kadercursus. De afgevaardigden gingen akkoord met het bestuursvoorstel nadat in de suppletoire begroting de post vergoeding waarneming en vervoer was geschrapt, zodat de contributieverhoging tot ongeveer de helft kon worden beperkt (f 48). Het verzoek om subsidie van de PHV Eindhoven, teneinde de noodzakelijke kosten in deze proefregio te helpen dragen, werd tot in de kleine uurtjes uitvoerig besproken maar tenslotte toch afgewezen. Een suggestie uit de vergadering om een landelijk fonds te vormen waaruit dergelijke subsidies zouden kunnen worden verstrekt zal door het Centraal Bestuur in studie worden genomen.

PRAKTIJKPERIKELEN

'Particuliere' patiënten

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

Ook aan het einde van het afgelopen kwartaal hebben we weer een stukje extra administratie voor de particuliere ziekteverzekeraars mogen voeren. Steeds groter wordt namelijk het aantal zogenaamde 'particuliere of Eigen Rekening'-patiënten dat komt vragen of de dokter 'even' een briefje wil schrijven voor de verzekering, waarin hij verklaart dat hij in februari, maart of zelfs nog het voorgaande jaar patiënt X heeft verwezen naar specialist Y te Z. Hiermee is echter de bureaucratie nog niet altijd voldoende aan haar trekken gekomen. Ook de verzoeken tot nadere specificatie van de rekeningen worden steeds veelvuldiger. Het is al niet meer voldoende dat het aantal consulten, respectievelijk visites op de kwartaalrekening wordt vermeld, de particuliere verzekeraar gaat zelfs zover een specificatie op dag en naam van de verschillende gezinsleden te vragen. Dit alles is nodig om in een aantal gevallen de ingediende declaratie vergoed te krijgen.

Langzamerhand kan men deze arbeidsintensieve administratieve bezigheden indelen bij de categorie 'oneigenlijke taken'. De ziekteverzekeraar wordt hoe langer hoe meer een echte 'particulier'. Is er wat te zeggen voor een uniforme 'particuliere' verwijskaart?

Tussen eerste en tweede echelon

Begripsafbakening en algemene beschouwing
over onderzoek op macroniveau naar verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers

III: Een Leidse werkgroep in de gezondheidszorg

Inleiding

Het is niet overdreven te stellen, dat het rapport 'Het ziekenhuis in de gezondheidszorg' van de Leidse economen Van Praag, Rutten en Van der Gaag als een zware steen in de vijver is geplonst. Merkt Van Praag in een lezing (1976) op een symposium van het Studiecentrum voor Ziekenhuiswetenschappen nog op, dat er zowel op de onderzoeksvoorstellen als op het eerste interimrapport van de werkgroep (beide op ruime schaal verspreid) nauwelijks enige reactie is gekomen, het tweede rapport bepaalt ook nu nog, twee jaar na verschijnen, in belangrijke mate de discussie.

Twee redenen zijn hiervoor aan te wijzen.

Ten eerste spreken de auteurs klare taal. 'Vier per duizend is genoeg!' Hun uitspraken zijn niet mis te verstaan. Op pagina 5 bijvoorbeeld zeggen ze over het beddenbestand:

'Er bestaat een zeer sterke relatie tussen het aanbod van ziekenhuisbedden en het gebruik ervan. Daardoor is het beddenbestand het belangrijkste 'stuurinstrument' voor de klinische consumptie'

Op de volgende bladzijde een heldere uitspraak over de invloed van de huisartsendichtheid (pag. 6):

'Versterking van het eerste echelon (toename van het aantal huisartsen) verlaagt de klinische consumptie. Deze verlaging is zo groot dat de realisering van de 4⁰/₀₀ norm van een gelijktijdige opvoering van de huisartsendichtheid (met bijvoorbeeld 38%) tot een aanzienlijke vermindering van het ziekenhuisbedgebruik zal leiden zonder dat daarbij sprake is van vergrote spanning tussen vraag en aanbod.'

Dit artikel vormt de afsluiting van een serie van drie beschouwingen over onderzoek op macroniveau naar het verwijsgedrag van huisartsen.

Na een inleiding over 'verwijzen' als wetenschappelijk begrip maakten de auteurs in hun tweede artikel een begin met een kritische bespreking van literatuur over het verwijzen op macroniveau. Bijgaand hun ideeën over de studies van de 'Leidse werkgroep', bestaande uit de economen Van Praag, Rutten en Van der Gaag. De stelling van Van Praag c.s. dat versterking van de eerste lijn door vermeerdering van het aantal huisartsen de klinische consumptie zal doen afnemen, is volgens de schrijvers gebaseerd op een niet-correcte afleiding van de door de werkgroep gebruikte formules.

De drie thans verschenen artikelen onder de titel 'Tussen eerste en tweede echelon' zijn een samenvatting van de eerste hoofdstukken uit deel I van het rapport van die naam, dat het verslag bevat van een onderzoek naar de achtergronden van verschillen in huisartsverwijscijfers dat is verricht door het Nederlands Huisartsen Instituut en het Instituut voor Sociaal Medische Wetenschap van de Rijksuniversiteit te Groningen.

door **B. H. Posthuma,**
J. van der Zee

Drs. B. H. Posthuma, econoom, is medewerker van het Instituut voor Sociaal Medische Wetenschap aan de Rijksuniversiteit te Groningen (directeur Prof. Dr. H. H. W. Hogerzeil).

Drs. J. van der Zee, socioloog, is verbonden aan het Nederlands Huisartsen Instituut te Utrecht (directeur C. P. Bruins).

Ten tweede wordt het beleid op het departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne ten aanzien van de planning van klinische voorzieningen in nauwe relatie tot de studies van de werkgroep uitgevoerd. Naast de opdracht een model te construeren voor de sector volksgezondheid in de Nederlandse economie (Van Praag 1976, p. 21) was het de uitdrukkelijke bedoeling aan de hand van dit model beleidsalternatieven te evalueren (ibid, p. 29).

De resultaten van Van Praags onderzoek zijn dan ook zeker geen vrijblijvende wetenschappelijke cijfers: ze hebben directe gevolgen voor de organisatie en structuur van de gezondheidszorg. Discussie over de resultaten heeft dan ook een wat scherpere toon dan gebruikelijk: er staan belangen op het spel; de toon is feller; wie de resultaten aanvecht, tast ook het daarop gebaseerde beleid aan. Voor discussie heeft dit voor- en nadelen. De dodelijke saaiheid van academische wetenschappelijke discussies wordt doorbroken, maar de kans bestaat dat argumenten van auteurs en critici niet meer tot hun recht komen. Gezien het evidente belang van de studies van de Leidse werkgroep hebben we besloten deze in een aparte paragraaf samen met hun critici te bespreken.

Het accent in onze redenering ligt niet op het door de staatssecretaris gevoerde beleid, maar op het onderzoek van de werkgroep.

De rapporten van de Leidse werkgroep

De opzet van het onderzoek

Zoals gezegd bestond de opdracht, door het ministerie van Volksgezondheid aan de Leidse werkgroep verstrekt, uit het construeren van een rekenmodel voor de sector volksgezondheid van de Nederlandse economie (Van Praag 1972). Volgens beproefd recept is er naar gestreefd zoveel mogelijk relevante meetbare grootheden in het model op te nemen; daarin werd men enigszins geremd door de gebrekkige kwaliteit van het beschikbare materiaal. Nadrukkelijk zij vastgesteld dat het om een sectormodel van de *economie* gaat, indicatoren voor gezondheid en welzijn van de Nederlandse bevolking horen in een dergelijk model in eerste instantie niet thuis¹.

De eerste belangrijke keuze was die der *te verklaren variabelen* (1973, p. 1):

- a. het aantal opnamen in algemene ziekenhuizen per 1.000 inwoners;
- b. het aantal ligdagen per opname;
- c. het aantal verwijzingen naar specialisten van ziekenfondspatiënten;
- d. het aantal herhalingskaarten per verwijskaart;
- e. de specialistische verrichtingen per verwijskaart.

De *verklarende gegevens* in het model worden gesplitst in drie groepen:

A. *Onbeïnvloedbare factoren:*

1. het percentage bejaarden in de regio (leeftijdsopbouw);
2. de bevolkingsdichtheid in de regio (urbanisatiegraad).

B. *Op lange termijn beïnvloedbare factoren:*

1. het beddenbestand in algemene ziekenhuizen;

1. Voor een zinvolle evaluatie van ontwikkelingen in de gezondheidszorg is constructie van breder opgestelde modellen natuurlijk wel van belang. De samenstellers dienen zich echter te wapenen tegen enige teleurstelling. Recentelijk verschenen publikaties (Siegman e.a., Martini e.a.) wijzen er op dat het effect van medische voorzieningen op de klassieke gezondheidsindicatoren (leeftijdsspecifieke sterfte, zuigelingensterfte, ziekenhuismorbiditeit) veel minder sterk is dan het effect van 'socio-demografische' variabelen.

2. het beddenbestand in academische ziekenhuizen;
3. het beddenbestand in erkende verpleeghuizen;
4. de praktijkgrootte van de huisarts;
5. de praktijkgrootte van de specialist.

C. *Direct beïnvloedbare factoren:*

De meeste van deze gegevens dienen betrekking te hebben op een vast

1. de prijs per verpleegdag in algemene ziekenhuizen;
2. het percentage ziekenfondsleden in de regio (het tarifieringssysteem).

populatie-aantal. Wanneer dit is vastgesteld, is de modelconstructie niet zo moeilijk meer. Het gaat er dan om vast te stellen wat de invloed van een (groep) onafhankelijke variabele(n) is, de mogelijke invloed van de andere (groepen) onafhankelijke variabelen uitgeschakeld.

Voor deze populatie-eenheden zijn twee indelingen geconstrueerd:

- een indeling in 120 rayons rond plaatsen (gemeenten) waar een algemeen ziekenhuis was gevestigd (1969, 1971);
- een indeling in 84 werkingsgebieden van ziekenfondsen (58 rayons in 1969).

De tweede indeling bleek noodzakelijk omdat een aantal gegevens alleen per ziekenfonds aanwezig was.

Na de verschijning in 1973 van het eerste rapport (met materiaal van 1969) zijn aan de hand van gegevens over 1971 de gevonden resultaten getoetst en zijn enkele wijzigingen in de onderzoeksoepzet aangebracht. De belangrijkste *wijziging* vond plaats bij het bepalen van de te verklaren variabelen; in plaats van het feitelijk aantal opnamen per 1.000 inwoners werd nu verklaard: het verschil tussen het feitelijk aantal opnamen en het aantal dat men op grond van de bevolkingsopbouw naar leeftijd en geslacht zou verwachten.

Door deze oplossing werd een schattingsprobleem uit het eerste rapport omzeild. De interpretatie van de gevonden resultaten is, zoals wij in de discussie zullen zien, aanmerkelijk moeilijker geworden.

De bevindingen

Gegeven de hoeveelheid variabelen, de twee verschillende soorten rayons, de twee jaren (1969, 1971) waarover de

materiaalverzameling zich uitstrekt en de verschillende analysemethoden, laat de complexiteit der bevindingen zich makkelijk voorstellen. In ons rapport (p. 30, 31) hebben we daarom een uitgebreid schema opgenomen waarin de resultaten staan vermeld (de analyseresultaten uit 'Vraag-aanbodrelaties' en 'Het ziekenhuis in de gezondheidszorg').

Bij bestudering van deze bevindingen valt het volgende op:

De relatie: hoe meer bedden per 1.000 inwoners in een rayon, hoe meer opnemingen per 1.000 inwoners en hoe langer, gegeven het aantal opnemingen, de mensen in doorsnee in het ziekenhuis liggen, wordt in alle analyses vastgesteld. Van de meest primitieve lineaire structuurvergelijkingen over het materiaal van 1969 tot de meest geavanceerde analyse: de naar leeftijd en geslacht gestandaardiseerde loglineaire vergelijkingen gegeneraliseerd geschat.

Dit geldt niet voor de in het rapport als minstens even belangrijk beschouwde relatie tussen huisartsendichtheid, opname- en verpleegduurcijfers. Deze relatie is alleen significant negatief (hoe meer huisartsen er in een bepaald rayon praktiseren, hoe minder mensen er opgenomen worden) wanneer opname- en verpleegduurcijfers naar leeftijd en geslacht gestandaardiseerd zijn. Geen wonder dat dit verband door niemand ooit wordt gevonden. Kruidenier (1976, 1977) vindt geen relatie wanneer hij uit het LISZ-materiaal eerst een steekproef uit de onderzoeksgemeenten (gestratificeerd naar afstand tot het ziekenhuis) trekt en dan de grootte van de ziekenfondspraktijk in verband brengt met het verwijs- en opnamecijfer. Raupp, Van Es en Pijlman en recentelijk Crebolder (in een discussie over de juistheid van het gebruik van verwijscijfers bij de evaluatie van het gezondheidscentrum Withuis; 1977 a + b), die allen op het lagere (en betere) aggregatieniveau van de huisartspraktijk materiaal hebben verzameld maar in wier onderzoeken verwijscijfers niet gestandaardiseerd zijn, vinden geen relatie met de praktijkgrootte. Ook in de gemeentelijke cijfers van Gruyters en Slikker komt het verband er niet uit.

Wij zullen in twee paragrafen verder nader op dit punt ingaan; eerst laten we de critici aan het woord.

De kritici

Zoals gezegd bleef het rapport 'Het ziekenhuis in de gezondheidszorg' niet onopgemerkt.

Een van de eerste critici was de socioloog *Poeisz*, hoofd van de sectie planning en statistiek van het Nationaal Ziekenhuis Instituut. Hij schrijft in het tijdschrift 'Het Ziekenhuis' dat het heel wel mogelijk is dat de gevonden relatie tussen beddental en bedgebruik wordt veroorzaakt door niet in Van Praags onderzoek opgenomen regionale verschillen, verschillen die een andere bevolkingsmentaliteit dan wel een verschil in vraag naar medische hulp zouden indiceren (een thema dat bij Belleman ook telkens terugkeert). Bovendien wijst *Poeisz* erop, dat het niet geoorloofd is de in deze transversale studies gevonden verbanden te vertalen in termen van voorspellingen in de tijd; met name niet, omdat in de tijd gezien het aantal bedden sinds 1960 inderdaad is gestegen, het aantal ziekenhuisopnamen ook, maar de *gemiddelde verpleegduur* in deze periode *constant* is *gedaald*. Uit de transversale studie kan men deze constante daling nimmer voorspellen.

Vervolgens ontbrandde een heftige discussie in *Medisch Contact*. *Hoogendoorn* bijt de spits af. Ook hij tekent protest aan tegen de gewoonte van de auteurs in transversale ('cross-section') analyses gevonden relaties in termen van stijging en daling (termen die op veranderingen in de tijd betrekking hebben) te beschrijven. *Hoogendoorn* vraagt zich af wat de beleidsconsequenties zijn van de door de auteurs zelf uitgesproken waarschuwing, 'dat door deze extrapolaties een landelijk beeld ontstaat, dat momenteel nergens nog aanwezig is'.

Hoogendoorn mist als variabele in het model de ontwikkeling van de medische technologie (hij wijst in dit verband op de ontwikkelingen van de hart-vaatchirurgie). Ook hij wijst op grote regionale verschillen in opnamecijfers per provincie (in een eerder artikel in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (1974) toonde hij aan dat de opnamecoëfficiënt voor 1971 in Limburg 34% hoger is dan in Friesland. *Hoogendoorn* acht het onwaarschijnlijk dat 'dit surplus in Limburg uitsluitend is ontstaan door

overbodige opnamen').

In hetzelfde nummer van *Medisch Contact* is een omvangrijke bijdrage opgenomen van de sociologen *Gruyters* en *Slikker*. Hun kritiek beslaat een breed terrein: elke in Van Praags model gevonden relatie die niet berust op significante enkelvoudige correlaties wordt afgewezen; ontkend wordt dat het beddental een belangrijk stuurinstrument voor de klinische consumptie kan (mag?) zijn en tenslotte worden de resultaten gevonden voor de door de Leidenaren gekozen analyse-eenheden (algemene ziekenhuis- en ziekenfondsrays) vergeleken met resultaten uit een in eigen beheer verricht onderzoek op basis van een a-selecte steekproef van Nederlandse gemeenten. Wij zullen ons beperken tot de uit laatstgenoemd eigen onderzoek voortkomende kritiek; de eerstgenoemde, wat wonderlijk aandoende punten zijn door de Leidse werkgroep in hun repliek gron.lijg en afdoende beantwoord. *Het valt echter te betreuren dat in het vuur der discussie de kritiek voortkomend uit de verschillen tussen een benadering op rayon- en gemeenteniveau niet de aandacht heeft gekregen die ze verdient.* Zij is ons inziens namelijk van fundamentele aard dan de door andere auteurs naar voren gebrachte, ietwat obligaate aandoende verwijzingen naar mogelijke verschillen in mentaliteit van de bevolking (waarop Van Praag terecht antwoordt dat de bewijslast hier bij de critici ligt), die indicatief zouden zijn voor verschillen in vraag naar medische diensten; uit deze vraagverschillen zou zich dan zowel beddentoeename als toegenomen gebruik laten verklaren. Wat stellen nu *Gruyters* en *Slikker*? Hun voornaamste bezwaar tegen het gebruik van ziekenhuis- en ziekenfondsrays is dat per rayon één waarde wordt toegekend aan opnamecoëfficiënt, leeftijdsopbouw, bevolkingsdichtheid of huisartsendichtheid, terwijl *binnen de rayons* (bijvoorbeeld per gemeente waaruit zo'n rayon is samengesteld) de waarden sterk kunnen uiteen lopen. Dit geldt met name voor de algemene ziekenhuisrayons, die meestal bestaan uit een (stedelijke) kern met daaromheen een min of meer verstedelijkt plattelandsgedebied. Voor *Gruyters* en *Slikker* zijn de *door Van Praag toegepaste onderzoekseenheden te heterogeen*. Bovendien kan op deze

manier de in hun ogen zeer belangrijke variabele 'afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis' niet worden berekend.

De onderzoekers vinden dan ook andere resultaten: zij vinden bijvoorbeeld geen verband tussen huisartsendichtheid en gemeentelijke opnamecijfers. Zoals we in de volgende paragraaf zullen zien, zijn deze verschillen in uitkomsten misschien ook te wijten aan het al dan niet standaardiseren van opname- en verpleegduurcijfers naar leeftijd en geslacht.

De belangrijkste criticus is echter *Fokkens*, directeur van de Stichting Medische Registratie. In een gedocumenteerd artikel formuleert hij zijn bezwaren tegen de bevindingen van de werkgroep. Evenals *Gruyters* en *Slikker* (maar dan met meer en steekhoudender argumentatie) ondergraaft hij de belangrijkste conclusies uit het rapport.

Het zou te ver voeren alle kritiekpunten hier te bespreken; laten we ons beperken tot de kritiek op de conclusie dat toename van het aantal huisartsen de klinische consumptie verlaagt. *Fokkens* constateert, dat de relaties tussen huisartsendichtheid en opnamecoëfficiënten per leeftijds- en geslachtsgroep minder overtuigend zijn dan de Leidse werkgroep meent. Hij laat zien hoezeer de invloed van de huisartsendichtheid is gecontamineerd met de invloed van het percentage bejaarden (p. 1405) doordat beide variabelen hoog samenhangen. *Fokkens* is van mening, dat de keuze voor huisartsendichtheid als verklarende variabele in plaats van de invloed van het percentage bejaarden een tamelijk willekeurige is. Voor hem had het vierde hoofdstuk van deel I van het rapport niet geschreven hoeven te worden.

Van Praags reactie (Van Praag e.a. 1975c) roept vragen op: de werkgroep betoogt ten eerste (blz. 1407) dat de schattingen per leeftijds- en geslachtsgroep overeenkomen met de schatting voor de totale bevolking — dit is o.i. *niet* zo, BHP/JvdZ — en ten tweede *dat men dezelfde relatie vindt wanneer men de variabele percentage bejaarden uit het materiaal weglaat*. Waarom dan nog gestandaardiseerd? vraagt de kritische lezer zich dan ogenblikkelijk af.

Het lijkt erop alsof kind en badwater een onophoudelijke verwisseling ondergaan.

Onze kritiek op de Leidse werkgroep
'Versterking van het eerste echelon (toename van het aantal basissartsen) verlaagt de klinische consumptie.'
Aldus Van Praag c.s. in de samenvatting van hun voornaamste conclusies. Maar juist deze conclusie kunnen we niet direct beamen. En hier willen we onze kritiek op toespitsen.

Er is kritiek te leveren op de *modelspecificatie* zoals in de onderzoeken wordt gehanteerd. De structuurvergelijkingen, die aangeven hoe de verschillende variabelen onderling op elkaar inspelen, dat wil zeggen die een weergave zijn van de veronderstellingen over de werking van het systeem, houden geen rekening met het verwijscijfer. Dus Van Praag neemt bij verklaring van de variabele gemiddelde ligduur wel de verklarende variabele voor de opnamecoëfficiënt op, maar niet de evenzeer te rechtvaardigen verklarende variabele voor het verwijscijfer. Analooq hiermee wordt bij hen in de structuurvergelijking voor de opnamecoëfficiënt de invloed van het verwijscijfer niet verdisconteerd. In hun *modelspecificatie* is de structuurvergelijking voor de opnamecoëfficiënt dan ook identiek met de herleide vormvergelijking — dat is de vergelijking die het uiteindelijke effect van de onafhankelijke, verklarende, variabelen op de afhankelijke variabele weergeeft. Vooruitlopend op onze resultaten kunnen we reeds opmerken dat we direct significante verbanden vinden tussen gemiddelde verwijscijfers, gemiddeld aantal opnemingen en gemiddeld aantal ligdagen per 1.000 verzeerden op gemeenteniveau. Ook over de *mathematische vorm der vergelijkingen* valt nog wel een en ander op te merken. De veronderstelling dat de relaties na

logaritmische transformatie lineair zijn, is een heel gebruikelijke in de econometrie. Ze heeft als bijkomend voordeel, dat de interpretatie der gevonden resultaten in niet mis te verstane bewoordingen kan worden gesteld: een stijging van een onafhankelijke variabele met bijvoorbeeld 10% brengt een daling van x% van de te verklaren variabele mede. Welke theoretische overwegingen de Leidse werkgroep hebben doen besluiten een dergelijk loglineaire relatie te veronderstellen, verzuimt ze te vermelden².

Of werd de keuze tussen lineair-loglineair gerechtvaardigd door uitkomsten van het residu-variantie criterium?

Als *aggregatieniveau* kiest Van Praag rayons. Wij prefereren het niveau der gemeente, omdat we geloven dat het verwijsgedrag van een huisarts afhangt van een aantal omgevingskenmerken die zich beter op gemeentelijk niveau laten onderscheiden (urbanisatiekenmerken en afstand tot centra van het tweede echelon). Hoe 'hoger' de cijfers zijn geaggregeerd, hoe meer men rekening moet houden met vertekening der resultaten (aggregatie-'bias')³. Onze conclusies zijn dan ook nauwelijks met die van Van Praag c.s. te vergelijken, omdat wij veronderstellen dat een aantal relevante verklarende variabelen bij de Leidse werkgroep onvoldoende of niet in de analyses worden betrokken.

Spitsen we bovenstaande punten van kritiek toe op de beleidsrelevante conclusie dat versterking van het eerste echelon — toename van het aantal huisartsen — de klinische consumptie verlaagt, dan zijn we van het waarheidsgehalte dezer uitspraak wat minder overtuigd dan Van Praag c.s. Bij de analyse der verwijscijfers vinden ook zij in 1969 geen significante samenhang met de variabele huisartsendichtheid. Schatten ze de vergelijking der opnamecoëfficiënt zonder standaardisatie naar leeftijd en geslacht, maar met de variabelen percentage bejaarden en verhouding mannen-vrouwen, dan vinden ook Van Praag c.s. in 1971 geen verband tussen huisartsendichtheid en opnamecoëfficiënt. En in hun analyse van opnamecoëfficiënt, aantal bedden in algemene ziekenhuizen en huisartsendichtheid voor 22 leeftijds- en geslachtsgroepen vinden de Leidenaars alleen significante negatieve samenhang tussen

huisartsendichtheid en opnamecoëfficiënt voor de groepen 0 jaar/vrouwen, 30-39 jaar/mannen en 50-59 jaar/mannen en vrouwen. De gevonden verbanden in de (herleide vorm)vergelijkingen van opnamecoëfficiënt en ligduur, na standaardisatie voor leeftijd en geslacht, met huisartsendichtheid moeten met grote voorzichtigheid vertaald worden naar beleidsmaatregelen. De Leidse werkgroep wijt het niet vinden van een verband tussen opnamecoëfficiënt, zonder standaardisatie naar leeftijd en geslacht, en huisartsendichtheid aan de correlatie tussen de variabelen huisartsendichtheid en percentage bejaarden. In hun eerste rapport wordt een correlatiecoëfficiënt van 0,66 genoemd, inderdaad een bron van multicollineariteit die de gevonden regressiecoëfficiënt hoogst onbetrouwbaar maakt. De wijze waarop deze bron van multicollineariteit, die overigens op gemeenteniveau van geringere omvang is⁴, door hen wordt overwonnen verdient onze bewondering: men standaardiseert de opnamecoëfficiënt en de ligduur naar 22 leeftijds- en geslachtsgroepen. Maar de gevonden verbanden zouden met evenveel recht als volgt kunnen worden geïnterpreteerd: Veronderstellen we een substitutie tussen huisartsenzorg en klinische zorg, dan moeten we significante verbanden vinden tussen afhankelijke variabele, de opnamecoëfficiënt, en onafhankelijke variabele, de huisartsendichtheid *voor iedere leeftijds- en geslachtssklasse over de verschillende rayons*. De significante samenhang vinden we echter voor slechts vier, hierboven genoemde klassen⁵. Schakelen ze de leeftijds- en geslachtinvloeden uit, door de standaardisatie van de opnamecoëfficiënt, dan wordt in de verklaring van de resterende variantie wel een significante samenhang tussen huisartsendichtheid en opnamecoëfficiënt gevonden. Bij analyse van de 120 rayons zou 1% stijging van de huisartsendichtheid slechts leiden tot een afname van de (gecorrigeerde) opnamecoëfficiënt met 0,1 à 0,4%⁶. Een dergelijke voorzichtige redenering — toch niet geheel ongebruikelijk bij interpretatie van loglineaire relaties door econometristen — zou wel eens op een andere wijze naar het beleid kunnen worden vertaald.

2. In hun eerste rapport worden overigens ook eenvoudige lineaire relaties gepresenteerd.

3. Zie bijvoorbeeld Theil, H., 'Principles of Econometrics', 1971: blz. 543 e.v.

4. Wij vinden op gemeenteniveau een correlatiecoëfficiënt tussen gemiddelde praktijkgrootte en percentage bejaarden van -0,31. Deze lagere waarde is waarschijnlijk te danken aan het 'lagere' aggregatieniveau.

5. 'Het ziekenhuis in de gezondheidszorg', blz. 99.

6. Ibid. blz. 41.

We zullen onze kritiek nog eens samenvatten in een aantal formules, aansluitend op formuleringen van Van Praag c.s. zoals we die vinden in appendix III van hun voornaamste publikatie.

Gemakshalve beperken we onze formuleringen tot één verklarende variabele.

Van Praag c.s. schatten de volgende vergelijking:

$$(1) \ln Y_k = \ln VY_k + \alpha_1 \ln X_{1k} + U_k$$

Voor de K rayons: $k=1 \dots K$

Y_k is de te verklaren variabele in rayon k
 VY_k is de verwachte waarde voor Y_k gegeven de leeftijds- en geslachtsverdeling in rayon k
 X_{1k} is de verklarende variabele in rayon k
 U_k is de verstoringsterm in rayon k

Als Y_i het gemiddelde is van de te verklaren variabele in de i^e leeftijds- en geslachtsklasse
 $i=1, \dots, 22$;
 dan geldt voor VY :

$$(2) VY_k = b_{1k} Y^*_{1i} + b_{2k} Y^*_{2i} + \dots + b_{22k} Y^*_{22i}$$

b_{ik} is het aandeel van de leeftijds- en geslachtsgroep i in de totale populatie van rayon k . Analoog aan de veronderstellingen die ten grondslag aan vergelijking (1) zijn gelegen is ook Y^*_{2i} afhankelijk van X_{1i} , de verklarende variabele.

Differentiëren we (1) naar X_1 dan krijgen we:

$$\frac{d \ln Y}{d \ln X_1} = \frac{\delta \ln Y}{\delta \ln X_1} + \frac{\delta \ln VY}{\delta \ln VY} \frac{d \ln VY}{d \ln X_1} = \alpha_1 + \frac{d \ln VY}{d \ln X_1} \quad (3)$$

Van Praag zegt nu dat

$$\frac{d \ln Y}{d \ln X} \approx \alpha_1$$

in rayon k ,

maar:

$$\frac{d \ln VY}{d \ln X_1} = \frac{X_1}{VY} \frac{d VY}{d X_1} = \frac{X_1}{VY} \left(\frac{\delta VY}{\delta Y^*_{1i}} \frac{d Y^*_{1i}}{d X_1} + \dots + \frac{\delta VY}{\delta Y^*_{22i}} \frac{d Y^*_{22i}}{d X_1} \right)$$

Schrijven we nu voor de elasticiteit van Y^*_{1i} voor X_{1i} : $\epsilon_{Y^*_{1i} X_{1i}}$

dan kunnen we voor de laatste uitdrukking ook schrijven

$$\frac{d \ln VY}{d \ln X_1} = \frac{X_1}{VY} \left(\frac{\delta VY}{\delta Y^*_{1i}} \frac{Y^*_{1i}}{X_1} \epsilon_{Y^*_{1i} X_{1i}} + \dots + \frac{\delta VY}{\delta Y^*_{22i}} \frac{Y^*_{22i}}{X_1} \epsilon_{Y^*_{22i} X_{1i}} \right)$$

Voor rayon k is de waarde van deze uitdrukking:

$$\frac{d \ln VY_k}{d \ln X_{1k}} = \frac{X_{1k}}{VY_k} \left(b_{1k} \frac{Y^*_{1i}}{X_{1k}} \epsilon_{Y^*_{1i} X_{1k}} + \dots + b_{22k} \frac{Y^*_{22i}}{X_{1k}} \epsilon_{Y^*_{22i} X_{1k}} \right)$$

Dus de waarde van

$$\frac{d \ln Y}{d \ln X_1}$$

uit vergelijking (3) wordt niet alleen bepaald door de geschatte waarde van α , maar ook door de niet (?) bekende waarde der elasticiteit voor de verschillende leeftijds- en geslachtsgroepen. Grote voorzichtigheid bij interpretatie lijkt dan ook geen overbodige luxe.

Wij zouden willen voorstellen de resultaten van Van Praags onderzoeken (althans tenminste wat betreft het gedeelte waar de invloed van huisartsendichtheid wordt gepresenteerd als volgt samen te vatten:

Stijging van de huisartsendichtheid met 1%, gegeven de samenstelling naar leeftijd en geslacht van de huisartsenpraktijken en constant houden van andere invloeden, leidt tot een *proportionele* daling van het verschil tussen feitelijke opnamecoëfficiënt *minus* de verwachte opnamecoëfficiënt (als resultaat van de gemiddelden voor de 22 leeftijds- en geslachtsklassen) van 0,1 à 0,4%. Men moet bij de uitkomsten van Van Praag, zoals geboekstaafd in hoofdstuk 4, dan ook voor de opnamecoëfficiënt steeds blijven lezen: de naar leeftijd en geslacht *gestandaardiseerde opnamecoëfficiënt*.

De presentatie der resultaten in samengevatte vorm kan licht dit misverstand ten gevolge hebben. De door ons weergegeven discussie naar aanleiding van dit rapport (zie vorige paragraaf draagt hier dan ook alle sporen van. Een zelfde niet correcte weergave der gevonden resultaten geldt uiteraard ook voor de (gecorrigeerde) variabelen voor de gemiddelde ligduur en verpleegdagen.

Conclusie

Uit de algemene inleiding en de kritische bespreking van relevante literatuur over onderzoek op macroniveau naar verklaring van 'productiecijfers' in de gezondheidszorg kunnen we de volgende conclusies trekken:

1. Macro-onderzoek stelt slechts de condities vast waaronder beslisprocessen in de huisartspraktijk zich afspelen. Dit is de kracht en de zwakte van dergelijk soort onderzoek. Kracht omdat onderzoek in de huisartspraktijk zonder rekening te

houden met structurele factoren tot mislukken gedoemd is, zwakte omdat dikwijls impliciete onderstellingen worden gehanteerd die alleen gelden voor een lager aggregatieniveau.

2. Het verdient aanbeveling (een aanbeveling die wij in ons eigen onderzoek overigens niet opvolgen) 'vraag en aanbod'-relaties in de gezondheidszorg in samenhang te onderzoeken met algemene maatschappelijke veranderingsverschijnselen anders dan de bevolkingssamenstelling naar leeftijd en geslacht.

3. Wanneer men de onderzoeken van de Leidse economen Van Praag, Van der Gaag en Rutten kritisch bekijkt, moet men concluderen dat een van hun belangrijkste stellingen: 'Verhoging van het aantal huisartsen vermindert de klinische consumptie', de toets der kritiek niet zonder meer kan doorstaan.

Met name hun onderstelling dat het verschil tussen feitelijke opname – en verpleegduurcijfers en de op grond van de leeftijd – en geslachtsverdeling van de bevolking *verwachte* cijfers te verwaarlozen is, berust op een niet correcte afleiding van de door hen gebruikte formules.

★
★★

Noot: Inmiddels dreigt de discussie rond het rapport 'Het ziekenhuis in de gezondheidszorg' toch weer te ontbranden. In de nota van de begeleidingscommissie 'Macro-rekenmodel gezondheidszorg' wordt gesteld (zie de samenvatting van deze nota in Medisch Contact nr. 47 (1977) dat 'het negatieve verband tussen huisartsen en verpleegdagen . . . niet is aangetoond'. In een tweetal rapporten, die bij het verschijnen van dit artikel niet of zeer recent zijn gepubliceerd, worden relaties tussen eerste en tweede echelon opnieuw geschat. De standaardisatie naar leeftijd en geslacht is in deze schattingen achterwege gebleven, zij het dat in één van deze beide verhalen wel een index naar leeftijd en geslacht, gewogen voor medische consumptie, wordt gebruikt. De relaties worden geschat met behulp van gegevens per provincie over een aantal jaren. De aldaar gevonden sterk negatieve verbanden tussen

huisartsendichtheid, verwijs-, herhaal- en opnamecijfers lijken de door Van Praag c.s. opgestelde hypothese 'beslissingen over de verschillende vormen van gezondheidszorg worden beïnvloed door de beschikbaarheid van die verschillende vormen van zorg' te bevestigen. Hoewel de modelspecificatie en schattingsmethode naar behoren zijn uitgevoerd, vragen we ons hier af of de gevonden verbanden zijn te wijten aan de samenloop van omstandigheden dat in het noorden van ons land veel huisartsen, weinig ziekenhuisbedden en veel bejaarden kunnen worden geteld, en dat in het zuiden zowel de demografische structuur als de eerste- en tweedelijns voorzieningen een volstrekt ander patroon laten zien. *De discussie over het waarheidsgehalte van de gevonden substitueerbaarheid zal dan ook onze inziens deels gaan over niveaus waarop gegevens worden geanalyseerd*, i.c. de door Van Praag c.s. gebruikte provincie- respectievelijk regio-gegevens en de in het eerste deel van onze onderzoeken gebruikte gemeentelijke gegevens.

Geraadpleegde literatuur

- Anderson, James G.
A social systems model of hospital utilization.
Health Services Research, 11, 1976, p. 271-287.
- Belleman, S. J. M.
Ontwikkelingen in de vraag naar specialistische hulp.
NZI, Utrecht, 1977.
- Bremer, G. J.
Het verwijzen in de huisartspraktijk
Dissertatie Utrecht, 1964 (Assen, 1964).
- ten Cate, R. S.
Commentaar op onderzoeken rond Withuis.
Huisarts en Wetenschap, 20, 1977, p. 246.
- Crebolder, H. F. J. M.
Onderzoeken rond het gezondheidscentrum Withuis, (VI).
Huisarts en Wetenschap 20, 1977, p. 48-52.
- Crebolder, H. F. J. M.
Commentaar op Ten Cate.
Huisarts en Wetenschap, 20, 1977, p. 246.
- Dorrenboom, G.
Definitions as a starting point of international research.
Allgemeinmedizin International, 2, 1975, p. 73-74.
- Drop, Maria J.
Kenmerken van gemeenten en verschillen in

Toepassingen van technieken van operationele research en planning in de gezondheidszorg

Mevr. Drs. A. J. Muller-Sloos maakte een 'Overzicht van toepassingen van technieken van operationele research en planning in de sector Gezondheidszorg', een overzicht van meest Engelse en Amerikaanse literatuur. Het overzicht biedt na een algemene oriëntatie beschouwingen over het eerste en het tweede echelon (afsprakesystemen, voor- en nadelen groepspraktijk). Dan volgt een hoofdstuk over planning in de ambulancedienst: simulatiemodellen en wachttijdtheorie kunnen hier van nut zijn. Vervolgens worden aspecten belicht van het derde echelon, het ziekenhuis: efficiëntie, kostenstructuur, allocatie van voorzieningen in het land, opname en verblijf in en capaciteit van het ziekenhuis, dienstroosters verplegend personeel, voorraadbeheersing bij de bloedbank en gebruik van waarschijnlijkheidsrekening bij diagnose en behandeling.

Wie in dit rapport is geïnteresseerd wordt verzocht contact op te nemen met de samensteller: Mevr. Drs. A. J. Muller-Sloos, Vakgroep Mathematische Besliskunde, Erasmus Universiteit, Oudlaan 50, Rotterdam, tel. 010-145511, toestel 3332.

- afwijkend en ziektegedrag.
Leiden, NIPG, 1971.
- Drop, Maria J.
Kenmerken van gemeenten en verschillen in afwijkend en ziektegedrag: dimensies in coping behavior.
Sociologische Gids, 17, 1972 (a.), p. 368-392.
- Drop, Maria J.
De geldigheid van geregistreerde frequenties van afwijkend en ziektegedrag.
Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 27, 1972 (e) p. 2-11.
- Van Es, J. C. en H. R. Pijlman
Het verwijzen van ziekenfondspatiënten in 122 Nederlandse huisartspraktijken.
Huisarts en Wetenschap, 13, 1970, p. 433-439.
- Fokkens, O.
Het ziekenhuis in de gezondheidszorg.
Medisch Contact, 30, 1975, p. 1403-1406.
- Gallacher, H. P.
Begrip en realiteit.
Huisarts en Wetenschap, 19, 1976, p. 224-233.
- Gruyters, J. W. en D. Slikker
Gezondheidszorg en modellenbouw.
Medisch Contact, 30, 1975 (a), p. 48-56.
- Gruyters, J. W. en D. Slikker en M. Knapen
Het rapport-Van Praag.
Medisch Contact, 30, 1975 (b), p. 1298-1299.
- Harris, Daniel M.
An elaboration of the relationship between general hospital bed supply and general hospital utilization.
Journal of Health and Social Behavior, 16, 1975, p. 163-172.
- Hoogendoorn D.
Verschuivingen in de gezondheidszorg van huis naar ziekenhuis.
Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 118, 1974, p. 1288-1295.
- Hoogendoorn D.
Het rapport-Van Praag.
Medisch Contact, 30, 1975, p. 1045-1047.
- Kruidenier, H. J.
Een onderzoek naar de factoren die de hoogte van het verwijzingspercentage beïnvloeden.
Utrecht, LISZ, 1976.
- Kruidenier, H. J.
Afstand tot ziekenhuis van invloed op verwijzingspatroon.
Inzet (1), 1977, p. 32-99.
- LISZ
Jaarboeken 1974, 1975.
Utrecht, 1976, 1977.
- Martini, Carlos J. M., Boris Allen, G. J., Jan Davison en E. M. Backet
Health indexes sensitive to medical care variation.
Int. Jn. of Health Services, 2, 1977, p. 293-309.
- de Melker, R. A.
Beterschap door beter beleid.
Nijmegen, 1975 (a).
- de Melker, R. A.
Over de invloed van de huisarts op het verwijzingspercentage.
Medisch Contact, 30, 1975 (b), p. 1145-1146.
- Pel J. Z. S.
Over de invloed van de huisarts op het verwijzingspercentage.
Medisch Contact, 30, 1975, p. 988-990.
- Petersen, W.
Beoordeling van de rationaliteit van de bestedingen binnen de gezondheidszorg.
Tijdschr. v. Soc. Geneesk. 54, 1976, p. 188-197.
- Philipsen, H.

De omvang en complexiteit van algemene ziekenhuizen.

in: De gewone ervaring leert al anders. Afscheidsbundel ter nagedachtenis aan A. N. J. den Hollander, Samson, Alphen a/d Rijn, 1977.

Poeisz, Jos J.
Kanttekeningen bij rapport 'Het ziekenhuis in de gezondheidszorg'.

Het Ziekenhuis 5, 14, juli 1975 p. 338-341.

Posthuma, B. H. en J. van der Zee
Tussen eerste en tweede echelon, I; analyse van gemeentelijke verwijscijfers uit het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen.
Utrecht, oktober 1977.

van Praag, B. M. S.
Ontwikkeling van een macro-rekenmodel gezondheidszorgsysteem.
Leiden/Leidschendam, 1972.

van Praag, B. M. S., van der Gaag, J. en F. F. H. Rutten
Vraag-aanbodrelaties in de sector gezondheidszorg.
Leiden, 1973.

van Praag, B. M. S.
Naschrift bij de kritiek van Hoogendoorn en Gruyters en Slikker.
Medisch Contact, 30, 1975, p. 1056-1060 en p. 1299.

van Praag, B. M. S., van der Gaag, J. en F. F. H. Rutten.
Naschrift bij de kritiek van Fokkens.
Medisch Contact, 30, 1975, p. 1406-1408.

van Praag, B. M. S.
Vier (ziekenhuisbedden) per duizend (inwoners) is voldoende.
Lezing symposium Stichting Studiecentrum Ziekenhuiswetenschappen najaar 1975.
Gepubliceerd in de bundel: Planning, ordening en regionalisatie in de gezondheidszorg, Lochem, 1976.

Raupp, J. L. M.
Over werkwijzen van huisartsen.
Helmond, 1971.

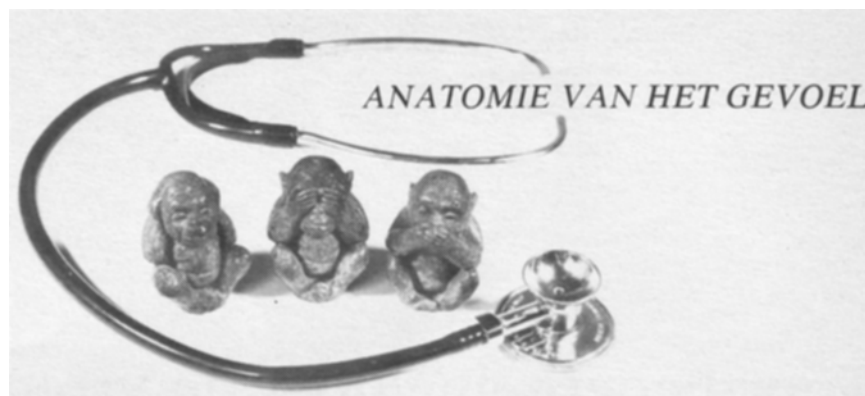
Rutten, F. F. H., van der Gaag, J. en B. M. S. van Praag.
Het ziekenhuis in de gezondheidszorg.
Leiden, 1975.

Rutten, F. F. H. en J. van der Gaag.
Het macrorekenmodel.
Tijdschr. v. Soc. Geneesk., 54, 1976, p. 710-715.

Siegman, Attilia en Jack Elison.
Newer sociomedical health indicators: implications for the evaluation of health services.
Medical Care, 1977, supplement, p. 84-92.

Theil, H.
'Principles of econometrics'.
1971.

Zola, I. K.
De medische macht.
Meppel, 1973.



Freewheelend rijkeluiszootje

Ik zou bijna willen zeggen: 48 uur non-stop. Maar dat zou toch wel iets overdreven zijn. Weliswaar hebben mijn hart en longen non-stop gewerkt – typisch medische opmerking – maar tijdens de nachtdienst heb ik zeker zo'n drie uur geslapen.

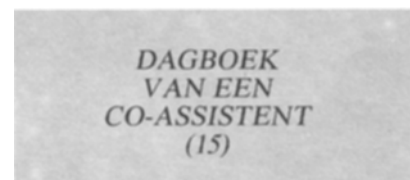
Het was trouwens vrij rustig. Pas na middernacht kwam de eerste patiënt, een man met angineuze klachten. Ik heb de indruk, dat de chirurgische patiënten veel sensationeler zijn. Aan dat beeld van een benauwde patiënt wen je ongelooflijk snel. Zo kreeg ik rond één uur een patiënte die ook benauwd was, maar daarnaast last had van galbraken en diarree. Ondanks haar braakneigingen en haar geweldige sufheid, heb ik haar rustig maar effectief ondervraagd; van ieder 'vrij' moment, waarop ze niet kokhalste, maakte ik gebruik. De desbetreffende patiënte is in ons paviljoen opgenomen en inmiddels is ze mijn derde patiënte geworden. Gisteren kreeg ik namelijk mijn tweede patiënte. Die mevrouw vertelde mij tot mijn stomste verbazing, dat ze was getroffen door de rust en het vertrouwen dat van mij uitstraalde.

Ik heb het al eerder gezegd: ik had leraar of acteur moeten worden. Mijn wereld is een wereld van eikhouten planken en een decor van hardboard; een wereld van spel en tegenspel, een spel van licht en donker. Deze wereld met grijze tegels, plastic wanden, glazen buisjes, stalen rekjes, verchroomde bakjes, stapels lakens en elektrische apparatuur beangstigt mij.

Gisteren heb ik op de poli mijn eerste patiënt onderzocht (zonder assistent). Ze had een stuk of tien brieven bij zich, waarop haar voorgeschiedenis stond. Het duurde een half uur voordat ik eruit was (operatie na operatie, opname na opname). Nauwelijks was ik begonnen met het lichamelijk onderzoek of Dr. Wouters kwam binnen stevenen: 'En ben je al klaar? Ik vind twee uur veel te lang'. Hij heeft het onderzoek snel voor zichzelf ge-

daan; daarna moest ik het nog eens overdoen. De patiënte wist niet wat haar overkwam. 'Wie is die man?', vroeg ze zich verbaad af.

Vanochtend heb ik op de poli mijn eerste vaginaal toucher verricht, bij een vrouw met onderbuiksklachten. Dat leek mij een goede indicatie. Ik wilde er geen routine-onderzoek van maken. Inclusief de anamnese duurde het hele onderzoek een uur. Toevallig moest Dr. Wouters mij weer controleren. Goddank ging het goed, al had ik de lijsten met bloedbepalingen 'zonder verstand' ingevuld. Ik vertelde hem nog dat ik dit zo had geleerd van de assistenten ('routine-onderzoek'), maar daar wilde hij niet in geloven.



Wat was Dr. Wouters trouwens vandaag in zijn sas. Een of andere jongen – 'een verwend rijkeluiszootje, dat wat freewheelde in pa's bedrijf en dat volkomen was vastgelopen, een neuroot' – had zelfmoord willen plegen met slaaptabletten, maar was na een nieuw soort dialyse bijgekomen. Natuurlijk had hij spijt van zijn zelfmoordpoging. 'Ik zal hem niets kwalijk nemen', zei Dr. Wouters, 'want hij heeft mij heel wat plezierige uurtjes bezorgd'. Alle bloedgegevens waren zeer nauwkeurig bijgehouden en Dr. Wouters wilde al dia's van de cijfertjes laten maken. Hij glunderde werkelijk.

Ons paviljoen is barstensvol. Dat leverde problemen op. Dus werd in allerijl beslist wie ontslagen kon worden en wie niet. Dr. Wouters had immers nog een paar interessante patiënten voor ons – ik houd het niet meer bij, iedere avond zie ik bij het inschrijven van de labwaarden weer nieuwe namen.

Alexander van Es



Sportbeoefening door de vrouw

Inleiding

Bij nadere bestudering van de publikaties over 'Vrouw en Sport' valt het op dat de meeste studies te weinig patiëntenmateriaal bevatten om enigszins representatief te zijn. Bovendien worden vele gegevens van elkaar overgenomen zonder dat er een gefundeerd wetenschappelijk onderzoek aan ten grondslag ligt. Voor een uitvoerige literatuurstudie verwijzen wij naar een uitstekend overzicht van 'Le Nobel' (1976-1977). Hij bespreekt hierin onder meer de anatomische, fysiologische en psychologische verschillen tussen man en vrouw.

In dit artikel menen wij ons te moeten beperken tot twee vragen:

- Welke specifieke problemen zijn er voor de vrouwelijke sportbeoefenaars?
- Heeft de vrouw voldoende mogelijkheden om haar lichaam en geest door sportbeoefening in een zo goed mogelijke conditie te brengen en te houden?

De vrouw immers beoefent haar sport als vrouw en heeft geen enkele behoefte om als vergelijkingsobject ten aanzien van de mannelijke atleet te functioneren.

Velen menen uit de mate van deelneming door de vrouw aan de Olympische Spelen te kunnen afleiden, wanneer de vrouw op grotere schaal sport ging beoefenen. In de oudheid werd de vrouw zelfs niet als toeschouwer toegelaten tot de Olympische Spelen. Wel waren er speciale spelen voor de vrouw ter ere van de Godin Hera.

Ofschoon het hier afgedrukte overzicht van het aantal vrouwen dat in het verleden aan de Olympische Spelen heeft deelgenomen een betrouwbare

door **Dr. G. J. J. Gerards**



Dr. G. J. J. Gerards is als vrouwenarts verbonden aan het St. Anna ziekenhuis te Geldrop.

indruk lijkt te geven van de beoefening van sport door de vrouw in de loop der tijden, blijkt ook dit schijn te zijn. In de figuur (op de volgende bladzijde) zien wij een fresco uit het paleis van Knossos van ongeveer 1500 voor Christus, waar vrouwen de sport van het 'stierspringen' beoefenen. Bij nadere bestudering van de literatuur

hieromtrent blijkt dit inderdaad een 'top-sport' te mogen worden genoemd. Wij menen hiermee slechts aan te moeten tonen dat men voorzichtig dient te zijn met het trekken van conclusies, zelfs ten aanzien van geschiedkundige feiten betreffende de beoefening van de sport door de vrouw.

De menstruele cyclus

Ten aanzien van de invloed van de menstruele cyclus op de sportprestatie zijn twee feiten te onderscheiden:

- De invloed van hormonale verandering op de prestaties van de atlete;
- De 'mechanische invloed' van de menstruatie op een eventuele prestatie.

Hormonale verandering

Ten aanzien van het cyclische gebeuren wordt onder andere door Mosterd (1973) beschreven, dat de vrouw zich tijdens de pre-ovulatoire fase in een 'vagotone situatie' bevindt. Post

Aantallen vrouwelijke deelnemers aan de Olympische Spelen

1896 Athene: Begin der moderne Olympische Spelen, geen vrouwelijke deelnemers;

1900 Parijs: Eerste maal vrouwelijke deelnemers: 6 tennisspeelsters;

1964 Tokio: Op 5558 atleten 732 vrouwen (14%);

1968 Mexico: Op 6084 atleten 844 vrouwen (14%);

1972 München: Op 7863 atleten 1251 vrouwen (16%);

1976 Montreal: Op 6189 atleten 1274 vrouwen (21%).

ovulatoir bestaat er een 'sympaticotone' toestand. Hieruit zou een prestatie-optimum voor een bepaald aantal sporten van atletes met een bepaalde constitutie te verklaren zijn.

Ter oriëntatie geven wij hiernaast een schematisch overzicht van deze veronderstelling

Wij willen nog opmerken dat een groot aantal atletes de 'pil' gebruikt, waardoor dit schema in ieder geval niet meer van toepassing is. Bovendien zijn er mogelijkheden, om door zware training de cyclus uit te schakelen. Het is bekend dat vrouwen onder 'stress' vaak niet meer ovuleren. Een atlete zou dus in staat zijn om door training haar cyclus uit te schakelen (Honnebier 1970).

Een punt van belang bij het sportgebeuren is zeker het eventueel verplaatsen van de menstruatie. Dit kan door middel van de 'pil', of door het geven van progestatieve stoffen vanaf de 16/17e dag van de cyclus. Men loopt dan wel het risico dat de hormonale therapie de atlete in negatieve zin zal beïnvloeden. Wanneer men de cyclus verplaatst, dan dient men dit niet vlak voor het 'sportgebeuren' te doen, maar ongeveer een half jaar voordat de topprestatie moet worden geleverd. Bij een zeer groot aantal vrouwen echter dat zich naar het buitenland begeeft, verspringt de cyclus. Men noemt hieromtrent zelfs percentages van vijftig, zodat het verplaatsen van de menstruatie dan op zijn minst een

<u>Pre-ovulatoir</u>		<u>Post ovulatoir</u>
Parasympatische zenuwstelsel domineert		Sympatische zenuwstelsel domineert
Acetylcholine		Adrenaline
Vagus		Sympaticus
Fase van herstel rust (uitgezonderd spijsvertering)		Fase van arbeid
Vertraagd ←	hartwerking	→ Versneld
Verwijd ←	bloedvaten	→ Vernauwd behalve coronaria
Vernauwd ←	luchtweg	→ Verwijd
Meer insuline ←	pancreas	→ Minder insuline
Minder adrenaline ←	bijnieren	→ Veel adrenaline
Versterkt ←	{ darmperist + secretie }	→ Geremd
Vernauwd ←	pupil	→ Verwijd
Een gedegen onderzoek over materie hebben wij in de literatuur niet gevonden.		

nutteloze handeling mag worden genoemd.

Mechanische bezwaren

De menstruatie zelf kan mechanische bezwaren opleveren. Het gebeurt dat vrouwen – vooral tijdens de eerste dagen van hun menstruatie – zo sterk vloeien dat het haast niet mogelijk is enige prestatie – laat zeggen topprestatie – te leveren. Bij de behandeling van vrouwen op de gynaecologische poliklinieken wordt indien de bloeding zo sterk is dat zij inderdaad erg veel bezwaren oplevert,

wel eens een zuigcurettage gedaan waarbij met een zeer dunne catheter de uterus wordt leeggezogen, zodat de bloeding zeker minder wordt. Men moet zich hierbij wel zeer goed realiseren dat men een intra-uterine ingreep doet. Of dit bij een topsportster in bepaalde omstandigheden eventueel geoorloofd zou zijn, laat ik gaarne aan de verantwoordelijke medicus over. Het is zeker dat dit een ingreep is die in een kliniek, in operatiekameromstandigheden, door een gynaecoloog dient te worden verricht. Of een vrouw tijdens de menstruatie al



dan niet sport beoefend, is zeer persoonlijk en hangt onder meer af van de sterkte van de bloeding en eventuele andere bezwaren. Ons inziens zijn hier zeker geen algemene regels te geven. Wij willen op deze plaats nog opmerken dat het naar onze mening onmogelijk is om naast de voor iedere gravida geldende adviezen, algemene raadgevingen voor sportbeoefeningen tijdens de zwangerschap te geven.

Invloed van de sport op de vrouw

Naast de invloed die het cyclisch gebeuren op de prestatie van de vrouw heeft ten aanzien van haar sportbeoefening, is het ook van zeer groot belang om te weten welke invloed te topsport heeft op de typisch vrouwelijke functies. Hierover zijn weinig gedegen gegevens bekend. De meeste onderzoeken bevatten een te klein materiaal. Onderzoek op uitgebreidere schaal werd gedaan door Erdelyi (1961) waarbij 729 Hongaarse atletes werden onderzocht en Zaharieva (1972) waarbij 150 deelneemsters aan Olympische Spelen werden onderzocht en later een of meer malen een zwangerschap doormaakten. In beide onderzoeken bleek dat er zeker geen nadelige invloed op het later 'obstetrische gebeuren' bestond. Ook was er geen ongunstiger beeld ten aanzien van de menstruele cyclus dan bij niet atletes. Wij menen ons dan ook geheel te kunnen aansluiten bij de conclusie van Le Nobel (1976): 'Zware sportbeoefening lijkt zeker geen nadelig invloed te hebben op de functie van de reproductieve organen en lijkt met name een normale bevalling niet in de weg te staan'.

Geslachtsbepaling

Inleiding

Sedert een aantal jaren eisen diverse sportbonden en internationale comité's dat er een geslachtsbepaling plaatsvindt bij deelneemsters aan topsport. Het feit of men het hiermee al dan niet eens is, houdt niet in dat men zich niet op het probleem dient te bezinnen. Men behoort de deelneemsters aan deze spelen te beschermen tegen het onverwacht constateren van een chromosomale of andere afwijking. Bij de Olympische Spelen wordt door

Prijs voor sportgeneeskunde 1977/1978 naar Dr. J. P. Clarijs uit België



De prijs voor sportgeneeskunde 1977/1978 is toegekend aan Dr. Jan Pieter Clarijs van de Vrije Universiteit in Brussel voor zijn 'Onderzoek naar de hydrodynamische en morfologische aspecten van het menselijk lichaam'.

De Prijs is aan Dr. Clarijs uitgereikt door de voorzitter van de jury, Prof. Dr. P. A. Biersteker, tijdens een bijeenkomst van het Nederlandsch Olympisch Comité met de leden van het Olympisch Team (1976) en sportofficials in De Doelen in Rotterdam. Aan de prijs is een geldbedrag van f 5.000,— verbonden.

De bekroonde studie van Dr. Clarijs werpt een nieuw licht op de vraag naar de invloed van de lichaamsbouw en de lichaamssamenstelling op de prestaties in de zwemsport. In deze studie blijkt dat (spier)kracht en techniek meer bepalend zijn voor het behalen van prestaties dan de lichaamsbouw en de lichaamssamenstelling. Dr. Clarijs stelt dat de in de zwemsport als ideaal geziene 'druppelvorm' van het lichaam er niet toe doet en dat prestaties door kracht en techniek worden bepaald.

De jury meent dat dit onderzoek in de toekomst voor de zwemsport van groot belang kan zijn.

In het totaal waren er vier inzendingen aan de jury voorgelegd. In voorgaande jaren waren het er meer. Het beperkte aantal inzendingen is een gevolg van het feit dat er nog steeds te weinig onderzoek wordt gedaan. De prijs voor sportgeneeskunde is dan ook ingesteld om het onderzoek op het terrein van de sportgezondheidszorg zoveel mogelijk te bevorderen.

Teneinde het doel van de prijs zo goed mogelijk te dienen, is besloten er een stipendium voor studie en onderzoek aan toe te voegen.

De prijs voor sportgeneeskunde voor de beste studie of publikatie zal voortaan elke twee jaar worden uitgereikt, terwijl het stipendium — met ingang van 1978 — in de

tussenliggende jaren beschikbaar zal worden gesteld.

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 kunnen worden gebruikt 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, Amstelveen. De aanvragen dienen vóór 31 maart 1978 in het bezit van de jury te zijn. De toewijzing van het stipendium zal vóór 1 juli 1978 bekend worden gemaakt.

De prijs wordt toegekend voor de door een jury als beste aangewezen studie(s) op het terrein van de sportgezondheidszorg. Deze jury wordt gevormd door: Prof. Dr. P. A. Biersteker, medisch fysioloog; Dr. G. P. H. Hermans, orthopaedisch chirurg; Dr. W. L. Mosterd, cardioloog; A. E. Stuur, arts; F. Wafelbakker, jeugdarts; Prof. Dr. J. F. de Wijn, voedingsfysioloog; R. N. Zeven, zenuwarts.

De prijs werd in 1973 voor het eerst uitgereikt aan Dr. J. A. Leusink voor zijn studie 'Fit, vet, vetvrij en vrije vetzuren'; in 1974 aan een onderzoekteam van het Jan Swammerdam Instituut van de Universiteit van Amsterdam voor 'De invloed van extra lichamelijke oefening'. In 1975 kwam geen van de inzendingen in aanmerking voor de prijs; wel werden in dat jaar twee aanmoedigingsprijzen uitgereikt, namelijk aan G. Rijkse en A. G. M. F. Brok. In 1976 ging de prijs naar Dr. J. A. Vos voor zijn studie 'Statische en dynamische krachtmetingen'; tevens werd vorig jaar een aanmoedigingsprijs uitgereikt aan Drs. R. J. Plumers.

het Internationaal Olympisch Comité voor de vrouwelijke deelnemers het ondergaan van een geslachtsbepaling als absolute voorwaarde voor deelname gesteld. Wij vragen ons af waarom de vrouw wel moet bewijzen een vrouwelijke chromosomale structuur te hebben, terwijl de man van de verplichting om het bewijs te leveren dat hij inderdaad

genetisch een man is, is vrijgesteld.

Methode

Op de volgende wijze wordt bij grote sportgebeurtenissen het geslacht van de vrouw bepaald:

Men neemt aan dat, als meer dan 25% celkernen een lichaampje van Bahr bevatten, men met een vrouw te doen

heeft. Voor dit onderzoek wordt een uitstrijk van het wangslijmvlies gemaakt en op een bepaalde wijze geprepareerd.

Indien er twijfels bestaan kan men een karyogram maken. Hierbij worden de chromosomen zichtbaar gemaakt en gerangschikt. Tegenwoordig kan ook in het wangslijmvlies het Y-chromosoom worden aangetoond. Eveneens bestaat de mogelijkheid om in de cellen van een haarwortel een Y-chromosoom aan te tonen.

Stoornissen in het chromosomenpatroon

Er zijn diverse afwijkingen in het chromosomenpatroon. Deze ontstaan vaak door storingen tijdens de reductiedeling. Bij de reductiedeling nemen de eicellen en de zaadcellen ieder de helft van het aantal chromosomen mee. De chromosomenparen worden gescheiden en iedere eicel en iedere zaadcel bevat daarna drieëntwintig chromosomen.

Ten aanzien van de geslachtschromosomen betekent dit dat bij de vrouw iedere eicel een X-chromosoom bevat. Bij de man zijn er evenveel zaadcellen met een X-chromosoom als met een Y-chromosoom. Als dan bij de bevruchting een zaadcel en een eicel paren en er een nieuw individu ontstaat, zijn de mogelijkheden tot de combinatie XX en XY gelijk.

Het kan echter voorkomen dat er bij de reductieafdeling of in de fase daarvoor een stoornis optreedt. Een bekende stoornis is dat twee X-chromosomen niet scheiden. Wij krijgen dan de situatie dat er een eicel is met twee X-chromosomen en een eicel zonder geslachtschromosoom. Bij de man kan het gebeuren dat op gelijke wijze spermatozoën met een XY chromosoom naast spermatozoën zonder geslachtschromosoom voorkomen.

De gevolgen van dit afwijkend gebeuren kunt u zien in onderstaand schema dat ons door Prof. Galjaard ter beschikking werd gesteld. Tevens is de frequentie der afwijkingen vermeld.

XO 1/2500-1/5000 pasgeborenen
XXY 1/500-1/700 pasgeborenen
XXX 1/600-1/800 pasgeborenen
YO niet levensvatbaar
XYY 1/600-1/1000 (ontstaan door non-dysjunctie tijdens de 2e meiotische deling bij de spermatogenese).

Enkele afwijkingen in geslachtschromosomen configuratie

De onderzoeken van Jost

Jost vond dat een foetus tot fenotypische vrouw uitgroeit, tenzij er androgenen worden gemaakt. Als er een teveel aan androgenen is, bijvoorbeeld door een aandoening aan de bijnier, zal een vrouwelijke foetus tot fenotypische man uitgroeien, althans fenotypisch een veel op een man gelijkend individu. Dit noemt men het Adreno-Genitale Syndroom.

Als de testes worden vernietigd of niet goed zijn aangelegd en er dus niet voldoende androgenen worden geproduceerd, ontstaat er een individu dat fenotypisch vrouw is, maar genotypisch een man. Men spreekt dan van Testiculaire Feminisatie. Wij hebben in onderstaand schema gepoogd een en ander overzichtelijk voor te stellen.

Adreno Genitale Syndroom

Genotypisch ♀ (XX)

Veel androgenen

Fenotypisch ♂

Testiculaire Feminisatie

Genotypisch ♂ (XY)

Geen androgeenproductie

Fenotypisch ♀

Overzicht onderzoek van Jost (1947-1959)

De geslachtsbepaling bij atletes is er op gericht om de deelnemers die genotypisch man zijn doch fenotypisch vrouw, (patiënte dus met een Testiculaire Feminisatie) uit te selecteren. Het is ons inziens onjuist dit te doen. Om alleen op de bepaling van het al dan niet afwezig zijn van een Y-chromosoom te bepalen of iemand man of vrouw is, lijkt ons op zijn minst discutabel.

De reden dat wij toch wilden medewerken aan een dergelijk onderzoek bij de deelnemers van de Olympische Spelen was dat wij wilden voorkomen dat jonge vrouwen in het buitenland, los van hun omgeving en buiten medeweten van hun eigen medische begeleiding, konden worden geconfronteerd met een voor de mens zeer onaangename situatie. Wij

meenden daarom dat het verantwoord was bij atletes onder strikt behoud van het medisch geheim en volledig op basis van vrijwilligheid een geslachtsbepaling te doen.

Sport voor de vrouw op middelbare en oudere leeftijd

Het is opvallend dat vele vrouwen nadat zij hun kinderen in de eerste levensjaren hebben verzorgd niet meer aan sportbeoefening toe komen. Persoonlijk dacht ik dat hier mogelijk een taak zou kunnen liggen voor hen die zich met het onderwerp vrouw en sport willen bezighouden. Het zou wenselijk zijn sportsoorten te bedenken die voor deze groep vrouwen aantrekkelijk zijn en makkelijk bereikbaar; dit immers geeft enige garantie voor continuering van de sportbeoefening.

Het af en toe wat gymnastische oefeningen doen of een wandeling maken is volkomen onvoldoende om de vrouw in een goede conditie te houden. Het is opvallend dat vele vrouwen van middelbare leeftijd vaak te zwaar worden. Bovendien neemt door afname van de oestrogenenproductie de kans op het ontstaan van hart- en vaat-aandoeningen toe. Indien men de sportgeneeskunde niet ziet als het begeleiden van topsporters alleen ligt hier onzes inziens een duidelijke taak.

Samenvattend menen wij te mogen stellen dat er nauwelijks behoefte bestaat aan een specifiek op de vrouw en de sport gerichtte studie. Indien er specifieke problemen zijn voor de vrouwelijke sportbeoefenaars zullen deze door de vrouw zelf of door de haar begeleidende trainers en coaches wel naar voren worden gebracht. Dat de vrouw dient te bewijzen dat zij vrouw is, is een typisch verschijnsel van sportverdwazing dat men vaak in de topsport ziet optreden. Bovendien discrimineert men hiermede de vrouw; zij moet namelijk bewijzen tot een groep te behoren die tot lagere prestaties in staat is. Indien men werkelijk sportgeneeskunde wil beoefenen, dan is het een reëel doel om sportbeoefening voor vrouwen van middelbare en oudere leeftijd mogelijk en aantrekkelijk te maken.

Literatuur

Astrand C. S., Girls swimmers. Acta Paediatrica Scandinavica Suppl. 147 (1963).

Bausewein I., Geneeskunde en Sport 2/21/1969.

Bayne J. D., Pro + Tec. protective bra. Journal of Sports Medecine and Physical Fitness 8/34/1968.

Clayton L. Th., Women in athletics. Am. Med. Ass. Proc of the Second National Conference on the medical aspects of sports Chicago 1961.

Erdelyi G. J., Journal of Sports Medecine and Physical Fitness 2/174/1962.

Finley M. I. – Pleket H. W., Olympische Spelen in de oudheid. Fibula-Van Dishoeck Haarlem 1976.

Galjaard H., 1976 Persoonlijke mededeling.

Harris D. V., The sportswomen in our society, DGWS Research Reports: Women in Sports 1971.

Honnebier W. J., Geneeskunde en Sport 3/52/1970.

Jost A., Gynaecologie et obstetrie 49/44/1950.

Martius G., Münchener Med. Wochenschrift 115/169/1973.

Mosterd W. L., Medische begeleiding in de sport. A'dam Wetenschappelijke Uitgeverij 1973.

Le Nobel C. P. J., Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 54/360/1976 Geneeskunde en Sport 10/19/1977.

Overzier C., Die Intersexualität, G. Thieme Verlag Stuttgart 1961.

Rottinghuis H., Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde 101/1766/1957.

Schellen A. M. C. M., Brochure Damesvoetbal. Ned. Kath. Sportfederatie 1973.

Ufer J., Hormoontherapie in de gynaecologie, 4e editie Ned. vertaling Schering 1973.

GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE

Van de afdeling infectieziekten

Overzicht van de aangegeven gevallen van infectieziekten week 45 – 48, 1977 Periode 6 november tot en met 3 december 1977, jaargang 12, nr 12

Algemeen

In de afgelopen vier weken periode werden 4 gevallen van **febris typhoidea** aangegeven. Alle patiënten hebben de besmetting in het buitenland opgedaan te weten: Indonesië 1; Pakistan 1 en Spanje 2.

Er werd één geval van **huiddiffentie** aangegeven. Het betreft een 29-jarige man die voor zijn vertrek naar het buitenland, respectievelijk Suriname en Frankrijk, een boosterinjectie met DTP ontving. Na terugkomst in Nederland werd uit slecht genezende beenwondjes *C. diphtheriae* geïsoleerd.

Voor **bacillaire** dysenterie werden 27 patiënten aangegeven, van wie 11 de besmetting in het buitenland hebben opgedaan.

Van **hepatitis A** werden 119 en van **hepatitis B** 36 gevallen gemeld.

Twee patiënten werden aangegeven wegens **lepra**. Beiden zijn afkomstig uit Suriname.

Het aantal aangegeven gevallen van **malaria** bedraagt 9. De patiënten zijn naar land van besmetting in plasmodium precies als volgt verdeeld: Ethiopië: 1 Pl. vivax; India: 1 Pl. vivax; Indonesië 1 Pl. falciparum en 1 Pl. vivax; Malawi: 1 Pl. ovale; Nigeria: 1 Pl. falciparum; Opper Volta: 1 Pl. ovale; Zaïre: 1 Pl. vivax; Zambia: 1 Pl. vivax.

In de overeenkomstige periode werden 3 gevallen van **ornithosis** aangegeven. Van één patiënt is bekend dat hij postduiven houdt.

Er werden 2 bacteriologisch bevestigde gevallen van **pertussis** gemeld. De patiënten, respectievelijk 2 en 2½ maand oud, waren nog niet gevaccineerd.

Van **salmonelloses** werden 494 gevallen aangegeven tegen 694 gevallen in de voorgaande vier weken periode. In de overeenkomstige periode van 1976 werden 629 gevallen geregistreerd.

Scabies werd geconstateerd bij 44 personen, onder wie 3 buitenlanders. Het aantal gezinsinfecties bedroeg 6 met respectievelijk 1 maal 3 en 5 maal 2 patiënten in het gezin.

Er werden 3 gevallen van **voedselvergiftiging** aangegeven. De patiënten zijn ziek geworden na het nuttigen van een maaltijd in een Chinees-Indisch restaurant. Het bacteriologisch onderzoek van de faeces van de patiënten en het door de Keuringsdienst van Waren ingestelde onderzoek van een aantal voedselmonsters hebben geen aanwijzingen met betrekking tot de aard van voedselvergiftiging opgeleverd.

Gonorrhoea werd geconstateerd bij 789 patiënten, 509 mannen en 282 vrouwen. Onder de patiënten zijn 123 buitenlanders.

Van primaire en secundaire syfilis werden 60 gevallen gemeld (51 mannen en 9 vrouwen. Veertien patiënten zijn buitenlanders.

Explosies

Geen

Influenza

In het Bacteriologisch Laboratorium van het St. Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg werd bij twee patiënten serologisch influenza A vastgesteld. De eerste serummonsters van deze patiënten werden medio oktober afgenomen. In het Nationaal Influenza Centrum te Rotterdam werd begin november serologisch influenza A vastgesteld bij een 75-jarige patiënt met een pneumonie. Hoewel thans reeds bij 3 patiënten serologisch influenza A werd vastgesteld geven de cijfers van de peilstationarissen nog geen toeneming van het aantal influenza-achtige ziektebeelden te zien. De landelijke incidentie bedraagt voor de week eindigend op 3 december 9 per 10.000 inwoners (voorlopig cijfer).

Stadsvroedvrouwen en stadsvroedmeester te Enkhuizen in het begin van de 19e eeuw

III: Stadsvroedmeester

Uit de literatuur blijkt, dat de vroedmeesters reeds bestonden in het begin van de 16e eeuw. Zij kwamen voort uit de chirurgijns en behoorden derhalve meer tot de stand der 'werkers met de hand' dan tot de stand van de academisch opgeleiden, zoals de *medicinae doctores*.

Met de opbloei van de anatomie in de 16e eeuw kwam ook de chirurgie tot grote ontwikkeling, met name in Frankrijk. Het waren nu juist de later zo beroemd geworden Franse chirurgen als Paré, Mauriceau en Portal die zich ook op de verloskunde gingen toeleiden. Langzamerhand trad bij hen de obstetrie zo op de voorgrond, dat men hen in de volle zin van het woord kon betitelen als verloskundigen, als vroedmeesters (Fasbender, 1906).

Vroedmeestersopleiding

De vroedmeesters werden, evenals de aanstaande chirurgijns, opgeleid door reeds gevestigde vroedmeesters; praktisch waren zij werkzaam onder leiding van erkende vroedvrouwen. Aanvankelijk werden de leerling-vroedmeesters niet geëxamineerd, maar in de 18e eeuw

* Volgens Lindeboom (1976) mocht een chirurgijn die geslaagd was voor zijn examen een eigen winkel openen en 'een bekken uitsteken' om klanten te winnen. Met 'een bekken' zal uiteraard bedoeld zijn een (koperen) scheerbekken, omdat de vroegere chirurgijns tevens barbier waren.

** De hefboom of hevel was een verloskundig instrument dat in tegenstelling met de tang slechts uit één blad bestond. Het instrument was een soort ijzeren spatel, aan beide uiteinden licht gebogen, 29 cm lang en 2,3 cm breed (Schripsema, 1936).

door Prof. Dr. A. C. Drogendijk Sr.



ging men inzien dat het toch beter was ook voor hen afzonderlijke examens in te stellen. De eisen voor dit examen waren veelal niet hoger dan die voor het examen van aspirant-vroedvrouw. In dit verband vermeldt Baumann (1915) nog een merkwaardige bijzonderheid. In Amsterdam werd in 1746 bepaald, dat iemand die het examen voor vroedmeester niet had afgelegd geen bordje als vroedmeester mocht uithangen. De auteur vermeldt echter niet hoe dit vroedmeestersbord er uitzag. Waarschijnlijk zal dit bord gelijkenis hebben vertoond met dat van de chirurgijns, op welk uithangbord soms een bijbels tafereel was afgebeeld, dan weer een of andere chirurgische kunstbewerking, of ook wel de attributen die de chirurgijns bij hun handwerk gebruikten, zoals lancet en scheermes door een schaar gekroond.*

Waren alzo de eisen voor het examen van vroedmeester vrijwel gelijk aan die voor het examen van vroedvrouw, hun *bevoegdheden* gingen veel verder. Daar zij alleen geroepen werden in moeilijke of hopeloze gevallen, bestonden hun verdiensten behalve uit het perforeren en uithalen van de dode vrucht uit de

volgende verloskundige verrichtingen: kering en uithaling van de vrucht, expressie, het werken met de hefboom** en later met de tang, keizersnede, symphysectomie en dergelijke ingrepen.

De vraag mag gesteld of er van de vroedmeesters ook zulke slechte dingen werden verteld als destijds het geval was met de vroedvrouwen. Het antwoord op deze vraag moet helaas bevestigend luiden. Dit blijkt onder meer uit het reglement voor de vroedmeesters dat in Dordrecht op 9 januari 1809 van kracht werd. In dit reglement werden de volgende *euvelds* bestreden: het sturen van een leerling naar de barende vrouw in plaats van zelf te gaan, het voorschrijven van geneesmiddelen terwijl de 'hoogste noodzakelijkheid' ontbrak, het weigeren van hulp indien een vroedvrouw of collega die inriep, het heimelijk verlaten van de barende vrouw voordat de bevalling had plaatsgevonden en het afpersen van geld 'onder bedreiging van de vrouw te laten zitten'.

Blijkbaar hadden de vroedmeesters verschillende hebbelikheden met de vroedvrouwen van die dagen gemeen (Drogendijk, 1935). Wat hiervan de oorzaak geweest is, valt moeilijk te zeggen. Waarschijnlijk zal hiertoe de omstandigheid hebben bijgedragen dat de vroedmeester zelf de opleiding in handen had, waardoor allicht vele misstanden op dit gebied van meester op leerling overgingen. Ook verliezen men niet uit het oog dat van een vroedmeestersleerling geen bepaalde graad van ontwikkeling werd geëist: ieder die de leeftijd van 20 jaar had bereikt kon leerling-vroedmeester worden.

Stadsvroedmeesters

De instelling van stadsdoctoren en stadschirurgijns dateert reeds uit de 14e en 15e eeuw. Pas veel later, te weten in de 17e en 18e eeuw, wordt gewag gemaakt van stadsvroedmeesters. Uiteraard was het hun taak juist de arme en onvermogenbarende vrouwen, op verzoek van de vroedvrouw, in moeilijke gevallen hulp te verlenen. Daarnaast was hun hoewel niet overal, het onderwijs aan de vroedvrouwen en hun leerlingen opgedragen; zo bezat Amsterdam reeds in 1682 een praelector voor de vroedvrouwen, waarop Leiden in 1725, Den Haag in 1729, Groningen in 1764 en Dordrecht in 1792 volgden.

Toekomend aan de *instructie* van de stadsvroedmeester te Enkhuizen, kan allereerst worden opgemerkt dat deze relatief klein van omvang was; ze bevatte namelijk slechts zeven artikelen. In artikel 10 (de eerste negen artikelen hadden betrekking op de stadsvroedvrouwen) wordt de omvang van de praktijk van 's stads vroedmeester bepaald, te weten 'de gehele stad en hare Jurisdictie'. Artikel 11 regelt de verplichting, zodra hem door een vroedvrouw verzocht werd hulp te verlenen 'ten spoedigsten ter hulp te komen, en dezelve op de best mogelijke wijze, en met de meeste voorzorgen te verlossen'. Mocht hij om een of andere reden verhinderd zijn, dan was hij verplicht voor een plaatsvervanger te zorgen, 'desnoods ten zijnen kosten' (artikel 12). Wanneer te vrezen was dat het leven van moeder of kind of van beiden in gevaar verkeerde, dan was de stadsvroedmeester volgens art. 13 gehouden andere verloskundigen te raadplegen. Er staat echter niet in dit artikel vermeld wie die andere verloskundigen zijn. Het ligt voor de hand hierbij in de eerste plaats te denken aan een vroedmeester, maar het zou ook een chirurgijn of een *medicinae doctor* die in de verloskunde was gepromoveerd kunnen zijn. Duidelijker in dit opzicht is artikel 14, dat handelt over dezelfde precare situatie. Hierin staat namelijk te lezen, dat indien de stadsvroedmeester 'de hulp der Genees of Heelkunde' beschouwde van voordeel te zijn voor moeder of kind, 'hij ook den Stads Doctor en Chirurgijn der wijk, waar in de barende woont tot consult en adsistentie verzoeken' zal. Het artikel besluit met de opmerking: 'Al hetwelk, zonder nadere bepaling, aan het

geweten van den Vroedmeester wordt overgelaten', hetgeen een zeer juiste bepaling was omdat moeilijke gevallen zich nu eenmaal niet laten vatten in strenge voorschriften.

Evenals de stadsvroedvrouwen was de vroedmeester gehouden alle verlossingen, van stadswege door hem verricht, op het gewone maandbriefje 'afzonderlijk aan de Plaatselijke Commissie' op te geven (artikel 15). De instructie besluit met artikel 16, in welk artikel de *eed* staat vermeld welke de stadsvroedmeester alvorens zijn ambt te aanvaarden in handen van het stadsbestuur moest afleggen. Deze eed is overigens vrijwel gelijk aan die bestemd voor de stadsvroedvrouwen.

Leerlingen

In de instructie voor de stadsvroedmeester wordt niet gerept over leerlingen. In de instructie voor de stadschirurgijns is dat wel het geval; in de laatste instructie komt nog de volgende vermeldenswaardige bijzonderheid voor:

Men maakte in die dagen onderscheid tussen pas beginnende leerlingen en meer gevorderde leerlingen. Deze laatsten werden aangeduid als 'knechts' en bezaten meer bevoegdheden dan eerstgenoemden. Zo vermeldt artikel 13 van de instructie, dat de stadschirurgijns hun praktijk niet aan de leerlingen of knechts mochten overlaten. Voor de knechts werd evenwel deze uitzondering gemaakt, dat indien het een geval betrof van 'ligte kwetsingen, of accidenten, hun eigen toezicht niet behoevende, of in die verouderde ulceratien, welke alleen herhalingen van voorige gedane

behandelingen vereischen', zij wel mochten gaan 'visiteeren en verbinden'. Het artikel besluit met de opmerking 'als zullende de Meesters voor de behandelingen van derzelver knechts' zodanig instaan, dat het gerekend zal worden 'als door hun zelve gedaan te zijn'. Volledigheidshalve zij hier nog aan toegevoegd, dat ook de apothekers dit onderscheid tussen leerlingen en 'knechts' kenden en dat ook uit het reglement voor de 'artzenymengkunde' valt af te leiden dat de knechts meer bevoegdheden bezaten dan de leerlingen. Met name blijkt dit in het geval dat de apotheker kwam te overlijden. Artikel 12 bepaalde namelijk dat elke apothekersweduwe, zolang zij weduwe bleef, 'door middel van een knecht den winkel mogen blijven aanhouden, alles volgens dezelve wetten en regten, als in dit reglement voor de Apothecars zelve is bepaald'.

Literatuur

- E. D. Baumann, *De Dokter en de Geneeskunde. Maatschappelijk leven. Nederlandsche kultuurgeschiedkundige monographieën*, nr. IV. Amsterdam 1915.
A. C. Drogendijk, *De verloskundige voorziening in Dordrecht van ± 1500 tot heden. Proefschrift*. Amsterdam 1935.
H. Fasbender, *Geschichte der Geburtshilfe*. Jena 1935.
Geneeskundige Verordeningen voor de stad Enkhuizen. Enkhuizen 1808.
J. Schripsema, *Bijdrage tot de kennis van de ontwikkeling der verloskunde in de 18e eeuw. Proefschrift*. Gasselternijveen, 1936.
G. A. Lindeboom, *In de Chirurgijns Kamer te Enkhuizen*. Ned. T. v. Geneesk., 120 (1976) 443.

Wie heeft ervaring met het medisch tuchtrecht?

OPROEP

Dit jaar wordt herdacht dat de Medische Tuchtwet 50 jaar en de KNMG-rechtspraak 75 jaar bestaat. Een speciale serie artikelen in *Medisch Contact* zal hierop worden afgestemd. Een van de onderdelen van die serie zal zo mogelijk worden gewijd aan ervaringen van beroepsbeoefenaren met deze vorm van rechtspraak. Ondergetekende verzoekt die collegae die bereid zijn mee te werken aan een vraaggesprek hierover – waarvan de weerslag absoluut anoniem zal worden behandeld – contact met hem op te nemen.

Utrecht, januari 1978

F. A. Bol, hoofdredacteur *Medisch Contact*



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. M. J. Blok, chef de bureau.

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)

Mw. Mr. H. A. van Anandel, secretaris; Mw. E. M. 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.

De oud-secretaris, W. J. de Jager, arts, zal nog gedurende enige tijd part-time medewerking blijven verlenen.



van het hoofdbestuur

Beschrijvingsbrief 172ste Algemene Vergadering

Voor de 172ste Algemene Vergadering van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, te houden op *vrijdag 17 maart 1978*, aanvang 17.30 uur precies, in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum, Croeselaan, Utrecht, (telefoon 030-914914).

- I. Opening
- II. Benoeming van een commissie van redactie van het verhandelde ter Algemene Vergadering
- III. Eerste rondvraag
- IV. Inleiding van de voorzitter
- V. Voorstel tot wijziging van de Statuten der KNMG (Medisch Contact nr 1978/3, blz. 88)
- VI. Regionalisatie (zie hiernaast)
- VII. Concept-Gedragsregels voor artsen (zoals toegezonden aan o.a. afgevaardigden, plv. afgevaardigden en afdelingsbesturen)
- VIII. Richtlijnen voor waarneming (zie verder op, blz. . . .)
- IX. Mededelingen van het hoofdbestuur
 - kwaliteitsaspecten medische zorg
 - oprichting LVSG
- X. Tweede rondvraag
- XI. Sluiting.

NB: Art. 408 HR bepaalt dat amendementen op voorstellen aan de Algemene Vergadering kunnen worden ingediend door het HB, een afdeling, tenminste vijf afgevaardigden, de centrale besturen van LHV, LSV en LAD benevens het bestuur van Medisch Contact.

Amendementen moeten vóór de Algemene Vergadering schriftelijk bij het HB worden ingediend. *Tijdens* de Algemene Vergadering kunnen amendementen uitsluitend worden ingediend door het HB en door tenminste vijf afgevaardigden in een gezamenlijk door hen ondertekend stuk.

Art. 408a bepaalt dat een motie tijdens de Algemene Vergadering kan worden ingediend door tenminste drie afgevaardigden in een gezamenlijk door hen ondertekend stuk. Een dergelijke motie wordt eerst in behandeling genomen nadat de Algemene Vergadering heeft beslist dat de tekst slechts een mening of verzoek van de Algemene Vergadering uitdrukt en niet leidt tot een besluit van de Algemene Vergadering.

Utrecht, januari 1978.

J. Diepersloot, secretaris-generaal

Punt VI. van de Beschrijvingsbrief voor de Algemene Vergadering van 17 maart 1978

Experimentele begeleiding van het regionalisatie-proces

Inleiding

Op 18 januari 1977 stelde het hoofdbestuur een werkgroep regionalisatie in met als opdracht:

- a) na te gaan, gelet op de voorgestelde regionalisatie van de gezondheidszorg, welke maatregelen kunnen worden genomen om een adequate inspraak en inbreng van de medische professie in de regio te kunnen waarborgen;
- b) bij dit onderzoek met name ook aandacht te schenken aan de financiering, de kadervorming, de regio-grenzen, centrale of regionale (deskundige) begeleiding e.d.;
- e) vervolgens te adviseren omtrent de wijze, waarop de te nemen maatregelen verwezenlijkt zouden kunnen worden.

Deze werkgroep bracht medio 1977 een eerste rapport uit dat inmiddels ook aan de afdelingsbesturen ter kennisneming is toegestuurd. Aangezien het rapport nog onderwerp van bespreking vormt binnen de landelijke besturen is het nog niet vrijgegeven doch zal aan afgevaardigden en plaatsvervangende afgevaardigden eveneens ter kennisneming worden toegezonden.

Inmiddels is het regionalisatieproces na de realisering van een vijftal proefregio's door de staatssecretaris van Volksgezondheid in 1975 in een soort stroomversnelling geraakt. In een aantal gevallen gaat het daarbij om activiteiten die lokaal of regionaal tot stand komen zonder onderlinge relatie en zonder relatie met hogere overheden. Hierdoor dreigt het gevaar dat zich ontwikkelingen (gaan) voordoen in een richting die landelijk gezien als ongewenst en onjuist wordt beschouwd.

Ook binnen de KNMG hebben de zojuist geschetste ontwikkelingen hun consequenties en repercussies. Zich hierop bezinnend heeft het hoofdbestuur, daartoe geadviseerd door de werkgroep besloten het volgende voorstel aan de Algemene Vergadering voor te leggen.

Begeleiding KNMG-vertegenwoordigers in de regio

Een van de punten waaraan het rapport van de werkgroep aandacht besteedt betreft de wijze van begeleiding van die artsen, leden van de KNMG, die zitting hebben in overlegorganen, bestuurlijke commissies, etc. in het kader van de regionalisatie van de gezondheidszorg. In het rapport worden een aantal mogelijke vormen van begeleiding uiteengezet met een globale raming van de daarmee gepaard gaande kosten.

Het zijn met name de ontwikkelingen in de proefregio's Eindhoven en in het Rijnmondgebied die voor het hoofdbestuur aanleiding zijn op basis van de aanbevelingen 9, 10 en 11 als vermeld in het onderdeel 'deskundige begeleiding' op blz. 4 van het rapport tot een tweetal experimenten te komen.

De aanbevelingen 9, 10 en 11 luiden als volgt:

9e.: De werkgroep adviseert het hoofdbestuur nog geen

beslissing te nemen ten aanzien van de door het hoofdbestuur meest gewenste vorm van deskundige begeleiding van de regio's en in die zin een voorstel aan de AV voor te leggen ter besluitvorming.

10e.: De werkgroep adviseert het hoofdbestuur in aansluiting op het gestelde in de 9e. Aanbeveling in een enkele regio een experiment met één van de 4 alternatieven van deskundige begeleiding mogelijk te maken, ook financieel, zonder dat daarmee enige definitieve keuze ten aanzien van de vorm van de deskundige begeleiding en de wijze van financiering daarvan wordt gedaan. Ook hieromtrent ware de goedkeuring van de AV te vragen.

11e.: De werkgroep adviseert het hoofdbestuur de secretaris-generaal uit te nodigen voorstellen te doen ten aanzien van de organisatorische en personele consequenties van een deskundige begeleiding van de bestaande regio's, die een begeleiding vanuit het KNMG-secretariaat wensen.

Het hoofdbestuur zou met betrekking tot de aanbevelingen 9 en 10 gaarne een uitspraak van de Algemene Vergadering willen vernemen in die zin dat ermee akkoord wordt gegaan vooralsnog geen beslissing te nemen ten aanzien van de meest gewenste vorm van deskundige begeleiding van de regio's. Voorts dat ermee wordt ingestemd dat ter voorbereiding van een standpuntbepaling terzake een tweetal experimenten wordt uitgevoerd, waarvan één te Rotterdam met een geheel gedecentraliseerde vorm van begeleiding en één te Eindhoven met een volledig gecentraliseerde wijze van begeleiding.

Twee experimenten

Vanaf het moment dat de agglomeratie Eindhoven door de staatssecretaris van Volksgezondheid als proefregio werd aangewezen heeft regelmatig contact plaatsgevonden tussen het afdelingsbestuur en de zogenaamde regionalisatiecommissie van de gezamenlijke plaatselijke artsengroeperingen enerzijds en het secretariaat van de KNMG te Utrecht anderzijds. Geleidelijk is behoefte gegroeid aan een meer gestructureerde begeleiding vanuit de Domus Medica. Nog voor de AV van 17 maart aanstaande zal overleg plaatsvinden om tot duidelijke afspraken terzake te komen. Tevens zullen in dit overleg de financiële consequenties besproken worden, opdat op of tijdig vóór de AV de afgevaardigden hieromtrent kunnen worden ingelicht.

Te Rotterdam bestaat reeds jaren de stichting artsencentrum dat een pand in eigendom heeft waar enkele professionele krachten in werkzaam zijn. Deze krachten staan in dienst van verschillende organisaties, waarbij de Vereniging van Rotterdamse Medische Specialisten (VRMS) de belangrijkste werkgever is. Er bestaan plannen tot een districts c.q. regionaal bureau te komen waarin de aanwezige beroepskrachten (waaronder 1 jurist) worden opgenomen en waaraan 1 kracht van academisch niveau wordt toegevoegd.

Ook met de afdeling Rotterdam zal op korte termijn overleg plaatsvinden teneinde inzicht in de financiële consequenties van een dergelijk regionaal bureau te verkrijgen. Deze gegevens zullen tegelijkertijd met die van Eindhoven ter kennis van de afgevaardigden worden gebracht.

Besluit

Het hoofdbestuur stelt aan de AV voor het hoofdbestuur te machtigen teneinde tot een besluit te kunnen komen met betrekking tot de meest gewenste vorm c.q. vormen van deskundige begeleiding van KNMG-vertegenwoordigers in regionale organen een tweetal experimenten als hiervoor in het kort beschreven voor te bereiden en eerst tot uitvoering te besluiten indien dit in personele en financiële zin realiseerbaar is.

Utrecht, 6 februari 1978

Het hoofdbestuur.

Punt VIII van de Beschrijvingsbrief voor de Algemene Vergadering van 17 maart 1978

Richtlijnen voor waarneming door artsen

I. Enkele algemene bepalingen

De aanvaardbaarheid van een waarnemingssituatie wordt bepaald door verschillende factoren zoals de geografische situatie, de verkeerssituatie, het consumptiepatroon, de capaciteit van de waarnemende arts e.d.

In het algemeen wordt een waarnemingsrayon adequaat in grootte geacht indien de waarnemer vanuit het pand waar de waarneming plaatsvindt binnen vijftien minuten ter plaatse kan zijn waar zijn aanwezigheid nodig is.

II. Het aantrekken van een waarnemer

De arts die voor zich laat waarnemen is er verantwoordelijk voor dat hij – voorzover dat in redelijkheid mogelijk is – een waarnemer aantrekt (dan wel dat voor hem een waarnemer wordt aangetrokken) die ingeschreven staat in het register van de KNMG van de betreffende categorie van erkende artsen.

Wanneer degene die waarneemt niet is ingeschreven is één van de registers, dient op enigerlei wijze te worden voorzien in voldoende bijstand en/of supervisie door een arts die wel in het betreffende register staat ingeschreven. De arts uit een groep die een waarnemer van buiten aantrekt, dient daarover de groep in te lichten, aangezien bij het aantrekken van een dergelijke waarnemer, de artsen in de groep er medeverantwoordelijk voor zijn dat de waarnemer behoorlijk op de hoogte wordt gebracht van de lokale situatie, in het bijzonder op het gebied van de medische zorg.

III. De overdracht aan het begin van de waarneming

Enkele praktische regels

Degene voor wie wordt waargenomen heeft de plicht de praktijk alvorens de waarneming aanvangt, op toereikende wijze over te dragen. De waarnemende arts dient op de hoogte te worden gebracht van de lokale situatie in het algemeen en van de medische situatie in het bijzonder. Dit

geldt met name voor het melding maken van mogelijk te verwachten complicaties.

De arts die waarneemt en de arts voor wie wordt waargenomen zijn beiden verantwoordelijk voor de regeling van de waarneming en dienen van deze regeling volledig op de hoogte te zijn.

De waarnemer moet de beschikking hebben over een voor de waarneming geschikte ruimte voor onderzoek en/of behandeling.

De aankondiging van de waarneming dient als regel te geschieden aan het huis van degene voor wie wordt waargenomen benevens aan het pand van waaruit de waarneming geschiedt (praktijkhuis, gezondheidscentrum, ziekenhuis, e.d.). Tevens dient voor informatie via de telefoon te worden zorggedragen, al dan niet via een antwoordapparaat en – zoveel mogelijk – in de lokale pers.

IV Enkele belangrijke regels voor de waarnemende arts

De arts die waarneemt is zelf verantwoordelijk voor zijn medisch handelen gedurende de waarnemingsperiode.

Tijdens de waarneming dient de waarnemer continu bereikbaar te zijn hetzij thuis, hetzij in het pand waar de waarneming plaatsvindt, hetzij elders via semafoon, portofoon of mobilfoon.

De beslissing over het moment van hulpverlening tijdens een waarneming zal steeds mede gezien moeten worden tegen de achtergrond van de verantwoordelijkheid van de arts voor de totale populatie waarvoor wordt waargenomen.

Bij inschakeling in de waarneming van assistentartsen door de waarnemende arts, heeft deze laatste de eindverantwoordelijkheid voor de waarneming. Hij dient dan ook zelf normaal bereikbaar te zijn.

V Na afloop van de waarneming

De waarnemer heeft de plicht na afloop van de waarneming – of waar nodig en mogelijk tussentijds – zo volledig mogelijk verslag uit te brengen. Daaronder vallen in ieder geval: sterfgevallen, opnemingen, zieken waarvan de behandeling vervolgd moet worden en de uit administratief oogpunt noodzakelijke informatie.

VI Het reglement

Het verdient aanbeveling dat voor elke waarnemingsgroep een reglement wordt opgesteld op basis van de inhoud van deze richtlijnen.

In het reglement dient omschreven te worden:

- a) de samenstelling van de groep;
- b) de begrenzing van het waarnemingsrayon;
- c) de duur van de waarneming en de tijdstippen waarop wordt waargenomen;
- d) de wijze van vaststelling van het waarnemingsrooster, indien noodzakelijk;
- e) de wijze van aankondiging van de waarneming;
- f) de in redelijkheid noodzakelijke en mogelijke reservevoorzieningen bij meervoudige spoedeisende situaties;
- g) de wijze van bereikbaarheid van de waarnemer gedurende de waarneming;

h) de wijze van informatieuitwisseling voor en na de waarneming;

i) de te treffen maatregelen in een groep voor het geval een waarnemer van buiten de groep wordt aangetrokken;

j) waar nodig de financiële regelingen (op basis van KNMG-richtlijnen);

k) bijzondere regelingen indien noodzakelijk of gewenst (bijvoorbeeld ten aanzien van waarneming in hotels, pensions of op kampeerplaatsen, de verloskundige hulp enz.);

l) de wijze waarop het reglement moet en zal worden bijgesteld indien de omstandigheden dit noodzakelijk maken.

VII Enkele belangrijke andere bepalingen

Nieuw gevestigde artsen hebben in het algemeen het recht om in de waarnemingsregeling van hun praktijkrayon te worden opgenomen op basis van het waarnemingsreglement.

Een waarnemer die ten tijde van zijn waarneming niet prakticeert binnen het rayon waarin de arts(en) voor wie wordt waargenomen hun praktijk uitoefent resp. uitoefenen, verliest gedurende twee jaar het recht zich te vestigen in het praktijkgebied van de arts(en) voor wie wordt waargenomen, tenzij tevoren uitdrukkelijk schriftelijk anders is overeengekomen.

Nota van toelichting

Algemene inleiding en uitgangspunten

Mede naar aanleiding van een uitspraak van een Medisch Tuchtcollege werd in de loop van 1976 door de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid contact opgenomen met de KNMG met het verzoek om van gedachten te wisselen over de mogelijkheden om te komen tot een zekere normering ten aanzien van het waarnemen door artsen. Dit teneinde een duidelijker kader te scheppen voor deze waarnemingen.

Daarbij werd er van uitgegaan, dat de verantwoordelijkheid voor het scheppen van dit kader in de eerste plaats gelegen is bij de beroepsbeoefenaren zelf. Voorts werd tot uiting gebracht dat dit kader niet méér kan zijn dan een vorm van richtlijnen. Immers wat in de ene situatie (bijvoorbeeld ten plattelande) zeer wel acceptabel te noemen is, kan in een andere situatie (bijvoorbeeld in een grote stad) beslist niet acceptabel zijn. Als zodanig moet het onjuist en onmogelijk geacht worden om meer gedetailleerde normen op te stellen dan nu is geschied.

Verwacht mag worden dat van richtlijnen, gegeven als een algemeen kader, inderdaad een zekere normering zal uitgaan die in de tuchtrechtspraak zal worden gehanteerd. De ervaring leert dat klachten inzake optreden van artsen tijdens waarneming ingediend bij tuchtrechtelijke instanties, als regel hun oorzaak vinden in het persoonlijk optreden en handelen van deze artsen zelf. Het gaat dan om een onzorgvuldige uitvoering van een waarnemingsregeling die op zichzelf niet onjuist behoeft te zijn.

Uit eerder gedane onderzoeken was het overigens bekend dat landelijk op uitgebreide schaal maatregelen zijn genomen teneinde de bereikbaarheid van artsen tijdens

waarnemingsregelingen optimaal te doen zijn. Toch kan worden verwacht dat van goed gestructureerde waarnemingsregelingen een positieve invloed uit zal gaan op het persoonlijk optreden van de arts die waarneemt. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat iedere arts in het algemeen de plicht heeft om, wanneer zijn hulp wordt gevraagd in een geval dat zich aan de betrokkene of zijn omgeving als ernstig voordoet, die hulp zo snel als redelijkerwijs mogelijk is te geven, met inachtneming van het hierna volgende.

Met nadruk moet immers gesteld worden dat voornoemd uitgangspunt aan allerlei relativeringen onderhevig kan zijn. Dit kan bijvoorbeeld met name gelden indien een patiënt nog zeer recent door een arts is gezien. Van belang is ook dat in aanmerking moet worden genomen dat uitstel van directe behandeling tijdens een waarneming als adequaat handelen kan worden aangemerkt, wanneer dit past in het kader van een goede praktijkvoering tijdens de waarneming. Immers naast de verantwoordelijkheid van de acute hulpverlening heeft een waarnemer tevens de verantwoordelijkheid voor de waarnemingspraktijk als geheel. Uitspraken van het Centraal Medisch Tuchtcollege bevestigen dit standpunt.

De richtlijnen gaan er voorts van uit dat de mens in eerste instantie zelf verantwoordelijk is voor zijn gezondheid. Indien er omstandigheden ontstaan dat de patiënt c.q. cliënt deze verantwoordelijkheid moet overdragen aan of delen met een arts, mag er van worden uitgegaan dat beide partijen vanuit hun eigen verantwoordelijkheid elkaar over en weer in de gelegenheid stellen zoveel mogelijk informatie die relevant is voor de hulpverlening, te geven en te ontvangen.

Tenslotte brengt de verantwoordelijkheid van iedere burger met zich mede dat hij waarnemende artsen zoveel als in zijn vermogen ligt, de gelegenheid geeft om daar te zijn waar zijn aanwezigheid tijdens de waarneming het meest is gewenst. Dit houdt in, dat niet meer dan strikt nodig geacht wordt door de bevolking een beroep gedaan wordt op de hulpverlening van waarnemende artsen.

Richtlijnsgewijze toelichting

ad I. Als richtsnoer voor de bereikbaarheid is hier *de tijdsfactor* gebruikt aangezien dit het meest wezenlijke element is. In dit verband kan worden opgemerkt, dat op grond van de ervaring kan worden gesteld dat voor de waarneming door een huisarts voor een populatie van meer dan 20.000 zielen, bijzondere maatregelen dienen te worden overwogen.

ad II. Het ingeschreven staan in het genoemde register moet geacht worden een in redelijkheid voldoende criterium te zijn voor de bekwaamheid van de waarnemer.

ad III. Voor de continuïteit van de behandeling is uitwisseling van de voor deze behandeling noodzakelijke informatie een belangrijk vereiste. Het verstrekken van informatie met betrekking tot de waarneming dient zoveel mogelijk dáár te geschieden waar de praktijk normalerwijze plaatsvindt. Doorverwijzen via meerdere schakels moet in de regel als onjuist worden gezien.

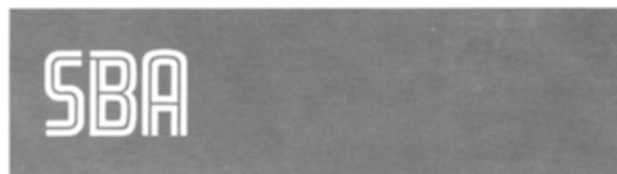
ad IV. Deze richtlijn wordt ondersteund door een vonnis van de Rechtbank Roermond d.d. 23 april 1970 waarbij

onder waarneming wordt verstaan een onbetoend contract, waarbij de waarnemer gerechtigd is te handelen volgens eigen inzichten en door zijn gekwalificeerd zijn voor het werk dat hij verricht, alleen zelf aansprakelijk is voor de gevolgen van zijn handelingen. De continuïteit van bereikbaarheid blijkt in de praktijk een essentieel punt van de waarneming te zijn. Inschakeling daarbij van telecommunicatiemiddelen moet als een normaal element worden beschouwd. In deze richtlijn wordt voorts nog eens onderstreept dat de waarnemende arts een verantwoordelijkheid heeft voor de totale populatie waarvoor wordt waargenomen, tegen de achtergrond waarvan hij steeds zijn prioriteitenbepaling zal moeten bezien.

ad VI. Hoewel de uitvoering van de waarneming voor de verantwoordelijkheid van de betrokken artsen is, moet worden aangenomen dat het scheppen van een kader voor de waarneming door middel van een reglement voor waarneming, het noodzakelijk maakt dat dit kader op gezette tijden bespreekbaar moet worden gemaakt waardoor men zich bewust blijft van zijn verantwoordelijkheid. Een en ander voorzover de waarnemingsrichtlijnen niet reeds in een andere overeenkomst (bijvoorbeeld associatie-overeenkomst) zijn neergelegd.

ad VII. Hoewel hier in feite sprake is van enkele specifieke gedragsregels en niet van richtlijnen, lijkt het ten behoeve van het functioneren van waarnemingsregelingen in de praktijk en voor de inhoud van waarnemingsreglementen, zinvol om een en ander hier expliciet te vermelden.

Utrecht, januari 1978



Dr. A. Batenburg benoemd tot lid Financieel Economische Raad

De heer Dr. A. Batenburg, voorzitter van de Raad van Bestuur van de Algemene Bank Nederland N.V. heeft zich op verzoek van de besturen van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen en de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten bereid verklaard met ingang van 1 januari 1978 tot de Financieel Economische Raad toe te treden.

Overeenkomstig artikel 12 van de statuten der pensioenfonds hebben de besturen de heer Batenburg met ingang van 1 januari 1978 benoemd tot lid van de Financieel Economische Raad.



van het centraal bestuur

Salarisrichtlijnen per 1 januari 1978

Deze richtlijnen voor het vaststellen van salarissen van artsen in dienstverband, opgesteld door de Salaris- en Pensioencommissie, zijn door het Centraal Bestuur der LAD goedgekeurd in de vergadering dd. 20 januari 1978.

Namens het Centraal Bestuur der LAD

Z. S. Stadt, voorzitter

Dr. E. van Leer, secretaris/penningmeester.

1. Inleiding

De Salaris- en Pensioencommissie heeft in deze nieuwe richtlijnen op diverse punten verfijning aangebracht in de uitwerking van het tot nu toe gehanteerde systeem. De belangrijkste bijstellingen ten opzichte van de richtlijnen voor 1977 zijn:

- vermelding van maandsalarissen in plaats van jaarsalarissen;
- vermelding onder punt 8 van de corresponderende schaalnummers uit het NZR-salarissysteem;
- een overzichtelijker advies van het uursalaris;
- nadere omschrijving van begrippen als klein en groot ziekenhuis, klein en groot verpleeghuis enz.

Gehandhaafd is de salarisindeling in vier categorieën met een globale indicatie van de functies per categorie. Ook de tot nu toe gehanteerde aanpassingsmethodiek, waarbij de ontwikkeling der arbeidsvoorwaarden bij de Rijksoverheid zoveel mogelijk gevolgd wordt, blijft ongewijzigd. Zo werd over 1977 de eenmalige aftopping – zij het met tegenzin – overgenomen. Hiervoor wordt verwezen naar de publikatie in Medisch Contact nr 44/1977, blz. 1396.

Verder wordt vermeld dat de in hoofdstuk 2 genoemde salarisbedragen steeds exclusief de specialistentoelage, AOW/AWW-compensatie en vakantietoeslag zijn.

1.1. Overzicht van onderwerpen

1. Inleiding

1.1. Overzicht van onderwerpen

2. Salarisrichtlijnen

2.1. Categorie I

2.1.1. Assistent geneeskundigen

2.1.2. Reserve officieren-arts

2.2. Categorie II

2.2.1. Huisartsen in dienstverband

2.2.2. Specialisten in dienstverband in de functie van chef de clinique

2.3. Categorie III

2.3.1. Begripsomschrijvingen

2.3.2. Specialisten in dienstverband

2.4. Categorie IV

3. Periodieken

4. Toelagen

4.1. Toelagen medisch specialisten

4.2. Toelagen sociaal geneeskundigen

4.3. Toelagen huisartsen

5. Overige arbeidsvoorwaarden

5.1. Pensioenvoorziening

5.1.1. Pensioenvoorziening bij het ABP

5.1.2. Pensioenvoorziening bij het PGGM

5.1.3. Pensioenvoorziening niet bij het ABP en PGGM

5.1.4. Geen pensioenvoorziening

5.1.5. Eigen bijdrage in de pensioenpremie

5.2. Compensatie AOW/AWW-premie

5.3. Vergoeding voor wachtdiensten

5.3.1. De arts wiens arbeidsvoorwaarden geregeld worden in de CAO voor het Ziekenhuiswezen

5.3.2. De arts wiens arbeidsvoorwaarden niet geregeld worden in de CAO voor het Ziekenhuiswezen

5.4. Kostenvergoedingen

5.5. Vakantietoeslag en vakantiedagen

6. Uurtarief

7. Rechtspositie

7.1. De arts-ambtenaar in overheidsdienst

7.2. De arts in dienst van een U2 of B3-instelling

7.3. De arts arbeidscontractant

7.4. De arts wiens arbeidsvoorwaarden geregeld zijn volgens de CAO voor het Ziekenhuiswezen

8. Vergelijking NZR- en LAD-schalen

2. Salarisrichtlijnen voor artsen in dienstverband

De salarisindeling in vier categorieën, blijft gehandhaafd, evenals een globale indicatie voor de functies; derhalve zijn niet alle functies met name genoemd. De hier vermelde maandsalarissen zijn steeds exclusief de AOW/AWW-compensatie, de vakantietoeslag en de eventuele specialistentoelage.

Categorie I

Aanvangssalaris	f 3.335,81
Tweede jaar	f 3.740,32
Derde jaar	f 4.144,94
Vierde jaar	f 4.549,51
Vijfde jaar	f 4.954,08
Zesde jaar	f 5.358,65
Zevende jaar	f 5.763,42

Assistent geneeskundige in algemene dienst

Arts tijdelijk in dienst in huisartsenpraktijk

Assistent geneeskundige in opleiding tot specialist, resp. tot sociaal geneeskundige

Militair arts tot en met de rang van kapitein
Wetenschappelijk medewerker, resp. wetenschappelijk ambtenaar
(De assistent geneeskundige in opleiding bereikt niet het maximum salaris)

Min of meer vergelijkbare schalen van het BBRA: schaal 114 tot en met 148.

Categorie II

Aanvangssalaris f 5.763,42
Tweede jaar f 5.980,04
Derde jaar f 6.196,67
Vierde jaar f 6.413,30
Vijfde jaar f 6.629,93
Zesde jaar f 6.846,56
Zevende jaar f 7.063,18

Arts in algemene dienst bij gemeente

Bedrijfsarts

Huisarts in dienstverband

Militair arts tot en met de rang van luitenant-kolonel

Schoolarts

Specialist in dienstverband in de functie van chef de clinique in een niet-academisch ziekenhuis

Verpleeghuisarts

Verzekeringsgeneeskundige GAK en GMD

Wetenschappelijke hoofdmedewerker

Min of meer vergelijkbare schalen van het BBRA: schaal 149, 149A, 150 en 151.

Categorie III

Aanvangssalaris f 7.063,18
Tweede jaar f 7.370,90
Derde jaar f 7.678,82
Vierde jaar f 7.986,64
Vijfde jaar f 8.294,45
Zesde jaar f 8.602,26
Zevende jaar f 8.910,15

Adviserend geneeskundige van ziekenfonds

Adviserend geneeskundige GAK en GMD

Directeur kleine psychiatrische inrichting

Directeur verpleeghuis

Directeur klein ziekenhuis

Directeur GG en GD

Directeur provinciale raad voor de volksgezondheid

Hoofd van een bedrijfsgeneeskundige dienst

Hoofd van dienst of afdeling bij GG en GD

Inspecteur volksgezondheid

Medisch adviseur van bedrijfsvereniging

Medisch specialist in dienstverband

Min of meer vergelijkbare schalen van het BBRA: schaal 151, 152 en 153.

Categorie IV

Aanvangssalaris f 8.910,15
Tweede jaar f 9.206,59
Derde jaar f 9.503,03
Vierde jaar f 9.799,46

Vijfde jaar f 10.095,90
Zesde jaar f 10.392,34
Zevende jaar f 10.688,78

Directeur grote GG en GD

Directeur psychiatrische inrichting

Directeur ziekenhuis

Hoogleraar

Hoofd grote bedrijfsgeneeskundige dienst

Hoofdinspecteur volksgezondheid

Medisch adviseur van medische dienst

Min of meer vergelijkbare schalen van het BBRA: 153 en 154.

Nadere adviezen behorend bij de salarisrichtlijnen

2.1. Categorie I

2.1.1. Assistent geneeskundigen

De commissie is van mening dat de grotere verantwoordelijkheid o.a. door het optreden als consulent en het geven van onderwijs in de laatste jaren van de opleiding van de assistent geneeskundige in opleiding tot specialist extra dient te worden gehonoreerd en wel door het salaris in het 4e jaar bij een 4 jaar durende opleiding te vermeerderen met 1 × de specialistentoelage (thans f 314,14 per maand). Bij een opleiding van 5 jaar wordt 1 × de toelage in het 5e jaar toegekend. Bij opleidingen van 6 jaar wordt 1 × de toelage in het 5e jaar toegekend en 2 × de toelage in het 6e jaar boven de genoemde salarissen. De opstelling wordt dan als volgt:

	opleiding 4 jaar	opleiding 5 jaar	opleiding 6 jaar
aanvang	f 3.335,80		
2e jaar	f 3.470,80		
3e jaar	f 3.621,24		
4e jaar	f 3.799,29 + f 314,14		
5e jaar	f 3.977,—	+ f 314,14 + f 314,14	
6e jaar	f 4.154,89	+ f 628,28	
7e jaar	f 4.330,49		
8e jaar	f 4.510,74		
9e jaar	f 4.688,63		

Bij het vaststellen van salarissen worden jaren in erkende opleidingen, dus ook bij verschillende erkende opleiders en/of voor opleiding in erkende ziekenhuizen doorgebracht, steeds ten volle voor de periodieke verhogingen meegeteld. Bij diverse opleidingen doen de assistenten in het kader van de opleiding één of meer jaren extra ervaring elders op. Deze jaren dienen bij de berekening van de periodieken meegeteld te worden.

Voor jaren niet in het kader van de opleiding elders doorgebracht, adviseert de commissie het systeem onder punt 3 te volgen.

2.1.2. Reserve officieren-arts

De maandwedde eerste luitenant-arts (dienstplichtig) bedraagt f 1792,— (1 januari 1978). Het maximum van de kostwinnersvergoeding varieert naar gelang de gezinssamenstelling van bijvoorbeeld circa f 600,— (gezin zonder kinderen) tot f 985,— (gezin met 3 kinderen). De kostwinnersvergoeding wordt per gemeente vastgesteld, waarbij

tevens rekening wordt gehouden met de omstandigheden van betrokkenen (bijvoorbeeld inkomen echtgenote). In de praktijk houdt dit in dat de maximum bedragen veelal niet worden uitgekeerd. De kostwinnersvergoeding komt aan de echtgenote toe.

2.2. *Categorie II*

Artsen, die in hun werk in de eerste jaren na hun artsexamen werkzaam zijn behoeven niet direct gehonoreerd te worden volgens categorie II. Er wordt vanuit gegaan dat zij gedurende 3 jaren na hun artsexamen kunnen worden gehonoreerd volgens categorie I.

De salariering van deze artsen geschiedt dan als volgt:
eerste jaar: aanvangssalaris categorie I: f 3.335,81
tweede jaar: derdejaarssalaris categorie I: f 4.144,94
derde jaar: vijfdejaarssalaris categorie I: f 4.954,08
vierde jaar: aanvangssalaris categorie II: f 5.763,41
vijfde jaar: tweedejaarssalaris categorie II: f 5.980,04
zesde jaar: derdejaarssalaris categorie II: f 6.196,67
enz. enz.

2.2.1. *Huisartsen in dienstverband*

In het interimrapport van de commissie huisartsen in dienstverband (MC 25/75) wordt geadviseerd dat een adequate salariering in beginsel tot stand komt overeenkomstig categorie II, vermeerderd met éénmaal de toelage voor deskundigheid in de huisartsgeneeskunde (f 314,14 per maand). Dit salarisadvies wordt gegeven op basis van de voorwaarden als vervat in de model-arbeidsovereenkomst der LAD voor huisartsen in dienstverband (zie interimrapport, dat als overdruk bij het bureau der LAD verkrijgbaar is).

2.2.2. *Specialist in dienstverband in de functie van chef de clinique*

De functie van chef de clinique in een algemeen of categoriaal ziekenhuis betreft een overgangsfunctie van beperkte duur voor een arts, die zeer onlangs zijn specialisatie heeft voltooid. De commissie adviseert salariering volgens categorie II, laatste periodiek, vermeerderd met de specialistentoeelage.

In een Academisch Ziekenhuis heeft de chef de clinique een andere functie en zal dienovereenkomstig gehonoreerd moeten worden. Geadviseerd wordt honorering volgens categorie III.

2.3. *Categorie III*

2.3.1. *Begripsomschrijvingen*

Bij de onder categorie III vermelde functies worden de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- een kleine psychiatrische inrichting is een instelling met minder dan 350 bedden;
- een klein ziekenhuis is een instelling met minder dan 250 bedden;
- een hoofd van een bedrijfsgeneeskundige dienst heeft tenminste één bedrijfsarts onder zich;
- een directeur van een verpleeghuis heeft tenminste één verpleeghuisarts onder zich.

2.3.2. *Specialisten in dienstverband*

Een adequate salariering van de specialist in dienstverband komt in beginsel tot stand overeenkomstig categorie III, vermeerderd met de specialistentoeelage. Voor verdere bijzonderheden over het dienstverband voor specialisten wordt verwezen naar het rapport van de commissie specialisten in dienstverband (MC 45/76). Dit rapport is als overdruk bij het bureau der LAD verkrijgbaar. Zie ook het gestelde onder punt 2.4.

2.4. *Categorie IV*

Het afgelopen jaar werd de Salaris- en Pensioencommissie diverse malen advies gevraagd in hoeverre bijzondere omstandigheden inschaling van een specialist in dienstverband in categorie IV rechtvaardigen. Naar aanleiding hiervan is als beleidslijn gekozen voor het uitgangspunt dat bij een redelijke werkbelasting – zie in dit verband het rapport van de LAD/LSV commissie specialisten in dienstverband (MC 45/76) – vrijwel steeds inschaling in categorie III wordt geadviseerd. Bij extreme werkbelasting dient men ernaar te streven de werktijd tot aanvaardbare proporties terug te brengen. Is dit om welke reden dan ook niet mogelijk dan is er sprake van permanente extreme werkbelasting en wordt inschaling volgens categorie IV geadviseerd.

Daarnaast kunnen zich bijzondere omstandigheden voordoen, die inschaling in categorie IV rechtvaardigen. Een opsomming van hetgeen deze bijzonderheden kunnen inhouden is ondoenlijk; een en ander zal steeds afhankelijk zijn van de positie, waarin de individuele specialist verkeert.

3. *Periodieken*

Voor reeds opgedane ervaring in een zelfde soort functie geldt de regel dat één jaar ervaring met één periodiek extra wordt gehonoreerd. Voor ervaring opgedaan in een niet gelijksoortige functie kan men één periodiek extra verkrijgen voor iedere twee jaar ervaring.

4. *Toelagen voor artsen ingeschreven in een der registers van de KNMG*

4.1. *Medisch specialisten*

Indien voor de uitoefening van een bepaalde functie inschrijving in het specialistenregister van de Specialisten Registratie Commissie van de KNMG vereist is, wordt een toelage van $n \times f 314,14$ per maand geadviseerd, waarbij n het aantal jaren weergeeft, dat is vastgesteld voor de officiële duur van de opleiding.

4.2. *Sociaal geneeskundigen*

Als toelage voor de deskundigheid voor ingeschrevenen in het register van erkend sociaal geneeskundigen van de Sociale Geneeskundige Registratie Commissie van de KNMG wordt een toelage van $2 \times f 314,14$ per maand geadviseerd.

4.3. *Huisartsen in dienstverband*

Voor huisartsen in dienstverband, die ingeschreven staan in het register van erkende huisartsen van de Huisartsen Registratie Commissie van de KNMG wordt een toelage van $1 \times f 314,14$ per maand geadviseerd.

5. Overige arbeidsvoorwaarden

5.1. Pensioenvoorziening

Bij de overgang van vrije vestiging naar dienstverband dient de pensioenpositie steeds individueel te worden beoordeeld.

5.1.1. Pensioenvoorziening bij het ABP

De arts in overheidsdienst en de daarmee gelijkgestelde arts, werkzaam in een zogenaamd U2 of B3-instelling (zie verklaring onder punt 7.2. van deze richtlijnen) heeft naast een goed geregelde rechtspositie goede voorzieningen voor ouderdoms-, weduwen- en wezen- en invaliditeitspensioen.

5.1.2. Pensioenvoorzieningen bij het PGGM

De arts werkzaam in een particuliere inrichting, die de pensioenvoorzieningen van het personeel heeft ondergebracht bij het Pensioenfonds voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke belangen (PGGM) – dit zijn onder meer de instellingen waar de CAO voor het Ziekenhuiswezen van kracht is – heeft een pensioenvoorziening, die ongeveer gelijkwaardig is aan die van het overheidspensioenfonds (ABP).

Tot 1 januari 1978 waren assistent geneeskundigen in opleiding tot specialist vrijgesteld van de verplichte deelname aan de PGGM-regeling. Sinds deze datum is deze vrijstelling – tot ongenoegen van de LAD – opgeheven. Opgemerkt wordt dat op het moment van publikatie van deze richtlijnen nog wordt getracht het PGGM te bewegen deze opheffing van de vrijstelling alsnog in te trekken.

Artsen, die niet in dienst van het ziekenhuis of de inrichting zijn (bijvoorbeeld zij, die in dienst van een specialist zijn) vallen buiten de PGGM-regeling.

5.1.3. Pensioenvoorzieningen niet bij het ABP of PGGM

Indien de pensioenvoorziening niet is ondergebracht bij het ABP of het PGGM wordt een verhoogde salarismnorm geadviseerd. Bij de beoordeling of een pensioenvoorziening adequaat is, dient als referentiekader de regeling van het ABP te worden gehanteerd.

5.1.4. Geen pensioenvoorziening

Indien geen pensioenvoorziening wordt of kan worden getroffen, wordt met nadruk geadviseerd dat een risicodeling tegen overlijden en invaliditeit wordt afgesloten; daarbij is een premielastverdeling van 2/3 voor de werkgever en 1/3 voor de werknemer aanvaardbaar.

5.1.5. Eigen bijdrage in de pensioenpremie

Voor het overheidspersoneel bedraagt de eigen bijdrage in de pensioenpremie 11.7% van de pensioengrondslag nadat deze is verminderd met het premievrije bedrag (franchise f 16.080,— per jaar).

Eenzelfde percentage (11.7%) geldt ook voor degenen die zijn aangesloten bij het PGGM (franchise f 18.798,— per jaar).

In de in de categorieën genoemde salarisbedragen is het werknemersaandeel in de pensioenpremie inbegrepen.

5.2. Compensatie AOW/AWW-premie

In overheidsfuncties wordt de AOW/AWW-premie door de overheid gecompenseerd. In de niet-overheidssector dient de eventuele compensatie van de AOW/AWW-premie afzonderlijk in de arbeidsovereenkomst te worden gere-

geld. Deze compensatie bedraagt maximaal f 5.010,— per jaar.

5.3. Vergoeding voor wacht diensten

Niet onder alle omstandigheden behoeven wacht diensten afzonderlijk te worden gehonoreerd. De salarisrichtlijnen zijn zodanig opgesteld dat in de hoogte van de salarisbedragen rekening is gehouden met vergoeding voor disutiliteiten.

Voor bepaalde wacht diensten, die bij toerbeurt en volgens rooster worden verricht, wordt geadviseerd in de arbeidsovereenkomst een passende regeling te treffen. De compensatie voor wacht diensten dient in eerste instantie in extra vrije tijd en bij uitzondering in de vorm van een financiële vergoeding te geschieden.

5.3.1. De arts, wiens arbeidsvoorwaarden geregeld worden in de CAO voor het Ziekenhuiswezen

Voor artsen die onder de werkingssfeer van de CAO vallen wordt verwezen naar de Uitvoeringsregeling Bereikbaarheids- en Aanwezigheidsdienst van de CAO.

5.3.2. De arts, wiens arbeidsvoorwaarden niet geregeld worden in de CAO voor het Ziekenhuiswezen

Voor artsen die niet onder de CAO voor het Ziekenhuiswezen vallen wordt de volgende regeling geadviseerd:

Voor wacht diensten welke bij toerbeurt en volgens rooster worden vervuld: een beschikbaarheidstoelage voor elke werkdag van f 34,— voor maandag t/m vrijdag van 18.00 uur – 08.00 uur (de volgende morgen). Voor zaterdag en voor zondag elk f 49,— aanvang 08.00 uur zaterdag t/m maandag 08.00 uur.

Bij effectief optreden wordt per uur 1/2000 van het bruto jaarsalaris vergoed te vermeerderen met:

- de eerste twee uren buiten de normale werktijd 25%
- daarna 50%
- voor verrichtingen op zon- en feestdagen 100%

Wanneer incidenteel een arts van de dienst of inrichting éénmalig invalt in een wacht dienstregeling, waaraan hij normaal niet deelneemt, wordt geen geldelijke vergoeding gegeven.

5.4. Kostenvergoedingen

De arts vallende onder de CAO wordt verwezen naar de desbetreffende uitvoeringsregelingen in de CAO.

De arts in overheidsdienst en de arts werkzaam bij een U2 of B3 instelling wordt verwezen naar het voor hem geldende rechtspositiereglement.

Geadviseerd wordt dat steeds voor de arts een verzekering tegen beroepsaansprakelijkheid wordt afgesloten voor rekening van de werkgever.

Ten aanzien van de niet hierboven genoemde artsen dienen de kostenvergoedingen geregeld te zijn in de arbeidsovereenkomst. Nadere inlichtingen hieromtrent worden door het bureau der LAD verstrekt. Geadviseerd wordt niet in dienst te treden alvorens er een bevredigende regeling voor de kostenvergoedingen is getroffen.

5.5. Vakantietoelage en vakantiedagen

In alle geadviseerde salarisbedragen is niet opgenomen de 8% vakantietoelage, die in de pensioengrondslag dient te worden opgenomen.

Voor artsen in overheidsdienst en voor artsen, werkzaam bij een U2 of B3 instelling wordt verwezen naar de

vakantieregeling in de desbetreffende rechtspositieregeling.

De CAO voor het Ziekenhuiswezen geeft artsen gehonoreerd volgens de LAD-salarisrichtlijnen recht op 24 vakantiedagen per jaar, aangevuld met zogenaamde vergrijzingsdagen. Vergrijzingsdagen zijn extra vakantiedagen, die worden toegekend aan oudere werknemers.

Geadviseerd wordt voor artsen, niet in overheidsdienst en niet vallend onder de werkingssfeer van de CAO, de CAO-regeling zoveel mogelijk te volgen.

6. Uurtarief

Ten behoeve van artsen, die op uurtarief werken (overeenkomst tot het verrichten van enkele diensten) wordt het volgende uurtarief geadviseerd:

- voor artsen, die voldoen aan de criteria voor inschakeling in de categorie I: f 52,— per uur;
- voor artsen, die voldoen aan de criteria voor inschakeling in de categorie II: f 63,— per uur;
- voor artsen, die voldoen aan de criteria voor inschakeling in de categorieën III en IV: f 92,— per uur.

Van de genoemde uurbedragen wordt de arts geacht zelf voorzieningen te treffen waartegen hij/zij als arts in dienstverband verplicht verzekerd zou zijn krachtens de sociale verzekeringswetten en de (verplichte) deelname aan een pensioenregeling.

Opgemerkt wordt dat het Koninklijk Besluit van 14 december 1973, Stb. 627 bovengenoemde arbeidsverhoudingen op basis van uurhonorarium als dienstbetrekking in de zin van werkloosheidswet, ziekwet en wet arbeidsongeschiktheidsverzekering beschouwt indien het bruto-inkomen tenminste 2/5 bedraagt van het bedrag genoemd in de wet minimumloon en minimumvakantiebijslag (per 1 januari 1978 f 1.673,10 per maand voor een werknemer van 23 jaar en ouder) en indien er op tenminste 2 dagen per week arbeid wordt verricht. Artsen, die onder de werking van genoemd KB vallen zijn verplicht verzekerd volgens deze drie sociale verzekeringswetten.

Het verrichten van arbeid op uurtarief wordt slechts geadviseerd bij incidentele werkzaamheden. Bij meer dan 12 te werken uren per week verdient het sluiten van een arbeidsovereenkomst sterk de voorkeur; dit in verband met de bij een arbeidsovereenkomst behorende goede regeling van de rechtspositie.

7. Rechtspositie

Aangeraden wordt om er zorg voor te dragen dat vóór het aanvangstijdstip van het dienstverband een schriftelijke arbeidsovereenkomst aanwezig is. Gemeend wordt dat de assistent geneeskundigen in opleiding tot specialist in dienst van het ziekenhuis behoren te zijn, waardoor een goede rechtspositieregeling wordt gewaarborgd. Het wordt zeer ongewenst geacht dat de assistent geneeskundige in opleiding tot specialist in dienst van de specialist/opleider is.

7.1. De arts-ambtenaar in overheidsdienst

De arts in overheidsdienst met de status van ambtenaar heeft een rechtspositie, die in zoverre verschilt van die van de werknemer-arts (niet ambtenaar) dat de arts in over-

heidsdienst benoemd wordt bij besluit van het daartoe bevoegde overheidslichaam. Zijn status en rechtspositie worden geregeld in de ambtenarenwet en de door de desbetreffende overheidsinstanties vastgestelde rechtspositiereglementen.

7.2. De arts in dienst van een U2 of B3-instelling

Sommige instellingen van zuiver privaatrechtelijke aard (bijvoorbeeld een stichting) hebben de pensioenrechten van hun personeel ondergebracht bij het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds (ABP). Deze zogenaamde U2 of B3-instellingen dienen hun personeel een rechtspositieregeling te geven gelijk of gelijkwaardig aan die van het overheidspersoneel. Onder de artikelen U2 en B3 van de ABP-wet staan deze instellingen in chronologische volgorde vermeld. Deze artsen hebben een rechtspositieregeling gelijk of gelijkwaardig aan die van het overheidspersoneel. Verwezen wordt dan ook naar de regeling in het voor hen geldende rechtspositiereglement.

7.3. De arts arbeidscontractant

Voor artsen, die een civielrechtelijke arbeidsovereenkomst met de overheid sluiten, de zogenaamde arbeidscontractanten, worden de arbeidsvoorwaarden verplicht geregeld in het arbeidsovereenkomstenbesluit (AOB) c.q. de arbeidsovereenkomstenverordening (AOV).

7.4. De arts, wiens arbeidsvoorwaarden geregeld worden in de CAO voor het Ziekenhuiswezen

In privaatrechtelijke instellingen voor intramurale gezondheidszorg, die de pensioenvoorziening voor hun personeel hebben ondergebracht bij het PGGM geldt de CAO voor het ziekenhuiswezen. De artsen in dienstverband werkzaam bij deze instellingen zullen vrijwel al hun arbeidsvoorwaarden, uitgezonderd de salariering, geregeld vinden in deze CAO. Ook de regeling van professionele aangelegenheden is in deze CAO opgenomen. In de voor 1978 en 1979 afgesloten CAO ontbreekt een salarisparagraaf voor artsen. De door de LAD geadviseerde salarisbedragen kunnen hier derhalve gebruikt worden.

8. Vergelijking NZR- en LAD-schalen

Voor de artsen werkzaam in instellingen waar de CAO voor het Ziekenhuiswezen van toepassing is kunnen de salarissen volgens de NZR-richtlijnen overeenkomstig onderstaand schema worden vergeleken met de LAD-categorieën.

Uitgegaan wordt van het NZR-advies inclusief een gedeeltelijke AOW-compensatie en het LAD-advies inclusief de volledige AOW/AWW-compensatie. Opgemerkt wordt dat het hier steeds gaat om een vertaling in min of meer vergelijkbare NZR-schalen.

LAD-categorie I

aanvangssalaris correspondeert met NZR-schaal	36
tweede jaar	41
derde jaar	47
vierde jaar	52
vijfde jaar	58
zesde jaar	63
zevende jaar	68

LAD-categorie II

aanvangssalaris correspondeert met NZR-schaal	68
tweede jaar	70
derde jaar	73
vierde jaar	75
vijfde jaar	77
zesde jaar	79
zevende jaar	81

LAD-categorie III

aanvangssalaris correspondeert met NZR-schaal	81
tweede jaar	84
derde jaar	87
vierde jaar	89
vijfde jaar	92
zesde jaar	94
zevende jaar	97

LAD-categorie IV

aanvangssalaris correspondeert met NZR-schaal	97
tweede jaar	99
derde jaar	102
vierde jaar	104
vijfde jaar	106
zesde jaar	boven 106
zevende jaar	boven 106

Bijlage

In de in deze richtlijnen genoemde bedragen is de verwerking van de nacalculatie-trend 1977 van 1.31% verwerkt. Deze aanpassing werd noodzakelijk ingevolge de wijziging in de salarissen burgerlijk rijks personeel per 1 januari 1978, zoals neergelegd in een publikatie in de Staatscourant dd. 19 december 1977, nr 247.

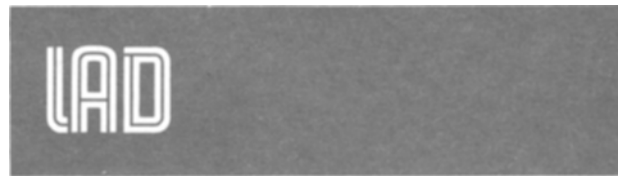
De in deze salarismaatregel verwerkte aftopping van hogere salarissen wordt overgenomen. Hierbij wordt op nieuw opgemerkt dat in de trend – naar de mening van de LAD – deze aftopping in feite niet thuis hoort. Desalniettemin werd besloten toch deze aftopping te volgen (zie in dit verband de publikatie in MC 44/1977, pagina 1396). Ingevolge deze aftopping geldt het navolgende:

De salarisverhoging van 1.31% ten aanzien van de topsalarissen wordt, afhankelijk van het salarisoniveau, vermindert met respectievelijk 20, 40, 60 of 80%. In verband hiermede dienen deze salarisbedragen vanaf 1 april 1977 opnieuw te worden berekend en wel als volgt:

a. de salarissen per 1 juli 1976 worden vermeerderd met de per 1 juli 1976 toegekende toeslag van f 30,— per maand en daarna, al naar gelang het salarisoniveau verhoogd met de volgende percentages:

- van f 9.314,— tot en met f 11.030,—: 3.9 %
- van f 11.031,— tot en met f 12.030,—: 2.93%
- van f 12.031,— tot en met f 13.030,—: 1.96%
- van f 13.031,— en hoger: 0.98%

b. de uitkomst van de berekening sub a. wordt vervolgens verhoogd met 3.82% (in verband met de algemene salarisverhoging per 1 augustus 1977) hetgeen het nieuwe salaris per 1 januari 1978 oplevert.



van het centraal bestuur

Mededelingen n.a.v. CB-vergadering dd. 16 december 1977

Mededelingen naar aanleiding van de vergadering van het centraal bestuur der LAD dd. 16 december 1977.

1. Vakantie-aanspraken van schoolartsen

Het bureau der LAD wordt regelmatig geconfronteerd met de vraag in hoeverre het feit dat een schoolarts in het verleden min of meer stilzwijgend werd toegestaan de schoolvakanties te volgen, als verkregen recht kan worden beschouwd.

Voor de goede orde is het noodzakelijk te weten dat tot voor enkele jaren de schoolartsen inderdaad min of meer als vanzelfsprekend de schoolvakanties volgden. Men ging er hierbij vanuit dat bij afwezigheid van de scholieren er toch geen werk voor de schoolarts te doen was.

Thans werkt men op grote schaal aan het onderbrengen van de kleine schoolartsendiensten in grotere diensten. Veelal worden de schoolartsen dan werknemer bij een Districtsgezondheidst. Bij deze overgang wordt de schoolarts steeds toegezegd dat verkregen rechten in principe behouden blijven. Ten aanzien van het volgen van schoolvakanties stelt men vaak dat hier geen sprake kan zijn van een verkregen recht, maar dat het hier slechts om een in het verleden gegeven gunst gaat; hieraan ontleent men geen aanspraken voor de toekomst.

Na ampele discussie heeft het centraal bestuur besloten om over deze kwestie een rechterlijke uitspraak uit te lokken. Deze uitspraak kan dan dienen als leidraad bij het adviseren aan schoolartsen, die geconfronteerd worden met de vraag of de lange schoolvakanties (\pm 47 werkdagen) als recht dan wel als gunst gezien moeten worden.

2. Rapport van de Taakgroep Sociale Geneeskunde

Het centraal bestuur heeft aandacht besteed aan het rapport, dat de Taakgroep Sociale Geneeskunde, bestaande uit ANVSG- en LAD-leden, heeft uitgebracht. De Taakgroep heeft zich ten doel gesteld 'om vanuit een fundamentele discussie over de functie van de sociale geneeskunde in de Nederlandse gezondheidszorg

- a) een aanvulling te zoeken bij de Structuurnota Gezondheidszorg 1974 betreffende de sociale geneeskunde en de onderdelen van de sociale geneeskunde ieder voor zich en de verhouding tot elkaar, en
- b) suggesties te doen over de wijze waarop de gesignaleerde knelpunten in de bestaande structuur kunnen worden opgelost.'

Het centraal bestuur heeft zich, naast het plaatsen van kritische noten, waarderend uitgelaten over de inhoud en opzet van het rapport. Eind januari zal erover in een gemeenschappelijke meeting van ANVSG en LAD worden gediscussieerd.

3. Deelname assistent-geneeskundigen in PGGM

Op het tijdstip* van de vergadering was nog geen reactie ontvangen van het PGGM-bestuur op de brief van LAD, LSV en LVAG dd. 6 december 1977 (gepubliceerd in Medisch Contact 51/1977). Wel is door het bestuur van de NZR meegedeeld, dat ook door de NZR een verzoek aan het PGGM is gedaan het besluit tot deelname op te schorten. Aan de ziekenhuizen is gevraagd om, hangende het overleg NZR/PGGM, de assistent-geneeskundigen nog niet aan te melden bij het pensioenfonds.

Het centraal bestuur zal alle assistent-geneeskundigen een informatieschrijven toezenden, zodra de reactie van het PGGM bekend is.

* Inmiddels is dit wel gebeurd. De reactie van het PGGM hield in een uitstel van bespreking.



Personalia

Overledenen

G. Boeniarto, Prof. Bromstraat 64-7, Nijmegen.
P. Brouwer, Kon. Wilhelminakade 79, IJmuiden.
C. J. J. M. van der Bijl, Goirleseweg 23, Tilburg.

Mw. J. M. van Douwen-Boéré, Kerkepad Oost 43, Beetsterzwaag.
Dr. W. J. de Haan, Bas Backerlaan 5, Apeldoorn.
J. A. F. Hermans, Marijkeplein 5, Kloosterzande.
J. M. Kroon, Zandvoorterallee 216, Haarlem.
H. Oeseburg, Ubbo Emmiusstraat 19-23, Groningen.
E. Renken, Heidepark 55, Wageningen.
Dr. N. A. Scheers, Leidseweg 409, Voorschoten.
K. B. Tan, H. Zagwijnstraat 4¹¹, Amsterdam.
A. Tuyter, Kon. Marialaan 156, Den Haag.
Dr. F. C. van Tongeren, Schoolweg 8, Elst.

Dr. W. Bagnay, Kruislaan 180, Amsterdam.
J. C. Collenteur, Keurkampstraat 26, Deventer.
Mw. M. A. H. Druyvestein-Nievergeld, Zandvoorterallee 178, Haarlem.
Dr. J. B. Ebbinge, v. Alkemadelaan 1130, Den Haag.
E. O. K. van Hasselt, Nijverdalseweg 92 A, Wierden.
F. A. Koopmans, Zuidersingel 1, Assen.
A. W. van Kwawegen, Landréstraat 19, Den Haag.
A. Lim, Endegeesterstraatweg 16, Oegstgeest.
P. Luyckx, Dr. J. Verbeecklaan 22, St. Anthonis.
H. A. Mooy, St. Anthonieweg C 69, Epe.
J. E. A. Rouwendal, Bosplein 2, Hilversum.
Prof. Dr. J. Swierenga, Horatiuslaan 11, Utrecht.
J. van der Veer, Noordikslaan 47, Almelo.
F. H. van der Werf, Bakenbergseweg 209, Arnhem.
Prof. Dr. A. H. Wiebenga, R. Wagnerstraat 2, Amsterdam.
M. de Wildt, Verschuurlaan 25-201, Groningen.

Dr. D. M. Blankhart, Med. Research Centre P O Box 20752, Nairobi, Kenya.
A. J. J. Boumans, Romeinenstraat 1 A, Tilburg.
G. J. Buth, Schaapsweg 28, Den Bommel.
Prof. Dr. J. ten Doesschate, Lindenlaan 30, Zeist.
Dr. C. B. Duyster, Burg. Gülcherlaan 26, Hilversum.
Prof. Dr. H. Muller, Mecklenburglaan 10, Rotterdam.
H. Robers, Milletstraat 52 hs, Amsterdam.

geschrapt als KNMG-lid:

E. J. Meyboom, Amsterdam.

INHOUD OFFICIEEL

KNMG, van het hoofdbestuur:	
Beschrijvingsbrief 172ste Algemene Vergadering	190
Punt VI van de Beschrijvingsbrief	190
Punt VIII van de Beschrijvingsbrief	191
KNMG personalia	200
SBA:	
Dr. A. Batenburg benoemd tot lid Financieel Economische Raad	193
LAD, van het centraal bestuur:	
Salariesrichtlijnen per 1 januari 1978	194
Mededelingen n.a.v. de CB-vergadering dd. 16-12-'77	199

Nr 6 – 10 februari 1978