



redactioneel

- Ziekenhuizen met minder dan 300 bevallingen per jaar – de meerderheid – kunnen hun verloskundige afdelingen wel inpakken, lees: regionaal reorganiseren. Dan nog is er behoefte aan een gespecialiseerd centrum voor obstetrische patiënten met een sterk verhoogd risico en voor pasgeborenen die intensieve zorg behoeven. Dr. D. van Alten pakt uit.
- ‘Ook in de sfeer van de gezondheidszorg stelt het kabinet een aantal maatregelen voor die een bijdrage moeten leveren aan de ombuiging van de collectieve uitgaven.’ (Bestek '81). Zegt u dat wel. ‘Deze bijsturing met f 10 miljard zal voor ruim f 6,5 miljard plaatsvinden in de sfeer van de sociale zekerheid, de gezondheidszorg en salarissen in de publieke sfeer . . .’
- De huisartsopleiding moet zich richten op de typische elementen van het huisarts-zijn en op de integratie van het arts-zijn in het huisarts-zijn. Elk der drie onderwijselementen – kennis, vaardigheden, attitude – kent derhalve een (basis)arts – en een specifiek huisartsdeel. J. Ridderikhoff over het leerproces van de aanstaande huisarts.
- Afdeling ‘continuing stories’: Hoe groot is de afstand tussen ziekenhuis en thuiszorg? Antwoord kinderarts De Voûte: die afstand is klein. Tegenvraag psycholoog Wolters: hoe sterk zijn de territoriale gevoelens in de gezondheidszorg? Over de machtsmanoeuvres van de huisartsenpoortwachters.
- Behalve de artsen kennen ook de notarissen, de advocaten en de registeraccountants een eigen tuchtrechtspraak. Mr. W. Hulshoff Pol maakte er een helder overzicht van voor de serie ‘75 jaar KNMG-rechtspraak/50 jaar Medische Tuchtwet’. Ook bij deze aflevering het verhaal van een arts over zijn persoonlijke ervaringen met het medisch tuchtrecht.



Deze ‘Watermolen bij Haaksbergen’ (olieverf op doek – 80×55 cm) is van J. A. Maarleveld, huisarts in Nijverdal. Het was te bewonderen op de tentoonstelling van het KNMG-gezelschap ‘Met Pincet en Penseel’ in het Centraal Ziekenhuis te Alkmaar. De technieken van de heer Van Maarleveld zijn: tekenen, houtsneden, aquarellen, olieverf. Zijn motivatie: ‘leren kijken’.

Foto: H. Frese, arts te Bergambacht.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven	842
<i>Inzenders: R. Ran, H. K. Scheffer, A. P. N. de Groot, J. Bolt, L. Bunge</i>	

Regionalisatie van de verloskundige zorg, door Dr. D. van Alten	845
---	-----

1979 Internationaal jaar van het kind	848
---	-----

‘Bestek ’81’ en gezondheidszorg	849
---------------------------------------	-----

Huisartsgeneeskunde en opleiding, door J. Ridderikhoff	851
--	-----

Discussie – Hoe groot is de afstand tussen ziekenhuis en thuiszorg? De afstand tussen thuiszorg en ziekenhuis is klein, door Dr. P. A. Voûte; Hoe sterk zijn de territoriale gevoelens in de gezondheidszorg, door Dr. W. H. G. Wolters	856
---	-----

75 jaar KNMG-rechtspraak/50 jaar Medische Tuchtwet: De tuchtrechtspraak voor notarissen, advocaten en registeraccountants, door Mr. W. Hulshoff Pol	859
---	-----

Academische ziekenhuizen moeten taken verdelen. Rede staatssecretaris Volksgezondheid	864
---	-----

Uit de Ziekenfondsraad	865
------------------------------	-----

OFFICIEEL	867
-----------------	-----

Inhoudsopgave officieel	876
-------------------------------	-----



MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

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

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

Uitgeverij

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

Abonnementen

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

Advertenties

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

Adreswijziging

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

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.



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

MEDISCH TUCHTRECHT

Uitspraak Medisch Tuchtcollege Amsterdam (MC nr. 25/1978, blz. 769): terminale patiënte in slaap overleden. Het medisch tuchtcollege, de rechtbank van een staat in de staat, bestaat tot op heden, behandelt en doet uitspraken ten aanzien van klachten over vermeende fouten gemaakt door geneeskundigen. Over de staatsrechtelijkheid daarvan zal ik het nu niet hebben. Met instemming heb ik het artikel in MC d.d. 23 juni gelezen, vooral dat bekendmaking in de Staatscourant zal volgen. De vraag is wel: waarom deed de man aangifte? Om de vrouw van wie hij zielsveel hield bij zich te houden? Nee, hij liet haar opnemen in het ziekenhuis. Hij moet ook hebben geweten dat zijn vrouw ongeneeslijk ziek was. Mijns inziens was de man zelf slachtoffer van onze eeuwenlange ethiek, welke ons leerde dat de vrouw eigendom van de man is. Vrouw en naaste familie hadden besluiten genomen buiten de man om, zijn waardigheid als man was met voeten getreden. Hij wilde wraak nemen, niet direct op zijn familie maar op de arts welke op verzoek van vrouw en naaste familie uit menselijke overwegingen de vrouw voor immer deed inslapen. Sof voor de uitspraak van het medisch tuchtcollege.

Hoorn, 29 juni 1978

R. Ran

ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN (I)

In het redactionele hoofdartikel 'Alternatieve geneeswijzen' (MC nr. 24/1978, blz. 723) gaat naar mijn mening collega Bol volkomen voorbij aan het feit dat ons geneeskundig denken slechts natuurwetenschappelijk is voor zover het de benadering betreft van hetgeen aanschouwelijk is (te maken), in het bijzonder als veroorzakers van ziekten. Maar inzake hetgeen niet aanschouwelijk is te maken, het 'denken en voelen', het ondergaan, verwerkt worden, naderen en beleven van geërfd en verworven 'indrukken', met name in het benaderen van abstracte problemen als de mens en

zijn gedrag, is ons denken in wezen nog even magisch-mystisch, even vaag materialiserend-personifiërend als in de vroegste oudheid; enerzijds onstoffelijk, anderzijds gekoppeld aan het veronderstellen van het bestaan van goden en geesten, demonen en duivels, hemel en hel, zonde en verdoemenis. Althans het wordt niet of onvoldoende gekoppeld aan het stoffelijk reageren, aan het feit dat niets 'verloren' gaat en aan het zich doen gelden van de wet op behoud van evenwicht, hetzij op korte, hetzij op lange termijn – nog afgezien van de enorme invloed van (auto)suggestibiliteit via conditioneren en indoctrineren. Van het nu reeds opnemen van alternatieve geneeswijzen in het geneeskundig onderwijs is dan ook te verwachten dat het de aanpak van bovengeschetste lacune en/of onjuistheid in ons denken op ernstige wijze in de weg zal staan. De slotconclusie van collega Bol acht ik dan ook onjuist en, mede door de functie van de schrijver, gevaarlijk.

Den Haag, 28 juni 1978

H. K. Scheffer

ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN (II)

Naar aanleiding van het gestelde in het hoofdartikel van Medisch Contact dd. 16 juni jl. (MC nr. 24/1978, blz. 723), dat onder alternatieve geneeswijzen zouden worden verstaan geneeswijzen buiten het terrein van de officiële geneeskunde, moge worden opgemerkt dat bij een dergelijk constateren sprake moet zijn van een misvatting van het begrip 'geneeswijzen'. Buiten de officieel erkende – en gedoceerde – geneeskunde toch bestaat geen methode of middel, die/dat over zelfs maar een geringe wetenschappelijk bewezen verantwoorde *geneeskraft* beschikt. Immers: zodra een nieuwlichter op wetenschappelijk onloochenbare wijze heeft kunnen aantonen dat zijn conceptie, op welk klein onderdeel van de geneeskunde dan ook, over werkelijke geneeskraft beschikt, wordt dit ogenblikkelijk ingelijfd in het officieel

Doorlezen naar blz. 844

BEZUINIGING

Bestek '81 is de eufemistische naam van een nota die de bezuinigingen aangeeft voor het financiële en sociaal-economische beleid van deze regering. Het was te verwachten dat ook de gezondheidszorg aan de omhuizing van de collectieve uitgaven niet zou ontsnappen (blz. 849). Nu is er uiteraard niets tegen dat in tijden van economische stagnatie ook de gezondheidszorg een veer zal moeten laten. In een welvaartsstaat als de onze is het aanhalen van de buikriem misschien nog niet eens zo'n ongezond gebeuren, mits de verhouding tussen draagkracht en draaglast goed in het oog wordt gehouden.

Van de 6,5 miljard die moet worden bespaard in de sfeer van de sociale zekerheid, de gezondheidszorg en de salarissen in de publieke sfeer komt ruim 2 miljard ten laste van de gezondheidszorg. De voorgenomen bezuinigingen komen hier in het bijzonder tot uiting in drie soorten maatregelen: verdere beperking van het aantal ziekenhuisbedden, afremming van uitbreiding van specialismen en daarbij behorende voorzieningen en geneesmiddelengebruik (1.130 miljoen); matiging van inkomens voor personeel en vrije beroepsbeoefenaren (410 miljoen); en invoering van een eigen bijdrage voor ziekenfondsverzekerden (590 miljoen).

De ontwikkeling van de kosten in de gezondheidszorg is altijd een betrekkelijk autonoom proces geweest, verlopend in samenhang met de eigen structuur van die zorg en de ontwikkeling van de wetenschappelijke en technische mogelijkheden. Betrekkelijk autonoom, want sedert het bewind van de vorige staatssecretaris van Volksgezondheid, de heer Hendriks, is wel degelijk ingegrepen in de kostenontwikkeling, bijvoorbeeld door middel van de 4‰-beddennorm.

Wij schreven reeds herhaaldelijk, dat kostenbeheersing in de gezond-

heidszorg slechts aanvaardbaar kan zijn indien aan die beheersing een duidelijk beleid ten grondslag ligt. Een beleid, gericht op een zo hoog mogelijke kwaliteit en een evenwichtige ontwikkeling van extra- en intramurale zorg en research, afgestemd op een noodzakelijke behoeftevoorziening. Weliswaar vermeldt de uitgebreide samenvatting van Bestek '81 die ons thans ter beschikking staat onder gezondheidszorg: bevordering van een doelmatig gebruik van gezondheidsvoorzieningen en totstandbrenging van een betere beheersstructuur, maar in de voorgestelde bezuinigingen is daarvan niets te

*Kostenbeheersing
in de gezondheidszorg
kan slechts
aanvaardbaar zijn
indien aan die
beheersing een
duidelijk beleid
ten grondslag ligt*

rug te vinden, tenzij de staatssecretaris meent dat invoering van een eigen risico een doelmatiger gebruik zou bevorderen.

Zonder op dit moment in te gaan op alle facetten van het eigen risico in de ziekenfondsverzekering – wij komen daar later op terug – willen wij nu reeds stellen dat niet is aangetoond dat een eigen risico van f 10,— per verpleegdag voor bepaalde groepen verzekerden leidt tot een doelmatig gebruik van het ziekenhuisbed, evenmin als is aangetoond dat f 100,— eigen risico per gezin per jaar op niet-klinische verstrekkingen de efficiëntie in de gezondheidszorg dient. Alleen al de noodzaak van het instellen van een

controle-apparaat en het regelen van de incasso doet het tegendeel vermoeden. Kennelijk staat ook de regering niet duidelijk voor ogen hoe een en ander is te realiseren, gezien haar voornemen de Ziekenfondsraad om advies te vragen over hoogte (!) en technische uitvoering van de eigen bijdrage.

Het grondbeginsel van de ziekenfondsverzekering is de verstrekking in natura. Weliswaar kent ook de ziekenfondsverzekering bijbetalingen, maar die zijn gewoonlijk gericht op een zorgvuldig gebruik van ontvangen verstrekkingen. Tenslotte bestaat er altijd nog een mogelijkheid om het eigen risico te verzekeren via de aanvullende verzekering van de ziekenfondsen. Ieder vermeend effect op het doelmatig gebruik is dan weer illusoir – alleen de administratieve rompslomp is gebleven. De enige conclusie die het regeringsvoorstel met betrekking tot het eigen risico toelaat is dat de bijdrage van de consument in de kosten van de ziekenfondsverzekering erdoor wordt verhoogd. Die meerdere financiële inbreng van de consument is evenwel heel wat eenvoudiger te bereiken dan langs de omslachtige weg van een slecht onderbouwd eigen risico: men verhoogt slechts het werknemersaandeel in de verplichte ziekenfondspremie (nu 50%) onder gelijktijdige verlaging van het werkgeversaandeel (idem). Voor de bejaardenverzekering is een gelijksoortige regeling te maken ten gunste van de Rijksbijdrage in de premie.

Het is betrekkelijk eenvoudig te berekenen tot welke hoogte er in de ziekenfondspremie zal moeten worden geschoven om via die premie de ziekenfondsverzekerden zo'n zeshonderd miljoen meer te laten betalen dan de werkgevers. Of daarvoor de draagkracht van de desbetreffende bevolkingsgroep wel of niet te veel wordt belast is een politieke beslissing.

B.

erkende medisch-therapeutische-arsenaal (denk aan: insuline, Salk-vaccin, antibiotica). In dit geheel vervult het dan de rol van een alternatieve geneesmethode respectievelijk geneeswijze.

Van géén van de tot heden naast de officiële geneeskunde geopenbaarde sektarische methodieken is nog ooit wetenschappelijk bewezen dat ze over enige geneeskraft beschikken. Voor hun – soms levensgevaarlijke – *bemoeizucht* met de gezondheid van derden is derhalve het begrip 'alternatieve geneeswijzen' een baarlijk verzinsel.

Hilversum, 30 juni 1978

A. P. N. de Groot,
oud-Geneeskundig Inspecteur
van de Volksgezondheid

'HET KLEINE TEKORT'

De strekking van het commentaar in Medisch Contact d.d. 2 juni 1978 (nr. 22) 'Het kleine tekort', lijkt globaal genomen juist. Op een enkel punt echter valt wel wat aan te merken, o.a. over de gehanteerde getallen met betrekking tot de praktijkassistentie (en de daaruit blijkende onbekendheid met één van de meest specifieke functies van de huisarts). Een huisarts (al heeft hij maar twee patiënten) moet de organisatie van de praktijk zo hebben geregeld, dat – ook al is hij aan het visite rijden of onverwacht weg voor een spoedgeval – er altijd iemand aanwezig is om de praktijkdeur te openen (ongevalletjes etc.). Jen de telefoon aan te nemen. Hij kan niet terugvallen op een (zoals in een ziekenhuis) altijd wel aanwezige verpleegster of assistent-arts. Indien de echtgenote van de (mannelijke) huisarts of echtgenoot(!) van de vrouwelijke huisarts – of simpelweg een huisgenoot van de huisarts – er voor voelt om deze taak voortdurend of voor een belangrijk gedeelte van de dag te vervullen (even weg voor een boodschap of de kinderen van school halen etc. is er dan niet bij), is dat haar (of zijn) vrije beslissing.

De huidige en toch ook toekomstige praktijkvoering in acht genomen, is het niet in te zien dat de praktijk van een arts met 2000 patiënten een geringere bereikbaarheid moet hebben dan van een praktijk van 3000 patiënten. Het is derhalve niet de vraag of bij een praktijk van 2000 zielen – de huidige praktijkvoering in acht genomen – een full-time hulpkracht altijd aanwezig of zelfs noodzakelijk is. Tenzij men de kleinere solopraktijk metterdaad onmogelijk wil maken ofwel tenzij men ervan uitgaat dat de huisgenoten van een huisarts toch altijd wel thuis zijn en geen eigen ambities of bezigheden buiten de deur (mogen) hebben, moet het toch ook

voor de kleinere praktijken financieel mogelijk zijn assistentie in de praktijk te hebben.

Het is waar dat een assistente in de praktijk van 2000 patiënten het in het algemeen niet zo druk heeft (uiteraard). Als het gezin van de huisarts in staat en bereid is, de continuïteit van de bereikbaarheid ook overdag te waarborgen is daar niets op tegen. De vanzelfsprekendheid dat dat 's avonds, 's nachts en in het weekend gedaan wordt, staat nauwelijks ter discussie; daar heb ik ook geen behoefte aan. Om echter via een theoretisch juiste redenering de vrouw van een huisarts te 'dwingen' ook overdag een belangrijk gedeelte thuis te moeten zijn om het de man mogelijk te maken goed te functioneren gaat toch te ver.

Ermelo, 23 juni 1978

J. Bolt, huisarts

Naschrift: De berekening van de kostenvergoeding gaat via een rekenmodel dat momenteel uitgaat van een praktijk van 2600 zielen, waarvan 70% ziekenfondsverzekerden. Ook nu geldt dat voor een praktijk van bijvoorbeeld 1.000 zielen geen volledige assistentie wordt vergoed. Deze benadering houdt geen rekening met de individuele situatie van de huisarts (Redactie MC).

DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT

Alexander van Es moet blijven.

Als uitgever van medische boeken maak ik dagelijks mee hoe zelfs de arts die zich in zijn schrifturen wil onttrekken aan juk en jargon van de medische stand in het academisch patois blijft steken. Het is een verademing de stukjes van Van Es te lezen.

Ik hoop dat hij voorlopig niet afstudeert.

Utrecht, 30 juni 1978

L. Bunge



Vrouw en arts — Op zaterdag 23 september 1978 wordt in het

Jaarbeurscongrescentrum te Utrecht een congresdag 'Vrouw en arts' gehouden, georganiseerd door de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen en de Commissie Emancipatiezaken van de Vereniging van Vrouwen met Academische Opleiding. Aanleiding is het feit dat honderd jaar geleden Aletta Jacobs als eerste vrouw arts werd (zie MC nr 20/1978, blz. 609). Haar indachtig is deze congresdag gericht op de vrouw – als patiënt en als arts – in emancipatorisch perspectief. Hoofdt thema's zijn 'Van masculinistische naar humane wetenschap' en 'Betekenis van de sekserol-stereotypie voor lichamelijke en geestelijke gezondheid', die besproken zullen worden door respectievelijk Mw. Prof. Dr. C. I. Dessaur (Andreas Burnier) en Mw. B. van Dantzig-van Amstel, psychiater. Aansluitend worden als uitwerking van de hoofdt thema's korte voordrachten gehouden, onder meer over tranquilizergebruik door vrouwen, vrouw en beroepsarbeid, huisvrouwenproblemen en de werksituatie van vrouwelijke artsen. Een informatiemarkt biedt gelegenheid tot oriëntering over activiteiten van instellingen en vrouwengroepen op dit gebied. Kosten: f 21,— (studenten f 10,—) inclusief programma en koffie, desgewenst lunch à f 14,—, kinderopvang mogelijk. Inlichtingen en opgave: Administratie VNVA, Wethouder Korteboslaan 61c, 7461 PJ Rijssen (O.)

Benoeming – Dr. J. van Mansvelt is als nieuwe voorzitter van het College voor ziekenhuisvoorzieningen geïnstalleerd door de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne mevrouw Mr. E. Veder-Smit. Hiermee is de vacature vervuld welke eind 1977 was ontstaan door het terugtreden van Dr. Ir. J. H. E. Hessels. De heer Van Mansvelt zal als voorzitter optreden met ingang van 1 juli 1978. Zijn benoeming geldt voor een ambtstermijn van vijf jaar. Van 1965 tot 1971 was de heer Van Mansvelt lid van het Centraal Bestuur van de Landelijke Specialisten Vereniging; de laatste drie jaar als voorzitter. In 1970 werd hij benoemd tot medisch-directeur van het St. Elisabeth's of Groote Gasthuis te Haarlem, welke functie hij op 1 september aanstaande zal neerleggen.

Regionalisatie van de verloskundige zorg

Verloskundige zorg omvat prenatale en natale zorg en voorts de zorg voor moeder en kind in de kraambedperiode. De prenatale zorg wordt bij afwezigheid van een medische indicatie voor specialistische hulp in het algemeen gegeven door de verloskundige of door de huisarts. Ook de baring zal door de verloskundige of huisarts worden geleid, tenzij er bijzonderheden optreden.

Het voorgaande komt zo logisch voor, dat het noemen ervan overbodig lijkt. Er moet echter worden aangetekend dat enerzijds een toenemend aantal Nederlandse gynaecologen deze regel niet meer als juist erkent, terwijl anderzijds de financiering van de verloskundige hulp in ons land op bovenstaand principe is gebaseerd. Verdiept men zich in dit financieringssysteem, dan blijkt het gekenmerkt door een bepaalde onwrikbaarheid en wel van dien aard dat onafhankelijk de vraag ten rechte of ten onrechte het financieringssysteem welhaast in staat geacht mag worden het vigerende basisprincipe van de verloskundige zorg in stand te houden. Indien er een medische indicatie voor specialistische hulp bestaat, zal de specialist-obstetricus de controle voor de zwangerschap en de leiding van de baring op zich nemen. Het vaststellen of er al dan niet een medische indicatie bestaat is in het algemeen een verantwoordelijkheid van de verloskundige en/of de huisarts. Bij twijfel bestaat de mogelijkheid om via een consult het oordeel van de specialist-obstetricus te vragen. Het is begrijpelijk dat de medische indicatie een spanningsveld oproept. Er worden hier twee standpunten ingenomen die elkaar niet verdragen.

door **Dr. D. van Alten**



Dr. D. van Alten is werkzaam als vrouwenarts in het Juliana Ziekenhuis te Zaandam en part-time wetenschappelijk hoofdmedewerker in de Kliniek voor Verloskunde en Gynaecologie van het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam, het Wilhelmina Gasthuis; hij is secretaris van de Commissie Verloskundige Organisatie van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie.

Enerzijds van een groep obstetrici die stelt dat de selectie van zwangeren – dat wil zeggen het maken van het onderscheid in verhoogd risico of niet verhoogd risico – alleen goed gedaan kan worden indien de meest ervaren in het trio vroedvrouw, huisarts en obstetricus hierbij wordt betrokken. Bedoeld wordt dan de obstetricus¹. Anderzijds staan de huisartsen op het standpunt dat alleen dan op de specialist een beroep gedaan dient te worden, indien de obstetrische situatie dit vergt². De Centrale Raad voor de Volksgezondheid geeft als een nog nader uit te werken aanbeveling in het laatste 'Advies inzake de verstrekking van Verloskundige Zorg'³ dan ook aan dat gekomen dient te worden tot een structurering van het

samenwerkingsverband tussen verloskundige, huisarts en specialist. Gezien de regionale verschillen die in Nederland ten aanzien van de organisatie van de verloskundige hulpverlening bestaan, kan structurering van een samenwerkingsverband het beste regionaal groeien. Er zijn reeds regionale samenwerkingsverbanden ontstaan. Genoemd kunnen worden de samenwerking rond de poliklinische bevalling in Alkmaar^{4,5} en die in Wormerveer rond een kraaminrichting^{6,7} (beide door de overheid gesubsidieerd wat de verwerking van de gegevens betreft). Voorts zijn er samenwerkingsvormen in Hardenberg en Deventer. Op enkele plaatsen is getracht het samenwerkingsverband tussen vroedvrouw, huisarts en specialist op basis van een reglement vorm te geven. Het reglement van de kraaminrichting te Wormerveer werd gepubliceerd in het 'Advies inzake de verstrekking van Verloskundige Hulp 1972'⁸. Essentieel in dit reglement is dat het door de huisartsen en vroedvrouwen zelf werd opgesteld en dat zij zich zelf onder meer hebben verplicht al hun zwangeren bij circa 32 weken aan een gynaecoloog voor te leggen. Bij de beoordeling van de resultaten bleek in de eerste plaats dat deze screening nuttig was (publikatie volgt). In de tweede plaats bleek uit de bij reglement voorgeschreven analyse van de perinatale sterfte dat een verbetering van de regionale verloskundige zorg mogelijk moest zijn. Deels zou deze verbetering door de vroedvrouwen en huisartsen moeten worden geleverd, deels zou deze door de specialisten (obstetrici en kinderartsen) in de ziekenhuizen

moeten worden gerealiseerd. In de derde plaats bleek de noodzaak van het gestructureerde overleg. De directie van het Algemeen Ziekenhuis de Heel in Zaanstad voelde zich – mede door de op grond van economische redenen te verwachten sluiting van de kraaminrichting te Wormerveer – betrokken bij de regionale verloskundige zorg. Zij stelde in samenwerking met vroedvrouwen en huisartsen een reglement op. Dit reglement vertoont overeenkomsten met het stafreglement waarin de plaats van de medische specialist in het ziekenhuis wordt bepaald. Noch de directie, noch de vrouwenartsen of kinderartsen leggen de huisartsen en vroedvrouwen bij reglement regels dan wel richtlijnen op. Wel bestaat de mogelijkheid om via nabesprekingen het verloskundig beleid regelmatig bij te sturen. Deze nabesprekingen hebben het karakter van een 'education permanente'.

De Deventer ziekenhuizen en de in die regio gevestigde huisartsen en verpleegkundigen kennen een overeenkomst met bijbehorende regels voor het verlenen van verloskundige hulp binnen deze ziekenhuizen, respectievelijk richtlijnen voor het invoeren van specialistische hulp. Een en ander gesteund door de 'Verloskundige Werkgroep Deventer'. Het is van belang dat van de ervaringen van genoemde en andere samenwerkingsverbanden gebruik wordt gemaakt, wanneer de verschillende beroepsverenigingen zullen trachten te komen tot een reglement passend bij het 'Verloskundig Centrum' (zie definities). 'Bij een goede selectie kan de als normaal te verwachten bevalling alleszins verantwoord thuis geschieden', aldus het recente Advies van de Centrale Raad³. Indien de vrouw dat wenst kan zij bij afwezigheid van een medische indicatie ook kiezen voor een bevalling in het ziekenhuis – al dan niet poliklinisch – onder leiding van de verloskundige of de huisarts. Aangezien de Raad meent dat deze keuzemogelijkheden financieel gelijk gesteld dienen te worden, is regionaal overleg tussen ziekenhuisbesturen en besturen van kruisverenigingen (kraamzorg) gewenst. Ziekenhuizen die aan nog vast te leggen normen

Bijlage met definities

Terwille van een eenvormige begripsbepaling worden hier enkele definities gemeld, voorgesteld en overgenomen in de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie en in de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde.

Gesloten verloskundige afdeling: Onder de gesloten verloskundige afdeling van een ziekenhuis wordt een afdeling verstaan, waar door en/of onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog-obstetricus werkzaamheden worden uitgevoerd. De werkzaamheden vinden, waar het de perinatale zorg betreft, in een nauwe samenwerking met de kinderarts plaats.

Open verloskundige afdeling: Onder een open verloskundige afdeling wordt een afdeling verstaan als bovengenoemd, waarbij tevens huisartsen en vroedvrouwen worden toegelaten om eigen verloskundige praktijk uit te oefenen. Zij zijn hierbij niet aan een vorm van reglementering gebonden.

Verloskundig centrum: Onder een

verloskundig centrum wordt een organisatie verstaan, waar perinatale zorg wordt bedreven in een gereguleerd samenwerkingsverband van vroedvrouwen, huisartsen, obstetrici en paediaters. Deze zorg kan zowel intra- als extramuraal worden gegeven. Het samenwerkingsverband is gebaseerd op de gedachte dat er een vloeiende overgang bestaat tussen 'verloskunde met een laag risico' en 'verloskunde met een hoog risico'. De organisatie beschikt over een verloskundige afdeling in een ziekenhuis die ruimtelijk zodanig is aangepast, dat bovengenoemd samenwerkingsverband met inachtneming van de belangen en wensen van zwangeren, barenden, kraamvrouwen en pasgeborenen, zo goed mogelijk functioneert. De samenwerking tussen de intra- en extramuraal zorg is dusdanig geregeld, dat de vrouw deze als een continue zorg ervaart.

Gespecialiseerd centrum: Onder gespecialiseerd centrum worden ziekenhuizen verstaan, die over behandelingsmogelijkheden voor obstetrische patiënten met een sterk verhoogd risico en over Intensive Care Units voor de behandeling van pasgeborenen beschikken.

voldoen zullen, indien zij nog geen verloskundigen of huisartsen tot de verloskamers toelaten, hiertoe moeten overgaan. Zoals eerder gesteld is een reglement voor toelating gewenst. De organisatievorm 'Verloskundig Centrum' geniet de voorkeur boven de 'open verloskundige afdeling' (zie definities). De verloskundige zorg die onder leiding van de vroedvrouw of de huisarts geschiedt zal grotendeels de poliklinische bevalling betreffen. Er zal gebruik worden gemaakt van het verloskamercomplex van het betrokken ziekenhuis en van een observatiemogelijkheid ten behoeve van moeder en kind na de bevalling. Het lijkt beter te stellen dat hiertoe ruimtelijke voorzieningen aanwezig zijn dan dat gesproken wordt – zoals in de aanbevelingen van het Rapport van de Centrale Raad – van een 'afdeling fysiologische verloskunde'. Genoemde ruimtelijke voorzieningen zullen tevens de plaats zijn waar de overdracht van intra- naar extramuraal zorg plaatsvindt. De poliklinische bevalling wordt – gezien de landelijke cijfers – steeds belangrijker en lijkt de wens van de

consument weer te geven (zie de *figuur* op volg. blz.). Verwacht mag worden dat – duidelijker dan tot dusverre is gesteld – een scheiding in een medische indicatie ten aanzien van de bevalling en in een medische indicatie ten aanzien van het kraambed zal worden gemaakt. Dat geeft de mogelijkheid dat na bevallingen op medische indicatie in toenemende mate het kraambed thuis wordt doorgebracht. De kraamzorg is in discussie. De gewijzigde sociaal-economische en medisch/hygiënische verhoudingen doen de vraag rijzen of het huidige systeem van kraamverzorging thuis nog aan het doel beantwoordt en ongewijzigd gehandhaafd kan blijven. Aan de grote verdiensten die de kraamzorg in het verleden heeft gehad wordt bij de vraagstelling niet voorbijgegaan¹. Er kunnen argumenten worden aangevoerd, die er voor pleiten dat het kraambed thuis voordelen biedt boven het kraambed in het ziekenhuis doorgebracht⁹. Het kraamhotel zou het nadeel dat er bij huiskraamzorg 's avonds en 's nachts geen deskundige hulp is kunnen ondervangen¹⁴. Bij alle vormen van

kraamzorg geldt dat een hechte samenwerking van de intramuraal werkende en hen die de extramurale zorg op zich nemen noodzakelijk is. Deze samenwerking zal op een regionaal beleid gebaseerd moeten zijn.

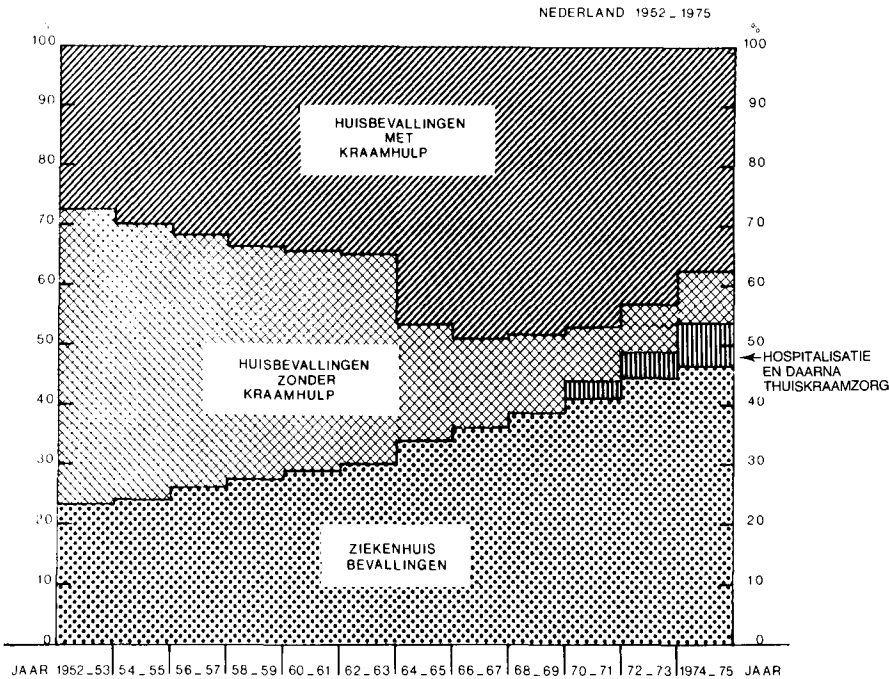
Indien er een medische indicatie voor specialistische hulp bestaat, zal de zwangere in het ziekenhuis bevallen. Er dienen kwaliteitseisen aan de verloskundige afdelingen van de ziekenhuizen te worden gesteld. Een adequate bewaking van de zwangere en de foetus voor en tijdens de baring moet mogelijk zijn. Personele en technische faciliteiten zijn hiervoor noodzakelijk.

Wat de personele voorzieningen betreft: tenminste twee obstetrici, werkend in een medisch samenwerkingsverband, bijgestaan door één of meerdere arts-assistenten, dienen full-time aan de afdeling verbonden te zijn. Het aantal kinderartsen dient zodanig te zijn dat er door hen te allen tijde op een adequate wijze hulp op de verlosafdeling kan worden geboden. Het is gewenst dat de verloskamerafdeling een eigen verpleegkundige staf heeft. Onder de noodzakelijke technische faciliteiten worden verstaan echoscopie, onderzoek van de placentafunctie, vruchtwateronderzoek, foetaal microbloedonderzoek en cardiotocografie. De personele en technische eisen die aan een verloskundige afdeling gesteld worden kunnen aanleiding zijn afdelingen voor ‘verloskunde op medische indicatie’ regionaal te organiseren, hetgeen een zekere concentratie zal betekenen. In Nederland is het aantal ziekenhuizen met minder dan 300 bevallingen per

Tabel 1: Grootte van de verloskundige afdelingen van Nederlandse ziekenhuizen naar het aantal bevallingen in 1975

Aantal bevallingen	Ziekenhuizen	
	Aantal	%
1000 – 2000	15	7.9
500 – 1000	56	29.5
300 – 500	56	29.5
< 300	63	33.1
	190	100

Bevallingen naar plaats en aard van de kraamhulp



jaar de grootste groep, zie tabel 1¹⁰. De aan de verloskundige afdelingen te stellen kwaliteitseisen zullen waarschijnlijk sluitingen in de groep van minder dan 300 bevallingen per jaar tot gevolg hebben. Om deze sluitingen mogelijk te maken zal een herziening van de A-opleiding van verpleegkundigen onder ogen moeten worden gezien.

Ook wanneer beschikt wordt over bovenstaande personele en technische faciliteiten blijft de behoefte aan een ‘Gespecialiseerd Centrum’ (zie definities) dat beschikt over behandelingsmogelijkheden voor obstetrische patiënten met een sterk verhoogd risico en over een Intensive Care Unit voor de behandeling van pasgeborenen. Onderzoekingen tonen aan dat de perinatale sterfte gunstig wordt beïnvloed, indien vrouwen met een sterk verhoogd obstetrisch risico (dreigende partus immaturus, respectievelijk praematurus, ernstige negatieve dyscongruentie, diabetes etc.) reeds voor de bevalling naar een ‘Gespecialiseerd Centrum’ worden overgeplaatst¹¹. De resultaten onderstrepen de noodzaak tot een regionale samenwerking ten aanzien van de obstetrische en de neonatologische intensive care. In dit overzicht werden genoemd de

medische indicatie voor specialistische verloskundige hulp, het samenwerkingsverband tussen vroedvrouw, huisarts en specialist-obstetricus, de reglementering die een dergelijk samenwerkingsverband kan bevorderen, het openstellen van verloskundige afdelingen voor huisartsen en vroedvrouwen, de poliklinische bevalling, de eisen te stellen aan verloskundige afdelingen en de noodzaak van gespecialiseerde afdelingen. Bestudering van deze facetten van de verloskundige organisatie moeten leiden tot het concept van een verantwoorde landelijke verloskundige zorg. Dit concept zal het uitgangspunt moeten zijn voor de besprekingen die de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie moet voeren met de eveneens bij de verloskundige zorg betrokken beroepsverenigingen.

De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde stelt de Curatieve Neonatologie in Nederland¹² zeer duidelijk ter discussie en richt de mogelijkheden aan om gezamenlijk tot een moderne perinatale zorg in Nederland te komen. De contacten met de beroepsverenigingen van de verloskundigen en die van de

huisartsen kunnen eveneens tot een gezamenlijke standpuntbepaling leiden. Eerst wanneer de beroepsverenigingen tot een eenvormig uitgangspunt zijn gekomen kan bij de Ziekenfondsraad het gesprek over een bij de organisatie passende financiering worden geopend. Andere in de verloskundige zorg participerende organisaties als bijvoorbeeld de kruisverenigingen zullen dan in het overleg worden betrokken.

In de te voeren gesprekken is het van belang dat begripsbepalingen eenvormig worden gebruikt. Een ieder die bij de discussie rond de verloskundige zorg is betrokken wordt opgewekt gebruik te maken van een aantal definities, welke werden voorgesteld en overgenomen in de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie en in de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde¹³ (zie de bijlage).

Literatuur

1. Stolk, J. C. en J. C. Seelen (1978). Selectie en concentratie: Ontwikkelingen in de verloskundige organisatie. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 112, 295.
2. Landelijke Huisartsen Vereniging (1976). Beleidsnotitie Verloskundige Hulp.
3. Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1977). Advies inzake de verstrekking van Verloskundige Zorg.
4. Baay, J. H. (1970). Een evaluatie van de poliklinische partus. Het ziekenhuiswezen 43, 360.
5. Lourens, J. (1970). Naar een optimale verloskundige hulp. Med. Contact 25, 960.
6. Alten, D. van (1973). Het Verloskundige Centrum te Wormerveer. Med. Contact 28, 817.
7. Geldorp, G. van en D. van Alten (1974). De organisatie van een Verloskundig Centrum. Med. Contact 29, 466.
8. Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1972). Advies inzake de Verstrekking van Verloskundige Hulp.
9. Alten, D. van en H. P. Verbrugge (1978). Het kraambed. Ned. Tijdschrift voor Geneesk. 122, 5.
10. Ministerie voor Volksgezondheid en Milieu Hygiëne. Voor publikatie gegevens Nederlandse ziekenhuizen 1975.
11. Alten, D. van en J. I. de Bruijne (1978). De intra-uteriene overplaatsing van de jonge prematuur. Ned. Tijdschr. voor Geneesk. 122, 299.
12. Rapport van de Commissie Neonatologie van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (1978). Regionalisatie van de diagnostiek en behandeling van de zieke pasgeborene (curatieve neonatologie) in Nederland.
13. Interimrapport van de Commissie Verloskundige Organisatie van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie en Curatieve Neonatologie van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (1975).
14. Meuwissen, J. H. J. M. (1977). Het kraamhotel, een overweging waard? Med. Contact 32, 985.

1979 internationaal jaar van het kind

Al sinds enige tijd worden voorbereidingen getroffen om het door de Verenigde Naties uitgeroepen Internationaal Jaar van het Kind, 1979, ook in Nederland inhoud en vorm te geven. De minister van CRM treedt daarbij volgens een besluit van de ministerraad als coördinerend bewindsman op. Er is inmiddels een Nationale Commissie Internationaal Jaar van het Kind opgericht in de vorm van een stichting, die de beschikking heeft over een budget van 1,75 miljoen. Tot voorzitter heeft staatssecretaris Mevrouw Kraaijeveld benoemd Mr. Th. H. Bot, voormalig minister van Ontwikkelingssamenwerking, en tot secretaris R. H. Latenstein, directeur van het Nederlands Comité Unicef. Het bestuur van de stichting zal verder worden samengesteld uit mensen met kennis van zaken op het gebied van het kindermishandelen en zal hoogstens uit vijftien personen gaan

bestaan. Een waarnemend lid zal de overheid in dit bestuur vertegenwoordigen. Voor deze beperkte omvang is gekozen terwille van een snelle start en om de slagvaardigheid van de commissie te bevorderen. Het door de VN vooropgestelde doel van het Internationaal Jaar van het Kind is de aandacht te vestigen op de problematiek van vooral de jonge kinderen tot 12 à 14 jaar over de hele wereld en wel speciaal de zwakste en meest misdeelde groepen zoals kinderen in de derde wereld. Er zal geen wereldconferentie worden gehouden en er komt geen wereldactieplan. De nadruk komt te liggen op initiatieven, die door de landen afzonderlijk worden genomen.

De Nationale Commissie in ons land zal niet alleen aandacht van de Nederlandse bevolking vragen voor het kind in de derde wereld, maar ook voor de bedreigde en achtergestelde positie waarin kinderen vaak nog in Nederland kunnen verkeren. Bij dit laatste kan worden gedacht aan culturele minderheden, aan gehandicapte kinderen, aan het verkeersgevaar, aan kindermishandeling, enz.

Verschillenden organisaties in ons land zijn al bezig activiteiten voor 1979 op te zetten. De Nationale Commissie zal deze stimuleren en coördineren, voor welk doel geput kan worden uit de door de regering beschikbaar gestelde 1,75 miljoen.

‘Bestek ’81’ en gezondheidszorg

Hoofddijnen van het financiële en sociaal-economische beleid van het kabinet-Van Agt voor de middellange termijn

Ook op het terrein van de gezondheidszorg stelt het kabinet-Van Agt een aantal maatregelen voor die een bijdrage moeten leveren aan de ombuiging van de collectieve uitgaven.

Maatregelen

De door Van Agt c.s. voorgestelde maatregelen op gezondheidszorggebied vallen uiteen in drie categorieën:

- Het beleid gericht op een betere beheersing van de kosten in de gezondheidszorg en doelmatiger gebruik van voorzieningen zal worden voortgezet.

Daartoe behoort onder meer een beperking van de beddenscapaciteit in algemene ziekenhuizen en het afremmen van uitbreiding van specialismen en de daarbijbehorende voorzieningen in ziekenhuizen. Ook de in uitvoering zijnde maatregelen op het terrein van de geneesmiddelen zullen worden voortgezet. Mede gelet op de algemene werkgelegenheidsdoelstelling zal het stringente tarievenbeleid iets worden versoepeld om de knelpunten bij bepaalde personeelscategorieën op te heffen. Het geheel van bovengenoemde maatregelen zoals dat thans wordt uitgevoerd heeft voor 1977 al een besparing van f 360 miljoen opgeleverd.

- Daarnaast zal het kabinet met de betrokken belangengroeperingen van werkgevers en werknemers in overleg treden om de voor het overheidspersoneel voorgestane matiging van de inkomens ook voor het personeel in de gezondheidszorg

Het kabinet-Van Agt heeft zijn ombuigingsnota af. Als belangrijkste doelstellingen voor het regeringsbeleid in de komende jaren noemt ‘Bestek ’81; hoofddijnen van het financiële en sociaal-economische beleid voor de middellange termijn’: het terugdringen van de werkloosheid tot 150.000 en het verminderen van de inflatie tot 2 à 3% per jaar, het verbeteren van de rendementen van bedrijven en het bevorderen van de investeringen. Met die plannen is zo’n tien miljard gemoeid. Men beoogt daarmee een aanzienlijke beperking van de stijging van de collectieve lastendruk te verwezenlijken zonder het maximaal aanvaardbare structurele financieringstekort te overschrijden. In samenhang daarmee willen Van Agt en de zijnen een inkomensmatiging realiseren.

Een en ander houdt in dat de collectieve uitgaven tot 1981 niet zullen mogen stijgen van f 160 miljard naar f 210 miljard, maar naar f 200 miljard. De bijsturing met f 10 miljard moet voor ruim f 6,5 miljard plaatsvinden in de sfeer van de *sociale zekerheid*, de *gezondheidszorg* en de salarissen in de publieke sfeer en voor bijna f 3,5 miljard in de sfeer van de Rijksbegroting (exclusief de salarissen). Over de gezondheidszorg zegt het kabinet dat het wil streven naar:

- bevordering van een doelmatig gebruik van gezondheidsvoorzieningen en totstandbrenging van een betere beheersstructuur;
- uitbreiding c.q. invoering van eigen bijdragen tot, respectievelijk van, f 10,— per dag bij opname in een AWBZ-inrichting of ziekenhuis voor ongehuwden ouder dan 18 jaar met een eigen inkomen en voor gehuwden die geen (van hen afhankelijke) kinderen hebben, en uitbreiding van de eigen bijdrage in de ziekenfondsverzekeringen op niet-klinische verstrekkingen met een maximum van f 100,— per jaar per zelfstandige gezinshuishouding.

Bijgaand een samenvatting van enige gedeelten uit ‘Bestek ’81’.

door te voeren. Voor de vrije beroepsbeoefenaren (specialisten, huisartsen, fysiotherapeuten enz.) zal in het kader van het prijs/inkomensbeleid deze inkomensmatiging worden betrokken.

- Tenslotte acht het kabinet een uitbreiding van de eigen bijdragen in de AWBZ en de ziekenfondsverzekeringen aanvaardbaar.

Bepaalde bevolkingsgroepen – met name de ongehuwden met een eigen inkomen – kunnen aanzienlijke besparingen in de kosten van levensonderhoud hebben, indien zij worden opgenomen in een inrichting. Een eigen bijdrage van f 10,— per verpleegdag ter compensatie van deze

besparingen voor genoemde groepen wordt aanvaardbaar geacht.

Daarnaast wordt ook een uitbreiding van de eigen bijdragen voor andere verstrekkingen voorgestaan tot een maximum van f 100,— per jaar per zelfstandige gezinshuishouding. Over de hoogte en de technische uitvoering van deze eigen bijdragen in de AWBZ en de ziekenfondsverzekering zal aan de Ziekenfondsraad een gericht advies worden gevraagd.

Ten aanzien van de Rijksuitgaven binnen de *welzijns*sector c.a. wordt onder meer opgemerkt:

Buiten de uitgaven voor sociale voorzieningen (bijstand,

verzetsdeelnemers en vervolgden) noopt de herschikking van prioriteiten tot extra bedragen voor de Rijksbijdrageregeling maatschappelijke hulp- en dienstverlening aan jongeren en jong-volwassenen in verband met de hulpverlening aan drugverslaafden, voor het onderwijsstimuleringsbeleid, voor de volwasseneneducatie alsmede de maatschappelijke dienstverlening. Een en ander vergt bedragen oplopend van f 25 miljoen in 1979 tot f 80 miljoen in 1981. Door het treffen van kostenverlagende maatregelen en door een herziening van de retributieregelingen kunnen besparingen bij de gezinszorg worden gerealiseerd van circa f 45 miljoen in 1981.

Op het terrein van de gezondheidszorg worden besparingen ten opzichte van de geraamde uitgaven nagestreefd bij de geplande uitbouw van openbare gezondheidsdiensten. Een zo efficiënt mogelijke opzet zou tot verlaging van uitgaven in 1981 kunnen leiden van circa f 10 miljoen. Een in 1977 voorgenomen bezuiniging op de eerstelijns gezondheidszorg (kruiswerk) zal gezien het belang en de prioriteit van deze uitgaven worden beperkt.

Effecten

Het kabinet meent, dat het totale bedrag aan beleidsplannen van f 6,5 miljard in 1981 evenwichtig is verdeeld over alle bevolkingsgroepen. Van werknemers, zelfstandigen, overheidspersoneel, uitkeringsgerechtigden en niet meer actieven wordt een bijdrage gevraagd in de matiging van de collectieve uitgaven, daarbij is de koopkracht van de laagstbetaalden gewaarborgd. De voorgestelde maatregelen tonen globaal de volgende matigingseffecten in 1981:

	mln. gld.
A. Algemene maatregelen (1/2% per half jaar)	
- sociale uitkeringen en voorzieningen	1.050
- lonen en salarissen overheids- personeel	1.460
Doorwerking op:	
- pensioenen overheids- personeel	100
- salarissen gezondheids- zorg	410
	3.020
B. Specifieke maatregelen	
I. Werknemers-voorzienin- gen	350

II. Kinderaftrek en kinderbijslag

- 1e fase: integratie kin- deraftrek en kinderbijslag	300
- 2e fase: 16- en 17-jarigen	820
Af: compensatie lagere inkomens	-230
- 3e fase: zelfstandigen	PM
	890

III. Voorzieningen t.b.v. overheidspersoneel

PM

IV. Algemeen gezondheidszorgbeleid

- besparingen uitgaven- pakket ZFW/AWBZ	210
- beddenreductie	500
- afremming functie- uitbreiding	400
- afremming geneesmidde- len-gebruik	215
- doorwerking in IZA, IZR etc.	165
Af: per saldo reeds opgeno- men in sociale meerjarenra- mingen 1978	-360
	1.130

V. Eigen bijdrage sociale ziektekostenverzekeringen op:

- klinische voorzieningen	240
- niet-klinische voor- zieningen	350
	590

C. Effecten volumebeperkende maatregelen

500

D. Bevrozing bejaarden- en invaliditeitsaftrek

	40
totaal (afgerond)	6.500

E. Maatregelen die ter vermindering van opeenstapelingen eerst op langere termijn kunnen worden overwogen (bij volledige realisatie in prijzen van 1981):

- fiscalisering interimrege- ling ziektekosten actief overheidspersoneel (incl. militaire ziektekos- ten-regelingen)	250
- afschaffing in vakantie- uitkeringen van ambte- naren van bedrag per kind	130
- invoering niet- kostwinners-begrip (70% van dagloon)	150
- herziening dagloonregels langlopende uitkeringen oude gevallen (per 1% effect)	60

Wijzigingen Rijksuitgaven ten opzichte van de meerjarenramingen.

	1979	1980	1981
	mln. gld.		
Algemene Zaken	- 3	- 5	- 7
Buitenlandse Zaken	- 9	- 10	- 11
Justitie	- 29	- 50	- 61
Binnenlandse Zaken	- 54	- 154	- 254
Onderwijs en Wetenschappen	- 219	- 352	- 390
Financiën	- 31	- 57	- 90
Defensie	+ 66	+ 155	+ 284
Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening	+ 9	- 298	- 395
Verkeer en Waterstaat	- 209	- 384	- 598
Economische Zaken	- 25	- 54	- 70
Landbouw en Visserij	- 56	- 51	- 64
Sociale Zaken	- 26	- 20	- 72
Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk	- 46	- 74	- 87
Volksgezondheid en Milieuhygiëne	- 16	- 34	- 46
Civiele Verdediging	-	+ 10	+ 20
Wetenschapsbeoefening	- 21	- 42	- 66
Gemeentefonds	- 126	- 257	- 432
Personeelsuitgaven	- 233	- 313	- 400
Correctie loon- en prijsniveau	- 31	- 120	- 247
Totaal	-1.059	-2.110	-2.986

Huisartsgeneeskunde en opleiding

Iedere beroepsopleiding heeft tot doel de leerling op te leiden tot iemand die zelfstandig en op verantwoorde wijze zijn beroep kan uitoefenen. Het zelfstandig functioneren zal een opleiding vragen die voldoende kennis en vaardigheden overdraagt ter uitoefening van het desbetreffende vak. De kwaliteit van zijn werk zal worden bepaald door de wijze waarop hij zijn vak beoefent. Daarbij zal het accent van de verantwoordelijkheid meer liggen op de persoon dan op iets wat van buitenaf wordt opgelegd. Dit vraagt een zodanige attitude van de beoepsbeoefenaar, dat hij zijn persoonlijke verantwoordelijkheidsplicht als een eigen en natuurlijke zaak beschouwt. Zo herkennen we in de opleiding een drietal leerkenmerken: kennis, vaardigheden en attitude. Bij de beroepsopleiding tot huisarts is dit niet anders. De diverse doelstellingen van de huisartsinstituten hebben alle dezelfde strekking. De bedoeling van dit artikel is aan de hand van bovengenoemde leerkenmerken de mogelijkheden en moeilijkheden van de huisartsopleiding op een rijtje te zetten en zo mogelijk via discussies verheldering te krijgen in de (nog) vele duistere gebieden. Zoals gezegd gaat de huisarts uit van:

- a. kennis van het beroep;
- b. functioneren in het beroep;
- c. attitude in het beroep.

Daarbij is kenmerkend voor de huisartsopleiding dat zij meer dan enig andere beroepsopleiding in de geneeskunde in zeer belangrijke mate rekening moet houden met de vooropleiding, in casu de inhoud van het (basis)artsexamen (Ridderikhoff Dokter 1977). Ieder der genoemde

Samenvatting

De huisartsopleiding dient uit te gaan van de opleiding tot basisarts, waaraan een stuk specifieke huisartsgeneeskunde moet worden toegevoegd om van de arts-assistent een aanstaande huisarts te maken. Ieder der onderwijselementen: kennis, vaardigheden en attitude, kent derhalve een (basis)arts-deel en een specifiek huisartsdeel.

In dit artikel wordt nader ingegaan op een aantal typische elementen van het huisarts zijn. De huisartsopleiding dient zich te richten op deze specifieke elementen en de integratie van het arts-zijn in het huisarts-zijn. Voorlopig kan uitgegaan worden van een trias van doelstellingen, die echter uitbreiding, verandering en aanvulling behoeft vanuit het praktijkgebeuren van de afgestudeerde. De nadere uitwerking van leerdoelen kan zowel bijdragen aan een optimale vorm van de opleiding als een bijdrage leveren aan de gewenste evaluatie.

door **J. Ridderikhoff**



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

leerkenmerken valt derhalve uiteen in twee elementen: de 'inhoud' van de basisarts en het specifieke element van de huisartsopleiding.

Kennis van het beroep

1. (basis)artskennis;

2. specifieke kenniselementen van huisartsgeneeskunde.

ad 1. Wat is de kennis van de basisarts? Deze kenniselementen worden globaal omschreven in doelstellingen IV en V van het Raamplan 1974 (Interfacultair Overleg der Nederlandse Faculteiten der Geneeskunde 1974), inhoudende: kennis van ziekten en stoornissen, hun herkenning en beïnvloeding en kennis van normale functies en structuren. Uitdrukkelijk wordt gesteld dat slechts sprake kan zijn van globale doelstellingen en dat nader gespecificeerde doelstellingen aan de afzonderlijke faculteiten dienen te worden overgelaten. De praktische problemen die zich hierbij voordoen zijn onder meer:

- de aan de basisarts te stellen normen kunnen door de snelle ontwikkelingen in de geneeskunde niet anders dan variabel zijn;
- in de opleiding tot basisarts heeft huisartsgeneeskunde slechts een minimale stem;
- de (vaak uiterst) moeilijke aansluiting van het verticale onderwijs in de basisopleiding met het

horizontale in het beroepsonderwijs levert hiaten, die in de kortdurende opleiding (1 jaar) niet steeds adequaat kunnen worden opgevangen.

ad.2. Bij de bespreking van de specifieke kenniselementen van de huisartsgeneeskunde komt meteen de vraag naar voren: 'Wat is huisartsgeneeskunde?' De stelling: 'Huisartsgeneeskunde is al hetgeen huisartsen doen' (Van der Horst 1977) is aanvechtbaar wegens het ontbreken van een sluitende definitie van huisarts alsmede het ontbreken van de aanduiding van plaats, omvang en specificiteit van zijn kennis en handelen. Een aantal criteria kan helpen om een en ander duidelijk te maken. De huisarts onderscheidt zich van zijn collegae uit andere (geneeskundige) vakgebieden door (Ridderikhoff 1976):

- directe toegankelijkheid;
- continuïteit van de zorg;
- het integrale karakter van de zorg;
- zijn functie als gezinsarts;
- zijn persoonlijke relatie;
- het zorgzame karakter

Of: primaire gezondheidszorg kenmerkt zich door een continue relatie van het systeem met individu en/of gezin c.q. de gemeenschap waarvan het individu deel uitmaakt (Huygen 1970). De huisarts dient derhalve in staat te zijn de mens tegen zijn totale achtergrond te bezien en de op hem inwerkende krachten, zowel van binnen als van buiten, kunnen integreren in de beoordeling van het aangeboden klachtenpatroon. Dit betekent het verkrijgen van kenniselementen van maatschappij-, gezins- en arbeidsstructuren benevens die van fysische, chemische en bacteriologische agentia.

'Huisartsgeneeskunde tracht de mens en zijn problemen te begrijpen door individuen en bevolkingen te bestuderen als biologische eenheden, die door maatschappij en cultuur bepaald worden en door de effecten te bestuderen van fysische, culturele en biologische omgevingsfactoren op de mens en omgekeerd van de mens op zijn omgeving.'

Huisartsgeneeskunde tracht een 'trait d' union' te zijn tussen de mens ecologisch gezien en de klinische geneeskunde, tussen de zorgverlening voor en van een populatie en de allerindividueelste behandeling van de allerindividueelste patiënt. Specifieke

kenniselementen kunnen derhalve zijn:

I. Specifieke (relevante) kenmerken van en in een populatie:

- gezondheidsbevorderende factoren;
- ziektebevorderende factoren: sociale, culturele, biologische en fysische factoren.

II. Specifieke kenmerken van het individu:

- gezondheidsbevorderende factoren: de adequatie van zijn ecosysteem;
- ziektebevorderende factoren:
 - a. limitatie van zijn adaptatie aan zijn ecosysteem;
 - b. de veelheid van krachten die inwerken op het cybernetisch systeem van het individu.

Hierin spelen een rol: milieuvloeden, soorten en vóórkomen van ziekten, immuniteitsstatus, de houding tegenover de geneeskunde, de reacties van het individu op behandeling, zijn wens opnieuw de maatschappelijke competitie aan te gaan, enz. De mens is een actieve participant in zijn sociale milieu. Hij schept de wereld, de wereld schept hem.

Functioneren in het beroep

1. functioneren van zijn arts-zijn;
2. specifiek huisartsfunctioneren.
ad 1. Het Raamplan 1974 zegt hierover (Doelstelling III): 'De arts beschikt over de voor zijn beroepsaankomst nodige vaardigheden op het gebied van:

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

Met opzet heb ik hier doelstelling III volledig geciteerd om duidelijk te

maken dat heel veel van het functioneren van de huisarts betrekking heeft op zijn arts-zijn. In het rapport 'Taken van de huisarts' (Commissie Takenpakket LHV 1977) worden 202 items genoemd, waarvan 199 betrekking hebben op het arts-zijn. Tot het functioneren van de arts behoren mijns inziens tevens een tweetal aspecten met betrekking tot de mens tot wie hij zich richt:

I. de zorgplicht. Hieronder versta ik: het met zijn deskundigheid zich beschikbaar stellen voor de ander. Ingebouwd in een eeuwenlang bestaande medische ethiek, lijkt deze plicht vanzelfsprekend. Het lijkt goed om in deze tijd van veranderende normen en waarden deze taak nog eens expliciet te vermelden.
II. de relationele intermenselijke contacten met individuen. Hieronder wil ik verstaan (verkort citaat uit SOH-rapport (Interfacultaire Werkgroep Specifieke Opleiding Huisartsen 1975):

- inlevingsvermogen van de arts: zijn interesse en empathie;
- relationele begaafdheid: aangaan van een beiderzijds gewenste relatie, inzicht in motieven en inzicht in het verwachtingspatroon van de ander;
- inzicht in eigen gedrag: zelfkritiek en onderwerping aan andermans kritiek, bereidheid tot gedragsveranderingen.

ad 2. Specifiek huisartsfunctioneren. De specificiteit van het huisartsfunctioneren gaat meestal uit van de volgende factoren:

- a. directe en ongekwalificeerde toegankelijkheid van de patiënt tot de huisarts;
- b. continuïteit in de persoonlijke zorgverlening van de arts aan de aan zijn zorg toevertrouwde patiënten;
- c. integraal karakter van de zorg;
- d. selectiemogelijkheden;
- e. coördinatie in eerstelijns therapeutisch team.

ad 2.a. Deze door Scott vermelde kwalificatie (Ridderikhoff 1976) van het huisartsfunctioneren geldt ongetwijfeld voor zijn land (Groot-Brittannië) en het onze, maar is zonder meer niet geldig voor andere landen (bijvoorbeeld België, Duitsland). De kwalificatie is derhalve afhankelijk van het

gezondheidszorgsysteem waarin de huisarts functioneert. Zijn plaatsbepaling is meer door politieke en maatschappelijke factoren bepaald dan door hemzelf. (Het afwegen van de merites van de verschillende gezondheidszorgsystemen valt buiten het kader van dit artikel).

De ongekwalificeerde toegang door de patiënt wordt in de meeste gemeenschappen als een verworven sociaal recht ervaren. Tevens echter draagt dit verworven recht bij tot een duidelijk dilemma. Immers het ongekwalificeerd-zijn betreft de arts. De patiënt kwalificeert zichzelf tot zijn toegankelijkheid tot het medische systeem. Krachtens zijn 'Hippocratische eed' verbindt de arts zich zich te onderwerpen aan deze, buiten hem om tot stand gekomen, kwalificatie.

In het algemeen zal de arts zich hier kunnen conformeren aan geldende morele normen van en binnen zijn gemeenschap. Problematisch wordt het indien de arts, wat zijn persoonlijke overtuiging ook moge zijn, zich vrij dient op te stellen tegenover de moraalssystemen: daar waar hij (medisch) ethicus is. Hier is hij niet de leidsman maar de verschafter van een objectieve analyse. Maar in hoeverre wordt de arts, die uitgaat van bijzondere situaties, gesteund door analyses van algemeen geldende beginselen en begrippen? Ik vrees dat ten aanzien van deze vraagstukken (denkend aan vraagstukken van leven en dood: abortus, euthanasie, maar ook wel of niet hulpverlening) de medicus flink in de kou staat. Het aandachtsveld van de huisarts, meer misschien nog dan ieder van zijn vakbroeders, zal zich dienen te richten op moraalfilosofie en medische ethiek.

ad 2.b. De patiënt gaat met de huisarts een persoonlijke relatie aan. Hij draagt hem op te waken over zijn gezondheid, hem zoveel mogelijk te behoeden voor ziekten of, bij mislukken van de preventie, de meest geëigende middelen aan te wenden ter bestrijding van de ziekte; en mocht dit laatste onverhoopt mislukken, dan verwacht de patiënt een begeleiding tot zijn levenseinde. De continuïteit van de persoonlijke zorgverlening is derhalve een 'contract' dat de patiënt impliciet met zijn geneesheer afsluit bij het aangaan van de relatie. Het 'contract' berust op wederzijds vertrouwen en is zodoende

persoonsgebonden. Omgekeerd gebruikt de huisarts deze continuïteit bij zijn kennis van het morbiditeitspatroon in de praktijkpopulatie. De huisarts die prevalentie vertaalt in zorg, begeleiding en incidentie in geneeskundig handelen. De huisarts die staat tussen epidemiologie en (klinische) geneeskunde en van beide weet moet hebben. De huisarts ook, die de factor tijd gebruikt als diagnostisch, therapeutisch en organisatorisch gereedschap. Deze continue, persoonlijke zorg is derhalve een wezenskenmerk van de huisarts.

Het vraagt daarom ook, naast zijn 'arts-kennis', een flink deel relationele, intermenselijke vaardigheden. Vaardigheden die, merkwaardigerwijze, niet of nauwelijks tot zijn bagage als arts kunnen worden gerekend. Ook hier echter maatschappelijke storingsbronnen. De toenemende migratie, de fluctuatie in de praktijkpopulatie, dreigen de continue zorg steeds meer te doen veranderen in discontinue zorg, daarmee het huisartsfunctioneren problematisch makend. Discontinuïteit is wezensvreemd aan het huisartsfunctioneren.

ad 2. c. Integraal karakter van de zorg. 'Integraal' betekent zowel: 'op zichzelf bestaand' als: 'Één geheel vormend'. Beide betekenissen spelen een rol in het huisartsfunctioneren. In de eerste betekenis heeft het betrekking op het huisarts zijn, het vak 'huisartsgeneeskunde'. Daarmede bestaat er een dilemma. Terugtrekking op de eigen discipline brengt het gevaar mee van eenzijdigheid, verlies van het brede zicht, 'the way of seeing', verlies van generalistische geneeskunde die huisartsgeneeskunde beoogt te zijn. Het is juist deze 'way of seeing' (fenomenologie) die de huisarts ten dienste staat indien (nog) geen eigen wetenschappelijke basis ontwikkeld is, mits dit 'zicht' niet wordt verduisterd door de zelf opgetrokken muren van machteloosheid. Anderzijds kan geen eigen basis ontwikkeld worden zonder een gezamenlijk beraad, een terugtrekking op de eigen discipline. Het open blijven opstellen naar vele richtingen, het samenwerken en denken met anderen, kan de huisarts uit zijn dilemma helpen. In de tweede betekenis heeft

'integraal' betrekking op de arts-patiëntrelatie. Hierin spelen een rol: de communicatie met de patiënt, 'cure and care', de kennis van de sociale, biologische en culturele achtergronden van de patiënt (patiënts ecosysteem). Daarbij heeft de huisarts het recht, nee de plicht, aan de patiënt ook zijn limitaties van het eigen ecosysteem, van eigen bekwaamheden mede te delen. Het geven van zorg betekent niet het overnemen van de verantwoordelijkheid, maar het samen delen. 'Integraal' kan hier opgevat worden als: het samen op weg zijn in gezondheid en bij ziekte.

ad 2. d. Selectiemogelijkheden. De huisarts vervult bij uitstek een 'poortfunctie'. Hij is de portier die zijn patiënten de weg wijst in het – door de buitenstaander als doolhof beleefde – gebied der geneeskunde. Zijn kennis als arts, de nauwe relaties die hij onderhoudt met zijn collegae uit de nevenstaande vakgebieden, dienen borg te staan voor een optimale bewegwijzering. Daarnaast kan hij zijn vakgenoten behulpzaam zijn met het verstrekken van voldoende relevante informatie over de patiënt. Veel onnodig medicaliseren kan voorkomen worden door een betere communicatie tussen de verschillende echelons.

Naast het 'medicaliseren' (instroom in medisch kanaal) heeft de huisarts tevens de functie van het 'ontmedicaliseren'. Dit betekent een stuk begeleiding en bewaking van de patiënt in het geneeskundig gebeuren, waarbij de huisarts niet alleen een vertaalfunctie heeft maar ook een zorg voor de begeleiding terug naar thuis, naar de gemeenschap. De huisarts als de poort waardoor men zowel naar binnen als buiten gaat. Daarnaast vervult de huisarts nog een zeer speciale selectiefunctie, namelijk in zijn samenwerken met andere disciplines (paramedisch, farmaceutisch, sociaal). Daar dit niet onmiddellijk uit zijn artsenopleiding volgt, wil ik dit in het volgende specifieke element benoemen.

ad. 2. e. Coördinator in eerstelijns therapeutisch team. De huisarts, opererend in het grensgebieden tussen gezondheid en ziek-zijn, vervult hierin (grensgebieden) vaak een bemiddelende rol. Hij (zij) is de man (vrouw) die de patiënt voorlicht over gezondheidsbevorderende en

ziekmakende factoren vanuit het milieu, de gemeenschap. Dit betekent ook, dat hij de patiënt dient aan te geven op welke wijze deze factoren te beïnvloeden zijn. Aangezien deze factoren op diverse (en veelal niet-medische) terreinen liggen, ligt het voor de hand dat de huisarts contact zal zoeken, samen gaat werken met hulpverleners uit andere disciplines, zoals paramedische werkers (bijvoorbeeld apothekers, maatschappelijk werkers). Daar de inhouden van deze vakgebieden veelal buiten het zicht en de kennis van de huisarts vallen, zal hij zijn vertaalfunctie (naar de patiënt en naar de andere hulpverlener) slechts dan optimaal kunnen vervullen indien hij in nauw en regelmatig overleg werkt met deze andere eerstelijns werkers. De wijze waarop dit 'therapeutische team' het best kan functioneren staat nog geenszins vast. Dat een dergelijk team een taak heeft in de eerstelijns gezondheidszorg, is door velen reeds herhaaldelijk aangetoond. Dat de huisarts hierin een eerste coördinerende functie heeft lijkt mij, gezien de 'Hippocratische eed', voor de hand liggen. Resumerend ten aanzien van het huisartsfunctioneren kan men zeggen:

- De huisarts dient in staat te zijn om samen met de hulpvrager na te gaan wie voor de diagnose en behandeling de meest aangewezen hulpverlener is.
- De huisarts dient in staat te zijn een hulprelatie aan te gaan binnen de mogelijkheden die hij vanuit zijn beroep heeft.
- De huisarts dient in staat te zijn om gemeenschappelijk met andere hulpverleners aan eenzelfde taak te werken.
- De huisarts dient in staat te zijn veranderingen in de geneeskunde, de gezondheidszorg en de maatschappij bewust te ondergaan en eraan bij te dragen.

Attitude in het beroep

Payne waarschuwde reeds, dat de kwaliteit van het medisch werk niet wordt bepaald door procescriteria van onveranderlijke en absolute waarden maar door 'een samenspel van opleiding, ervaring, sociale en economische factoren, kenmerken van de patiënt, morbiditeitsgegevens en persoonlijke voorkeuren' (Payne 1967). Het zijn niet de uitspraken van 'experts' of 'panels van experts' die

de waarde van het werk bepalen (Wagner e.a. 1976) maar het zelf kunnen en willen zoeken naar een optimale beroepsuitoefening, gedreven vanuit een innerlijke attitude, te definiëren als: 'een positieve of negatieve innerlijke reactie ten opzichte van een aanwijsbare abstractie of concrete zaak of stelling' (L. S. Wright Crombach e.a. 1975).

In deze zin is de beroepsattitude van de arts een der belangrijkste bouwstenen voor zijn werk. Immers, indien geen innerlijke reactie optreedt ten opzichte van welke aangeboden zaak ook, wanneer innerlijke prikkels geen respons (meer) geven, dan treedt verschraling in het werk en kwaliteitsdaling op.

Attitude:

1. van het arts-zijn,
2. specifiek voor huisarts.

ad 1. De attitude van de arts geeft richting aan zijn zoeken naar een optimale beroepsuitoefening en kwaliteitseisen in zijn geneeskundige arbeid. Als zodanig draagt hij zorg voor een verdieping van zijn functioneren in het medisch model. Binnen het medisch model is te onderscheiden (Van der Kooy 1972):

- a. het model van de mens, voor zover de medicus daarmee te maken heeft;
- b. het model van de werkwijze van de medicus;
- c. het model van de medicus zelf, van de mens die als medicus bezig is.

Waar het model reeds een reductie is van de werkelijkheid, is het medisch model weer een extra reductie, waar het zich richt op bestudering van het geïsoleerde systeem mens en zijn sub- en sub-sub-systemen. Systemen, vooral bepaald door disciplines, die per definitie eenzijdig zijn. Disciplines die, meer historisch dan door de praktijk bepaald, een groep ivorens hebben opgericht waartussen de verbindingen uiterst moeizaam en schaars zijn/worden (Leenen & Roscam Abbing 1974). Indien we echter stellen: 'De functionerende mens is een ondeelbare eenheid en een beoordeling van die eenheid kan tenslotte slechts plaatsvinden via analyse met integratie van alle verschijnselen, die bij dit functioneren zich aan ons voordoen'¹³, dan zal de huisarts zich in het horizontale, medische,

mono-disciplinaire model maar ten dele thuisvoelen.

ad 2. De huisarts-patiëntrelatie voltrekt zich op een longitudinaal (lengte in tijd) en integraal plan. Beiden in hun mens-zijn elkaar als betekende, waarderende en agerende wezens beschouwend, staande in een voortdurende wisselwerking met het milieu. Deze holistische benadering plaatst de huisarts (en zijn patiënt) in een ander modelbegrip dan het medische. Opgeleid in een natuurwetenschappelijk en exact gericht wetenschappelijk kader zal zijn hulpverleningsgedrag in aanzienlijke mate hierdoor worden bepaald. De huisarts bevindt zich in het grensgebieden van monodisciplinaire (overzichtelijk, hanteerbaar, kwantificeerbaar) en sociaal, inter-multi-disciplinaire benadering (Leenen & Roscam Abbing 1974). Of anders gezegd: de huisarts staat met het ene been in het 'horizontale (laag) model' en met het andere in het 'vertikale (holistische) model' (Kuiper 1974). Dit laatste door Kuiper ontwikkelde gezondheidkundig mens-milieu-model past meer en beter bij een 'huisartsmodel'.

Welk model gebruikt zal worden mag niet louter van de voorkeur van de onderzoeker of de praktische hulpverlener afhangen. De situatie van de gestagneerde of bedreigde mens zelf dient in belangrijke mate mede te bepalen hoe zijn probleem moet worden aangepakt, indien men althans oplossingen wenst die aansluiten op zijn werkelijkheid¹². De attitude van de huisarts is gericht op zijn actieve, holistische benadering van de patiënt, waar hij een longitudinale relatie mee heeft opgebouwd.

De beroepsopleiding tot huisarts richt zich op:

- I. de specifieke elementen in de huisartsgeneeskunde;
- II. de integratie van het arts-zijn in het huisarts-zijn.

Dat dit laatste (vaak) nog vele problemen oplevert, leert de ervaring. Nog te vaak concentreert men zich in de discussie (en het beleid) op tegenstellingen tussen de gevestigde disciplines, terwijl bestaande overeenkomsten weinig of geen

aandacht krijgen. Binnen het kader van de huidige mogelijkheden zal de huisartsopleiding tenminste omvatten:

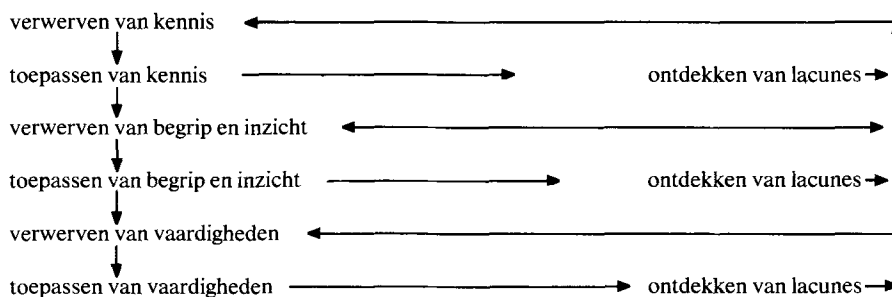
1. Integrale en longitudinale behandeling van zieken;
2. Medisch-technische kennis en vaardigheden;
3. Intermenselijke relationele kennis en vaardigheden.

Uitgaande van de stelling, dat iedere beroepsopleiding tot doel heeft de student op te leiden tot een vakgenoot die zelfstandig en op verantwoorde wijze zijn beroep kan uitoefenen, dienen doelstellingen en programma's hiervan uit te gaan. Anders gezegd: de student in staat stellen zijn eigen mogelijkheden, bekwaamheden en lacunes te ontdekken (attitude). We kunnen de *leerprocesgangen* schematisch weergeven (zie *bijgaande figuur*). In hoeverre tegemoetgekomen wordt aan bovengenoemde trias dan wel uitbreiding nodig is zal door de ervaringen van de opgeleide huisarts in zijn praktijkgebeuren duidelijk moeten worden. Deze ervaringen vanuit het werkelijk gebeuren zullen terugvertaald dienen te worden in op te stellen en nader uit te werken leerdoelen voor de beroepsopleiding. Vanuit deze inhoudelijke bepaling van het onderwijs kan gekomen worden tot een vorm (stages, cursussen enz.) die het meest aansluit bij de specifieke doeleinden van huisartsgeneeskunde, alsmede bijdragen aan evaluatie van het gegeven onderwijs. Daarbij dient het voornaamste doel te zijn: nieuwe huisartsen te vormen, die in staat zijn nieuwe dingen te doen, die niet domweg herhalen wat andere generaties ook al deden.

Literatuur

- Bruhn J. G., Human Ecology in Medicine. *Environm. Research* 1970, 3, 37-53.
 Campbell A. V., Morele dilemma's bij de geneeskunde. De Toorts, Haarlem 1974.
 Commissie Takenpakket LHV, De taken van de huisarts. *Medisch Contact* 1977, 32, 765-790.
 Crombach H. F. M. e.a., Rapport Commissie Kwaliteitsmaatstaven Onderwijs. RU Leiden 1975.
 Dokter H. J., Enkele opmerkingen over de relatie tussen de opleiding tot arts en huisarts en de gezondheidszorg. *Erasmédica*, nr. 4, bijlage.
 Horst F. van der, Onderzoek en Huisartsgeneeskunde. Discussienota, maart 1977 (ongepubliceerd).
 Huygen F. J. A., Huisarts in Europees

Leerprocesgangen



- perspectief. *Huisarts en Wetenschap* 1970, 13, 337-339.
 Interfacultair Overleg der Nederlandse Faculteit der Geneeskunde, Raamplan 1974. *Medisch Contact* 1974, 29, 1017-1021.
 Interfacultaire Werkgroep Specifieke Opleiding Huisartsen, Rapport Specifieke Opleiding Huisartsen. April 1975.
 Kooy S. van der, Wat moet de huisarts met die modellen? *Huisarts en Wetenschap* 1972, 15, 384-389.
 Kuiper J. P., Horizontale en verticale modellen in de gezondheidszorg. *Medisch Contact* 1974, 29, 367-374.
 Leenen H. J. J. en E. W. Roscam Abbing, Modellenstrijd in de gezondheidszorg. *T. Soc. Geneesk.* 1974, 52, 2-6.
 Payne B. C., Continued evolution of a system of medical care appraisal. *JAMA* 1967, 201, 535-540.
 Ridderikhoff J., De beroepsopleiding tot

- huisarts, wat is dat? *Medisch Contact* 1976, 31, 1603-1613.
 Ridderikhoff J. en H. J. Dokter, Wat is er mis met de beroepsopleiding tot huisarts? *Medisch Contact* 1977, 32, 133-135.
 Sargent F. en D. B. Shimkin, Biology, Society and Culture in Human Ecology. *Bioscience* 1965, 5, 512-517.
 Thiadens A. J. H., Arts en patiënt: collega. *Medisch Contact* 1974, 29, 861-864.
 Wagner E. H. e.a., Influence of training and experience on selecting criteria to evaluate medical care. *New Engl. J. of Medicine* 1976, 294, 871-876.
 Working party 2nd European Conference: The General Practitioner in Europe Report. *Medical Education* 1976, 10, 235-236.
 Zielhuis R. L., Gezondheidsecologie I. *T. Soc. Geneesk.* 1971, 49, 90-98.
 Zielhuis R. L., Gezondheidsecologie II. *T. Soc. Geneesk.* 1971, 49, 133-142.

Nieuwe stempelbanden Medisch Contact 1977

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

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



Hoe groot is de afstand tussen ziekenhuis en thuiszorg?

De afstand tussen thuiszorg en ziekenhuis is klein

Het is onthullend in Medisch Contact nr. 22/1978, blz. 693 een discussiestuk te lezen van de twee huisartsen, de Utrechtse hoogleraar Van Es en de Utrechtse lector De Melker; het lijkt dat zij in artikelen willen lezen wat zij denken, meer dan wat in die artikelen staat geschreven.

De schrijvers zijn ernstig verontrust, omdat zij menen dat geen kennis is genomen van de ontwikkeling binnen de eerste lijn. Zij kunnen zich bovendien niet aan de indruk onttrekken dat het ziekenhuis zijn machtsgebied poogt te vergroten in plaats van dit te doen aansluiten op de eerstelijns hulpverlening. Het zijn onjuiste conclusies getrokken uit de stukken in Medisch Contact nr. 2/1978, blz. 42 en Medisch Contact nr. 9/1978, blz. 273.

Het moet Van Es en De Melker voorts van het hart dat 'de stelling, dat het kind in het ziekenhuis komt als de behandeling niet langer aanslaat of als het kind dood gaat niet goed is te noemen en dat de voorkeur wordt gegeven aan thuis sterven'. Het thuis zijn van het kind - en als het moet sterven dat dat thuis gebeurt - dát is nu juist de kern van de psychosociale zorg om het ernstig zieke kind, zoals deze in het Emmakinderziekenhuis wordt nagestreefd.

In beide laatst genoemde stukken wordt namelijk gesteld dat de positie van de huisarts en de wijkverpleegster verder moeten worden versterkt. Zij hebben de centrale plaats in de zorg om het kind als deel van het gezin. Juist omdat een huisarts een kind met zeer ernstige ziekten zeer zelden ziet moet hij goed worden geïnformeerd, ook wanneer die informatie vanuit een verwijderd specialistisch centrum

door **Dr. P. A. Voûte, kinderarts**

moet komen. Met een dergelijk centrum ontbreken de normale, plaatselijke, sociale informatiecontacten.

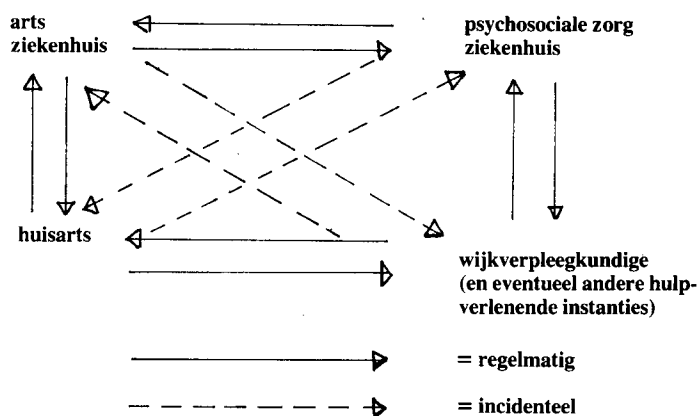
Bij de 'Blik-in' het Kinderoncologisch Centrum Amsterdam werd juist door Last de thuiszorg centraal gesteld volgens een eenvoudig informatiemodel (zie onder).

De arts in het ziekenhuis informeert de huisarts en omgekeerd. Zij spreken min of meer elkaars taal. De arts in het ziekenhuis is gewend aan de taal van de psychosociale zorgverleners in het ziekenhuis, op dezelfde wijze als de huisarts gewend is aan de taal van de wijkverpleegster in zijn praktijkgebied.

Verondersteld wordt dat de wijkverpleegster gemakkelijker contacten kan hebben met de

'psychosociale zorgsituatie' in het ziekenhuis, zeker als het psychosociale team in dat ziekenhuis sociaal verpleegkundigen in de sterkte heeft. Met dit model wordt voorkomen dat de tijd bestemd voor 'de zorg' in gepraat tussen disciplines die elkaar maar half verstaan wordt verspild.

De patiënt wordt in het model via de huisarts ingevoerd. Het is voor te stellen dat de patiënt ook regelrecht contact zal zoeken met het behandelingscentrum. In een sterk gespecialiseerd centrum als een kinderoncologisch centrum zullen de ouders van de patiënt en de patiënt zelf veelal meerdere artsen kennen en dat maakt de gerichte toegankelijkheid vaak beter. Dit is des te plezieriger omdat de eigen huisarts niet altijd is te bereiken. De huisarts is de vertrouwensman en zijn waarnemer is dat niet. Maar het centrum blijft altijd tot taak hebben direct de huisarts te informeren op



dezelfde wijze zoals de psychosociale afdeling de psychosociale zorg tot taak heeft het thuisfront te informeren.
Het lijkt erop dat men in het kader van

het project verder is dan de geciteerde hoogleraar en lector met betrekking tot de plaats die aan de huisartsen toekomt. Het zou aardig zijn erover te filosoferen of dit komt doordat de

huisarts belangrijk wordt geacht of doordat het ziekenhuis ontdekte dat het de zorg op afstand niet adequaat kon geven. Dit doet aan de validiteit van het project niets af.

Hoe sterk zijn de territoriale gevoelens in de gezondheidszorg?

1. Inleiding

In het artikel 'Hoe groot is de afstand tussen ziekenhuis en thuiszorg?' reageren Van Es en De Melker (MC nr. 22/1978, blz. 693) op een aantal artikelen over psychosociale zorg in en vanuit ziekenhuizen. Op mijns inziens vluchtige wijze gaan de auteurs in op mijn artikel over 'De opgave van het ziekenhuis bij de ontwikkeling van psychosociale zorg' (MC nr. 9/1978, blz. 273). Aan mij worden opvattingen toegeschreven die ik niet heb en gemakshalve word ik met de auteurs van enkele andere artikelen op een rij gezet van scribenten die samenscholen met de groter wordende groep medische specialisten aan het steeds geringer wordend aantal bedden der patiënten, om 'het machtsgebied' van het ziekenhuis te vergroten (zie blz. 695).

Opmerkelijk is dat de auteurs zich verontrust tonen over mogelijke machtsmanoeuvres van het ziekenhuis en voor de huisarts de centrale plaats van 'poortwachter' in de gezondheidszorg opeisen. Zonder deze centrale plaats in twijfel te willen trekken, wil ik erop wijzen dat de auteurs op een vrij directe wijze het territorium van de huisarts pogen te beveiligen en in belangrijke mate aan een mogelijke belangen- en machtsstrijd participeren. Het is juist dit spel om belangen en dus ook om macht in de gezondheidszorg dat veraf staat van het belang van de patiënt en van de kwaliteit van de zorg. De auteurs verfraaien en idealiseren mijns inziens in hun artikel de mogelijkheden en de praktijk van de huisartsgeneeskunde ten aanzien van de psychosociale zorg van specifieke problemen in de kinder- en jeugdzorg.

2. Het ziekenhuis verandert

De auteurs beroepen zich in het begin

door **Dr. W. H. G. Wolters**

van hun artikel op Querido (1959) en diens opvattingen die slechts ten dele gevolgd zouden worden door de schrijvers van de bovengenoemde psychosociale artikelen. Inderdaad verschil ik van mening met betrekking tot Querido's opvatting 'over de plaats waar hulp geboden dient te worden'. In mijn artikel is overigens noch Querido noch de 'bolstaande' Nederlandse en internationale literatuur aan de orde geweest. Bovendien zou het een weerwoord vergemakkelijken wanneer de auteurs zouden hebben aangegeven om welke literatuur het ging. Mijn artikel was geen literatuurstudie, slechts een sterk door de praktijk onderbouwde beschouwing. Querido's opvatting wordt mijns inziens als een ex cathedra-stelling naar voren geschoven, omdat hij past in het kader van de positie van Van Es en De Melker. Ook wanneer men grote waardering kan hebben voor het werk van Querido zal het toch nog moeilijk zijn niet te zien dat er de laatste twintig jaar ook in het ziekenhuis veel is veranderd. Veranderingen in ziektevormen, in onderzoek en behandelingen hebben ook om een andere psychosociale benadering gevraagd. Elders heb ik dit beschreven voor het gebied van de kindergeneeskunde (Wolters, 1976). Daarom is het in mijn ogen erg pretentius wanneer de auteurs met een beroep op de literatuur een gebied van zorg claimen dat volgens hen oud is en reeds lang bekend. Er blijkt in de praktijk een immense afstand tussen dat wat in de literatuur wordt gesteld en dat wat in de praktijk van de huisarts als begeleiding kan worden gerealiseerd! Er blijkt ook een grote afstand in de praktijk tussen dat wat

men zou willen doen en dat wat men werkelijk kan doen.

Van Es en De Melker geven niet duidelijk aan wat de inhoud is van de psychosociale begeleiding zoals die door huisartsen in het veld van de kinder- en jeugdpsychologie moet worden gepraktiseerd. Om welke specifieke groepen gaat het? Welke methoden worden gehanteerd, etc? Te weinig duidelijk omschreven wordt naar mijn mening het begrip 'begeleiding' gehanteerd.

Voorbeeld I

De begeleiding van kinderen en adolescenten met cystic fibrosis komt pas de laatste jaren op gang. Juist vanuit de samenwerking tussen kinderarts en psychosociale medewerkers in het ziekenhuis werden hiervoor ervaringen opgedaan. Toen wij drie jaar geleden gespreksgroepen met ouders vormden van kinderen met cystic fibrosis (Sinnema, Wolters, in druk) melden enkele ouderparen dat hun huisarts niet van het bestaan van de ziekte cystic fibrosis op de hoogte was en daarom verwijzing naar de kinderarts weigerde. De psychosociale begeleiding van kind en ouders kon dan ook niet aan de orde komen.

Voorbeeld II

Het onderzoek (zowel medisch als psychosociaal) en de aanvankelijke begeleiding van het zeer jonge geretardeerde kind (0-4 jaar) dient in speciale afdelingen plaats te vinden waar de samenwerking tussen kinderarts, biochemicus, psycholoog en maatschappelijk werkster optimaal is. Nog vaak worden jonge geretardeerde kinderen laat of zeer laat ingestuurd voor screening en begeleiding (Janssens, 1977).

Voorbeeld III

De behandeling van jonge adolescenten met langdurige enuresis, zoals deze door Messer (in druk) in het Wilhelmina Kinderziekenhuis is

geëntameerd, is mijns inziens duidelijk een nieuwe aanpak die tot dan toe nog niet in dit land is gerealiseerd. Zij kan alleen maar tot stand komen in een ziekenhuis waar nauwe samenwerking bestaat tussen kinderarts en psychosociale medewerkers.

Zo zijn er vanuit de praktijk van de kindergeneeskunde talloze voorbeelden te geven van probleemgebieden waarin (nog) niets gebeurt aan onderzoek en begeleiding van kind en ouders. Ik noemde reeds eerder de psychosociale problematiek van kinderen in haemodialyse en de kindercardiologische problemen. Maar ook zijn te noemen de problemen bij kinderen met de ziekte van Crohn, jonge suïcidale adolescenten (na reanimatie), kinderen die met beschadigingen de intensive care verlaten, kinderen die lijden aan obesitas etc. Wanneer Van Es en De Melker stellen dat psychosociale problemen bij kinderen meestal een 'alarmsignaal' zijn van gezinsproblemen, gaan zij voorbij aan die groep kinderen en adolescenten bij wie psychosociale problematiek primair een gevolg is van de lichamelijke situatie! Het is juist deze groep die dikwijls moeilijk is te begeleiden en waarvoor intensief interdisciplinair onderzoek en begeleiding nodig zijn. Dat gezinsreacties bij de verwerking van dit soort problemen van invloed zijn komt mij niet als een inspirerende nouveauté voor . . .

3. De beperkingen in de huisartsenpraktijk

De mogelijkheden van de huisarts om vanuit een solitaire situatie te komen tot daadwerkelijke begeleiding van *speciale psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen* wordt mijns inziens met de dag eerder kleiner dan groter. Immers, de problematiek die zich presenteert wordt complexer en gedifferentieerder. Nieuwe methoden van behandeling en begeleiding vragen veel tijd en ervaring. Samenwerking in een groep is dikwijls nodig. Het blijkt ons juist dat huisartsen met grote regelmaat heel eerlijk stellen dat zij geen tijd hebben voor begeleiding. Trouwens, het blijkt ook dat de kennis bij huisartsen ten aanzien van kinderen jeugdproblemen dikwijls nog zeer gering is. Het is opvallend – maar zeer

begrijpelijk – hoe moeilijk het is voor huisartsen om in te gaan op een uitnodiging in het ziekenhuis een patiënt te bespreken. Bovendien zijn in de eerste lijn vooralsnog de mogelijkheden voor samenwerking met bijvoorbeeld maatschappelijk werkster en psycholoog zeer beperkt (De psycholoog in de eerste lijn, 1977) en vooralsnog slechts in enkele centra gerealiseerd.

Naar mijn stellige overtuiging is het een vorm van magisch denken, te blijven stellen dat de huisarts degene is die voor de begeleiding van alle psychosociale problemen de aangewezen figuur is. Dit is een vorm van wishfull thinking die niet aansluit bij de realiteit. Nieuwe kennis en ervaring in de gezondheidszorg krijgt in belangrijke mate gestalte in ziekenhuizen of andere specialistische centra waar men dikwijls een concentratie van nieuwe kennis en ervaring aantreft. Zonder het ziekenhuis een speciale machtsplaats te willen geven, zal het ziekenhuis zeker van zeer groot belang blijven bij de ontwikkeling van de gezondheidszorg en dus ook bij de ontwikkeling van psychosociale zorg. Dit geldt met name voor academische ziekenhuizen en de grotere ziekenhuizen met een meer regionale betekenis.

4. Flexibele samenwerking tussen ziekenhuis en eerste lijn

De afstand tussen ziekenhuis en thuiszorg kan en moet inderdaad nog opmerkelijk kleiner worden! Zowel het ziekenhuis als de eerste lijn hebben groot belang bij een vorm van samenwerking die meer gericht is op de patiënt en minder op het eigen systeem. Wanneer dit echter betekent dat er een vorm van samenwerking komt of blijft die er vooral op uit is de partner te gedogen of te gebruiken, zit er mijns inziens weinig groeikracht in dit samenwerkingsmodel. Daarom kan in de samenwerking tussen ziekenhuis en eerste lijn verder worden gegaan door het verlenen van consultatie of het geven van adviezen. Deze vormen van samenwerken kunnen in een aantal gevallen voldoen, maar de openheid zou er moeten zijn om in andere gevallen gezamenlijke beslissingen te nemen, vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Dat de huisarts de centrale en

coördinerende rol moet hebben en houden bij de zorg voor de patiënt staat *buiten kijf*, dat vrijwilligers een taak kunnen hebben bij de medisch-psychosociale hulpverlening is alleen maar toe te juichen. We dienen er echter voor te waken dat machtsstrijd in de gezondheidszorg – de spoeling wordt ook daar dun! – belangenstrijd en het cultiveren van territoriumgevoelens ertoe leiden dat zoveel energie wordt opgeslokt door oneigenlijke discussies, waardoor we aan werkelijke vernieuwing en kwaliteitsontwikkeling in die gezondheidszorg niet meer toe komen.

Literatuur

De Psycholoog in de eerste lijn. Brochure voorjaarsconferentie juni 1977. Nederlands Instituut van Psychologen, Amsterdam, 1978.

Van Es, J. C., R. A. de Melker. Hoe groot is de afstand tussen ziekenhuis en thuiszorg? Medisch Contact nr 22/1978.

Janssens, J. M. A. M. Begeleiding van ouders van geestelijk gehandicapte kinderen. Swets & Zeitlinger, Amsterdam, 1977.

Messer, A. P. De intensieve trainingsmethoden (in druk).

Querido, A. Prognose en katamnese. T. Soc. Gen. (1959), 37, 69.

Sinnema, G., W. H. G. Wolters. Ouderbegeleiding van het jonge kind met C. F. Ervaringen van twee groepen ouders (in druk).

Wolters, W. H. G. De opgave van het ziekenhuis bij de ontwikkeling van psychosociale zorg. Medisch Contact nr. 9/1978.

Wolters, W. H. G. Ontwikkeling van psychosociale zorg in de kindergeneeskunde, in: Ontwikkeling van psychosociale zorg in ziekenhuizen, red. W. H. G. Wolters, Bosch & Keuning, Baarn, 1976, 48-71.

In een afzonderlijke nabeschatting zullen Prof. Van Es en Dr. De Melker nog een keer terugkomen op de hier besproken problematiek (Red. MC).

Tuchtrechtspraak voor notarissen, advocaten en registeraccountants

Alle notarissen, advocaten en registeraccountants zijn onderworpen aan een wettelijk tuchtrecht. Voor notarissen is dit geregeld in de Wet op het notarisambt van 9 juli 1842 (Stb. 20), voor advocaten in de Advocatenwet van 23 juni 1952 (Stb. 365) en voor registeraccountants in de Wet op de registeraccountants van 28 juni 1962 (Stb. 268).

Het tuchtrecht voor deze drie groepen beroepsbeoefenaren vertoont *overeenkomsten en verschillen*. Een gemeenschappelijk kenmerk is dat het tuchtrecht onafhankelijk van de beroepsorganisaties van notarissen respectievelijk advocaten en registeraccountants functioneert. Slechts op de samenstelling van de berechtende colleges kunnen de beroepsbeoefenaren enige invloed uitoefenen. Een ander gemeenschappelijk kenmerk is de berechting mede door niet-beroepsbeoefenaren. Bij het tuchtrecht voor notarissen en advocaten is hiervan alleen in hoger beroep sprake; bij het tuchtrecht voor registeraccountants wordt reeds in eerste aanleg door een niet-accountant, n.b. als voorzitter van het tuchtcollege, aan de berechting deelgenomen. Een verschil is te vinden in de positie van de klager. In het oudste – en daardoor wellicht minst uitvoerig geregelde – tuchtrecht voor notarissen wordt aan de klager nauwelijks aandacht geschonken. Bijvoorbeeld is niet geregeld of hij wordt opgeroepen om zijn klacht toe te lichten, evenmin of hij een afschrift van de beslissing krijgt. In het tuchtrecht voor registeraccountants wordt daarentegen veel aandacht aan de positie van de klager geschonken. Alleen bij de registeraccountants heeft een klager het recht in beroep te gaan,

door **Mr. W. Hulshoff Pol**



De auteur is adjunct-directeur van het bureau van het Nederlands Instituut van Registeraccountants.

indien zijn klacht in eerste aanleg geheel of ten dele ongegrond is verklaard.

Het doel van het tuchtrecht moet echter niet worden gezocht in het geven van genoegdoening aan een teleurgestelde cliënt, maar in de *kwaliteitsverbetering* van de werkzaamheden van de betrokken beroepsbeoefenaren die van tuchtrechtspraak kan uitgaan. Mede om deze reden is in de tuchtrechtspraak van advocaten en registeraccountants geregeld dat de besturen van de respectieve beroepsorganisaties een klacht tegen een lid kunnen indienen c.q. in hoger beroep kunnen gaan. De mogelijkheid dat tekortkomingen in de beroepsuitoefening worden bestraft heeft een sterk preventieve werking. De beslissingen van de tuchtorganen, voor zover zij openbaar gemaakt worden, zijn voorts dienstig aan de *beroepsontwikkeling*. Bij notarissen en advocaten gaat het daarbij veelal om de ontwikkeling en interpretatie van normen op het gebied van de

gedragsregels; bij registeraccountants kunnen de uitspraken van de tuchtcolleges bovendien een oordeel inhouden over de oplossing van vakvraagstukken. Om deze reden worden de uitspraken van de tuchtorganen door de besturen van de beroepsorganisaties in anonieme vorm in de respectieve vaktijdschriften van deze organisaties gepubliceerd. In het navolgende wordt een korte beschrijving gegeven van de regeling van de tuchtrechtspraak bij notarissen, advocaten en registeraccountants.

Notarissen

De notaris die zijn ambtsplichten verwaarloost, zich schuldig maakt aan wangedrag of onzedelijkheid of handelingen pleegt die strijdig zijn met de eer of de waardigheid van zijn ambt kan voor zover het niet om bij de wet strafbaar gestelde overtredingen gaat tuchtrechtelijk ter verantwoording worden geroepen.

De tuchtrechtspraak wordt in eerste aanleg uitgeoefend door de Kamers van Toezicht, waarvan er in elk rechtsarrondissement één is gevestigd. Een Kamer van Toezicht bestaat uit vijf leden, waaronder de voorzitter. Als zodanig fungeert steeds de president van de betrokken arrondissementsrechtbank of een door deze aan te wijzen ander lid van de rechtbank. Twee leden van elke Kamer van Toezicht worden benoemd door de minister van Justitie en de twee andere leden worden door de notarissen uit de kring waarover de kamer toezicht houdt uit hun midden gekozen. Indien een *klacht* over een notaris de

Kamer van Toezicht bereikt, wordt de betrokken notaris opgeroepen voor een *verhoor*. Deze kan zich doen bijstaan door een advocaat of een andere notaris. De kamer is bevoegd om getuigen te horen. Deze getuigen zijn verplicht te verschijnen en getuigenis af te leggen. De kamer kan een in eerste instantie niet verschenen getuige dagvaarden, zo nodig met bevel tot medebrenging. De regels omtrent het verschoningsrecht uit het strafprocesrecht zijn van overeenkomstige toepassing.

De Kamer van Toezicht beslist aangaande de klacht met tenminste drie leden, waaronder tenminste één door de minister van Justitie benoemd lid en één notaris-lid.

Bij gegrondbevinding van het tegen de notaris gerezen bezwaar kan de Kamer van Toezicht de volgende maatregelen opleggen:

- berisping;
- berisping met de waarschuwing dat indien wederom een dergelijke handeling of verzuim wordt gepleegd een voordracht tot afzetting als notaris in overweging zal worden genomen;
- voordracht tot afzetting als notaris. Een dergelijke voordracht wordt gedaan aan het Gerechtshof binnen welks ressort de standplaats van de betrokken notaris is.

Tegen het besluit van een Kamer van Toezicht tot het opleggen van een berisping of een berisping met waarschuwing staat gedurende veertien dagen *beroep* open bij het Gerechtshof binnen welks ressort de standplaats van de betrokken notaris is. Het beroep wordt behandeld door de burgerlijke kamer van het hof in raadkamer, d.w.z. niet in openbare zitting. Het hof roept de betrokken notaris op voor verhoor. Ook nodigt het de Kamer van Toezicht uit om de nodige inlichtingen te verschaffen. Voorts hoort het hof het Openbaar Ministerie. De beslissing van het hof kan inhouden dat het beroep ongegrond is, d.w.z. dat de door de kamer opgelegde maatregel in stand blijft. Indien het hof het beroep gegrond acht, zal het beslissen dat geen termen voor een berisping aanwezig zijn of zal het de maatregel van een berisping met waarschuwing wijzigen in de maatregel van berisping. Tegen de uitspraak van het hof kan binnen één maand *cassatie*

worden ingesteld bij de Hoge Raad. Tegen een voordracht van een Kamer van Toezicht tot afzetting als notaris staat geen hoger beroep open. Dit is niet nodig, omdat ter zake van zodanige voordracht steeds een ander onderzoek door het Gerechtshof plaatsvindt. Dit onderzoek geschiedt op dezelfde wijze als bij de hoger beroep-procedure. Indien het hof geen termen aanwezig acht voor een afzetting als notaris, kan het de betrokkene een berisping opleggen of een berisping met zodanige waarschuwing als het hof geraden acht. Tegen de uitspraak van het hof staat gedurende één maand *cassatie* open bij de Hoge Raad.

Een Kamer van Toezicht is bevoegd om een notaris tegen wie een ernstig vermoeden is gerezen dat hij een handeling of verzuim heeft gepleegd waarvoor hij strafrechtelijk of tuchtrechtelijk verantwoordelijk is, voor een periode van ten hoogste zes maanden ongevraagd verlof te verlenen; eventueel kan deze termijn met nogmaals ten hoogste 6 maanden worden verlengd. In dringende gevallen kan de voorzitter van een Kamer van Toezicht een notaris voor een periode van ten hoogste veertien dagen ongevraagd verlof verlenen. Zo mogelijk wordt de betrokken notaris gehoord alvorens het verlof wordt verleend. Tijdens de duur van het ongevraagd verlof mag de notaris zijn ambt niet uitoefenen. De voorzitter der kamer wijst een andere notaris of kandidaat-notaris als plaatsvervanger aan. Indien nodig treft de voorzitter der kamer voorts een regeling omtrent het honorarium tussen de betrokken notaris en zijn plaatsvervanger. De kosten van de tuchtrechtspraak komen geheel ten laste van de Staat.

Advocaten

De tuchtrechtspraak heeft ten doel het weren en beteugelen van mislagen door advocaten in de uitoefening van de praktijk begaan, van inbreuken op verordeningen van de Nederlandse Orde van Advocaten (d.i. de publiekrechtelijke beroepsorganisatie van advocaten) en op de eer van de stand der advocaten.

De tuchtrechtspraak wordt in eerste instantie uitgeoefend door de Raden van Toezicht, waarvan er in elk rechtsarrondissement één is gevestigd. Een raad bestaat uit vijf of

zeven leden, afhankelijk van het aantal advocaten in het desbetreffende arrondissement. De leden worden gekozen door en uit de advocaten in het arrondissement. *Klachten* tegen advocaten moeten worden ingediend bij de deken (voorzitter) van de desbetreffende Raad van Toezicht. De deken kan kennelijk ongegronde klachten afwijzen. De klager wiens klacht is afgewezen hoeft daarmee geen genoegen te nemen en kan toch behandeling door de Raad van Toezicht verlangen. De deken zal trachten, klachten die daarvoor in aanmerking komen in der minne te schikken. Klachten die niet kunnen worden geschikt noch kennelijk ongegrond zijn worden door de deken ter kennis van de Raad van Toezicht gebracht. Een speciale regeling bestaat indien een klacht wordt ingediend tegen de deken zelf of tegen een ander lid van de Raad van Toezicht.

Indien de raad de klacht in behandeling heeft genomen, zal deze de betrokken advocaat voor een *verhoor* oproepen. Deze kan zich doen bijstaan door een andere advocaat. De betrokkene en zijn raadsman worden in de gelegenheid gesteld tijdig van de processtukken kennis te nemen. De klager wordt opgeroepen om te worden gehoord, als hij dat wenst. De raad kan ook getuigen en deskundigen horen; bij niet-verschijnen kunnen zij op verzoek van de raad door de Officier van Justitie worden gedagvaard, eventueel met bevel tot medebrenging. Getuigen en deskundigen worden onder ede gehoord. De rechtzittingen van een Raad van Toezicht zijn niet openbaar. De *straffen* die een Raad van Toezicht kan opleggen, zijn:

- enkele waarschuwing;
- berisping;
- schorsing in de uitoefening van de praktijk gedurende ten hoogste één jaar. In dit geval kan bovendien worden bepaald dat de betrokkene gedurende de termijn van de schorsing de titel van advocaat niet mag voeren;
- schrapping van het tableau van advocaten.

In de gevallen van berisping, schorsing en schrapping kan de bijkomende maatregel van openbaarmaking van de straf, al dan niet met de gronden waarop zij berust,

op een door de Raad van Toezicht te bepalen wijze, worden opgelegd. Tegen een beslissing van de Raad van Toezicht waarbij een straf is opgelegd kan de betrokken advocaat binnen één maand beroep instellen. Ook de deken van de Nederlandse Orde van Advocaten kan binnen dezelfde termijn beroep instellen; deze bevoegdheid is niet bedoeld om in individuele gevallen verhoging van de strafmaat te bereiken doch om in gevallen van principiële aard een uitspraak in tweede instantie mogelijk te maken, ook als de betrokken advocaat zelf niet in beroep gaat. De klager wiens klacht geheel of gedeeltelijk ongegrond is verklaard kan géén beroep instellen; dit is bij de totstandkoming van de Advocatenwet aldus gemotiveerd, dat de tuchtrechtspraak niet bedoeld is om aan een klager de genoegdoening te verschaffen dat een advocaat disciplinair wordt bestraft: het opleggen van straffen geschiedt in het algemeen belang ter wille van de handhaving van een goede beroepsmoraal.

Als *beroepsinstantie* fungeert het Hof van Discipline te Utrecht. Dit college is bij de Advocatenwet ingesteld. Het bestaat uit drie door de Koningin benoemde leden, waaronder de voorzitter, en twee door de Nederlandse Orde van Advocaten benoemde leden; voorts worden zoveel plaatsvervangende leden benoemd als nodig worden geacht. De door de Koningin benoemde leden en plaatsvervangende leden worden gekozen uit leden van de rechterlijke macht die met rechtspraak zijn belast; de door de Nederlandse Orde van Advocaten benoemde leden en plaatsvervangende leden worden gekozen uit de advocaten die langer dan zeven jaar binnen het Rijk de praktijk hebben uitgeoefend. De zittingsduur van de leden en plaatsvervangende leden bedraagt vijf jaar. De leeftijdsgrens is 70 jaar. De procedure voor het Hof van Discipline vindt op dezelfde wijze plaats als voor de Raad van Toezicht. Het hof kan de Raad van Toezicht die de beslissing in eerste aanleg heeft gegeven uitnodigen om nadere inlichtingen te verschaffen. Indien de deken van de Nederlandse Orde van Advocaten beroep heeft ingesteld, zal het hof ook deze voor verhoor oproepen. Het Hof van Discipline beslist op grondslag van de beslissing van de Raad van Toezicht. Het hof

kan echter ook oordelen over feiten die de Raad van Toezicht niet strafwaardig heeft geacht en het hof kan ook door de raad onbewezen geachte feiten nader onderzoeken; hiermede is bedoeld buiten twijfel te stellen dat het hof niet gebonden is aan de beslissingen van de Raad van Toezicht waartegen het beroep niet is gericht. Het hof kan de door de Raad van Toezicht opgelegde straf bekrachtigen, het kan deze verzwaren (alleen met eenparigheid van stemmen indien uitsluitend de betrokken advocaat beroep heeft ingesteld) of verlichten, of bepalen dat er geen grond is voor het opleggen van straf. De kosten van de tuchtrechtspraak komen voor zover het de reis- en verblijfkosten van de door de Koningin benoemde leden en plaatsvervangende leden van het Hof van Discipline betreft ten laste van de Staat. Alle overige kosten zijn voor rekening van de Nederlandse Orde van Advocaten, d.w.z. worden via de contributie door de advocaten gedragen.

Registeraccountants

De tuchtrechtspraak voor registeraccountants heeft ten doel het weren en beteugelen van misslagen van registeraccountants in de uitoefening van hun beroep en van inbreuken op verordeningen van het Nederlands Instituut van Registeraccountants (NIVRA, de publiekrechtelijke beroepsorganisatie van registeraccountants) en van inbreuken op de eer van de stand der registeraccountants. Niet alleen de registeraccountants die in het accountantsregister zijn ingeschreven zijn aan de tuchtrechtspraak onderworpen doch ook degenen die registeraccountant zijn geweest, en wel ter zake van handelingen en gedragingen die hebben plaatsgevonden gedurende de tijd dat zij in het register stonden

ingeschreven. Een registeraccountant kan zich dus niet door zijn inschrijving te laten doorhalen aan tuchtrechtelijke berechting onttrekken. Indien een registeraccountant zijn inschrijving laat doorhalen en zich na enige tijd opnieuw laat inschrijven, is hij tuchtrechtelijk verantwoordelijk voor zijn handelingen en gedragingen in de tussentijd, voor zover deze handelingen en gedragingen voor het NIVRA-bestuur aanleiding zouden zijn geweest de hernieuwde inschrijving in het register te weigeren, zo deze handelingen en gedragingen op dat moment bekend waren geweest.

De tuchtrechtspraak wordt in eerste instantie uitgeoefend door de Raad van Tucht. De samenstelling van de raad wordt door de ledenvergadering van het NIVRA bij verordening geregeld. De voorzitter en de plaatsvervangend voorzitter(s) moeten voldoen aan de eisen voor benoembaarheid tot rechter in een arrondissementsrechtbank en met enige bij de wet ingestelde rechtspraak belast zijn of belast geweest zijn. Een juridisch deskundige behandeling wordt hierdoor gewaarborgd. Het aantal leden van de raad bedraagt thans veertien, namelijk de voorzitter, drie plaatsvervangend voorzitters en tien leden-registeraccountants. Een tuchtzaak wordt behandeld door drie of vijf leden, onder wie de voorzitter of een plaatsvervangend voorzitter. De zittingsduur van de leden van de Raad van Tucht bedraagt vier jaar, de voorzitter en de plaatsvervangend voorzitters zijn herbenoembaar, van de leden-registeraccountants treedt volgens een bepaald rooster elk jaar een aantal af.

De Raad van Tucht neemt een tegen een registeraccountant gerezen bezwaar in behandeling op *klacht*, op *verzoek* van het bestuur van het NIVRA of *ambtshalve*. De raad zendt afschrift van de klacht of van het

NIET ROKEN

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

TUCHTPERIKELEN

Persoonlijke ervaringen
van artsen
met het medisch tuchtrecht

verzoek van het bestuur of van het ambtshalve geformuleerde bezwaar aan de betrokken registeraccountant, die gelegenheid krijgt een verweerschrift in te dienen. De raad kan op grond van een vooronderzoek tot de beslissing komen dat berechting achterwege dient te blijven; dit zal het geval zijn wanneer de raad van oordeel is dat het bezwaar kennelijk ongegrond of niet van voldoende betekenis is dan wel dat de feiten waarop het bezwaar steunt te ver in het verleden liggen. De ledenvergadering van het NIVRA kan bij verordening nadere regels stellen, zowel ten aanzien van dit vooronderzoek als ten aanzien van het feitelijk onderzoek door de Raad van Tucht; een dergelijke verordening behoeft de goedkeuring van de minister van Justitie alvorens in werking te kunnen treden. De procedureregels liggen thans vast in de Verordening op de tuchtrechtspraak van 7 oktober 1978 (Stcrt. 1968, 33). Indien de Raad van Tucht tot berechting beslist, wordt de betrokken registeraccountant voor verhoor opgeroepen. Deze kan zich ter terechtzitting laten vertegenwoordigen, tenzij de raad beveelt dat hij in persoon dient te verschijnen. De betrokken accountant kan zich door een raadsman doen bijstaan, de raad kan bezwaar maken tegen een gemachtigde die geen advocaat is. De raad kan getuigen en deskundigen oproepen; zij kunnen op verzoek van de raad worden gedagvaard door de Officier van Justitie. Verschijnt een getuige of deskundige niet, dan kan hij op verzoek van de raad opnieuw worden gedagvaard, zo nodig met bevel tot medebrenging. De maatregelen die door de Raad van Tucht kunnen worden opgelegd zijn:

- schriftelijke waarschuwing;
- schriftelijke berisping;
- schorsing als registeraccountant voor ten hoogste zes maanden;
- doorhaling van de inschrijving als registeraccountant.

De Raad van Tucht kan ook een bezwaar aangaande een registeraccountant gegrond verklaren zonder enige maatregel op te leggen. Dit zal het geval zijn bij zeer lichte tekortkomingen. Ten aanzien van de maatregelen van berisping, schorsing en doorhaling kan de raad bepalen dat de beslissing geheel of gedeeltelijk, al

Een vrijdagmiddag, ongeveer vijf jaar geleden. Een telefoontje van de redacteur van een plaatselijke krant: ze brengen morgen het verhaal dat ik door Mw. X te Y zal worden aangeklaagd bij het Medisch Tuchtcollege te Z; ik zou ondanks een dringende smeebede hebben geweigerd haar man te bezoeken, die twaalf uur na het verzoek 's nachts was overleden. Of dokter vanwege de objectiviteit zijn visie op het gebeuren wilde geven. Dokter wilde wel, maar hij vroeg een uurtje bedenktijd.

Ik was me wezenloos geschrokken. Ik zag de koppen al in de krant; bovendien was de voorstelling van zaken volstrekt onjuist. Kort nadat het artikel was verschenen kreeg ik officieel bericht dat de klacht was ingediend, rechtzitting vijf maanden later.

Wat was er precies gebeurd? Op een vrijdagochtend meldde zich in de groepspraktijk waar ik toen werkte een patiënt op het afspraakspreekuur, omdat hij zich niet lekker voelde. Hij had geen afspraak, maar ik onderzocht hem meteen uitvoerig. Patiënt had zich enkele weken eerder naar onze praktijk laten overschrijven; gegevens waren er niet. Klachten: af en toe vlogen van pijn in de borst, zoals ook nu. Behalve een licht verhoogde bloeddruk vond ik geen afwijkingen. Bij de anamnese bleek patiënt kort tevoren voor dezelfde klachten klinisch te zijn onderzocht; uitslag: geen afwijkingen. De werksituatie leverde veel stress op, patiënt maakte een overspannen indruk. Tijdens het onderzoek werd de pijn wat minder. Ik gaf patiënt een sedativum en sprak met hem af dat hij als er niets bijzonders zou gebeuren na een week rust nog eens zou komen; in de tussentijd zou ik de gegevens van de vorige huisarts en het ziekenhuis opvragen. 's Middags om 3 uur belde patiënt mij op met de mededeling dat de pijn was verminderd maar nog niet verdwenen. We besloten voor alle zekerheid de volgende ochtend een ECG te laten maken. Patiënt heeft mij niet verzocht te komen. De volgende ochtend vernam ik van de collega die de weekenddienst had, dat patiënt die nacht was overleden. Dezelfde dag nog bracht ik de weduwe een condoleancebezoek; ik vroeg haar of ik iets voor haar kon doen. Mijn bezoek werkte averechts. Er heerste een – alleszins begrijpelijke – emotionele sfeer en de familie bleek mijn komst als een soort excuus te beschouwen.

Het Medische Tuchtcollege wees de klacht af. Een beroep werd, bijna een jaar later, verworpen.

Voor al de eerste weken na publikatie en klacht was het of alles op zijn kop stond. Ik voelde me onzeker, was ook nog niet zo lang in de praktijk. De eerste maanden verwees ik overdreven veel patiënten naar de cardiologen, die er alle begrip voor hadden. Van mijn collegae en van patiënten kreeg ik veel steun. Dat helpt. Ik was eerst compleet uit het lood. Je praat er met al je vrienden over, de mensen stellen vragen, het is steeds weer onderwerp van gesprek.

Tijdens de eerste zitting was ik erg nerveus. Van achter de groene tafel komt een stuk juridische geheimtaal waar je nauwelijks weg mee weet. Tijdens die zitting kwam er veel agressie bij de nabestaanden boven. Zelf reageerde ik ook geëmotioneerd en boos: 'Mevrouw, waarom verklaart U nu niet wat U mij die zaterdag eerst vertelde, namelijk dat Uw man U vertelde dat hij eindelijk een dokter had gevonden die de tijd voor hem nam?' Na veel draaien en na herhaaldelijk aandringen van de voorzitter ontkende ze tenslotte dat ze dit gezegd had.

De zitting van het Centraal Medisch Tuchtcollege was zo mogelijk nog imposanter. Grote eikehouten banken met daarop een stel zeer formele heren met uitgestreken gezichten, die mij het vuur na aan de schenen legden. De afstand tussen hen en mij was groot, hun vragen zeer to the point maar erg objectief. Natuurlijk was ik opgelucht toen de definitieve vrijspraak kwam. Ik had een heel aangrijpende tijd gehad, die ik had beleefd als een aanslag op mijn persoonlijkheid en integriteit. Je hebt Ausdauer nodig om je tegen die bedreigingen teweer te stellen. Het mag gek klinken, maar ik ben er al met al harder en afstandelijker uitgekomen.

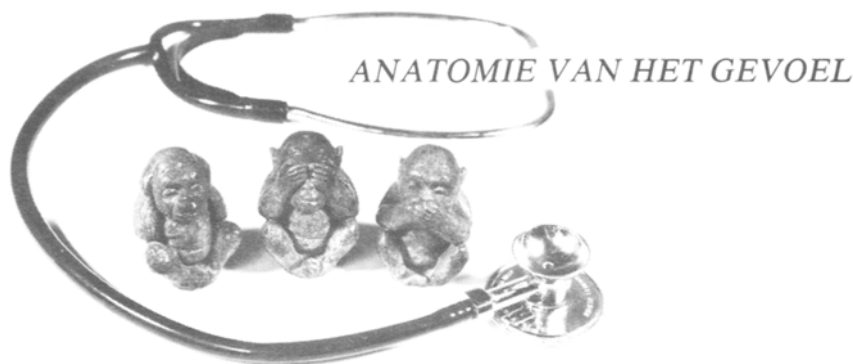
Een huisarts

dan niet met de gronden waarop zij berust, openbaar wordt gemaakt; openbaarmaking is dan een bijkomende straf. De tuchtrechter kan echter óók tot openbaarmaking besluiten wanneer een bezwaar ongegrond wordt verklaard; openbaarmaking strekt dan tot rehabilitatie van de betrokken registeraccountant.

Tegen de beslissing van de Raad van Tucht kan binnen twee maanden beroep worden ingesteld bij de Raad van Beroep:

- door de betrokken registeraccountant, indien het bezwaar geheel of gedeeltelijk gegrond is verklaard;
- door de klager, indien het bezwaar geheel of gedeeltelijk ongegrond is verklaard;
- door het bestuur van het NIVRA.

Geen beroep kan worden ingesteld tegen de beslissing op grond van een gehouden vooronderzoek dat geen berechting dient plaats te vinden. De Raad van Beroep is een bij de Wet op de registeraccountants ingesteld college. Het bestaat uit drie leden, onder wie de voorzitter en de plaatsvervangend voorzitter, die door de minister van Justitie worden benoemd uit met rechtspraak belaste leden van de rechterlijke macht, en uit acht registeraccountants, die door de ledenvergadering van het NIVRA worden benoemd. Voor de drie door de minister benoemde leden wijst deze drie plaatsvervangende leden aan. De zittingsduur bedraagt vier jaar, alle leden en plaatsvervangende leden zijn terstond herbenoembaar. Er is een leeftijdsgrens van 70 jaar. De Raad van Beroep behandelt een zaak met vijf leden, namelijk de drie door de minister benoemde leden of hun plaatsvervangers en twee leden-registeraccountants. De procedure voor de Raad van Beroep verloopt overeenkomstig die voor de Raad van Tucht. De Raad van Beroep kan de Raad van Tucht uitnodigen om inlichtingen te geven. Indien alleen de registeraccountant beroep heeft ingesteld, kan de Raad van Beroep slechts met eenparigheid van stemmen de door de Raad van Tucht genomen beslissing verzwaren. Van de beslissing van de Raad van Beroep is geen cassatie mogelijk. De kosten van de tuchtrechtspraak komen geheel ten laste van het NIVRA.



Zo geel als een Chinees

Gisteravond kwam tegen een uur of zes de hoofdlaborante in ons paviljoen. Ze stond met de hoofdzuster te zwammen, toen ik toevallig langs hen liep. 'Dokter, komt u eens hier. U heeft behoorlijk naast het potje geplast. Zaterdagochtend heeft u bij mevrouw E. 'het volledige bloed' laten bepalen. Wanneer ik dat had gezien, had ik er meteen al iets van gezegd. Dat kan toch niet. Die meisjes van het lab hebben het toch al zo druk. Dat kunt u echt niet doen. Die mevrouw E. ligt al enkele weken hier, dus het was echt niet zo dringend'. De hoofdlaborante deed er nog een schepje bovenop, en toen vond ik het mooi genoeg. In mijn mooiste visserslatijn heb ik alles uit de doeken gedaan. Ik heb gezegd dat ik graag de status van mevrouw E. met hen wilde doornemen. Het is werkelijk een boekwerk: 49 pagina's alleen al aan oude brieven! Verschillende keren is ze in een soort malaise-toestand opgenomen, waarbij uiteindelijk niets afwijkends werd gevonden. Toen diezelfde mevrouw E. de laatste vrijdag weer in zo'n toestand verkeerde, heb ik eerst een ECG laten draaien, toen de bloedsuiker aangevraagd en toen die normaal bleken te zijn 'het volledige bloed' laten bepalen. Op een paar centen wil ik niet kijken, dacht ik. Nou, ik heb het geweten.

Drie kamers verder ligt een alcoholicus op sterven. Hij is zo geel als een Chinees, zo mager als een krijgsgevangene uit 'de goede, ouwe tijd' en hij braakt de hele dag door. De man slaapt niet, eet niet en heeft overal pijn. Zijn lever moet bijna in de alcohol zijn opgelost. Vanavond heeft de pastor hem bediend. We hebben deze patiënt opgeven, hetgeen hij trouwens ook weet. Iedere dag stijgt het ammoniakgehalte van zijn bloed. Vandaag of morgen komt dat spul al zijn lichaamsgaten uit. Met mijn mede-co-assistent in dit paviljoen wilde ik een wedenschap afsluiten dat hij binnen een week

zou overlijden. Helaas ging de co er niet op in. Misschien was hij principiëel tegen wedenschappen. Erg jammer natuurlijk, want ik had er graag een kratje pils voor overgehad.

Vlak nadat de pastor de goede man had bediend, sprak ik met de geestelijke. Ik vroeg mij al die tijd af wat deze man in ons paviljoen deed. Iedere keer trof ik hem aan achter de koffie en de thee in het vertrekje voor het verplegend personeel. Nu weet ik het dus: hij bedient.

DAGBOEK
VAN EEN
CO-ASSISTENT
(37)

Noud is duidelijk moe. Het is een mengeling van prikkelbaarheid, koppige hardnekkigheid en teleurstelling. Hij heeft binnenkort een weekenddienst en daar ziet hij tegenop. Pas nu voelt hij de ketens van dit leven. We hebben met hem te doen, zeker nu hij ook nog eens nachtdienst heeft.

Frank redt het wel, dacht ik zo. Vandaag heeft hij zijn exposé gehouden over de acute glomerulonefritis. Het ging best aardig, alleen spreekt hij iets teveel als een geleerde. Bij ieder woord komt de twijfel van het genie naar voren. Nu is dat voor twee minuten niet erg, maar voor een half uur . . . En dan die halfduistere zaalverlichting. Arme Frank, op een gegeven moment ging ook nog eens de microfoon kapot. Gelukkig had een van de internisten toen iets om mee te spelen.

Alexander van Es

Academische ziekenhuizen moeten taken verdelen

Rede staatssecretaris Volksgezondheid

Vorige maand opende Mw. Mr. E. Veder-Smit, staatssecretaris van Volksgezondheid, in Groningen een symposium over de plaats en functie van het academisch ziekenhuis in de gezondheidszorg. Dit symposium werd georganiseerd door de Universitaire Leergangen Volksgezondheid. Het vond plaats om het 75-jarig bestaan te vieren van het Academisch Ziekenhuis Groningen. Dat dit ziekenhuis naar omvang en verzorgingsgebied het grootste is van alle zeven academische ziekenhuizen in ons land, kan het voor extra problemen stellen. Aldus de bewindsvrouw, die in Groningen verder onder meer het hier volgende te berde bracht.

Constellatie

De academische ziekenhuizen hebben een stijgende stroom van studenten moeten verwerken, waarvoor niet altijd voldoende ruimte aanwezig was. Zij zijn belast met een wetenschappelijk onderzoek-taak die heeft geleid tot een geweldige ontwikkeling van kennis, technieken, apparatuur en organisatie, die soms nog maar nauwelijks bestuurbaar bleken. Het geven, ontwikkelen en op peil houden van geavanceerde gezondheidszorg is bepaald geen kleinigheid. Evenzeer geldt dit voor de verpleging, die veel van dit alles moet uitvoeren en ondersteunen. Is de constellatie waarin men moet werken nu wel zo eenvoudig? Het tegendeel is het geval. De academische ziekenhuizen zijn ingewikkelde instituten, bestaande uit een aantal klinieken met daarbij behorende voorzieningen en een grote hoeveelheid externe relaties. Zij staan onder invloed van diverse

instanties: directie en bestuur hebben direct of indirect te maken met de faculteit, de universiteit, gemeente en provincie, en twee ministeries, O&W en Volksgezondheid, die op zichzelf ook weer gecompliceerde organisaties zijn.

Het feit dat academische ziekenhuizen overheidsziekenhuizen zijn maakt hen bovendien extra kwetsbaar. Het betekent dat zij voor een belangrijk deel van de drie taken die zij moeten vervullen: onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg, afhankelijk zijn van de Rijksbegroting, waar in de laatste jaren de klappen vallen. Voor Groningen betekent het, dat het als het ware moet concurreren met de drie collega's in de Randstad, die alle drie nieuwbouwplannen op het programma hebben en daarvoor een zwaar beroep op de Rijksmiddelen doen. De structuur voor de financiering van de algemene ziekenhuizen, waarbij zij voor hun bouwplannen kunnen lenen op de kapitaalmarkt en hun bouwkosten kunnen verhalen op de tarieven, is voor de academische ziekenhuizen niet weggelegd. Zij zijn voor hun financiën aangewezen op het ministerie van Onderwijs en moeten zich voor hun bouwplannen mede richten naar Volksgezondheid.

Spreidingsbeleid

Misschien is het mogelijk, dat de academische ziekenhuizen in het centrum van ons land komen tot een zekere taakverdeling, zodat ze niet allemaal allesomvattend hoeven te zijn. Misschien kunnen ze gezamenlijk komen tot een zeker spreidingsbeleid, zoals dit zich bijvoorbeeld bij de kinderoncologie al

in zekere mate aftekent. Misschien wil het lukken, om in de eigen regio te komen tot afspraken met de omliggende ziekenhuizen, zodat de functies en de taakvervulling zo doelmatig mogelijk worden verdeeld. De academische ziekenhuizen zullen daarbij zichzelf ook zekere beperkingen moeten durven opleggen. Een bijdrage tot verbetering zal ook zijn, dat de ministeries van Volksgezondheid en Onderwijs nog nauwer gaan samenwerken dan tot dusver al gebeurde. Op ambtelijk niveau is men daarmee een eind gevorderd, op bewindslidenniveau zijn de heer Pais en ik deze samenwerking aan het opbouwen. Er zijn heel wat terreinen waarop wij samen het nodige tot stand kunnen brengen. Ik zal daaraan meewerken zoveel ik maar kan. Misschien is het mogelijk dat de kennis en ervaring welke in sommige adviescolleges van Volksgezondheid aanwezig zijn – ik denk aan de organen voor bouw en tarieftoezicht – nog meer dan tot dusver ten dienste worden gesteld aan de academische ziekenhuizen. Volksgezondheid kan zich daarbij opstellen als een dienend departement, in de samenhang van de vele voorzieningen die de gezondheidszorg telt. Als we in Nederland geavanceerde en op zeer hoog peil staande gezondheidszorg wensen; als we in deze sfeer onze studenten willen opleiden; als we ook internationaal onze research willen blijven bijdragen, dan zullen we academische ziekenhuizen moeten hebben. Wanneer ons bestuurlijk systeem daarvoor niet toereikend is of onze wetgeving daartoe een belemmering vormt, dan zullen ze moeten worden aangepast. Tot zover de staatssecretaris.

UIT DE ZIEKENFONDSRAAD

In de op 22 juni jl. gehouden vergadering van de Ziekenfondsraad kwamen onder meer de volgende onderwerpen aan de orde:

Vrijwillige ziekenfondsverzekering

Sedert de invoering in 1941 van de *verplichte* ziekenfondsverzekering met een procentuele premieheffing voor loontrekkenden tot een bepaalde loongrens is het systeem van de premieheffing in de *vrijwillige* verzekering voortdurend onbevredigend gebleven. Het voornaamste bezwaar tegen de huidige regeling richt zich tegen het feit dat bij toepassing van het geldende stelsel van uniforme premieheffing het draagkrachtbeginsel niet, althans niet voldoende, tot zijn recht komt. Maatregelen binnen het kader van een thans geldende premiereductieregeling bieden onvoldoende mogelijkheden om aan dit bezwaar tegemoet te komen. In verband met deze problematiek had de Commissie Financiële Zaken van de raad een uitvoerig conceptadvies opgesteld, bestemd voor de staatssecretarissen van Volksgezondheid en van Sociale Zaken, houdende suggesties voor een nieuw premieheffingssysteem voor de vrijwillige verzekering. Een structurele oplossing van de huidige bezwaren werd mogelijk geacht door invoering van een premiestelsel waarbij een relatie werd gelegd tussen de hoogte van het inkomen en het bedrag van de verschuldigde premie. Mogelijk zou daarbij de premieheffing tot een bepaald maximum-inkomen dienen te worden beperkt. Uit het conceptadvies blijkt, dat

omtrent de geprojecteerde oplossing binnen de commissie geen eenheid van opvatting bestond, hetgeen uiteraard bij de discussies in de raad eveneens tot uiting kwam. Bij de onderscheidene stemmingen die als gevolg daarvan nodig bleken besloot de raad bij meerderheid de staatssecretarissen – samengevat – het volgende te adviseren:

- a. Er vindt een indeling plaats in een zestal premietariefgroepen op basis van het inkomen; de inkomensgrenzen worden afgestemd op de loongrens voor de verplichte verzekering.
- b. De premie in elke tariefgroep wordt berekend over het klassemidden van de inkomensgroep, waarbij het premiepercentage van de verplichte verzekering maatstaf zal zijn.
- c. Er wordt een zogenaamde *gezinspremie* ingevoerd zoals ook voor de verplichte verzekering geldt, met dien verstande dat voor ongehuwde vrijwillig verzekerden de verschuldigde premie aan een maximum wordt gebonden.

Financiële gevolgen

Indien het advies van de raad door de Rijksoverheid wordt overgenomen zou dit naar schatting een vermindering van premie-opbrengsten in de vrijwillige verzekering van f 220 miljoen per jaar tot gevolg hebben. Hierbij dient in aanmerking te worden genomen dat het Rijk bij het thans bestaande stelsel van premieheffing reeds circa f 120 miljoen ter dekking van het tekort bijdraagt. De financiële consequenties van het advies zijn derhalve aanzienlijk. De raad acht het juist, dat bij realisering van het voorstel overgegaan zou worden tot vergroting van de thans reeds van

kracht zijnde Rijksbijdrage. Mocht verwezenlijking van de voorstellen binnen het kader van het huidige, op beperking van de collectieve uitgaven gerichte beleid niet binnen redelijke termijn mogelijk zijn, dan meent de raad – onder verwijzing naar reeds eerder door hem gedane voorstellen – nogmaals te moeten aandringen op uitbreiding van de premiereductieregeling vrijwillige verzekering met groepen minder draagkrachtige ongehuwde verzekerden.

Afwijkende meningen

In het advies zal ter informatie worden vermeld, dat een minderheid in de raad – voornamelijk vertegenwoordigers van de werknemers – ten aanzien van de premiestelling voor ongehuwden de voorgestelde premiemaximering afwijst. Solidariteits-elementen bij de premieheffing acht dit deel van de raad een integrale beleidsdoelstelling, op grond waarvan een zo nauw mogelijke aansluiting bij de methode van de verplichte verzekering wordt voorgestaan.

Sommige andere leden van de raad – voornamelijk vertegenwoordigers van de werkgevers – hadden overwegende bezwaren tegen invoering van het voorgestelde premiestelsel. Zulks mede omdat men de daarmede gepaard gaande sterke verhoging van de Rijksbijdrage aan de vrijwillige verzekering – nu naar mogelijkheden wordt gezocht tot beperking van de collectieve lastenstijging, ook in de sector van de gezondheidszorg – niet haalbaar acht. Volgens hen zou de oplossing van de bestaande problematiek veeleer gezocht moeten worden in een verbetering van de huidige premiereductieregelingen.

Tandheelkunde

Schooltandverzorging

Besloten werd de financiële medewerking aan de schooltandverzorging voor het schooljaar 1978/1979 voort te zetten op dezelfde voet als voorgaande jaren is geschied.

Om praktische redenen zal dit besluit tevens gelden voor het schooljaar 1979/1980, onder het voorbehoud dat voordien nog geen nieuwe regeling inzake het tandheelkundig verstrekkingenpakket – als reeds eerder aan de staatssecretaris van Volksgezondheid geadviseerd – tot stand is gekomen.

Hulpverlening aan gehandicapten

Gebleken is, dat in de voor hulpverlening aan tandheelkundig en anderszins gehandicapten sedert een jaar geldende regeling een leemte bestaat met betrekking tot verzekerden wier tandglazuur in ernstige mate door medicijngebruik is aangetast. Uiterlijk blijkt dit doordat de gebitselementen een antracietkleur krijgen.

In verband hiermee zal de staatssecretaris worden geadviseerd de desbetreffende bepaling in het Besluit tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering zodanig te wijzigen dat zij ook betrekking heeft op 'een omvangrijke glazuuraantasting van niet-carieuze aard'.

Premie-ontwikkeling 1979

Verplichte verzekering

Hoewel voor 1978 het kostendekkende premiepercentage blijkens de thans bekende cijfers op 8,95 uitkomt, werd voor dit jaar met een premie van 8,2% volstaan. Dit werd mogelijk door een Rijksbijdrage van f230 miljoen en dekking van het dan nog te verwachten resterende tekort van ruim f 350 miljoen uit de reserves van de verplichte verzekering.

Voorlopige berekeningen voor 1979 wijzen erop dat voor dat jaar een kostendekkend premiepercentage van circa 9,13 nodig zal zijn, hierbij is een mogelijke Rijksbijdrage als bovengenoemd buiten beschouwing gebleven. Wil men de wenselijk geachte reserve van 6% (die verder wordt aangetast) eind 1979 weer op peil brengen, dan zal

voor 1979 naar voorlopige raming een premie van 9,17% nodig zijn. Hierbij is uiteraard geen rekening gehouden met de mogelijke bezuinigingen, waarover de regering zich thans beraadt.

AWBZ

Voor 1979 wordt op grond van voorlopige begroeringen voor de Algemene Verzekering Bijzondere Ziektekosten uitgegaan van een premiepercentage van 2,9827 (1978: 2,856).

Overeenkomsten

Op advies van de Commissie Overeenkomsten bekrachtigde de raad onder meer de volgende tussen de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) en organisaties van medewerkers bereikte overeenkomsten:

Honorering 1978 medische specialisten. De commissie maakte met betrekking tot sommige begroeringen enig voorbehoud. Partijen zullen hierop in een nadere overeenstemming inzake het tarief per 1 augustus 1978 terugkomen.

Honorering anesthesie bij tandheelkundige verrichtingen.

Honorering 1978 tandartsen algemeen praktici. Hierbij zal een tweetal door de commissie gewenste correcties in de tarieflijst door partijen worden aangebracht.

Honorering 1978 chirurgie en orthodontie door tandartsen algemeen praktici.

Honorering 1978 mondziekten, kaakchirurgie en kaakorthopedische hulp door tandartsen-specialisten.

Nacalculatie honorering huisartsen 1977.

Overeenkomsten met de Stichting Eurotransplant Nederland inzake:

- het tarief 1978 per nieuw te registreren patiënt die voor het ontvangen van een transplantatienier in aanmerking komt;
- honorering donornefrectomie bij postmortale donors ten behoeve van niertransplantaties 1978.

Benoeming lid presidium

In het presidium van de Ziekenfondsraad zijn vijf raadsgroeperingen vertegenwoordigd: naast de voorzitter (Kroonlid) één vertegenwoordiger van respectievelijk de werknemers, de werkgevers, de medewerkers en de ziekenfondsen. Voor de vervulling van de in dit college onlangs ontstane vacature door benoeming van de werknemersvertegenwoordiger L. de Graaf tot staatssecretaris had zowel de FNV (NJV/NKV) als het CNV een kandidaat gesteld, omdat tussen beide vakcentrales geen overeenstemming bestond over het stellen van één gezamenlijke kandidaat. De raad moest derhalve bij schriftelijke stemming een keuze maken tussen Mevr. Mr. V. Domela Nieuwenhuis (FNV) en de heer J. Hogenes (CNV). Hieraan ging een langdurige discussie vooraf, mede doordat de vertegenwoordigers van de werkgevers zich niet wilden inlaten met de interne controverse binnen de vakcentrales. Zij stelden daarom voor beide kandidaten in het presidium op te nemen, met dien verstande dat ook de werkgevers een tweede zetel zouden verkrijgen. Dit voorstel was buiten de orde; het stuitte bovendien niet alleen op juridische bezwaren maar ook op grote weerstand – uiteraard – bij vertegenwoordigers van ziekenfondsen en medewerkers, die overeenkomstig de wettelijke bepaling op voet van gelijkheid met werknemers en werkgevers in de raad zitting hebben.

Bij de daaropvolgende schriftelijke stemming – de werkgevers maakten tevoren kenbaar daaraan niet mee te doen – werd de heer *Hogenes (CNV)* met ruime meerderheid tot lid van het presidium benoemd.

Als gevolg van het feit dat een groepering klaarblijkelijk niet tot overeenstemming kon komen over een eensluidende voordracht was voor het eerst in de geschiedenis van de Ziekenfondsraad een schriftelijke stemming noodzakelijk gebleken.



officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Dagelijks Bestuur

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

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

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

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

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

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

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

Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (SBA)

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

De 172ste Algemene Vergadering

Kort verslag, deel I

Kort verslag van het verhandelde in de 172ste Algemene Vergadering van de KNMG, gehouden te Utrecht op vrijdag 17 maart 1978.

I. Opening

De voorzitter, Ch. J. Maats, opent de vergadering.

II. Benoeming van een commissie van redactie van het verhandelde ter Algemene Vergadering

Tot lid van deze commissie, waarvan de voorzitter en de secretaris-generaal q.q. deel uitmaken, wordt benoemd P. Wind (III).

De voorzitter wil door het noemen van de overleden collegae C. Steinz, die van 1967 tot 1969 HB-lid is geweest en H. Robers, (erelid LHV), een van de oprichters van de LHV en gedurende enige jaren voorzitter van deze organisatie, alle leden gedenken, die sinds de vorige AV door overlijden aan de Mij zijn overleden. (De aanwezigen nemen staande enige ogenblikken stilte in acht).

III. Eerste rondvraag

Niemand verlangt het woord.

IV. Inleiding van de voorzitter (MC nr. 14/1978, blz. 425 e.v.)

Niemand verlangt het woord naar aanleiding van deze inleiding.

V. Voorstel tot wijziging/aanvulling van de statuten der KNMG (MC nr. 3/1978, blz. 88)

De nieuw voorgestelde artikelen 10 en 11 worden met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 12.

Gielen (VIII) heeft er enige moeite mee dat in dit artikel over 'regio' wordt gesproken, zonder dat hiervan een nadere omschrijving is gegeven.

De voorzitter acht het eenduidig uitleggen van het begrip 'regio' zeer gevaarlijk. Het zou niet juist en wenselijk zijn om, gegeven de onberekendbaarheden en het gebrek aan uitleg van het begrip 'regio' en de veelvuldige betekenissen, waarin het wordt gebruikt, een bepaald gebied nader te omschrijven. Het is beter, dit gewoon van de ontwikkelingen te laten afhangen.

Gielen (VIII) meent dat men iets in de statuten neerlegt wat niet iedereen duidelijk is.

De voorzitter antwoordt dat men op deze manier, zonder later in een statutenwijziging te moeten vervallen, op de ontwikkelingen

kan inspelen. Het lijkt hem verstandig deze mogelijkheid te scheppen. Wil men de regionalisatie in al haar diversiteiten afwachten om later ad hoc veranderingen aan te brengen, dan is dat mogelijk, maar men heeft dan altijd wel een jaar nodig voordat men iets kan doen.

Gielen zegt dat men zich nu echter vastlegt op een komende politieke beslissing.

De voorzitter ontkent dit en zegt, dat nu de mogelijkheid wordt geschapen om de interne organisatie op een bepaalde manier te structureren en om, gegeven de verschillende opties over de toekomst, hieraan een nadere inhoud te geven op het moment dat de artsen tot regionalisatie besluiten. Het zal dan om hun besluit over hun regio's gaan. Dat besluit kan een antwoord op een politieke beslissing zijn, maar het is ook mogelijk dat voor de structuur van de Mij die indeling nodig is, omdat zij daarmee een adequater initiatief bij het vormen van het beleid inzake de gezondheidszorg kan ontwikkelen.

Gielen is het hiermee eens. Wat nu in woord wordt neergeschreven, kan dus later nader worden omschreven.

Sanders (voorzitter Commissie voor de reglementen) wijst erop dat collega Gielen ook heeft kunnen lezen, dat de maatschappij-regio's dwars door de afdelingen heen zouden kunnen lopen, dat de regio's zijn bedoeld als geografische gebieden en dat de inrichting en werkzaamheid zullen worden omschreven in het Huishoudelijk Reglement (HR), waarin nu niets over de regio's staat. Als de regio's worden gemaakt, zullen er opnieuw reglementswijzigingen aan de Algemene Vergadering worden voorgesteld.

Eggink (XX) wijst erop dat in artikel 12 staat: De afdelingen zijn samengevoegd tot districten; afdelingen of delen ervan kunnen tezamen een regio vormen. Wil men met deze zinsnede zeggen dat de periferie het initiatief neemt tot het vormen van een regio?

De voorzitter vraagt of collega Eggink hieruit leest dat iemand anders dat initiatief kan nemen.

Eggink veronderstelt dat het initiatief ook centraal zou kunnen worden genomen.

De voorzitter meent dat dit nergens is bepaald.

Eggink zegt dat deze zin op twee manieren kan worden gelezen.

De voorzitter antwoordt dat dit ook precies de bedoeling is.

Langelier (XII) is van mening dat hier inderdaad een nieuw begrip wordt ingevoerd. In dit artikel staat dat ook één afdeling een district of een regio kan vormen. Wordt hiermee bedoeld dat een district gelijk is aan een regio of kan een regio ook een ander gebied beslaan?

De voorzitter zegt dat in beginsel allerlei constructies mogelijk zijn. Deze hangen af van de doeleinden waartoe een district, regio of afdeling is geformeerd. In bepaalde gevallen kunnen die verschillende doeleinden samenvallen qua gezagsgebied of qua besluitvormingsgebied binnen de Mij, maar in beginsel is dat samenvallen een toevalligheid.

Langelier (XII) vindt dat exact moet worden omschreven wat met een regio wordt bedoeld, opdat men later hierover nooit moeilijkheden zal krijgen.

De voorzitter acht het niet verstandig een gedetailleerde uitwerking in de statuten op te nemen. Dit moet nader kunnen worden uitgewerkt in het HR en nu moet worden volstaan met het scheppen van de mogelijkheid, die later, gegeven de verschillende opties, kan worden uitgewerkt.

Langelier (XII) is het hiermede eens.

Weerdesteyn (III) vraagt of het in afwachting van hetgeen waar de regering heen wil met het verdelen van het land in regio's, niet verstandig is, het begrip 'regio' weg te laten.

De *voorzitter* vindt dit niet daar het duidelijk een andere vorm van organisatie is. Een regio kan een deel van een district zijn en een district heeft in de Mij-organisatie een geheel andere functie dan het begrip 'regio' ooit bedoeld is te hebben. Er is een basisstructuur: de afdeling, waarbij de verschillende afdelingen kunnen worden overkoepeld door een districtsorganisatie. Een regio kan echter verschillende delen van de basisstructuur omvatten. Als men die drie verschillende eenheden niet afbakt, zaagt men de poten onder de maatschappijstructuur, zoals deze voor een deel reeds bestaat, weg.

Weerdesteyn (III) zegt dat de afdeling Zaanland nu uit de Zaanstreek en Wormer bestaat en dat het mogelijk is dat Wormer komt te vallen onder de regio Purmerend. Is nu de betreffende zin ingebouwd, opdat b.v. Wormer, dat thans wat vrienden betreft met Zaanstreek is verbonden, hierbij kan blijven behoren?

De *voorzitter* acht dit mogelijk. Het kan zijn dat het voor de regionalisatie van belang is dat Wormer als onderdeel van de afdeling Zaanland behoort bij de regio, waar Purmer onder valt. Op die manier kunnen de collegae die in dat gebied wonen en die door onderlinge afspraken of op initiatief van de overheid tot regiovorming zijn overgegaan, zowel ten opzichte van de structuur van de regio worden vertegenwoordigd en meewerken aan de beleidsvorming als ten opzichte van de eigen afdeling, waar allerlei activiteiten gaande zijn die men niet wil missen. Door een diversificatie in de structuur aan te brengen, kan worden voorkomen dat men ineens in moeilijkheden komt, doordat men in een structuur wordt gezet waarin men verwijderd raakt van de afdeling, waarvan men ook graag deel uitmaakt.

Notschaele (IX) wijst erop, dat over de status van de regio niets bekend is en dat de werkzaamheden en de inrichting hiervan nog zullen worden geregeld. Is het de bedoeling, dat er regio's met een nieuwe status en nieuwe bevoegdheden worden gecreëerd? Uit de woorden van de voorzitter heeft spreker begrepen dat het slechts de bedoeling is met geografische gebieden te werken als op toekomstige ontwikkelingen moet worden ingespeeld. Hij waarschuwt ervoor dat men die andere mogelijkheid niet te veel inbouwt.

De *voorzitter* heeft reeds duidelijk gezegd, dat dit in het HR nader zal worden uitgewerkt en dat de commissie voor de reglementen ter zake ook de nodige voorstellen doen zal. Deze moet men afwachten, maar nu wordt slechts de mogelijkheid geschapen, de organisatiestructuur in de toekomst wendbaar aan te passen aan de dan te stellen eisen en aan de doeleinden, die men dan wil nastreven.

Sanders (Commissie voor de reglementen) zegt, dat in een snel veranderende wereld de mogelijkheid moet bestaan dat men ten behoeve van bepaalde doeleinden in sommige streken van Nederland komt tot een Maatschappij-ordening, waarin een aantal afdelingen of delen ervan, die volgens artikel 10 geografische gebieden zijn, kunnen worden samengebracht tot een omsloten gebied. Wellicht worden in een volgende vergadering reglementsartikelen voorgesteld, die de mogelijkheid bieden Mij-regio's te gebruiken voor de doeleinden 1, 3, 6 of 7. Het lijkt spreker zinvol, deze mogelijkheid in de statuten vast te leggen, daar bij een volgend agendapunt de machtiging van het HB aan de orde komt om gelden ter beschikking te stellen van of begeleiding te geven aan een bepaalde regio. In de statuten moet dan de mogelijkheid zijn ingebouwd, dat er naast de afdelingen en districten zoiets als een regio wordt gemaakt. Het is met opzet

vaag gehouden, zoals ook in de toelichting staat, omdat dit in het HR moet worden uitgewerkt.

Drabbe (XV) vraagt, of, wanneer het land eenmaal voor de meerderheid van de afdelingen tot regiones is verzameld, men dan gaat overwegen of bepaalde districten moeten worden opgeheven of vervangen door regiones. Wanneer kan men zeggen dat deze structuren naast elkaar kunnen blijven voortbestaan?

De *voorzitter* zegt dat dit geheel afhangt van de vraag, hoe het met de regionalisatie gaat. Op het ogenblik is het zo dat de agglomeratieraad, de provincie en de gemeenteraad hiervoor plannen mogen maken en dat iedereen olijk hierover doorpraat, echter zonder dat er iets van enige verbetering in de dienstverlening aan de patiënten te bespeuren valt. Het is niet bekend wanneer hierover klaarheid komt. Wie heeft de juiste conceptie van het begrip 'regio'? Als de een spreekt over regio's voor activiteiten op het gebied van de bedrijfsgeneeskundigen, doelt de ander – als hij over een regio spreekt – op de indeling van de neonatale zorg in Nederland. Er zijn vele opties mogelijk en nu gaat het erom, hoe, gegeven al die ontwikkelingen de Maatschappijstructuur zo wordt ingedeeld, dat uit de kringen van de leden goede informatie wordt verkregen op grond waarvan de Mij tegen de overheid adequaat kan zeggen: als u dit of dat doet hebt u het mis, want gelet op onze eigen regiones liggen die verbanden niet zoals u deze uit de optiek van de agglomeratieraad of het gemeentebestuur bekijkt. Het is mogelijk, dat de overheid nooit tot regio's komt, omdat het een overbodige vorm van organiseren kan blijken te zijn en dat de Mij Nederland in 3 of 4 regio's indeelt om de activiteiten van de verschillende leden als degenen, die zijn betrokken bij de individuele gezondheidszorg goed te kunnen structureren. Deze materie is nog in studie en het is niet mogelijk nu een keuze te doen. Op rationele gronden kan men wel een structuur hiervoor ontwerpen, maar als deze in de ogen van de mensen niet bestaat is het zinloos die structuur in besluiten uit te werken. De Mij moet nu deze optie nemen, daar er vermoedelijk behoefte aan deze structuur zal blijken te bestaan, gezien de vele initiatieven in Nederland. Op het goede moment moet de Mij die structuur de juiste en gewenste inhoud geven, opdat zij slagvaardiger dan wie ook ervoor kan zorgen dat voor de gezondheidszorg een goed beleid wordt gevoerd.

Drabbe (XV) begrijpt, dat het districtenstelsel niet te snel overboord zal worden gegooid.

De *voorzitter* zegt dat, zoals het er nu uitziet, dit stelsel blijft bestaan.

Artikel 12 wordt met algemene stemmen aangenomen.

De artikelen 14, 15 en 16 worden zonder beraadslaging met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 17.

Hendriks (XI) zegt dat men het in zijn afdeling rationeel heeft geacht de bestuursleden ook afgevaardigden ter AV te doen zijn. In informatiebrief nr. 6 dd. 30 maart 1977 staat, dat de termijn van het lidmaatschap van een bestuur op 5 jaar is gesteld, hetgeen in tegenspraak is met de termijn van 4 jaar die nu in het statuut zal worden opgenomen. Kan die termijn van 4 jaar niet worden veranderd in een van ten hoogste 5 jaar? Men is dan ook wat betreft de zittingsperiode van de afdelingsbestuursleden rond, zonder dat hiervoor de Statuten behoeven te worden gewijzigd.

De *voorzitter* acht het niet waarschijnlijk dat de functies van afdelingsbestuurslid en van afgevaardigde ter AV in de tijd geheel zullen samenvallen. Misschien wordt iemand afgevaardigde naar de AV nadat hij 2 jaar lid van het afdelingsbestuur is, maar dit hangt er mede van af in hoeverre het in de lokale situatie wenselijk is dat de functies van bestuurslid en afgevaardigde

samenvallen. Dit samenvallen behoeft niet als zodanig in een termijn te worden uitgedrukt en de Statuten bieden de gelegenheid tussentijds te bedanken voor de functie van afgevaardigde ter AV. Uit dien hoofde is het gelijkstellen van deze termijnen ook niet nodig.

Deze termijnen, die toevallig kunnen samenvallen, moeten los van elkaar worden gezien.

Sanders (Commissie voor de reglementen) zegt, dat het hier inderdaad twee gescheiden functies betreft. In het HR is bepaald dat de lidmaatschappen van besturen, commissies etc. zijn gebonden aan de termijn van 5 jaar, waarop de functie van afgevaardigde met een zittingstermijn van 4 jaar en de functie van hoofdbestuurder, dat 6 jaar zitting heeft, uitzonderingen vormen. Op zichzelf vormt het geen probleem om hier de woorden 'ten hoogste' 5 jaar te volgen. Artikel 17.1 is eigenlijk hetzelfde (maar dan wat korter) als het reglementsartikel 400b, waarin de termijn van 4 jaar wordt genoemd.

Mr. Schultsz (secretaris KNMG) ontraadt het opnemen van de woorden 'ten hoogste' in dit artikel, daar dit onzekerheid ten opzichte van de termijn zou meebrengen. Deze formulering zou betekenen dat men ook voor 1, 2 of 3 jaar zitting heeft, terwijl dit zeker niet de bedoeling is van het stelsel van afgevaardigden dat de Mij kent. Dit stelsel is zo opgezet dat de termijn van 4 jaar voor de gehele ploeg van afgevaardigden en plv. afgevaardigden geldt. Zij worden en bloc gekozen en zij defungeren en bloc, waarna zij kunnen worden herkozen. Wanneer tussentijds een afgevaardigde defungeert treedt een plv. afgevaardigde voor hem in de plaats en wordt voor de laatste voor dezelfde afgepaste periode van 4 jaar een nieuwe plaatsvervanger gekozen. Het team blijft dus 4 jaar constant. Voert men nu iets in in de geest van 'ten hoogste 5 jaar', dan ondergraaft men het vaste stelsel van één ploeg voor 4 jaar.

De *voorzitter* constateert dat na deze krachtige argumentatie niemand meer het woord verlangt.

Artikel 17 wordt aangenomen, waarbij 1 stem in blanco wordt uitgebracht.

De artikelen 18, 21 en 22 worden met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 23.

Weerdesteyn (III) vraagt, of in artikel 23.3 niet de verplichting kan worden neergelegd om in spoedeisende gevallen binnen een maand een nieuwe AV uit te schrijven.

Sanders (Commissie voor de reglementen) zegt dat de afgevaardigden ingevolge artikel 16.2 de macht hebben ervoor te zorgen, dat ongeveer binnen 6 weken een AV zal plaatsvinden om over het betreffende onderwerp te kunnen spreken.

Weerdesteyn (III) zegt dat er niet zonder meer staat, dat het hoofdbestuur verplicht is een AV bijeen te roepen.

De *voorzitter* antwoordt dat, als de afgevaardigden het HB ter verantwoording willen roepen, zij in uitgebreide zin de mogelijkheden daartoe hebben. Als het een algemene verplichting betreft die iedereen blijhartig aanvaardt, kan rustig de volgende AV op de vastgestelde datum worden afgewacht. Het initiatief ligt hierbij duidelijk bij de afgevaardigden, maar het HB kan van de maatregel, die als een verplichting wordt opgelegd, ook vinden dat hiervoor een AV moet worden uitgeschreven. Met de gekozen formulering kan uit verschillende opties worden gekozen.

Nicolas (XIII) vraagt of in artikel 23.1 ook geen sprake van een quorum moet zijn.

Sanders (Commissie voor de reglementen) zegt dat in de Mij het

idee van een quorum nooit heeft bestaan. In plaats daarvan is duidelijk vastgelegd hoe voorstellen en onderwerpen moeten worden ingediend en aangegeven. In het HR zijn ter zake termijnen genoemd en daarin is bepaald, dat, wil iets op de agenda kunnen worden geplaatst, die ruim te voren bekend moet zijn etc. Dit is een waarborg dat zij, die iets zeer belangrijk vinden, zich kunnen vrijmaken voor de vergadering. Het hebben van een quorum geeft geen garantie voor het aanwezig zijn van de functioneel meest geïnteresseerden in de vergadering, waarin de stemming plaatsvindt.

Artikel 23 wordt met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 24.

Eggink (XX) vraagt of het zo nodig is de functies van de Maatschappelijke verenigingen zo nauwkeurig te omschrijven, daar hierdoor ook de beperkingen worden aangegeven, waarbinnen deze verenigingen kunnen functioneren. Wat is de mening van de Maatschappelijke verenigingen over deze beperkingen?

De *voorzitter* antwoordt dat het HB in deze geen enkele opzet heeft, doch dat dit het resultaat is van een zeer intensief overleg en van de meningsvorming tussen HB en Maatschappelijke verenigingen, waarbij iedereen de indruk heeft, dat deze omschrijving van de functies van deze verenigingen: het goed functioneren van categorieën leden, de behartiging van hun sociaal-economische en van hun overige maatschappelijke belangen, een juiste taakafbakening aangeeft en dat zij de mogelijkheid biedt tot het geven van inhoud aan de binnen de Mij gewenste structuur.

Dit betekent, dat de Maatschappelijke verenigingen zowel onderling als ten opzichte van de Mij dienen te worden afgebakend. Daartoe is in dit artikel ook de mogelijkheid geschapen, waar is gesteld, dat nadere regels inzake de verhouding van deze verenigingen tot de Mij en hun onderlinge verhouding in het HR worden opgenomen. Dit is een zinvolle afbakening.

Eggink (XX) meent dat men dit ook kan lezen als een beperking.

De *voorzitter* antwoordt dat de Mij, gegeven haar doelstellingen, ook beperkt is in haar bestaan.

Eggink (XX) vraagt of de bevordering van de kwaliteit van de gezondheidszorg valt onder de zinsnede over het goed functioneren.

De *voorzitter* geeft een bevestigend antwoord.

Eggink (XX) heeft hiertegen geen bezwaar, mits het geen beperking inhoudt.

De *voorzitter* zegt dat dit artikel de gelegenheid biedt, dat de Maatschappelijke verenigingen vanuit hun specifieke deskundigheid en binnen hun verenigde bekwaamheid en mogelijkheden ter zake van deelgebieden in de medische beroepsuitoefening de bijdragen, welke zij daardoor kunnen geven op de best mogelijke manier aan de Mij ten goede kunnen laten komen.

Artikel 24 wordt met algemene stemmen aangenomen.

De artikelen 25, 26, 27 en 31 worden zonder beraadslaging aangenomen.

Artikel 32.

Gielen (XIII) merkt op dat het hem aantrekkelijk lijkt om in artikel 32, dat een stukje geschiedschrijving behelst, op te nemen dat de Mij in 1849 werd opgericht, dat daarna de vereniging voor een tijdvak van 29 jaar en 11 maanden werd gecontinueerd, waarna zij met ingang van 1878 door aanpassing van de Statuten voor onbepaalde tijd is aangegaan. Is het mogelijk, dit te doen?

Mr. Schultz (secretaris) antwoordt dat dit wel mogelijk is, maar dat dan alle termijnen van 29 jaar en 11 maanden op een rijtje zouden moeten worden vermeld. Vroeger was het zo, dat de zin in artikel 32, waarin staat dat de vereniging was opgericht voor 29 jaar en 11 maanden, alzo tot 10 oktober 1952, steeds eens in de 30 jaar werd aangepast, waarbij de oude datumvermelding verviel. Dit schoof dus iedere 30 jaar op. Wil men de geschiedschrijving volledig maken, dan moet men de termijnen van 30 jaar sinds 1892 opnemen. De notaris heeft ontraden, te veel geschiedschrijving in dit artikel op te nemen, met name de termijn van 1892, omdat niet duidelijk is geworden waarom die vermelding pas sinds 10 december 1892 plaatsvond en niet vanaf 1849. De facto was het niet nodig geweest, de koninklijke goedkeuring vanaf 1849 te vragen, daar de Mij, opgericht in 1849, in 1855 automatisch in het genot van de koninklijke goedkeuring kwam, daar de wet van 1855 bepaalde, dat verenigingen van vóór die tijd met een bepaalde status automatisch de koninklijke goedkeuring verkregen. Wil men de geschiedschrijving in dit artikel enigszins tot haar recht laten komen dan zou dit een buitengewoon lang artikel worden.

Gielen (VIII) betreurt het dat men nu de aardige opmerkingen over de 30-jarentermijnen voor goed kwijt raakt, maar begrijpt, dat het vooral moeilijk is, de geschiedenis van vóór 1892 op te nemen.

Artikel 32 wordt met algemene stemmen aangenomen.

Artikel 33 wordt zonder beraadslaging met algemene stemmen aangenomen.

De *voorzitter* dankt mede namens de AV de Commissie voor de reglementen voor het vele door haar verrichte werk en spreekt de wens uit, dat zij haar goede arbeid nog lang zal voortzetten.

Mr. Schultz (secretaris) merkt nog op, dat van de afdeling Friesland-Oost een brief is ontvangen, waarin is gesteld:

‘Op de eerstkomende AV komen statutenwijzigingen aan de orde. Volgens de nieuwe versie van artikel 10 kunnen de afdelingen geen rechtspersoonlijkheid hebben. Het bestuur van onze afdeling vraagt zich af, of zij in die situatie hoofdelijk aansprakelijk zijn tijdens hun optreden als bestuurslid. Gaarne willen wij deze kwestie op de AV toegelicht zien.’

Aangezien deze kwestie alle afdelingsbesturen aangaat, wil spreker het volgende opmerken. Men kent in het Nederlandse recht twee soorten van hoofdelijkheid, de actieve en de passieve. Actieve hoofdelijkheid betekent dat twee schuldeisers ieder dezelfde schuld van één bepaalde schuldenaar kunnen vorderen. Heeft de schuldenaar betaald aan een van beiden, dan is hij gekweten en moeten de schuldeisers samen het geïncasseerde bedrag verdelen. Deze vorm van hoofdelijkheid komt zelden voor: 2 schuldeisers hebben er nauwelijks belang bij dat ieder van hen de debiteur voor het geheel kan aanspreken. Dan kunnen zij veel beter ieder de helft vorderen zonder dat onderlinge verrekening nodig is. Passieve hoofdelijkheid betekent dat één crediteur meer debiteuren voor het geheel kan aanspreken. Heeft hij het bedrag van een van hen ontvangen, dan heeft hij niets meer te vorderen en de betaald hebbende schuldenaar moet maar zien dat hij het geheel van de anderen binnenkrijgt. Dit is een voordeel voor de crediteur: hij heeft meer ijzers in het vuur. In artikel 30 van het nieuwe tweede boek van het BW heeft de wetgever nu bepaald, dat een vereniging waarvan de statuten niet in een notariële akte zijn opgenomen, geen registergoederen kan verkrijgen of erfgenaam kan zijn en dat hij, die door een rechtshandeling zo'n vereniging verbindt, naast de vereniging hoofdelijk aansprakelijk is. Dit dus om schuldeisers naast die wat vage informele vereniging meer plechtankers te geven.

Om te verhinderen dat zoiets zich bij afdelingsbestuurders van de KNMG zou voordoen en om iedere twijfel omtrent de status van de afdelingen weg te nemen, is juist art. 10 Statuten ingevoerd. Men zou namelijk op de uiterlijke schijn afgaande, kunnen menen dat de afdelingen met een eigen bestuur, eigen

financiën en een duidelijke groep leden wel een soort zelfstandige ‘informele’ vereniging zijn. In artikel 10 wordt nu zonder omhaal meegedeeld dat de afdelingen geen zelfstandige verenigingen zijn, maar niets anders dan geografische onderdelen van de KNMG. Er is dus geen sprake van ‘informele’ verenigingen of iets dergelijks. Het is de KNMG zelf, die in de vorm van een van haar geografische geledingen optreedt en hoofdelijke aansprakelijkheid van de afdelingsbestuurders komt niet aan de orde. Het is per saldo de KNMG, die aansprakelijk is en dat is b.v. de reden, dat het hoofdbestuur graag begrotingen en rekening en verantwoording van ledencongressen van de KNMG van tevoren inziet en goedkeurt. De situatie is overigens niet veranderd ten opzichte van vroeger, alleen geeft artikel 10 nu in alle duidelijkheid weer, hoe die situatie is.

De vergadering wordt vervolgens voor enige tijd geschorst en daarna hervat.

De *voorzitter* ontraadt de aanwezigen gedurende de rest van de vergadering te roken, daar de gehaalde rook ook voor de niet-rokers nadelig kan zijn.

VI. Regionalisatie (MC nr. 6/1978, blz. 190/191).

De *voorzitter* deelt mede dat het HB over de resultaten van de activiteiten bij het experiment in Eindhoven zeer teleurgesteld is. In Eindhoven is mede door de grote inspanningen van coll. Dekkers aldaar als KNMG-beleid in deze uitgedragen, dat van de bestuurscommissie, die richting zou moeten geven aan het beleid inzake de gezondheidszorg, deskundigen uit het veld deel moeten uitmaken. De houders van de portefeuilles van gezondheidszorg van de gemeenten Helmond, Eindhoven en Kemperland vinden echter, dat zij het hoogste orgaan op het niveau van de bestuurscommissie moeten vormen en op een gegeven moment is uitgelekt, dat de vertegenwoordigers uit het veld eruit geknikerd zijn. Daar de agglomeratieraad een en ander nog moet bekrachtigen, kunnen de mensen ter plaatse hiertegen nog actie voeren. Het teleurstellende is, dat, terwijl door de KNMG-vertegenwoordigers zeer loyaal aan het welslagen van de gedachtenvorming werd meegewerkt, zij via een toevallige lekkage moesten vernemen dat zij aan de dijk waren gezet. Uitsluitend door de gedragingen van de lokale overheden maken nu de KNMG-vertegenwoordigers geen deel van de bestuurscommissie meer uit. Dit is bedroevend, maar toch is het goed dat de KNMG de medewerking en inzet, die haar vertegenwoordigers in Eindhoven nog steeds willen verlenen, ondersteunt door iemand van het secretariaat ter beschikking te stellen voor de begeleiding en door de kosten die voortvloeien uit hun afwezigheid uit de praktijk te vergoeden. De precieze uitvoering van dit plan roept nog een aantal vragen op, die het maken van een goede regeling betreffen inzake de afspraken tussen HB en de afdeling Eindhoven over de kwestie, hoe deze zaken zullen worden uitgevoerd en welke de wederzijdse verwachtingen, rechten en verplichtingen zijn.

Het voorstel inzake Rotterdam heeft betrekking op een subsidie, waardoor een gedeelte van de capaciteit van het daar aanwezige bureau ter beschikking komt. Ook hier moet een goede regeling worden getroffen voor de wederzijdse afspraken en voor de wederzijdse verwachtingen, rechten en plichten. Ook moet nog worden gezien, of hiervoor geld op de begroting is. Het HB vraagt de AV machtiging, de genoemde regelingen te treffen en te bezien of in personele en financiële zin deze zaak realiseerbaar is.

Meursing (voorzitter commissie-Regionalisatie) zegt, dat toen hij een jaar geleden de met de regionalisatie samenhangende problemen met de AV besprak, er nog een staatssecretaris was, die deze zaak zeer was toegedaan en die er zeer stimulerende ideeën over had, terwijl er in dat opzicht nu veel is veranderd. In de bijeenkomst met de afdelingsvertegenwoordigers verleden jaar mei kon spreker namens de werkgroep-Regionalisatie verklaren,

dat omtrent augustus het eerste rapport klaar zou zijn voor een discussie in bredere kring. Dit rapport heeft hem als leidraad gediend in de AV in september, toen hij aantoonde waar het naar toe moest en wat er dreigde. In de vergadering met de afgevaardigden der afdelingen in december zijn weer enige kanten bijgetekend, daar de indruk bestond dat van de verdere ontwikkeling van het regionalisatieproces kon worden gezegd, dat voor zover gestimuleerd door de overheid het hollen plaats zou maken voor een loopspasje, zoals ook is gebeurd. De Commissie nodigt de AV nu uit haar mening uit te spreken over de in het voorgelegde rapport geuite denkbeelden. In de proefregio's wordt de ontwikkeling sterk beheerst door de regionale overheden, waarvan de extreme voorbeelden Rotterdam en Eindhoven zijn. Deze hebben het HB en de Commissie doen inzien, dat het zeer nuttig is, deze twee regio's als leerterreinen aan te vatten. Vandaar dat zij graag willen experimenteren met de begeleiding, waarop velen van af het begin hebben aangedrongen. Die begeleiding kan geheel in de periferie geschieden – dat is het denkbeeld dat Rotterdam zal toetsen en waarmee men ervaring wil opdoen – en de begeleiding kan uitgaan van uit het centrum in Utrecht. Het is de Commissie duidelijk geworden dat dit niet kan zonder een aantal principiële stappen en beslissingen, waar het HB er enige van heeft uitgelicht en die nu ter bespreking voor de AV liggen.

Duyvendak (XIV) heeft in hetgeen de voorzitter en collega Meursing hebben gezegd enig cynisme beluisterd, waartegenover hij een optimistischer geluid wil laten horen, daar het in de proefregio Nijmegen niet zo slecht gaat. Daar heeft men via de districtscommissie van de Provinciale Raad van Gelderland de kans gekregen in de proefregio enige proefobjecten op te zetten. Tussen de in deze projecten samengekomen organisaties is een redelijk gesprek op gang gekomen en hier is men als KNMG in vele opzichten verder dan wat er op bestuursniveau is bereikt. De proefregio Nijmegen strekt zich uit over de provincies Gelderland, Noord-Brabant en Limburg en op bestuurlijk niveau zitten deze provincies elkaar voortdurend in de haren. Het afdelingsbestuur, het seniorenconvent, is overtuigd van de noodzaak, deze proefregio's een kans te geven. Het voorstel om gelden voor de experimenten in Eindhoven en Rotterdam beschikbaar te stellen is lofwaardig en hiermede loopt de KNMG vooruit op het beleid van de regering. Het is zeer te waarderen dat de Mij niet afwacht wat er van bovenaf wordt gedaan. Zij schept hiermee nu al de mogelijkheden om in te haken op maatregelen van de overheid. Ook spreker ziet de experimenten in Eindhoven en Rotterdam als leerterreinen. Evenals in Nijmegen zullen er in elke afdeling slechts weinigen zijn die precies weten waarover het gaat. Nijmegen heeft 900 leden, waarvan er hoogstens 40 op de afdelingsvergadering verschijnen. Wanneer daar een voorstel als het onderhavige wordt besproken en er wordt voórgestemd, is het de vraag of al die andere leden het hiermee eens zijn. Moet niet worden getracht de leden die het steeds laten afweten, beter in te lichten over wat precies met proefregio's wordt bedoeld? Zij moeten weten wat er wordt bedoeld, wanneer men deze leerterreinen verder wil uitdiepen. Straks zal er waarschijnlijk veel geld op tafel moeten komen voor de begeleiding van de regio's, hetgeen kan neerkomen op enkele honderden guldens per lid per jaar. Het is voorstelbaar dat, wanneer men een contributiestrookje ontvangt dat b.v. f 600,— hoger is dan het jaar ervoor, men het welletjes vindt en als KNMG-lid bedankt. Een leegloop uit de Mij kan dus het gevolg zijn, welke voorkomen zou kunnen worden door een goede voorlichting, niet in lange verhalen maar b.v. in de vorm van strips. Het moet de leden duidelijk worden gemaakt wat de achtergrond van de contributieverhoging is en hoe dat geld zal worden besteed.

De voorzitter is er verheugd over dat de drie provincies waarin dit proefgebied ligt, geen remmende invloed in deze hebben, waarschijnlijk doordat voor die overheden dit project weinig consequenties heeft, daar zich in dit geval geen problemen van machtpolitieke aard voordoen. Het HB is doende zich te beraden over de vraag, hoe de voorlichting in deze kan worden verbeterd;

het wil dit doen door 'public relations' en door het in het bijzonder ter sprake te brengen. De moeilijkheid is echter om te bepalen wanneer de leden zelf ervaren dat de regionalisatie hun persoonlijk handelen zal beïnvloeden. Door de vrijblijvende wijze waarop de experimenten zijn opgezet wordt een en ander slechts ervaren door degenen die bij de uitvoering van de projecten betrokken zijn. Het is daardoor moeilijk nu veel ervaringen over te dragen aan de leden die er buiten staan en die alleen hun dagelijks werk doen. Dat gevoel van betrokkenheid moet toch worden gewekt, hetgeen misschien zal worden gestimuleerd door de sterk negatieve invloed welke uitgaat van de wijze waarop de overheden in Rotterdam en Eindhoven zich opstellen. Daardoor worden de mensen er alert op dat er niet constructief wordt gewerkt, doch dat er wel degelijk wordt gedacht en gewerkt vanuit een filosofie, die de gezamenlijke verantwoordelijkheid noch doet ervaren noch erkent.

Knappe (V) vraagt of de KNMG met de regionalisatie wel op de goede weg is. Is misschien de enige reden dat zij een commissie heeft benoemd om de schade van de regionalisatie zoveel mogelijk te beperken?

De voorzitter zegt dat de KNMG meedoet, gegeven haar beleidsdoelstellingen. Zij wil voor het werk in een bestuurscommissie tezamen met andere deskundigen in het veld de verantwoordelijkheid aanvaarden om zo op een constructieve manier mee te werken aan de regionalisatie van de gezondheidszorg, mede om daardoor een optimale behandeling van de patiënt tot stand te brengen. De KNMG moet tonen, dat zij zich in deze constructief opstelt.

Knappe (V) vraagt wat men voor het hiermee gemoeide geld koopt. Wat gaat men er echt op vooruit en zal de gezondheidszorg zoveel beter worden wanneer tot regionalisatie wordt overgegaan?

De voorzitter antwoordt dat de experimenten juist zijn opgezet om daarachter te komen. Men kan er twijfels over hebben, of de gezondheidszorg hierdoor beter wordt. De gedachtenvorming hierover in Nederland is mede geïnitieerd vanuit initiatieven, die in Zweden voor de regionalisatie zijn uitgewerkt, waar men regio's voor een scala van voorzieningen heeft. In Engeland heeft men ook de indruk dat men door het creëren van bestuurslagen de samenwerking tussen specialisten en huisartsen kan verbeteren. Uit bedrijfskundig oogpunt is het de vraag, of de keuze van een huisarts voor een bepaalde specialist wordt bepaald door het bestuur van de instelling, die hem aanstelt, dan wel of die keuze geschiedt doordat zijns inziens die specialist in dat geval de aangewezen persoon is om de betrokken patiënt te behandelen. De overheid is in deze zeer getroffen door de mogelijkheden, die deze bestuursorganen in het buitenland hebben om te besluiten over de verdeling van een bepaalde hoeveelheid geld, hetgeen men als een positieve manier om tot ordening te komen aanvaardt. Deze vragen moeten mede door de experimenten worden beantwoord. De bestuursstructuur is onderwerp van studie bij het experiment Eindhoven, waar o.a. de mogelijkheid werd gepresenteerd van een kleine groep van deskundigen, die als bestuurscommissie optrad en die onpartijdig en niet gebonden aan lokale politieke of gezondheidszorgbelangen uit een oogpunt van haar deskundigheid de taken van deze commissie zou uitvoeren. Daarnaast was er een voorstel om dit te doen met een bestuurscommissie van deskundigen uit het veld, die vanuit hun eigen deskundigheid ervoor konden zorgen, dat de gezamenlijke inspanning zo goed mogelijk was. Zulke experimenten moeten bewijzen of de regionalisatie hiertoe leidt. Dit is moeilijk aan te tonen, daar het er van afhangt aan welke kant men staat. Gemeente- of provinciebestuurders zullen vinden dat het bestuursmodel, hetwelk hun de meeste invloed geeft, het beste is. Het is moeilijk aan te tonen, dat de patiënten daaronder lijden, gegeven het redelijke niveau van voorzieningen in de regio. Het model in Eindhoven zal minder voldoen aan het inzicht van de KNMG, dat de professie weet dat haar initiatieven

en besluiten een grote kans van slagen hebben omdat er een positieve attitude tegenover staat. Deze zaken kunnen slechts worden beoordeeld vanuit de optiek waaruit men werkt en die iedereen, die eraan meewerkt, zich zal doen afvragen of de gezondheidszorg voor de patiënten toegankelijker en beter is geworden dan vóór het experiment. De KNMG moet hieraan blijven meedoen om zelf ervaring en kennis op te doen. In Nijmegen worden de resultaten door degenen die aan het experiment meedoen als positief ervaren. De vergelijking van de verschillende experimenten zal leren dat de KNMG bij de ene vorm, die haar aanstaat en waarin zij een zeker initiatief kan ontplooiën een positieve reactie van de betreffende bestuurlijke instanties ontvangt en dat bij mogelijke andere constructies zij zich moet afvragen, hoe zij haar keuze in deze zal moeten bepalen. Men 'koopt' hiervoor de mogelijkheid van evaluatie van het eigen beleid, ervaring in het omgaan met de partners in het regionalisatieproces en misschien een meer toegankelijke en betere zorg voor de patiënten.

Knappe (V) vraagt of het zinvol is te protesteren tegen de gang van zaken in Eindhoven, waar niet-deskundigen besluiten.

De *voorzitter* antwoordt dat in het gesprek met de staatssecretaris de teleurstelling hierover kenbaar zal worden gemaakt.

Eggink (XX) bemerkt dagelijks dat in de regionale commissies, o.a. in de interstafraden, een groot aantal collegae zit die zeer gemotiveerd zijn en die zeer goed werk leveren, maar die helaas geen KNMG-lid zijn. Het is vervelend dat de commissie-Regionalisatie in haar rapport zo sterk vasthoudt aan het lidmaatschap van de KNMG. In de periferie geeft in het algemeen de specialistische geneeskunde, dus de ziekenhuizen en daarnaast de interstafraden, al een zeer goede aanzet bij de regionalisatie. Wil de KNMG een structuur daarnaast plaatsen, dan moet men er rekening mee houden dat in de regio interstafraden zijn en allerlei bestuurlijke organisaties van collegae, waarin ook niet-KNMG-leden zitten. Men kan met hen samenwerken en ze opnemen of men laat ze hun goede werk doen en hoort ze nauwelijks aan. Het is teveel gevraagd om althans in Groningen naast de reeds bestaande structuren een structuur, zuiver op KNMG-basis, te maken, daar het een aantal artsen in Groningen niets meer zou zeggen, aangezien zij geen lid van de KNMG zijn. De KNMG moet ervoor oppassen zich in de regio te presenteren als een soort van regionaal bestuur met een prachtige agenda en enige leden die alleen het papierwerk doen, maar verder weinig hebben in te brengen. Wel moet de KNMG in de regio bepaalde dingen op poten zetten, structuren aangeven en vanuit haar bestuurlijke ervaring zeggen: dit en dat moet gebeuren. Men moet zich erdan niet te druk over maken of betrokkenen al of niet KNMG-lid zijn; als men maar goede artsen op de juiste plaatsen krijgt.

In de regiocommissies bemerkt spreker elke keer, dat men niet over maatschappelijke belangen wil spreken, omdat daarvoor de LSV het orgaan zou zijn. In een regionale commissie wordt een en ander altijd verheven tot een ethisch gezondheidspatroonidee dat men moet vertegenwoordigen, maar dit wordt, zodra er iets over honorarium aan de orde komt, direct verwezen naar de LSV. Wanneer in de periferie de gezondheidszorg op bestuurlijk niveau zal worden bevorderd, hoe zal het dan met de maatschappelijke belangen gaan?

District XX zou het op prijs stellen, indien in het ontwerpbesluit iets kwam te staan over de vraag, wanneer een evaluatie kan worden verwacht, dus een tijdsfasering.

(Slot volgt)

Inschrijven voor het KNMG-Ledencongres in Arnhem

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



Foto-wedstrijd

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

VERTROUWENSARTSEN KINDERMISHANDELING

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



**van het Centraal College voor de Erkenning en
Registratie van Medische Specialisten**

Opleiding plastische chirurgie

Ingevolge artikel 1008, lid 4, van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst wordt hieronder gepubliceerd het besluit no. 1 – 1978 van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten, inzake de opleidingseisen voor het specialisme plastische chirurgie. Het besluit treedt in werking op 17 juli 1978.

Voor degenen die op deze datum reeds voor het specialisme in opleiding zijn, is van toepassing artikel 4 van het besluit no. 1 – 1966, houdende algemene bepalingen, dat is gepubliceerd in Medisch Contact nr. 9/1967, blz. 199. Dit artikel luidt:

‘Een besluit terzake van de eisen te stellen aan de opleiding van specialisten, met name aan de duur en eventuele programmering, is slechts verbindend voor degenen die de opleiding zijn begonnen na het tijdstip waarop het in werking treedt, tenzij zij de voorkeur geven aan de bij het desbetreffende besluit vastgestelde eisen, een en ander voor zover in het besluit niet uitdrukkelijk anders is bepaald’.

De in het besluit no. 1 – 1978 genoemde besluiten no. 2 – 1966 en no. 2 – 1967, inzake de algemene eisen te stellen aan de opleiding (A), de opleiders (B) en de opleidingsinrichtingen (C), zijn gepubliceerd in Medisch Contact nr. 9/1967, blz. 200 respectievelijk nr. 33 / 1967, blz. 754.

Alle besluiten van het Centraal College zijn of worden opgenomen in de handleiding voor de erkenning en registratie van medische specialisten, welke tegen betaling van f 25,- (assistent-geneeskundigen f 10,-) verkrijgbaar is bij het bureau van de Specialisten Registratie Commissie, Lomanlaan 103, Utrecht.

Utrecht, 28 juni 1978.

Besluit no. 1 – 1978: plastische chirurgie

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten, in vergadering bijeen op 20 maart 1978;

gezien het voorstel van de Nederlandse vereniging voor plastische en reconstructieve chirurgie tot vaststelling van de opleidingseisen voor het specialisme plastische chirurgie;

gelet op de met een vertegenwoordiging van de Vereniging gehouden besprekingen benevens de gevoerde correspondentie en gewisselde stukken;

gezien het nadere voorstel van het bestuur der Vereniging;

gehoord de Specialisten Registratie Commissie;

in aanmerking nemende dat de ledenvergadering van de

Nederlandse vereniging voor plastische en reconstructieve chirurgie in september 1975 haar instemming heeft betuigd met de voorgestelde opleidingseisen; gelet op artikel 1007, lid 2, en artikel 1008 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst;

heeft besloten

Artikel 1

De duur van de opleiding van specialisten voor het specialisme plastische chirurgie bedraagt zes jaar. Voor deze opleiding gelden de bij besluit no. 2 – 1966, zoals gewijzigd bij besluit no. 2 – 1967, vastgestelde algemene eisen te stellen aan de opleiding (A), de opleiders (B) en de opleidingsinrichtingen (C), in samenhang met de hieronder opgenomen bijzondere eisen. De opleiding zal geschieden met inachtneming van hetgeen in onderstaand opleidingsschema en nadere voorschriften is weergegeven.

Bijzondere eisen

A. Te stellen aan de opleiding

Aan de algemene eis van A.1 wordt het volgende toegevoegd:

De opleiding van zes jaar bestaat, met inachtneming van hetgeen in het opleidingsschema is bepaald, uit een heelkundige vooropleiding van drie jaar, gevolgd door drie jaar opleiding in de plastische chirurgie. De drie jaar opleiding in de heelkunde moeten worden gevolgd in een voor dat specialisme erkende opleidingsinrichting, bij voorkeur in een opleidingsinrichting-A. De opleiding kan ook worden gevolgd in een voor het specialisme heelkunde erkende opleidingsinrichting-B, waarin kan worden voldaan aan hetgeen in punt 1.2 van het opleidingsschema is gesteld. De drie jaar opleiding in de plastische chirurgie moeten worden gevolgd in een voor dat specialisme erkende opleidingsinrichting.

Aan de algemene eis van A.13 wordt toegevoegd:

f. er op toezien dat de assistent-geneeskundige een lijst bijhoudt van de door hem ingevolge punt II.2 van het opleidingsschema verrichte operaties en van de operaties waarbij hij heeft geassisteerd. De assistent-geneeskundige dient jaarlijks deze lijst bij zijn opleider in met een afschrift aan de secretaris van de visitatiecommissie;

g. er op toezien dat de assistent-geneeskundige de pre-, per- en post-operatieve zorg heeft voor het aantal patiënten, genoemd in de bijzondere eis C.11.

h. er zorg voor dragen dat de assistent-geneeskundige tijdens diens opleiding tenminste eenmaal over een onderwerp, de plastische chirurgie betreffende, een voordracht houdt voor een vergadering van medische specialisten, of een artikel publiceert.

Ingevolge A.22 van de algemene eisen geeft zowel de opleider in de heelkunde als die in de plastische chirurgie, voor zover mogelijk in gezamenlijk overleg, de noodzakelijke beoordelingen af.

B. Te stellen aan de opleiders

Ingevolge B.12 van de algemene eisen moet in de opleidingsinrichting:

1. een polikliniek ter beschikking van de opleider staan en het aantal nieuw ingeschreven poliklinische patiënten met een nieuwe afwijking, per jaar ten minste 750 zijn;
2. het aantal opnamen per jaar ten minste 500 zijn;
3. het aantal klinische operaties per jaar tenminste 500 zijn.

C. Te stellen aan de opleidingsinrichtingen

In de algemene eis van C.1 sub a wordt het specialisme radiologie vervangen door het specialisme radiodiagnostiek c.q. radiologie.

Ingevolge C.2 van de algemene eisen is bovendien het volgende vereist:

- a. In de inrichting moeten werkzaam zijn specialisten die voor de specialismen anesthesie, dermatologie, kindergeneeskunde, keel-, neus-, oorheelkunde, oogheelkunde, orthopedie, revalidatie en urologie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven.
- b. Als consulent moeten regelmatig kunnen worden geraadpleegd specialisten die voor de specialismen cardiologie, longziekten en tuberculose, neurologie c.q. zenuw- en zielsziekten hoofdvak neurologie, neurochirurgie, psychiatrie c.q. zenuw- en zielsziekten hoofdvak psychiatrie, en reumatologie in het register zijn ingeschreven. Indien in de inrichting werkzaam is een specialist die voor het specialisme radiodiagnostiek in het register is ingeschreven, maar geen specialist die voor het specialisme radiologie is ingeschreven, zal als consulent regelmatig moeten kunnen worden geraadpleegd een specialist die voor het specialisme radiotherapie is ingeschreven. Voorts zal als consulent moeten kunnen worden geraadpleegd een specialist die voor het specialisme mondziekten en kaakchirurgie en een specialist die voor het specialisme dentomaxillaire orthopedie in het register van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde is ingeschreven.
- c. In de opleidingsinrichting moeten werkzaam zijn specialisten, die voor de specialismen heelkunde en inwendige geneeskunde als opleider zijn erkend.

Ingevolge C.11 van de algemene eisen is het volgende vereist:

- a. De inrichting moet voor de afdeling plastische chirurgie beschikken over tenminste 15 bedden, waarvan tenminste 4 kinderbedden.
- b. De assistent-geneeskundige moet gedurende zijn gehele opleidingsperiode de zorg hebben voor tenminste 10 klinische patiënten.
- c. Naast de erkende opleider moet tenminste één specialist die voor het specialisme plastische chirurgie in het register van erkende specialisten is ingeschreven, in de inrichting werkzaam zijn en bij de opleiding zijn betrokken.

De bepalingen van C.12 sub b van de algemene eisen worden als volgt aangevuld:

1. Het instrumentarium dient wat hoeveelheid, kwaliteit en verzorging betreft op een peil te staan dat de goedkeuring van de visitatiecommissie kan wegdragen.
2. In de bibliotheek moeten aanwezig zijn de belangrijkste moderne handboeken op plastisch-chirurgisch gebied en tenminste vijf plastisch-chirurgische tijdschriften.

3. De opleidingsinrichting dient over een goede foto-(dia) documentatie te beschikken van de behandelde afwijkingen.

Opleidingsschema

De 6-jarige opleiding bestaat uit 3 jaar opleiding in de heelkunde gevolgd door 3 jaar opleiding in de plastische chirurgie.

I. Voor de drie jaar opleiding in de heelkunde

Voorondersteld wordt dat in deze periode de assistent-geneeskundige een basisopleiding in de algemene heelkunde ontvangt, nader omschreven:

1. dat de assistent-geneeskundige zich het heelkundig denken eigen maakt en de basisprincipes leert kennen van wond- en fractuur-behandeling, infectie- en shockbestrijding en beademing, en hem hierbij de benodigde handvaardigheid wordt bijgebracht. De assistent-geneeskundige zal enige ervaring dienen te hebben met het sluiten van een thorax, een ribresectie moeten kunnen uitvoeren en de gebruikelijke operatietechnieken beheersen van een hernia inguinalis en umbilicalis. Voorts de basiskennis en techniek hebben geleerd van de abdominale chirurgie en bijvoorbeeld een darmnaad kunnen uitvoeren.
2. In deze vooropleiding is een eventueel deeltijdse werkperiode op de afdeling anesthesie en/of intensive care/beademing verplicht. De assistent-geneeskundige zal kennis moeten hebben genomen van de werkzaamheden van andere heelkundige specialismen als plastische chirurgie, orthopedie en urologie, en ook ten minste door het bijwonen van intercollegiale consulten en/of besprekingen van die van de keel-, neus- en oorheelkunde de mondziekten en kaakchirurgie, de oogheelkunde, waar mogelijk de neurochirurgie en de revalidatie/fysiotherapie.

II. Voor de drie jaar opleiding in de plastische chirurgie

1. In het eerste jaar zal de assistent-geneeskundige de basiskennis en technieken moeten leren, met name van vrije en gesteelde transplantaties en van lokale huidverschuivingen, en zal hij de eenvoudige toepassingen hiervan moeten uitvoeren en enkele eenvoudige specifieke operaties leren. In het tweede jaar zal de assistent-geneeskundige meer toepassingen van deze principes leren en zich bekwamen in micro-chirurgische ingrepen. In het derde jaar worden deze technieken ook zelfstandig uitgevoerd. De assistent-geneeskundige zal zelf indicaties voor operaties moeten stellen en een plan voor de operaties moeten kunnen opmaken.
2. Tijdens de opleiding moet de assistent-geneeskundige tenminste 100 klinische operaties per jaar verrichten van voldoende variatie uit de algemene en correctieve plastische chirurgie, waaronder de handchirurgie, brandwondchirurgie, maxillo-faciale chirurgie en genitale chirurgie. Daarnaast zal hij tenminste 50 poliklinische operaties per jaar dienen te verrichten.
3. Op het gebied van de micro-chirurgie moet de assistent-geneeskundige in elk geval de basistechnieken leren beheersen.
4. Tot de onder punt 2 en 3 genoemde verrichtingen behoort in elk geval in het derde jaar van de opleiding

een aantal, dat in samenwerkingsverband met andere specialisten wordt uitgevoerd.

5. De assistent-geneeskundige moet in staat worden gesteld aanwezig te zijn bij met andere specialisten te houden team-besprekingen.
6. De assistent-geneeskundige moet tijdens zijn gehele opleiding in staat worden gesteld op de polikliniek werkzaam te kunnen zijn om zodoende zijn operatiepatiënten poliklinisch te kunnen vervolgen.

Nadere voorschriften

De assistent-geneeskundige moet zijn opleidingsschema en eventuele wijzigingen daarin aan de Specialisten Registratie Commissie voorleggen. De opleider moet er op toezien dat de assistent-geneeskundige de lijsten van de door hem verrichte operaties en van de operaties waarbij hij heeft geassisteerd, aan de secretaris van de visita-

tiecommissie zendt. De lijsten moeten door de opleider voor gezien worden ondertekend. Het aantal en de variaties van de operaties moet zodanig zijn dat de assistent-geneeskundige na het beëindigen van zijn opleiding in staat kan worden geacht zijn plastisch-chirurgische praktijk genoegzaam te kunnen uitoefenen.

Artikel 2

Uiterlijk vijf jaar na de datum waarop dit besluit in werking is getreden, of zoveel eerder als in overleg met de Specialisten Registratie Commissie, gehoord de visitatiecommissie, van geval tot geval wordt bepaald, is volledig van toepassing hetgeen is bepaald in de bijzondere eis C.11 sub c inzake de tweede plastisch chirurg. Tot zolang kan er mede worden volstaan dat een tweede plastisch chirurg beschikbaar is.

Utrecht, 30 maart 1978

G. Wubs, Gedempte Vaart 11, Surhuisterveen.
J. M. van IJzerloo, Schubertplantsoen 33, Voorschoten.
Mw. E. Zboray, Trompenburgstraat 81-2, Amsterdam.
H. T. Zeeman, W. Bilderdijkhof 130, Delft.
Mw. M. C. Zweijpenning-Snijders, Nieuwe Rijn 64, Leiden.

Adspirantleden

Mw. J. Antheunissen-Anneveld, Graaf Florisstraat 122 A, Rotterdam.
G. W. Bekenkamp, J. v. Lennepstraat 98^{II}, Amsterdam.
R. M. Bloem, Klikspaanweg 38, Leiden.
J. P. Braakhekke, Prof. Huybersstraat 195, Nijmegen.
Mw. M. H. A. Braakhekke-Spauwen, Prof. Huybersstraat 195, Nijmegen.
J. C. Broertjes, van Woustraat 27^{II}, Amsterdam.
Mw. A. L. J. M. de Bruyn, Morsweg 174 B, Leiden.
W. T. K. F. Cheng, C. de Vrieselaan 105 A, Rotterdam.
D. A. Das, Groesbeeksedwarsweg 286, Nijmegen.
J. van Gastel, Riekstraat 6, Nijmegen.
H. G. M. Geurts, p/a Mastmakerstraat 19, Dronten.
J. M. C. Goetheer, Klaverstraat 38, Tilburg.
A. H. M. van Heesch, Prof. Huybersstraat 165, Nijmegen.
R. de Kan, Ina Boudier Bakkerlaan 21-199, Utrecht.
G. W. Kok, Eikenhorstweg 10, Soestdijk.
Mw. A. W. M. M. Koopman-van Gemert, Breelaan 7 sub, Bergen (NH).
S. Kranenborg, van Woustraat 93^{III}, Amsterdam.
M. H. J. Lebon, Geldersestraat 1, Sittard.
E. G. H. M. Lentjes, v. Nispenstraat 32, Nijmegen.
J. A. Lozekoot, Jan Pieterszoon Coenstraat 10, Tilburg.
E. G. Mast, Koningstraat 30 A, Leiden.

Personalia

Nieuwe leden

C. Strous, Kinderdijkstraat 78^{III}, Amsterdam.
J. S. M. Suwarganda, Basilicumhof 51, Duivendrecht.
J. P. Teengs, Rijnegomlaan 24, Aerdenhout.
H. A. Thie, Voerliedenhoek 6, Bunnik.
D. Tio, Burg. v. Baaklaan 56, Wilnis.
Dr. Y. I. Tjandra, Merelhoven 86, Capelle a.d. IJssel.
Mw. E. Trommel, Dadeltuin 32, Rotterdam.
C. C. Tijssen, v. Boetzelaerlaan 63, Den Haag.
E. Vanagt, Breedveldsingel 87, Rotterdam.
A. M. J. Veer, P. Langendijkstraat 1^{II}, Amsterdam.
H. D. M. Versteegh, Eykmanlaan 8, Utrecht.
A. C. Vink, Burg. Reigerstraat 79, Utrecht.
Mw. C. J. G. M. v.d. Voorde-Rosenbrand, Vissersbuurt 3, Papendrecht.
Mw. E. H. Vreedenburg, Schubertplantsoen 33, Voorschoten.
Mw. H. L. v.d. Wal, Fuut 11, Blaricum.
J. P. H. Wanrooij, Liendenlaan 39, Tiel.
P. J. Warren, Korte Prinsengracht 30 A, Amsterdam.
Mw. F. Wegter-Akin, Bartoklaan 51, Heemstede.
J. Westenburg, H. Verrieststraat 111, Tilburg.

INHOUD OFFICIEEL

Nr. 28-14 juli 1978

KNMG:

De 172ste Algemene Vergadering. Kort verslag, deel I	868
Personalia	876
CC. van het Centraal College voor de Erkenning en Registratie van Medische Specialisten:	
Opleiding plastische chirurgie. Besluit no. 1 - Plastische chirurgie	874