



## redactioneel

- Zo'n 750 betrokkenen bij het 30ste Ledencongres van de Maatschappij Geneeskunst – 4, 5 en 6 oktober jl. gehouden in Arnhem – kunnen met voldoening terugzien op deze, zoals elk jaar grootste, KNMG-manifestatie. Veel ruimte in dit nummer wordt in beslag genomen door een terugblik: De voordracht waarmee de geneeskundig inspecteur voor de Jeugdgezondheidszorg, de heer F. Wafelbakker, het wetenschappelijk thema 'De adolescent in de geneeskunde' inleidde wordt integraal gereproduceerd. Dat geldt ook voor de afrondende voordracht van de voorzitter van de wetenschappelijke congrescommissie, Dr. A. E. Meinders, die – ter evaluatie van het verhandelde – antwoord trachtte te geven op de vraag 'Is de huidige geneeskunde in staat de adolescent adequaat op te vangen?' Verder – zoals de laatste jaren gebruikelijk – weer veel foto's van alle mogelijke gebeurlijkheden op en rondom het congres.
- Niet minder dan een kwart tot een derde van de Nederlandse bevolking boven de 16 jaar lijkt voor hulp in de psychosociale sfeer in aanmerking te komen. De Visie Commissie van St. Bavo duidt haar eigen enquête in de derde aflevering van de serie 'Van probleem tot psychiatrie'.
- In het voorjaar van 1976 en in de winter van 1977 is een tweetal rapporten verschenen over post-academisch onderwijs geneeskunde. Een drietal auteurs, uit hoofde van hun functie betrokken bij deze vorm van nascholing, beschrijven wat er in die rapporten staat vermeld en wat aan de totstandkoming ervan voorafging. Zij werpen tevens een blik op de toekomstige ontwikkelingen in dit verband.
- Staatssecretaris Mw. Mr. E. Veder-Smit van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft een inspraaknota met betrekking tot het wetsontwerp Tarieven Gezondheidszorg gezonden aan alle betrokkenen in de gezondheidszorg met het verzoek hierop vóór 1 november aanstaande te reageren. De staatssecretaris is namelijk van mening dat het onderhavige wetsontwerp op enkele punten wijziging behoeft. Dat ziet er dus veelbelovend uit.



### Inhoud

#### REDACTIONEEL

|  |      |
|--|------|
| Brieven .....  | 1274 |
| <i>Inzenders: Coördinatiegroep mensen zonder werk, Willem Schuurmans Stekhoven</i>   |      |
| Het 30ste KNMG-ledencongres in Arnhem:   |      |
| De adolescent in de geneeskunde .....  | 1277 |
| De top-twintig van de adolescent, door Frits Wafelbakker .....   | 1279 |
| Is de huidige geneeskunde in staat de adolescent adequaat op te vangen? Een nabeschouwing, door Dr. A. E. Meinders .....             | 1287 |
| Derde rapport Visie Commissie St. Bavo (III). Van patiënt tot psychiatrie. Bevolkingsenquête: verwerking, door R. E. Offerhaus ..... | 1292 |
| Uitspraak CAO-Ziekenhuiswezen: Uitvoeringsregeling arbeidsduur en werktijden .....   | 1294 |
| Post-academisch onderwijs geneeskunde I: Recente ontwikkelingen, door R. Voorneman-Hammelburg, S. A. Duursma en R. Roelink .....     | 1295 |
| Commentaar Stichting Nascholing Huisartsen .....   | 1299 |
| Inspraaknota tarieven gezondheidszorg. Wetsontwerp op enkele punten gewijzigd .....  | 1300 |
| KNMG-, LSV- en LHV-vergaderingen .....   | 1302 |
| OFFICIEEL .....  | 1303 |
| Inhoudsopgave officieel .....  | 1308 |



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. 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. W. F. Plomp-Düren, secretaresse;  
Mw. Drs. W. G. Juffermans-Kalt-  
ofen, documentaliste.

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

#### **Uitgave**

Tijl Periodieken 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:** Koninklijke Tijl, Zwolle.

## BRIEVEN

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

### **WERKLOZENPROJECTEN**

#### *Aan alle huisartsen in Nederland*

Werkloos zijn is een probleem waarover de publiciteitsmedia dag in dag uit rapporteren. Een verschijnsel dat in de tijd waarin we nu leven moeilijk is weg te denken. Veel vrouwen, jongeren, ouderen, buitenlandse werknemers, kleine zelfstandigen en vele anderen zijn werkloos gemaakt of kunnen straks ook werkloos zijn.

Huisartsen werken vaak in wijken waar werkloosheid een veel voorkomend verschijnsel is en hebben in hun praktijk nogal eens te maken met de nadelige gevolgen van werkloosheid, zoals: klachten die samengaan met de beleving van werkloos zijn, het ontbreken van een zekere regelmaat in de activiteiten, het ontbreken van zinvolle bezigheden, spanningen in het gezin, isolering van de omgeving, een slechter wordend toekomstperspectief.

Een aantal werklozen voelt nog steeds een schaamte dat ze werkloos zijn en durft zich daarom niet als werkloze te manifesteren. Er bestaat (nog) geen specifieke organisatie die de belangen van werklozen behartigt. Velen voelen zich niet betrokken bij werklozenproblematiek, omdat zij ervan uit gaan dat hun werkloos zijn van tijdelijke aard is.

Langs deze weg willen wij erop wijzen dat er een groot aantal werklozenprojecten is, verspreid over het hele land, waarnaar artsen eventueel kunnen verwijzen. In deze projecten voor en door werklozen worden cursussen gegeven (onder andere tekenen en schilderen, pottenbakken, textiele werkvormen, houtbewerking, autotechniek, Engels, (zaal)sport, koken, fotografie, tuinaanleg, gezelschapsspelen maken, gezondheidszorg). Er zijn ook gespreksgroepen – als je al een tijdje zonder werk zit en geen werk kunt vinden, begin je je af te vragen of het soms aan jezelf ligt; langzamerhand doen de deelnemers ervaring op, praten door over maatschappelijke moeilijkheden en kunnen hun denken over werkloos-zijn en over werk verruimen. Er bestaan alternatieve werkplaatsen, trefcentra. Er zijn werklozenbelangenverenigingen in zo'n 20 (grote) plaatsen. Er zijn vrouwenorganisaties, de

werknemersorganisaties; daarnaast bestaan er jongerenorganisaties, waarin jongeren actief kunnen worden. In veel plaatsen zijn afdelingen van deze organisaties. Voor ouderen bestaat er een aantal bonden. Er is een Algemene Nederlandse Invaliden Bond. Er zijn afdelingen van de Stichting Buitenlandse Werknemers. In 85 plaatsen in Nederland zijn vormingscentra voor jonge volwassenen (NJV-centra). Verder is er een groot aantal volkshogescholen, verspreid over het land; deze nemen steeds vaker het initiatief om groepen mensen uit te nodigen die een gezamenlijke problematiek hebben, bijvoorbeeld schoolverlaters. Omdat werklozen bij arbeidsbureaus, bedrijfsverenigingen en sociale diensten nogal eens niet goed geholpen (kunnen) worden, zijn er in een aantal steden alternatieve arbeidsbemiddelingsbureaus opgezet. Je wordt hier persoonlijk behandeld, er wordt hier meer tijd uitgetrokken voor vragen en problemen. Op sommige plaatsen zijn kleinschalige werkplaatsen opgezet. Meer informatie en adressen over deze projecten en activiteiten zijn te vinden in DIC-map 71: 'Werken aan de werkloosheid', een uitgave van De Horstink, Postbus 400, 3800 AK Amersfoort, tel. 033-11523.

We hopen dat op deze manier een aanzet is gegeven die voor zowel de huisarts als voor de – vaak – werkloze patiënt van nut kan zijn en een mogelijke verandering kan betekenen.

Nijmegen, 19 september 1978

Coördinatiegroep mensen zonder werk

### **FILOSOFISCH VERSCHIL TUSSEN COLLECTIEVE EN INDIVIDUELE GEZONDHEIDSZORG**

Hoezeer Ginjaar en Veder-Smit nog vreemdelingen zijn in het Jeruzalem van individuele en collectieve gezondheidszorg blijkt uit hun filosofie van de Volksgezondheid. Volksgezondheid is openbare of

doorlezen naar blz. 1276

## KNMG-ZAKEN

De 173ste Algemene Vergadering der KNMG van 22 september jl. behandelde de gebruikelijke jaarstukken, waarvan het jaarverslag van de secretaris-generaal over 1977 veel bijval oogstte.

De hoofdmoot bleek evenwel de vaststelling van 'gedragsregels voor artsen'. Zoals bekend was het 'blauwe boekje', getiteld 'Medisch ethiek en gedragsleer', hoognodig aan revisie toe. De voorstellen vergden nogal wat tijd vanwege hun artikelsgewijze vaststelling. Reeds artikel 1, waarin wordt vastgesteld dat de arts de meest adequate behandeling moet verstrekken op een wijze als onder beroepsgenoten gebruikelijk, ontmoette kritiek. Men zag hierin een handhaving van de status quo, terwijl nieuwe behandelingen eerst verantwoord zouden zijn als deze algemeen gebruikelijk kunnen worden geacht. Uiteindelijk werd de oorspronkelijke tekst gehandhaafd, dank zij de toelichting van de KNMG-voorzitter, die erop wees dat het toepassen van verantwoorde nieuwe behandelingen op zich onder beroepsgenoten gebruikelijk is. Waarvan akte.

Een tweede belangrijk item was het principebesluit dat in deze Algemene Vergadering werd genomen, te komen tot oprichting van een 'vierde poot' onder de KNMG: naast de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) en de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) komt er straks een Landelijke Vereniging van Sociaal Geneeskundigen (LVSG). Het hoofdbestuur is nu gemachtigd tot het benoemen van een voorlopig bestuur van een LVSG in oprichting.

Tenslotte werd besloten aan de Algemene Vergadering jaarlijks een notitie voor te leggen waarin het beleid van het hoofdbestuur voor het komende jaar wordt geschetst.

Bovendien zal het hoofdbestuur de afgevaardigden, hun plaatsvervangers en de afdelingsbesturen meer informatie gaan geven over de vergaderingen van hoofdbestuur en dagelijks bestuur. Al met al initiatieven om de communicatie en informatie van het bestuur naar de periferie te verbeteren. Hopelijk zal dit leiden tot een grotere belangstelling voor de vele KNMG-zaken waarmee bestuur en leden zoal worden geconfronteerd.

## EEN LSV-BELANG

Enkele weken geleden, donderdag 21 september jl., kwam een extra ledenvergadering van de Landelijke Specialisten Vereniging bijeen. Als enig agendapunt werd de bespreking van een actueel honoreringsvraagstuk – een uitgesproken LSV-belang – opgevoerd. Waarom deze extra vergadering? Het voorstel, aldus voorzitter A. M. Gründeman, van de staatssecretaris van Volksgezondheid om tot een structuuronderzoek te komen gericht op de sociaal-economische aspecten van de honorering van specialistische hulp zowel als op de medisch-functionele aspecten daarvan was zo vérgaand, dat het punt voor punt in een speciale vergadering diende te worden besproken.

De bedoelde maatregel van de staatssecretaris, mede namens de minister van Economische zaken gedaan, behelst de instelling van een onderzoekcommissie. Aan de hand van één of meer op gezag van deze commissie te verrichten enquêtes hoopt men objectieve criteria te kunnen ontwikkelen op basis waarvan een duidelijke honoreringsstructuur zou kunnen worden vastgelegd. De noodzaak kan blijken van een aanpassing van de honoraria aan de ontwikkeling in de specialistenfunctie met betrekking tot stafactiviteiten, intercollegiale toetsing, medische en/of technische

ontwikkelingen en poliklinisch werken. Daarnaast zouden de gegevens kunnen worden gebruikt om een duidelijke en eenduidige financieringsstructuur van de specialistenopleiding te bevorderen. Eveneens kan de vraag worden beantwoord in hoeverre voor de behandeling van ziekenfondsverzekerden en voor de behandeling van particulier verzekerden een gelijke honorering dient te worden nagestreefd. Sommige der aanwezigen spraken dan ook van een 'commissie-Van der Ven' voor de specialisten.

Uiteraard is een dergelijk uitgebreid onderzoek met eventueel noodzakelijke enquêtes niet mogelijk zonder de daadwerkelijke medewerking van LSV-deskundigen en van vele individuele LSV-leden. Die medewerking kan alleen worden verwacht, indien de LSV het belang en de noodzaak van een dergelijk structuuronderzoek inziet. Dat inzicht was zowel bij het bestuur als bij de ledenvergadering aanwezig.

De aanpassing van het honorarium is moeilijk te onderbouwen. 'Wij werken altijd op drijfzand', zo drukte een bestuurslid zich uit. Een van de knelpunten is de productiviteitsstijging die Economische Zaken op de kostenfactor in mindering brengt. Dit mag in de industrie zo zijn, het is de vraag of dit ook geldt voor de vrije onderneming in de gezondheidszorg. De mondige patiënt kost meer tijd; dat is het tegenovergestelde van productieverhoging. In de geneeskundige zorg gaat het meer om kwaliteit dan om kwantiteit. Genoemde commissie zal zich uitsluitend bezighouden met de geldende honoreringsstructuur. Dat is jammer. Ook andere honoreringsstructuren – zoals een dienstverband – zouden zeker een nadere studie door een overheidscommissie waard zijn.

B.

collectieve gezondheidszorg, dus de volksgemeenschap bedreigende gevaren, zoals besmettelijke ziekten, hygiëne van water, bodem en lucht. Ook de geestelijke volksgezondheid kan men daar wel onder rekenen. Maar individuele gezondheids- en ziektevoorzieningen vallen daar niet onder. Er bestaat zelfs geen Staatstoezicht op de ziekenhuizen (behalve dan op de psychiatrische).

Het meest opmerkelijk is, dat – nauwelijks begonnen aan de beloofde fundering van de patiëntenrechten – Ginjaar tegenover die patiëntenrechten meent patiëntenplichten te mogen stellen, en hoe. Het abc van het patiëntenrecht is het vrijwel absolute en onvoorwaardelijke zelfbeschikkingsrecht van de patiënt, over leven, gezondheid en levenseinde. Hem mag zijn vrijheid uitsluitend worden ontnomen indien hij zich crimineel gedraagt of door geestesstoornis een gevaar is voor zichzelf, een ander of de openbare orde. Dan pas houdt zijn zelfbeschikkingsrecht op.

De bewindslieden willen nu echter tegenover patiëntenrechten patiëntenplichten stellen. Kort samengevat komen die plichten neer op *zelfgezondheidszorg* (uit een oogpunt van gezondheidszorg verantwoorde levensgewoonten) en bovendien een *verantwoord gebruik van gezondheidsvoorzieningen*, onder één gemeenschappelijke noemer gebracht van 'verantwoordelijkheid patiënt', kennelijk deels tegenover zichzelf en deels tegenover de gemeenschap. De zelfgezondhoudingsplicht is uiteraard volkomen in strijd met het zelfbeschikkingsrecht, dus met het abc van het patiëntenrecht, en derhalve onaanvaardbaar.

De plicht een verantwoord gebruik te maken van de gezondheidsvoorzieningen is (filosofisch) iets gecompliceerder:

a. De patiënt mag zoveel ziekenfondsverstrekkingen eisen als hij in gemoede en te goeder trouw gelooft voor zijn zelfgezondheidszorg onmisbaar te achten, wat natuurlijk niet met zijn zelfbeschikkingsrecht in strijd is. Dit is eenvoudig een van de onbetwistbare patiëntenrechten.

b. De bewindslieden achten de patiënt echter verplicht (aan zichzelf) erop te staan dat hij het volle pond krijgt en kennelijk ook niet in strijd handelt met de ten aanzien van die verstrekkingen gegeven voorschriften. Patiënt moet de voorgeschreven geneesmiddelen slikken, moet zelfs de voorgeschreven ziekenhuisopname en behandeling enz. ondergaan, hij moet zijn gebit laten saneren, enz. Dat is volkomen in strijd met het zelfbeschikkingsrecht en met name met het behandelingsweigeringsrecht.

c. De patiënt heeft bovendien niet alleen het recht maar ook de plicht ervoor te

waken dat hem iets ten onrechte of overmatig wordt voorgeschreven. Dat komt erop neer, dat men de patiënt verantwoordelijk stelt, althans medeverantwoordelijk, voor het overmatig voorschrijven van verstrekkingen. Niet de arts, maar de leek zou de medische noodzakelijkheid van alle verstrekkingen moeten gaan toetsen. De patiënt zou (mede)verantwoordelijk zijn voor bijvoorbeeld een verkeerd voorschrijvingspatroon (medicamenten), een onjuist verwijzingspatroon (inclusief onjuist herhalingspercentage); de gebrekkigheid van de poliklinisch-specialistische hulp (o.a. door afwezigheid van bevoegde specialisten in academische en andere opleidingsziekenhuizen); de gebrekkige doorstroming in de ziekenhuizen (bij gebrek aan plaats in eenvoudiger verpleeginrichtingen), enz.

Dezerzijds worden al die verantwoordelijkheden en patiëntenplichten eenvoudig ontkend. *Voldoende toezicht is een overheidstaak.* De enige patiëntenplicht is (het gelag) betalen, onverminderd het recht falende personen en instellingen op het terrein van de ziekenverzorging aansprakelijk te stellen voor redelijkerwijze voorkoombare materiële (stoffelijke) schade die aan zijn geestelijke en/of lichamelijke gezondheid is toegebracht én onverminderd verhaal van de onstoffelijke schade. Het is de hoogste tijd dat de bewindslieden daar eens over gaan filosoferen.

Naarden, 22 september 1978

Willem Schuurmans Stekhoven



**Epilepsiedag** – De Federatie voor Epilepsie-bestrijding organiseert op zaterdag 18 november 1978 een studiedag, gericht op huisartsen, in het epilepsiecentrum 'Kempinhaeghe', Sterkselseweg 65, Heeze bij Eindhoven, met als thema 'De plaats van epilepsiecentra in de gezondheidszorg'. Er worden de volgende voordrachten gehouden: 'Diagnostische mogelijkheden dank zij langdurige observatie', door Dr. J. H. Bruens, zenuwarts; 'Bijzondere vragen aan de klinische neurofysiologie', door A. C. Declerck, zenuwarts; 'Onderzoek naar het optimale gebruik van anti-epileptica', door Dr. H. Meinardi, zenuwarts; 'Integrale zorg in de epilepsiebestrijding,

klinisch en poliklinisch', door L. F. B. Schooleman, sociaal-geneeskundige en Mej. T. G. A. F. Toirkens, maatschappelijk werkster. Het programma wordt afgesloten met een rondleiding door 'Kempinhaeghe'. De deelnemers wordt een lunch aangeboden. Nadere bijzonderheden: bureau Federatie voor Epilepsie-bestrijding, Brigittenstraat 22, Utrecht, tel. 030-318316.

**Methode-Zander** – Van 26 oktober 1978 tot 25 maart 1979 staan in het Museum Boerhaave, Steenstraat 1a, Leiden, apparaten uit het voormalige Rotterdamse Zander-instituut te kijk. De Zweedse arts Zander ontwierp rond 1860 een 70-tal toestellen voor bewegingstherapie, elk geschikt voor één soort beweging; hij ging daarbij uit van de grondbeginselen van de heilgymnastiek. In Nederland werden Zanderinstituten geopend van Groningen (1894) tot en met Nijmegen (1904). De laatste gingen in de jaren '30 dicht, al is hun apparatuur nog wel elders gebruikt.

**Cursus geneesmiddelendistributie** – Tussen 11 en 15 december 1978 wordt in het Nijmeegse Radboudziekenhuis voor de tweede maal een cursus over geneesmiddelendistributie gegeven. De cursus heeft betrekking op de georganiseerde begeleiding van de medicatie in verpleeghuizen en ziekenhuizen. Verschillende systemen die daarbij worden toegepast zullen aan de orde worden gesteld. Thema's zijn automatisering, eenheidsaflevering, dynamisch voorraad- en omzetbeheer, assortimentsbeheersing, formularium en interactie-waarschuwing. Programma, in kort bestek: introductie, 'case study', distributiemodellen, formularium, automatisering, invoeringsproblematiek. Het aantal deelnemers is beperkt tot 25. Kosten: f 600,— per persoon, inclusief (warme) lunch, koffie en thee, overnachting niet inbegrepen. Inschrijvingen: secretariaat Apotheek/Klinische Farmacie, Mw. M. Schoots van de Siekamp, St. Radboudziekenhuis, Geert Grooteplein Zuid 10, Nijmegen, tel. 080-516405.

**Rectificatie** – In de inleiding die KNMG-voorzitter Ch. J. Maats op de 173ste Algemene Vergadering uitsprak en die staat afgedrukt in MC nr. 39/1978, wordt onder het kopje 'Informatica' (blz. 1198) in de rechterkolom melding gemaakt van artikel 5 van het ontwerp van Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Bedoeld werd artikel 54.





# Het 30ste KNMG-Ledencongres in Arnhem

## 'De adolescent in de geneeskunde'

Ruim 800 betrokkenen bij het 30ste Ledencongres van de Maatschappij Geneeskunst, 4, 5 en 6 oktober jl. gehouden in Arnhem, kunnen met voldoening terugzien op deze – zoals elk jaar grootste – KNMG-manifestatie.

Aansluitend aan de officiële opening in de Arnhemse Stadsschouwburg leidde de geneeskundig inspecteur voor de Jeugdgezondheidszorg, de heer F. Wafelbakker, het wetenschappelijk thema 'De adolescent in de geneeskunde' in met een voordracht, getiteld 'De top-twintig van de adolescent' (zie verderop blz. 1279 t/m 1286). Uitgaande van een twintigtal aspecten die de heer Wafelbakker nader belichtte, deed hij aan het slot van zijn betoog enkele aanbevelingen, waar volgens hem een gelegenheid als deze om riep. Zo pleitte hij voor een gedegener aanpak van zaken, onder meer betrekking hebbend op de subsidiëring van de jeugdgezondheidszorg, de bestrijding van jeugdwerkloosheid, huisvesting voor jongeren, onderzoek naar rookgewoonten, drank-, drugs- en geneesmiddelengebruik onder de jeugd, onderzoek naar risiconemend gedrag en preventie van ongevallen, alsmede kritische informatie over toenemende bewegingsarmoede. De deelnemers aan het wetenschappelijk programma verdeelden zich vervolgens over een zestal secties om zich te verdiepen in even zoveel aspecten van het hoofdthema: Groei en ontwikkeling; Omgevingsinvloeden op de adolescent; Verslaafd gedrag; Ongeneeslijke aandoeningen; Stofwisseling; Psychosociale problemen. Voor de samenvattingen van alle voordrachten, verdeeld over



KNMG-voorzitter Ch. J. Maats tijdens het uitspreken van zijn rede ter opening van het 30ste Ledencongres van de Maatschappij Geneeskunst vorige week in Arnhem. De heer Maats constateerde bij die gelegenheid dat een verkeerd gericht pragmatisme niet de oplossing voor het dilemma van de schaarste is. De vraag is volgens hem niet of we de komende jaren ons beddental op 4 op de 1000 inwoners kunnen houden of zelfs op minder, maar of we voor een ouder wordende bevolking op tijd de beste zorg kunnen of willen blijven verschaffen. Willen de problemen met een maatschappelijke dimensie waarop de arts in zijn beroepsuitoefening stuit tot een bevredigend eind worden gebracht, dan zal hem bij de oplossing daarvan een volwassen rol moeten worden toebedeeld. Aldus de KNMG-voorzitter, wiens congresrede integraal werd afgedrukt in het vorige nummer van *Medisch Contact* (MC nr. 40/1978, blz. 1231 t/m 1235).

deze secties gehouden, zij hier verwezen naar het vorige nummer van *Medisch Contact* (MC nr. 40/1978, blz. 1241 t/m 1252). Om wetenschappelijk meer te oogsten dan de afzonderlijke vruchten van de zes min of meer los van elkaar staande secties, heeft de wetenschappelijke commissie een poging gedaan na te gaan of de verschillende aspecten van de adolescent in de geneeskunde al of niet tot een synthese kunnen worden gebracht. De voorzitter van deze

commissie, Dr. A. E. Meinders, bracht van deze pogingen verslag uit in zijn afrondende voordracht (zie blz. 1287 e.v.) getiteld 'Is de huidige geneeskunde in staat de adolescent adequaat op te vangen?' Hij toonde daarbij onder meer aan dat de zorg voor de gezondheid van de adolescent niet alleen in de handen van medici rust en tevens dat slechts een deel van de aspecten, betrekking hebbend op die specifieke gezondheidszorg, op dit congres aan de orde konden komen.



## Zilveren KNMG-legpenning voor D. Held en P. Staverman

Aansluitend aan zijn rede ter opening van het 30ste Ledencongres te Arnhem richtte KNMG-voorzitter Ch. J. Maats zich tot een tweetal Maatschappij-prominenten: A. Held uit Oegstgeest, secretaris van de KNMG-afdeling Leiden en Omstreken, en P. Staverman, scheidend directeur van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland, die wegens hun grote verdiensten voor de Maatschappij Geneeskunst de zilveren KNMG-legpenning kregen aangeboden. De voorzitter sprak bij de gelegenheid als volgt:

*Naast de Algemene Vergaderingen, als twee- of meerjaarlijkse uitingen van het zakelijk gebeuren in een vereniging, is het met name het Ledencongres waarin een organisatie als de Maatschappij tracht haar leden in een mengeling van ernst en luim iets op landelijk niveau te bieden binnen een lokale setting. Het is begrijpelijk dat ook het hoofdbestuur dit telkenjare de beste entourage vindt om één of meer verdienstelijke leden in het zonnetje te zetten. Het is voor mij als voorzitter van de KNMG een groot genoegen op dit Arnhemse congres twee leden van onze vereniging met ere te mogen vermelden.*

*In alfabetische volgorde kom ik dan eerst bij collega Held, die begin 1977 door de afdeling Leiden en Omstreken werd gehuldigd in verband met het feit dat hij gedurende 20 jaar secretaris van het afdelingsbestuur was geweest. En, dames en heren, collega Held is nog steeds secretaris van de afdeling! Zij die wel eens het secretariaat van een bestuur hebben gevoerd weten hoeveel tijd en energie een dergelijke functie kan consumeren. En dit*

*geldt zeker voor een afdeling die circa 750 leden telt en waarin zich een universiteit bevindt. In de communicatie tussen hoofdbestuur en periferie vervult de afdelingssecretaris een sleutelrol. Dit maakt duidelijk dat voor een levende organisatie het hebben van actieve, accurate en communicatieve afdelingssecretarissen een levensvoorwaarde is. Het is bovendien collega Held geweest die in belangrijke mate heeft bijgedragen aan het welslagen van ons jubileumcongres in 1974, het jaar waarin de KNMG haar 125-jarig bestaan vierde. Al met al voor het hoofdbestuur voldoende aanleiding om uit eigen initiatief ertoe te besluiten aan collega Held de zilveren legpenning van de Maatschappij toe te kennen.*

*Dan kom ik vervolgens bij collega Staverman, die kortgeleden afscheid nam als directeur van de Provinciale Raad voor de volksgezondheid in Zuid-Holland, in verband met het bereiken van de 65-jarige leeftijd. Collega Staverman, en dat wil ik graag apart vermelden, is zijn sociaal-geneeskundige loopbaan in deze*

*congresstad begonnen en wel als medisch adviseur van het provinciale Groene Kruis. Binnen de KNMG heeft hij op velerlei terrein zijn sporen verdiend. Zo was hij een groot aantal jaren bestuurslid van de Plaatselijke Huisartsen Vereniging Zuid- en Noord-Beveland; was hij lid van de permanente congrescommissie (een commissie die vroeger de plaatselijke congrescommissies begeleidde bij de opzet en organisatie van het ledencongres); vanaf het begin lid van de commissie consultatiebureauwezen (een commissie die in de loop van een aantal jaren een groot aantal rapporten over de verschillende soorten consultatiebureaus het licht heeft doen zien en waarin collega Staverman tot de trouwe en hard werkende leden behoorde); tenslotte vanaf 1967 tot op heden lid van de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie voor de tak algemene gezondheidszorg. Echter ook in zijn functie als directeur van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid heeft collega Staverman de belangen van de KNMG steeds in zijn objectieve oog gehouden. Hij deed dit op de hem eigen discrete wijze, aangezien hij een bescheiden mens is, die zeker de laatste zou zijn om te vinden dat hij zich zo verdienstelijk voor de Maatschappij heeft gemaakt. Het hoofdbestuur vond dit wel en heeft besloten ook aan collega Staverman de zilveren legpenning van de Maatschappij toe te kennen.*



KNMG-voorzitter Ch. J. Maats overhandigt de zilveren KNMG-legpenning aan D. Held (links) en aan P. Staverman – de dames deelden uiteraard in het huldebetoen



## De top-twintig van de adolescent

*It is fair to say that adolescence begins in biology and ends in culture.*

John Conger

Een adolescent is iemand die aan het 'volwassen worden' is. Biologisch gesproken wil dat zeggen dat de adolescentie begint bij de allereerste tekenen van pubesbeharng en eindigt bij het voltooiën van de lengtegroei. De puberteit, het rijp worden, wordt daarbij als een onderdeel, de eerste fase van de adolescentie gezien. Voor wat de groei betreft is de adolescentie baanbrekend beschreven door Tanner.

Psychosociaal is een omschrijving van de adolescentie veel moeilijker te geven. Er zijn onderzoekers die menen dat het begrip adolescentie een kunstprodukt is van onze moderne westerse maatschappijvorm (Bertels, 1978). Een uitvloeisel van de economische en maatschappelijke ontwikkeling, waarbij de jongere een soort uitgerekte groei tot zelfstandigheid moet doormaken. Die 'rites de passage' zullen meer tijd nemen naarmate de maatschappij ingewikkelder is. Psychologen en pedagogen leggen de grenzen voor de adolescentie dus anders dan biologen, zo van 14-15 jaar tot ergens tussen 18 en 25 jaar. De bovengrens is alleen aan te geven door volwassenheid in psychosociale zin te definiëren. Ik wil dat hier niet doen. Sommigen bereiken die grens ook nooit helemaal. Padvinders die op hoge leeftijd in korte broek sterven: 'He lived as a boy – he died as a boy'. Nogal wat auteurs van naam hebben zich bezighouden met de psychosocio-culturele aspecten van de adolescentie. Anna Freud, Margaret Mead, Erikson en Piaget om een paar van de bekendsten te

### Samenvatting

De adolescentie dient zowel biologisch als psychosociaal gedefinieerd te worden. Een aantal lichamelijke, psychische, maatschappelijke en hulpverleningsaspecten van de adolescentie worden in twintig clusters samengevat.

Kritiek wordt geuit ten aanzien van toenemende bewegingsarmoede, onvoldoende doorlichten van risico-nemend gedrag als een stimulerende prikkel in de adolescentie, het jaarlijks examenritueel en het achterblijven van seksuele en relationele voorlichting.

Aanbevelingen worden gedaan ten aanzien van verlaging meerderjarigheid, aanpassing overheidssubsidiebeleid voor adolescentenzorg, aanpakken van jeugdwerkloosheid en jongerenhuisvesting en regelmatig onderzoek naar gebruik van genot- en geneesmiddelen.

door **Frits Wafelbakker**



De heer F. Wafelbakker, arts, deed op het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde onderzoek naar biologische ontwikkeling in de adolescentie, arbeidsvermogen van jongeren, rookgewoonten en hygiënisch gedrag. Behalve over deze gebieden publiceerde hij over gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, over seksuele minderheden en over ongevallen. Hij werkt sinds tien jaar als geneeskundig inspecteur voor de Jeugdgezondheidszorg in Leidschendam.

noemen. De aansluiting tussen biologische en fysieke ontwikkeling aan de ene kant en emotionele, intellectuele en seksuele ontwikkeling

aan de andere kant is door weinigen gemaakt.

Ik wil nu proberen om een aantal aspecten – wellicht beter gezegd clusters – uit de adolescentie wat nader te belichten. Ik heb daarvoor, naar het spraakgebruik van de pop-zender, een 'top-twintig' gekozen. Uiteraard een persoonlijke keuze, vanuit een overwegend geneeskundige invalshoek.

### 1. Groei en groeisput seculaire groeiverschuiving te kort of te lang

Voor artsen die door de groei gegrepen zijn – u heeft er vandaag een paar in uw midden – is de groeisput een bron van voortdurende inspiratie en verwondering. Tijdens de groeisput wordt er bij meisjes gemiddeld 9 en bij jongens ruim 10 cm in één jaar aan de lengte toegevoegd. De groeisput heeft een brede range van optreden. Bij meisjes tussen 10 en 13 jaar, bij jongens tussen 12 en 16 jaar. Als men het halfjaar van maximale groei als uitgangspunt kiest



– en zich niet meer baseert op de kalenderleeftijd – dan blijken allerlei fenomenen, zoals pubesbehandling, genitaal-ontwikkeling, testisvolume en mamma-ontwikkeling, sterk gecorreleerd te zijn met de groeifase. Hormonaal is het allemaal nog wat minder duidelijk. Het moment van maximale groeispuurt schuift heel geleidelijk naar voren – dat is één van de aspecten van de seculaire groeiverschuiving, waarover u elders meer zult vernemen.

Te kleine jongens en te lange meisjes. Allebei onderwerpen met een biologische en een maatschappelijke achtergrond. Simpel samengevat: een kleine jongen 'maakt' het niet in onze maatschappij en een lang meisje 'maakt' het niet in de liefde. Voor het werk dat de Groeistichting doet voor te kleine jongens heb ik alleen maar grote waardering. Kritischer ben ik ten aanzien van het medisch ingrijpen bij voorspelbaar lange meisjes – en bij voorspelbaar lange jongens – door middel van oestrogene of androgene hormonen. De geneeskundige die de natuur meent te moeten corrigeren? Artsen die zich bezighouden met deze vorm van groeipreventie stellen het voorzichtiger: wij geven de ouders en de adolescent eigenlijk alleen informatie. Zij beslissen zelf! Er blijven voor mij toch wat problemen: Allereerst getalsmatig; het gaat per definitie (97e percentiel) om 3% van de meisjes. Dat is per jaargroep bijna drieduizend meisjes. Moet (mag) een schoolarts ongerustheid indiceren, ook als de jeugdige zelf geen problemen heeft en de ouders niets naar voren brengen? Waar leidt dat henen – moreel gesproken – met onze geneeskunde, als we de tekenen van onze welvaart – en seculaire groei is zo toch te zien – dissimuleren? Anderen moeten maar ten strijde trekken tegen het seksistische idee dat een meisje zo klein hoort te zijn dat je over mijn 'vrouwje' kunt spreken.

## 2. Variatie

De biologische rijpingsprocessen in de

adolescentie hebben een brede spreiding, 1½ jaar à 2 jaar naar beide zijden. Vroeg rijpende jongens of meisjes kunnen de rijpingsstadia wel vier jaar eerder doorlopen dan 'late maturers'.

De eerste menstruatie kan al vóór het 11e jaar optreden en ook nog na het 16e jaar. De mediane leeftijd was in 1965 13 jaar en 5 maanden, maar is nu waarschijnlijk 2 à 3 maanden lager (Van Wieringen et al., 1968).

De eerste zaadlozing bij jongens – onderzoek daarnaar is veel sterker 'getaboeïseerd' dan menarche-onderzoek bij meisjes – vindt plaats rond het 13e jaar.

Onderzoek in Amsterdam-Noord en in Winschoten bij ruim 100 jongens van 13 tot 17 jaar leverde op dat de mediane leeftijd zelfs beneden 13 jaar moet liggen. De spreiding was in dit kleine groepje al van 11 tot 15 jaar (Wafelbakker, 1978).

De consequentie van deze brede spreiding is dat men in de tweede en derde klas van het voortgezet onderwijs naast elkaar kan aantreffen jongens en meisjes die vrijwel uitgegroeid zijn tot man en vrouw naast jongens en meisjes die nog geheel kind zijn.

Het vroege of late rijpen kan invloed hebben op het psychosociaal functioneren van de jeugdige. Over het algemeen zijn de vroege rijpers, zowel jongens als meisjes, in het voordeel. De 'early maturer' is zelfverzekerder, meer sociaal aangepast en kan om zichzelf lachen. De 'late maturer' wordt fysiek niet zo aantrekkelijk gevonden, is minder evenwichtig, rustelozener en wat gespannen. U beluistert in deze criteria de Amerikaanse onderzoekers die sterk gericht zijn op aanpassing in de groep. Als men deze onderzoekers mag geloven dan is het mogelijk om de genoemde trekken terug te vinden tot voorbij het 30e levensjaar.

## 3. Geslachtsrijping

Centraal in de adolescentie staat het tot stand komen van de geslachtsrijpheid. Bij jongens is er

naast de uitgroei van geslachtsorganen, pubesbehandling en snor-baardgroei een zeer opvallende verandering van de *stem*. Het strottehoofd wordt groter, de stembanden worden langer en de stemhoogte daalt over meer dan een octaaf. Een echte overgangsstem is onvast, soms wat vochtig hees en rollerig.

Daarnaast is er de *gynaecomastie*, borstontwikkeling, die bij 80% van de jongens papabel en bij 20% ook duidelijk zichtbaar is en dan niet te onderscheiden is van de beginnende borstvorming bij meisjes. Gynaecomastie is sterk gecorreleerd met de aanzet van de groeispuurt en met een testisvolume van 14 à 16 ml (Wafelbakker, 1970). Bij het onderzoek is het voor de betreffende jongen prettiger om van 'groeiknop' te spreken dan van 'borstvorming'. Hij is er toch al niet zo gerust op. De arts soms ook niet en er worden nog wel eens bizarre therapieën voorgeschreven.

Een derde rijpingsverschijnsel, het optreden van *striae*, ook wel rekkings- of rijpingsstriae genoemd, zien we zowel bij jongens als bij meisjes. De betekenis van gynaecomastie en striae, de biochemische achtergronden en de lokale factoren zijn nog onduidelijk. Bij meisjes blijkt de geslachtsrijping vooral uit borstvorming, pubesbehandling en karakteristieke afzetting van onderhuids vet.

De eerste menstruatie (menarche) heeft naast de biologische een sterk psychologische betekenis die vaak wat ambivalent is. Het 'groot meisje worden' kan zowel feestelijk door ouderen als wat angstig door het meisje zelf worden beleefd. De overgrote meerderheid van de meisjes is er tegenwoordig op voorbereid, meestal door de moeder.

De eerste zaadlozing heeft het aanmerkelijk moeilijker. Jongens worden er in meerderheid niet op voorbereid. Slechts één op de vijf jongens heeft er iets over gehoord van zijn ouders.



#### 4. Spierkracht en arbeidsvermogen

Spierkracht kan men meten door middel van een dynamometer, arbeidsvermogen is te bepalen door middel van een ergometer. Beide grootheden vertonen een sterke toename in de adolescentie, veel duidelijker bij jongens dan bij meisjes. Zelfs kan men zeggen dat er een vorm van spurt is waar te nemen, een versnelling in de toename van het arbeidsvermogen rond het 13e-14e jaar (Wafelbakker en Bink, 1971). Onderzoek van het arbeidsvermogen, zelfs als het op een relatief eenvoudige wijze gebeurt met een fietsergometer, is een bewerkelijke bepaling. Om na te gaan welk verband er bestaat tussen lengtegroei en arbeidsvermogen zou men dezelfde proefpersonen regelmatig ergometrisch moeten onderzoeken. Daarvan zijn mij geen gegevens bekend. Wel is zulk onderzoek gedaan naar de ontwikkeling van de spierkracht (Carron & Bailey, 1974). Daaruit blijkt dat de grootste toename van spierkracht plaatsvindt ongeveer een jaar na de top van de groeisput. Zulk onderzoek is – uiteraard zou ik bijna zeggen – alleen bij jongens verricht. Het begrip 'uit de kracht groeien' zou kunnen samenhangen met dit interval van een jaar. Tanner houdt dat in zijn beroemde boekje 'Growth at adolescence' nog voor mogelijk. In een latere publikatie neemt hij dat terug: 'If the adolescent becomes weak and easily exhausted it is for psychological reasons and not physiological ones.'

#### 5. Uiterlijk

Adolescenten zijn soms erg onzeker over hun uiterlijk. Het is ook een vrij complex gebeuren. Je bent een lichaam, je hebt een lichaam. In een vragenrubriek voor jongeren in een maandblad (Wafelbakker, 1974) kwamen frequent vragen binnen over te dik of te dun zijn, over te veel of te weinig haar hebben, over te kleine of te grote borsten, te dunne armen, te dikke benen en natuurlijk – de

wanhoop van onze prestatie maatschappij – over een te klein geslachtsdeel. Ik kan deze onzekerheid echter niet kwantificeren. Het sluit wel aan bij de gedachte dat de adolescent voortdurend het gevoel heeft bekeken te worden en zich telkens afvraagt wat anderen van hem of haar zullen vinden. Hij heeft een 'imaginary audience', zoals Elkind (1967) dat noemt. De natuur heeft nog meer uiterlijke problemen klaar liggen voor de adolescent: blozen en jeugdpuistjes.

– *Blozen* komt voor in extreme vormen. De jeugdige vermijdt dan tot het uiterste om boodschappen te doen, of om ondergoed, maandverband of een badpak te kopen. Soms is men extreem bezorgd om op straat bekenden of zelfs leraren te ontmoeten. De haren worden voor het gezicht gekamd; kraag en das worden hoog opgebouwd.

– *Jeugdpuistjes* (acne) zijn overduidelijk gebonden aan de jaren rond het optreden van geslachtsrijpheid, maar er spelen nog niet geheel bekende factoren mee. Een zaak die hierbij geheel niet van belang is, zoals voeding, krijgt in dit verband juist een overmatige belangstelling. De jeugdige en zijn (haar) omgeving is niet los te branden van het idee dat chocola, specerijen, oude kaas en varkensvlees een bevorderende invloed en dat biergist een remmende invloed heeft op het ontstaan van de pukkeltjes.

– *Gynaecomastie* en ook *adipomastie*, vetafzetting in de borst bij jongens, wordt soms als erg onaangenaam ervaren. Deze jongens gaan niet zwemmen en komen niet aan het strand.

– Als laatste aspect van het uiterlijk vestig ik uw aandacht op het *tatoueren* dat, naar het lijkt in toenemende mate, bij opgroeiende jongens plaatsvindt. Bergink (1977) vond op Haagse LTS-en bij eerste klassers 5% en bij vierde klassers (16-19 jaar) ruim 9% tatouages. De meerderheid was als een vorm van amateuristische

kunstbeoefening op te vatten, maar bijna 1% was professioneel getatoueed. Drang tot imitatie, wens om geaccepteerd te worden in een bepaalde groep, varensplannen en toelatingsritueel tot club of clan worden als motieven beschouwd.

#### 6. Ogen

Nog voordat er iets kenbaar is van de puberteit, in de derde en vierde klas van de basisschool, komen de eerste zogenaamde schoolbrillen te voorschijn. Voor die tijd waren er wel brilende kinderen: 4-5% hypermetropen en een paar zware myopen, maar de lichtere bijzienden, te corrigeren met S-1 tot S-3.0, verschijnen pas goed in de tweede helft van de basisschool. Mechanisch gedacht is een bijziend oog een te lang oog, of nog anders gezegd het brandpunt valt vóór het netvlies.

Zou de groeisput misschien beginnen in het oog? Of is dat een veel te simpele gedachte, niet passend in het uiterst gecompliceerde samenspel van brekende vlakken en media dat uiteindelijk in de grote meerderheid het emmetrope oog in stand houdt. Zo groot is die meerderheid trouwens niet. Iedere schoolartsdienst kan u zo vertellen dat het percentage niet-emmetropen oploopt van 8 op de kleuterschool tot 20 op de lagere technische school, 35 op de MAVO en 40% of meer op Atheneum of Gymnasium. Van die toename is vooral de myopie de oorzaak. Een niet begrepen oorzaak overigens. Erfelijkheid, intelligentie, veel lezen, degeneratie, sociale klasse en kleine gezinnen zijn een paar van de vaakst gehoorde factoren die in verband worden gebracht met bijziendheid. De myopie en de bril hebben voor de adolescent consequenties in het vlak van de sportbeoefening, van de beroepskeuze en in het vlak van de intermenselijke contacten. De contactlens – toepasselijke naam – heeft voor de sport en relationeel veel goed gedaan. Een aantal beroepen blijft echter gesloten voor bijzienden.



## 7. Gehoor

In Engeland doet men een uniek longitudinaal onderzoek bij een cohort kinderen dat in een week van maart 1958 geboren is, oorspronkelijk ruim 17.000 kinderen. Bij die kinderen vond op 7-, 11- en 16-jarige leeftijd een gehoortest plaats. De mediane gehoordrempel blijkt tussen 7 en 11 jaar te dalen – het gehoor wordt dan gevoeliger – maar stijgt daarna weer. Op 16 jaar is er al een gehoorvermindering van 4 à 5 decibel aan te tonen. Tot nog toe heeft men gedacht dat de geleidelijke gehoorvermindering pas boven de 30 jaar begon.

In het Engelse onderzoek vergeleek men de bevindingen bij kinderen uit twee sociale lagen. De jeugdigen met vaders uit de handwerkersstand hebben een hogere gehoordrempel dan de kinderen met vaders uit de hoofdwerkersstand. Zouden kinderen uit de handwerkersstand vaker middenoorontsteking gehad hebben? Of luisteren ze meer naar popmuziek? (Richardson et al. 1977).

Is er trouwens invloed van popmuziek en discotheekbezoek? Hoewel daarover nogal alarmerend in de krant is geschreven, blijkt er geen verschil aantoonbaar te zijn tussen het gehoorverlies van discotheekbezoekers en dat van niet-discotheekbezoekers. Ondertussen is ook wel gebleken dat onderzoek naar gehoorscherpheid en geluidbelasting bij adolescenten niet zo eenvoudig is als men het wel eens heeft voorgesteld.

## 8. Motoriek en lichamelijke activiteit

*Erikson*, Amerikaans psychiater en vader van de begrippen identiteit en identiteitscrisis heeft erop gewezen hoe de motoriek in de adolescentie een nieuwe betekenis krijgt. Er is een sterke behoefte aan beweging, uitgedrukt in een algemeen 'op weg zijn', achter iets aanjakkeren, rondrennen, werk dat veel kracht vraagt, veeleisende sporten, snel en veel dansen, trekken (Pakistan of de

Noordkaap), snelle motoren en opgevoerde bromfietsen. Joy-riding moet eerder gezien worden als een zoeken naar de bedwelmende beweging dan als diefstal of ongevraagd lenen. Bewegen zeker ook, meent Erikson, in de betekenis van zich 'bewogen' voelen, meedoen aan eigentijdse bewegingen, acties, demonstraties of rellen. Onze maatschappij voldoet allerminst aan de behoefte tot actief bewegen. Binnen schoolverband hebben we onszelf een vormingssysteem toegestaan dat moet worden opgevat als een stukje ridiculisering van het 'mens sana in corpore sano'. Als er ooit eens denkende, kijkende, en communicerende buitenaardse wezens in ons koninkrijk landen dan zullen we ons te verantwoorden hebben voor een schoolse opvoeding die een overmaat aan intellectuele vorming zet tegenover 1-3 uur lichamelijke vorming. Voor het gemak laat ik het wat meer motorische nijverheidsonderwijs hierbij even buiten beschouwing.

Bewegingsarmoede is niet alleen een psychobiologisch tekort voor de opgroeiende mens. Het wordt ook algemeen gezien als een causale factor in verschillende aandoeningen op latere leeftijd.

Daarom is het vreemd dat er zo weinig metingen gedaan zijn. Volgens de navraagmethodiek komen *Luyken, de Wijn en Zaat* (1978) wel tot schattingen voor buitenschoolse lichamelijke activiteit, bij 14-17 jarigen: vervoer naar en van school levert rond een kwartier per dag op, sport in verenigingsverband tussen 1 en 2 uur per week en activiteiten buiten verenigingsverband 3-8 uur per week.

*Kemper c.s.* (1974) konden bij 12-13-jarige jongens door middel van stappentellers registreren dat er een sterke spreiding is in het buitenschoolse activiteitenpatroon. Actieve leerlingen doen bijvoorbeeld in het weekeinde meer dan 100.000 stappen, tegenover de minder actieven die maar 17.000 stappen verzetten.

## 9. Ongevallen

De adolescentie geldt als een uitermate gezonde levensperiode, met een zeer lage sterfte (4 à 5 per 10.000) en een lage, maar wat onduidelijke morbiditeit. Er is echter reden voor ongerustheid voor wat betreft het ongevallenpatroon. In de hele levensperiode van 1-35 jaar vormen ongevallen de voornaamste doodsoorzaak. Ze zijn daarnaast een belangrijke oorzaak voor het ontstaan van blijvende handicaps.

Tussen 15 en 24 jaar vinden we in de ongevalsstatistieken de hoogste sterfte, vooral als gevolg van verkeersongevallen. De ongevalssterfte is bij jongens drie à vier keer zo hoog als bij meisjes. Bromfietsen en motorfietsen zijn aanzienlijke gevarenbronnen. Ook bedrijfsongevallen zijn van belang. Per 1000 werknemers worden jaarlijks 90 jongens en 11 meisjes tot 20 jaar door een bedrijfsongeval getroffen. Hierbij is er een samengaan van de meest kwetsbare kalenderleeftijd, 15-24 jaar, met een (te) korte inwerktijd in het bedrijf (*Wafelbakker*, 1977). De verklaringen zijn soms naïef: gebrekkige coördinatie door de groeispurt, te ingewikkelde en onoverzichtelijke machines, een onvolwassen gevarenconceptie. Daarmee is weinig opgehelderd. Liever citeer ik weer *Elkind* (1967), die meent dat de adolescent niet alleen een 'imaginair publiek' heeft, maar ook een 'personal fable', een magisch gevoel, een zich niet kunnen voorstellen dat hij/zij ooit zelf slachtoffer kan worden van een ongeval. Daarnaast is alle reden om riskant gedrag te analyseren, op een veel fundamentele manier dan het nu geschiedt.

## 10. Riskant gedrag

Waarom zoeken mensen risico's. Waarom heeft de 'thrill of risk taking behaviour' zo'n appeal op mensen en vooral op jonge mensen? Een stukje motivering voor 'risico nemend' gedrag laat zich vinden in het zoeken





naar een eigen identiteit. Ook in diergedrag – kijk eens naar een opgroeiend katje – is de noodzaak van verkennend en riskant gedrag herkenbaar. Leren dus van eigen mogelijkheden en leren van de grenzen die de volwassen wereld stelt. Als 'risico nemend' gedrag een definieerbaar en voorspelbaar hard item was – het is wel lustvol vermeien in de speculatieve psychologie – dan zou je het als een causale factor kunnen zien in heel wat adolescentengedrag waarmee we in de geneeskunde van doen hebben. Ik denk dan ook aan de jonge meisjes die – zoals dat heet – ongewenst zwanger worden. Lehfeldt (1974) sprak in dat verband van WEUP: Wilful Exposure to Unwanted Pregnancy. Is dat iets anders dan risico nemend gedrag? Of is het een uitvloeisel van Elkind's personal fable: dat zal mij niet overkomen? De term riskant gedrag heb ik enkele malen opgevat als 'risico nemend' gedrag, omdat juist de uitdaging van het risico de verlangde prikkel, de gezochte stimulans oplevert.

Dat is dus wat anders, naar mijn mening, dan de riskante gewoonten die Gadourek in 1963 beschreef in zijn grote onderzoek naar het roken en het drinken in Nederland. Eigenlijk een onderzoek naar 'risico gevend' gedrag. Eén van de vragen van Gadourek was dan ook naar het besef omtrent de mogelijke schadelijke gevolgen van het roken en het drinken.

De huidige adolescent weet in 90% dat roken schadelijk kan zijn voor de lichamelijke conditie (Van der Wal, 1978). Op 17-18-jarige leeftijd rookt bijna 60% van de adolescenten en er roken meer meisjes dan jongens. Een stukje – en doorslaande – emancipatie waar niemand behalve de tabaksindustrie gelukkig mee kan zijn. Over drinkgewoonten is te zeggen dat de omvang van het drinken door jeugdigen toeneemt: meer jeugdigen gebruiken vaker en intensiever alcoholhoudende drank (Van der Wal, 1978).

Cannabis-gebruik – het navragen daarvan dient met een zekere

technische prudentie te geschieden om geen aperte nonsens-antwoorden uit te lokken – zal bij de 17- en 18-jarigen tussen de 10 en 20% liggen; Van der Wal schat dat op het middelbaar onderwijs tussen de 4 en 10% van de leerlingen wel eens hash gebruiken.

Over het gebruik van hard drugs, drugs met zoals dat tegenwoordig heet onaanvaardbare risico's, is geen enkel betrouwbaar gegeven voorhanden. Ook over het gebruik van zogenaamde 'doktersgeneesmiddelen' bestaan geen gegevens, al verwacht ik binnenkort daarover wel een pilot studie.

Schoolartsen die ernaar vragen, krijgen onverwacht hoge uitkomsten. De achtergronden van deze vier riskante gebruiksgewoonten moeten hier buiten beschouwing blijven. Ik wil echter nadrukkelijk wijzen op een lacune in het verzamelen van gegevens. Van regelmatig herhaald onderzoek naar het gebruik van tabak, drugs en geneesmiddelen is geen sprake.

Een ontwikkeld land als Nederland zou toch moeten beschikken over een soort 'clearing-house' voor het gebruik van riskante genotmiddelen en geneesmiddelen. Zulk onderzoek kan uitstekend in de adolescentie plaatsvinden. Vermoed mag worden dat het gebruikspatroon van de oudere adolescent sterk determinerend is voor het gebruik op volwassen leeftijd, al zou ook daarnaar onderzoek dienen plaats te vinden.

## 11. Voeding

Adipositas, schrikbeeld van de teenage-meisjes en anorexia nervosa, schrikbeeld van de adolescentenarts, krijgen nog speciale aandacht. Onderzoek naar de voedingstoestand van teenagers vindt in Nederland sinds 1958 met grote regelmaat plaats. Wat minder frequent gebeurt er onderzoek naar voedingsgewoonten, of wel naar eetgedrag. Er vindt enige verschuiving plaats van de gezinsmaaltijd naar 'eten en drinken uit de muur'. Een grote

verscheidenheid aan snacks en frisdranken dringt op, vooral in de weekeinden.

Ook wat betreft de voedingsgewoonte bestaat er het sterke vermoeden dat de teenage-voedingsgewoonte grote invloed heeft op het dieet dat de volwassene een leven lang zal gebruiken en daarmee op de gezondheid in volwassenheid en ouderdom. Deze lange-termijn-invloed vraagt dringend om onderzoek, aldus een aanbeveling van de WHO-Workinggroup over 14-18-jarigen die vorig jaar in Amsterdam bijeen was.

## 12. Intelligentie en intellectuele vorming

Ieder voorjaar opnieuw nodigen wij als samenleving onze jongeren uit: laat maar eens zien wat je geleerd hebt. Wij toetsen – het woord alleen al veroorzaakt nachtmerries – wij toetsen de intellectuele vorderingen van onze nakomelingen. Er zijn maar weinigen die ervan overtuigd zijn dat het ook zonder toetsing kan.

Toch is er alle reden – met name nu men overweegt om universitaire toelatingsexamens in te stellen – om er niet te badineren over te spreken. West-Duitsland rapporteert 500 gevallen van zelfdoding door jongeren tussen 11 en 19 jaar, uit angst voor slechte rapportcijfers en zittenblijven. Boskowa uit Warschau berichtte ons vorig jaar in Amsterdam dat er een significante toename is van zelfdoding en poging tot zelfdoding bij de overgang van basisonderwijs naar voortgezet onderwijs. Er is in Polen een duidelijke seizoentop in de zelfdodingscijfers tijdens de examenperiode en een dal tijdens de vakantieperiode.

Niet alleen de intellectuele ijver wordt gemeten.

Er bestaat in onze westerse samenleving een bijna universeel verlangen om intelligentie te meten en om de meetresultaten te gebruiken voor allerlei indelingen. Een enkele maal staat er een profet op die zegt: kijk nou eens wat je doet. Maar wij



willen er niet aan. Wij sturen zo iemand het paradijsdal uit. Psychometrie dus. Vanaf Binet-Simon tot Wechsler.

Ontwikkelingspsychologen menen dat er juist in de adolescentie hele wezenlijke veranderingen in de intelligentiestructuur optreden. Het vermogen tot abstraheren ontstaat. Piaget noemt dat 'formele operaties'. Er kan gedacht worden over dingen die niet waargenomen of zelf ervaren worden. De adolescent kan nadenken over vrijheid, over waarheid en waardigheid, over liefde. De adolescent denkt ook veel over zichzelf na en zelfkritiek ontstaat. Het vanzelfsprekendheidskarakter van veel zaken wordt doorgelicht.

Het morele denken wordt kritisch ten aanzien van normen die in het gezin leven en ten aanzien van de conventionele waarden in de maatschappij. Kohlberg sprak dan ook van de 'post-conventional world'. Dat geeft thuis en elders nogal eens felle conflicten. Wie is er in staat om, als je dochter van 16 plotseling vegetariër wordt, berustend te zeggen: 'O ja dat klopt, het post-conventionele denken zet in.'

### 13. Intimiteit

Met het woord intimiteit wil ik Jos van Ussel eren – de te vroeg gestorven Vlaams-Nederlandse historicus die zo diepgaand over menselijke relaties heeft geschreven. Er zal elders ruim aandacht gegeven worden aan de socio-seksuele ontwikkeling. Ik wil nu alleen twee kanttekeningen plaatsen.

Er heerst – ten onrechte – de opvatting dat seksuele voorlichting en opvoeding tegenwoordig wel voldoende plaatsvinden. Wie echter de biologieleerboeken inkijkt, wie de lesroosters van scholen nagaat, wie de werkelijke kennis onderzoekt van oudere leerlingen en studenten en wie bovendien de attitude ten aanzien van allerlei socio-seksuele verschijnselen en variaties beoordeelt, die ziet dat er nog een lange weg voor ons ligt.

Een tweede opmerking wil ik me veroorloven ten aanzien van de zogenaamde initiatie. Zonder dat ooit met zoveel woorden te zeggen gaat onze maatschappij ervan uit dat jeugdigen elkaar de benodigde seksuele vaardigheden wel zullen leren. Is dat terecht? Er zijn weinig andere gebieden waarop we zoveel vertrouwen hebben in het elkaar iets leren. Kan het niet zijn dat de drukke seksuologische spreekuren en de overvloed van intieme vragenrubrieken in wezen gezien moeten worden als een gevolg van iatrogene invloeden in ons opvoedingspatroon?

Oudere mensen praten vaak met een zekere vertederding over de puberteit. De eerste liefde, op zichzelf toch vaak een niet weinig verwarrend gebeuren, wordt prettig vertekend opgeborgen in de grijze schors. Misschien zou je dan ook moeten spreken van de roze schors. De specifieke pigmentering berust wel op veroudering. Pubers beleven een aantal gebeurtenissen wel 'himmelhoch jauchzend', maar ze gaan daarvóór en daarna wel door bedroefde dalen. Dodelijk bedroefd zelfs, volgens Goethe ('Die Leiden des jungen Werthers').

### 14. De adolescent en de anderen

Het Nederlands kent geen goede uitdrukking voor het woord 'peer'. Het woord 'leeftijdgenoten' geeft maar een deel van het begrip weer. De Amerikaanse adolescentenpsychologie is ondenkbaar zonder 'peer-relations', 'peer-groups', 'peer-leaders' en 'sex-peers'. Daarmee is wel duidelijk aangegeven hoe belangrijk in de adolescentie de anderen zijn. Daarop zullen De Haas en Straver zeker uitgebreid ingaan.

### 15. Gezin

In de vorig jaar gehouden WHO-Workinggroup over 14-18-jarigen werd – vooral door de Oosteuropese landen – de functie van

het gezin zwaar opgenomen. Alcohol, drugs en criminaliteit zouden allemaal niet zo'n vaart lopen als het gezin maar goed functioneerde. Tegenover die happy-family-mythe staat de minder optimistische gedachte van de Amerikaanse psychiater Cooper, dat het moderne kerngezin een heleboel problemen schept. Zijn boekje uit 1970 heette dan ook 'Death of the Family'. Een mistroostige titel die naast de inhoudelijke betekenis nu ook een numerieke betekenis gaat krijgen.

In de Verenigde Staten neemt het aantal gezinnen ieder jaar met 1% af. Science zegt in een editorial: the United States will run out of families not long after it runs out of oil.

Voorlopig is in ons land het gezin nog een reëel vertrekpunt voor de meeste adolescenten. Het gezin heeft voor de opgroeiende jongere een steeds wisselende betekenis. Veiligheid, warmte, autoriteit, identificatiemogelijkheden, wrijfpaal, thuishaven of aanloophaven en natuurlijk cafetaria, hotel en wasserij in één. Het begrip wrijfpaal wordt goed uitgewerkt in een onderzoek van Scheffer, Woldringh en Steenhuis, naar het voorkomen van moeilijkheden tussen ouders en hun minderjarige kinderen.

Ouders berichten dat boven aan de lijst van problemen staan de moeilijkheden over het 's avonds thuiskomen, 30% van de ouders zit daarmee. Dezelfde ouders rapporteren voor bijna 40% dat zij hetzelfde probleem met hun ouders hadden toen zij nog adolescent waren.

Verder verschillen de generaties wel enigermate. Bij de ouders kwamen vroeger problemen over het naar de kerk gaan op de tweede plaats, over de keuze van een partner in de derde plaats en rond schoolkeuze in de vierde plaats. De huidige jongeren hebben in de tweede plaats problemen met hun ouders over uiterlijk en haardracht, in de derde plaats over het eerder van school afgaan en in de vierde plaats over de keuze van een partner.



## 16. Beroepskeuze

Er is een streven in onderwijskringen om de leerplicht op te trekken tot 18 jaar. Een stukje verlenging van de adolescentie zou men kunnen zeggen. Ik heb daar niet zoveel moeite mee, mits het begrip *leerplicht* zou worden vervangen door het begrip *leerrecht*. Een betere start naar het beroep of – wat het op het ogenblik ook vaak is – een vertraagde start van de werkloosheid.

Een jaar of tien geleden, in commissie vergaderend over de aanbevelingen van de International Labour Organisation (ILO) tot verplicht keuren van jeugdige werknemers, kwamen we er niet uit. Wat moet je, wat mag je doen als je weet dat rond 15% van de jeugdigen op geneeskundige gronden niet geschikt blijkt te zijn voor elke job.

Jongeren zelf eisten in een zwartboek een verplichte aanstellingskeuring – zonder zich daarbij voldoende te realiseren dat zulks in één op de zes à zeven gevallen een niet-aanstellingskeuring zou worden. De ambtelijke commissie zag de recessiebui hangen en besloot niet verder te gaan dan aanbevelingen voor een experiment. Daar bleef het bij. Ondertussen is zonder ambtelijke bemoeienis dit jaar een experiment gestart, waarbij op een LTS jongeren tijdig worden bekeken met een bedrijfsgeneeskundige blik die gericht is op toekomstige werkzaamheden in de bouw.

Werkloosheid remt jeugdigen in hun ontplooiing, in hun sociale contacten, in het dragen van verantwoordelijkheid en bedreigt het gevoel van eigenwaarde. Het rapport-Mik (Jeugdwelzijn op weg naar samenhangend beleid) gaat daar nadrukkelijk op in. Het stipt de herverdeling van de arbeid aan en meent dat het regeringsbeleid daar voldoende op is gericht. Is dat zo? Herverdeling van de arbeid is naar mijn mening nog nauwelijks aan bod gekomen. Alleen minister Pais (Onderwijs) komt met duidelijke maatregelen, zoals duo-banen, deeltijdbanen en vervroegde

pensionering. Ik zou wensen dat artsen – al of niet in het organisatorisch verband waarvan deze dagen een uitvloeisel zijn – zich inzetten voor dit stuk elementaire preventie. Ik ken geen maatregel die, zoals de mogelijkheid tot vrijwillige vervroegde pensionering, op twee fronten preventief gezondheidsbevorderend kan werken; bij ouderen en bij jongeren.

## 17. Wonen

Zelfstandig wonen is – naast het hebben van een werkring – één van de belangrijkste factoren in het voltooien van de adolescentie. Betaalbare huisvesting voor jongeren ontbreekt vrijwel geheel. Het heeft er even op geleken dat er niet alleen maar in de vorm van nota's, maar ook in de vorm van reële woningbouwprogramma's wat aan gedaan zou worden. Ik vrees echter dat we nog niet veel verder zijn dan de omschrijving van de verlangens die gaan in de richting van:

- verschillende vormen van begeleide kamerbewoning
- woongemeenschappen en jeugdwohnungen als onderdeel van
- woonvoorzieningen voor zelfstandig wonende jongeren; dit geheel ondergebracht in bestaande woonbuurten, zodat er geen kunstmatig isolement wordt geschapen.

## 18. Rechtspositie

We zijn in Nederland al weer zo'n tien jaar tevergeefs bezig om de meerderjarigheidsgrens te verlagen. Alle congressen – de bezem door de leeftijdsgrenzen – en commissies ten spijt, handhaven we een grens van 21 jaar. Een grens die nog dateert uit een tijd toen de biologische volwassenheid op zijn minst drie jaar later werd bereikt dan thans. Het begrip minderjarigheid dient – opnieuw citeer ik het rapport-Mik – een nieuwe inhoud te krijgen. Een geleidelijk, aan

verschillende leeftijdsstappen gebonden, toekennen van rechten aan jeugdigen.

Eén van die rechten zou moeten zijn de zelfstandige keuze van medische en/of psychosociale hulp – ook zogenaamde alternatieve of non-professionele hulp. Eén consequentie zou zijn dat als minderjarigen thuis wegglopen, hulpverleners de verblijfplaats niet bekend hoeven te maken.

## 19. Hulpverlening

Hulpverlening aan jongeren, een complex gebied dat de laatste jaren nogal wat aandacht heeft gekregen in de rapporten van de Werkgroep Jeugdwelzijnsbeleid en onlangs weer in een Rapport van de Raad voor de Jeugdvorming (1978).

Als medicus voel je je wat onzeker in de geplande netwerken van ambulante geestelijke gezondheidszorg en residentiële hulpverlening. Wij artsen zijn meer op ons gemak in de rust van de spreekkamer. Bij het periodiek geneeskundig onderzoek op een technische school vond ik vrij wat dingen die naar mijn idee enige medische aandacht verdienden. De betreffende jongeren hadden voordien geen weet van die bevindingen, of ze vonden het niet nodig om daarvoor hulp te zoeken. Ik heb me toen wel eens laten verleiden tot een uitspraak als 'de adolescent dissimuleert graag' een onjuiste en niets verklarende uitspraak. Ik zou nu in het spoor van de Raad voor de Jeugdvorming liever spreken over:

- bewuste behoefte aan hulp,
- latente behoefte aan hulp,
- behoefte aan hulp die anderen wel, maar de jongere zelf niet onderkent of erkent.

Ik zou nu ook meer oog hebben voor drempels tussen de jongere en de hulpverlener. Een aparte adolescentenarts? Twintig jaar geleden werd in Engeland al voorgesteld om die een *ephebiater* te noemen. Een woord als 'adolescentoloog' is ook wel eens



gevallen. In Duitsland heeft men kort geleden de leeftijdsgrens voor pediatrie, die daar bij 14 jaar lag, opgehoogd tot 18 jaar. Een omgekeerd beroepsverbod dat mij niet in het belang van de adolescent lijkt.

In de huidige Nederlandse echelonnering is er in de eerstelijns gezondheidszorg geen plaats voor een arts met een specifieke leeftijdsdoelgroep. In de jeugdgezondheidszorg, als onderdeel van de openbare gezondheidszorg, is er echter ruimschoots gelegenheid om adolescenten medisch te begeleiden. De financiering van de jeugdgezondheidszorg gaat echter van rijkswege niet verder dan de derde klas voortgezet onderwijs, de vierde klas MAVO en beroepsonderwijs. De begrotingsplannen voor het ophogen van deze zorg zijn wel gemaakt maar moeten nog wat 'laderen'.

Sonander en Sennerfeldt (1978) vroegen aan adolescenten zelf wat zij, als consumenten, verlangden van de schoolgezondheidszorg. Driekwart van de ondervraagde adolescenten wilden een 'open huis' van de schoolverpleegster gedurende de gehele schooltijd en afspraakmogelijkheden met de schoolarts. De helft wilde een jaarlijks onderzoek door de schoolarts. Als taken zagen zij onder meer medische begeleiding bij beroepskeuze, keuring voor het rijbewijs, contraceptie-adviezen en veel meer aandacht voor 'health education'. De verpleegkundige zou bovendien alle lerarenvergaderingen moeten meemaken.

## 20. Aanbevelingen

Mijn betoog is – zoals bij de adolescentie betaamt – begonnen in de biologie en daarna geleidelijk omgebogen naar de cultuur. Veel gebieden heb ik alleen maar oppervlakkig aangestipt of zelfs buiten beschouwing gelaten. Een gelegenheid als deze roept om het doen van duidelijke aanbevelingen:

- verhoging van subsidiabele

jeugdgezondheidszorg tot het gehele voortgezet onderwijs;

- verlaging meerderjarigheid naar 18 jaar en aangeven van ontwikkelingsstrappen in de minderjarigheid;
- origineler en vindingrijker aanpak van jeugdwerkloosheid, waarbij de herverdeling van de arbeid als essentieel wordt gezien;
- realisering van huisvestingsprogramma's voor jongeren;
- regelmatig (bijvoorbeeld driejaarlijks) onderzoek naar het landelijk patroon van roken, drinken en gebruik van drugs en geneesmiddelen bij 12-18-jarigen;
- onderzoek naar de achtergronden van risiconemend gedrag en naar de preventie van ongevallen;
- kritisch aan de orde stellen van de toenemende bewegingsarmoede in onderwijs en in samenleving.

## Literatuur

Bergink, A. H., Tatouages bij leerlingen van lagere technische scholen in Den Haag T. Kindergeneesk. 45 (1977) 16-22.

Bertels, K., Adolescentie als historisch maakwerk. Jeugd en samenleving. 8 (1978) 17-34.

Bremer, R., T. Pels & J. Romeijn, Hulpverlening aan jeugdigen. Raad voor de Jeugdvorming, Amsterdam, 1978.

Carron, A. V. & D. A. Bailey. Strength development in boys from 10 through 16 years. Monogr. Soc. Res. Child. Developm. 39 (1974) 4/1-36.

Conger, J. J., Adolescence and youth, psychological development in a changing world. Harper, New York, 1977.

Elkind, D., Egocentrism in adolescence. Child Development 38 (1967) 1025-1034.

Erikson, E. H. Identity, youth and crisis. Norton, New York, 1968.

Gadoure, J., Riskante gewoonten en zorg voor eigen welzijn. Wolters, Groningen, 1963.

Kemper, H. C. G., K. G. A. Ras, J. Snel, P. G. Splinter, L. W. C. Tavecchio & R. Verschuur. Invloed van extra lichamelijke oefening op de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van 12- en 13-jarige jongens.

Universiteit van Amsterdam, 1974.

Lehfeldt, H., Contraception and sexuality. Int. Congress of med. Sexology, Paris, 1974.

Luyken, R., J. E. de Wijn & J. C. A. Zaat. De ontwikkeling van de voedingstoestand van geselecteerde groepen Nederlandse adolescenten in 1960-1975, II. Antropometrie CIVO-TNO, rapport no. R. 5643, maart 1978.

Rapport-Mik. Jeugdwelzijn op weg naar samenhangend beleid. Gemengde interdepartementale werkgroep jeugdwelzijnsbeleid. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1976.

Problems of Children of school age (14-18 years), Report on a working group. Regional Office WHO, Copenhagen, 1977.

Richardson, K. et al. Audiometric thresholds of a national sample of British 16-years-olds: a longitudinal study. Develop. med. Child Neurol. 19 (1977) 797-802.

Scheffer, W. C. M., C. Woldringh & D. W. Steenhuis, Rechtspositie van minderjarigen. Inst. toegepaste Sociologie, Nijmegen, 1977.

Sonander, E. & P. Sennerfeldt, Pupils' expectations concerning health service in Swedish integrated upper secondary school. XIII Int. Symp. Student Health, Helsinki, 1978.

Tanner, J. M., Growth at adolescence. Blackwell scientific Publ. Oxford, 1966.

Wafelbakker, F., Adolescent growth spurt in relation to age and maturation: a longitudinal study, in: Proceedings Conference on Assessment of Physical Fitness (1968), Universitas Carolina Pragensis (1970).

Wafelbakker, F., & B. Bink, Physical working capacity at maximum levels of work of boys 8-23 years of age. Geneesk. & Sport 4 (1971) 9-13.

Wafelbakker, F. Sexual guidance for young people in a monthly magazine. School Health Symp. Stockholm 1974, I, 215-228.

Wafelbakker F., Jeugd en ongevallen. Reddingwezen 66 (1977) 21-26.

Wal, H. J. van der, Roken, drinken en cannabisgebruik. SWOAD. Amsterdam, 1978.

Wieringen, J. C. van, F. Wafelbakker, H. P. Verbrugge & J. H. de Haas. Groeidiagrammen Nederland 1965, Wolters Noordhoff, 1968.



# Is de huidige geneeskunde in staat de adolescent adequaat op te vangen?

## Een nabeschouwing

Op het moment dat de titel van deze voordracht werd vastgesteld, was uiteraard de inhoud van de lezingen, welke tot nu toe gehouden zijn en welke deze middag nog gehouden zullen worden met inbegrip van de demonstraties, nog grotendeels onbekend. De kennis van de wetenschappelijke commissie op het gebied van de

'adolescenten-geneeskunde' was op zijn best fragmentarisch en zeker niet uitgekristalliseerd tot een eenvormig concept van wat er onder de geneeskunde voor de adolescent moet worden verstaan.

Uit de onderlinge contacten binnen de wetenschappelijke congrescommissie en de contacten, die ieder commissielid hiervan onderhield met de sprekers van zijn sectie en de instellingen die U vanmiddag zult bezoeken, tenslotte door het bestuderen van de inhoud van alle voordrachten en demonstraties, alsmede aanvullende literatuur, werd het mogelijk zich enigszins een beeld te vormen over wat de behoeften en noden zijn van adolescenten binnen onze Nederlandse samenleving. Tijdens dit leerproces werden twee facetten duidelijk. Ten eerste: indien men onder 'geneeskunde' alleen verstaat het werk dat uitsluitend door een arts mag worden verricht, de huidige geneeskunde niet in staat is om de adolescent adequaat op te vangen. Ten tweede vertoont het programma, dat U tot nu toe is geboden met dat wat U vanmiddag nog te zien en te horen krijgt, hiaten waarvan de opvulling een vervolg op dit congres over de adolescent zou rechtvaardigen.

door *Dr. A. E. Meinders*



Dr. A. E. Meinders, internist, fungeerde als voorzitter van de wetenschappelijke commissie die was belast met de voorbereiding van het wetenschappelijk programma voor de deelnemers aan het 30ste KNMG-Ledencongres te Arnhem, gewijd aan het thema 'De adolescent in de geneeskunde'.

Alvorens verder te gaan moet ik U vragen u bewust te zijn van het feit dat deze voordracht wordt gehouden door een internist, een specialist dus die met zijn beide benen geheel verankerd is in de curatieve geneeskunde welke zich afspeelt binnen de muren van een ziekenhuis.

Laten wij nu – mede uit hoffelijkheid – eerst nagaan welke niet-medische disciplines op dit congres aan het woord zijn geweest en welke mogelijk nog aan het woord hadden moeten komen.

In de sectie omgevingsinvloeden op de adolescent zijn twee niet-medici aan het woord geweest. Drs. De Haas studeerde theologie en hij behandelde de omgevingsinvloeden op de adolescenten gedurende hun vrije tijd.

De directe of indirecte rol van het functioneren van de zogenaamde 'peer groups' op de gezondheid van adolescenten is zonder meer duidelijk. De heer De Vringer is werkzaam op het ministerie van CRM. Hij analyseerde voor ons de hoeveelheid vrije tijd en de besteding daarvan door de adolescenten. Bovendien wees hij op de apathie en mogelijke andere psychische gevolgen welke ontstaan door de jeugdwerkeloosheid, waarvan de mogelijke uitwassen uiteindelijk bij de arts terechtkomen.

In de sectie verslaafd gedrag betraden drie niet-medici het toneel:

Drs. Kutsch Lojenga is ziekenhuisapotheker. Het werkingsmechanisme van de 'drugs' met de recente ontwikkelingen van de kennis van 'morfine receptoren' in de hersenen, de fysiologische verwantschap van endogene stoffen als endorphen en enkephalinen met morfine en de als antidota gehanteerde stoffen zijn door hem belicht. De beschikbaarheid van deze kennis voor optimaal medisch handelen laat zich raden.

De heer Frenkel is jurist. Hij belichtte onder meer de geschiedkundige ontwikkeling van hetgeen 'men' in een bepaald tijdsbestek als abnormaal, misdadig of verslavend ervoer met de daaruit voortvloeiende reacties, bijvoorbeeld de strafrechtelijke maatregelen bij het gebruik van of handelen in verslavende middelen. Juist het strafrecht wordt in dit verband door hem aan de tand gevoeld.

De heer De Lange is klinisch psycholoog. Hij gaf zijn visie op de psychische mechanismen welke tot



verslaving kunnen leiden en welke bovendien de hulpverlening zullen kunnen blokkeren. Een voorbeeld van een opzet van de hulpverlening aan verslaafden en de verschillende fasen daarin, zoals ontwikkeld in samenwerking met een psychiatrisch centrum en hulpverleners uit de ambulante zorg, werden door hem uit de doeken gedaan.

Ook in de sectie ongeneeslijke aandoeningen zijn drie niet-medici aan het woord geweest:

De heren Van Dam en Last zijn beiden psycholoog en verdiepten ons inzicht in de ingrijpende veranderingen welke plaatsvinden in de persoonlijkheid van een adolescent, die geconfronteerd wordt met een in principe ongeneeslijke aandoening. Ook werd aandacht besteed aan de invloed van een dergelijke aandoening op de omgeving van een ongeneeslijk zieke adolescent, zoals familie, vrienden, school, e.d.

De heer Van Eijndhoven is priester en directeur van een instituut voor doven. Hij liet de verschillende vormen van doofheid de revue passeren en besprak daarbij de mogelijkheden van opvang en alternatieve wijzen van communicatie.

In de sectie psychosociale ontwikkeling zijn eveneens drie sprekers vanuit geheel andere dan medische disciplines aan het woord geweest om ons te onderrichten in dat wat normaal en wat abnormaal is tijdens de adolescentie.

De heer Straver is jurist en socioloog. Hij leerde ons de langzame en ingewikkelde wijze waarop het normale seksuele toenaderingsproces verloopt tussen adolescenten, de onzekerheden die daarbij voorkomen, de rol van leeftijdgenoten en van de cultuur waarin men leeft, het gebrek aan inzicht in psychologische en fysiologische mechanismen bij de adolescenten zelf alsmede bij hun 'partners' en de rol van de media in dit opzicht.

Mevrouw Mensing-van Charante, juriste en hoofdinspecteur van politie, en de heer Toebosch, criminoloog, zijn ingegaan op het aspect van

jeugdcriminaliteit en de rol van de politie alsmede de rol van de medicus hierbij. Zij wezen op het 'normale' van bepaalde vormen van crimineel gedrag en het verschil in optreden hiervan bij jongens en meisjes, invloeden op het crimineel gedragspatroon van gezinssituaties, van het normbesef van de ouders en van de sociale klasse. Ook wijzen zij erop dat crimineel gedrag vaak geïnterpreteerd moet worden als een signaal van een onopgelost probleem en niet als een op zichzelf staande grootheid.

Tenslotte zal de heer Hoogveld, orthopaedagoog, ons vanmiddag tonen wat te bereiken is met autistische adolescenten, vooral gebruik makende van de positieve mogelijkheden van hun persoonlijkheid in plaats van de minder goed te ontwikkelen aspecten. Tezamen waren er dus elf sprekers op dit congres van medici, die als niet-medici aspecten belichtten die min of meer direct in verband staan met het welzijn en de gezondheid van adolescenten. Hun rij zou nog uitgebreid kunnen worden met bijvoorbeeld een leraar, een geestelijke, die ons kunnen informeren over het dagelijkse functioneren van lichamelijk of geestelijk gehandicapte adolescenten. Ook U zult de reeks van niet-medische disciplines ongetwijfeld kunnen uitbreiden met mensen die vanuit een geheel andere dan de medische invalshoek behartenswaardige dingen over het wel en wee van de adolescent weten mede te delen.

Het is – naar de leden van de congrescommissie hopen – duidelijk geworden, mede door middel van dit congres, dat het waken over de gezondheid van adolescenten en het zorgen voor zieke en gehandicapte adolescenten niet alleen een aangelegenheid is van artsen. Wel zullen deze vaak een centrale, soms dirigerende rol vervullen, waarbij verlangd mag worden dat zij goed op de hoogte zijn van hetgeen andere disciplines aan hulp kunnen bieden. Laten wij thans nagaan welke soorten medici ons op dit congres hebben

voorgelicht en vooral ook welke medici niet aan het woord zijn geweest, doch dit wel hadden moeten zijn.

Vooraf wil ik nog wijzen op de grote variatie in het normale ontwikkelingspatroon van een adolescent, zowel geestelijk als lichamelijk. Kennis van de spreiding in deze normale ontwikkeling zal dus mede de basis moeten vormen voor ieder medisch handelen of (vaak beter) niet-handelen.

Een arts, geneeskundig inspecteur, speciaal belast met de jeugdgezondheidszorg, opende het congres, daarbij reeds twintig facetten van de 'adolescenten-geneeskunde' aangevend.

Vervolgens luisterden wij naar twee kinder-endocrinologen die ons de mogelijkheden en onmogelijkheden schetsten om in te grijpen in de lengtegroei van jongeren. Een gynaecoloog berichtte ons over de problemen rondom de menstruatie op jonge leeftijd en een kindercardioloog over de verwachtingen en mogelijkheden voor een adolescent die opgroeit met een hartgebrek. Ook stipte hij het belangrijke aspect aan van de aanwezigheid van onschuldige hartgeruisen welke niet mogen leiden tot onaantvaardbare sociale consequenties.

Te zelfder tijd waren in andere secties een bedrijfsarts, een jeugdpsychiater en een algemeen internist te beluisteren.

Vanmorgen hebben twee oncologen, één internist en één kinderarts ons ingelicht over het voorkomen en de behandeling van maligne aandoeningen bij jongeren. Een neuroloog doceerde de pathogenese en het voorkomen van euromusculaire aandoeningen.

In de sectie stofwisselingsziekten kwamen vier internisten, werkzaam als endocrinoloog, aan het woord om ons te verhalen over te dikke en te dunne adolescenten en adolescenten met diabetes mellitus.

Tenslotte werden wij geïnformeerd over de seksuele ontwikkeling van jongeren met een aantal daarbij optredende problemen, zoals bijvoorbeeld anticonceptie,





zwangerschap en abortus.

Vanmiddag gaan wij instellingen bezoeken waar o.a. de sportgeneeskunde en de jeugdpsychiatrie worden behandeld en ons de mogelijkheden van opvang en revalidatie van gehandicapte jongeren worden gedemonstreerd. Bij al deze voordrachten zijn ongeveer 25 medici als docenten ingeschakeld. Het is echter niet zo dat nu alle onderwerpen die betrekking hebben op, en alle specialismen die zich bezighouden met adolescenten, aan de orde zijn geweest.

Er zijn zeker nog ongeveer 15 andere medische specialismen te bedenken die ons belangrijke wetenswaardigheden over de geneeskunde van de adolescent kunnen en zouden moeten mededelen. Ik zal deze rij van mogelijkheden niet uitputtend met U doornemen doch slechts enkele voorbeelden noemen: een dermatoloog, in verband met acne en eczeem, alsmede behandeling van geslachtsziekten; een plastisch chirurg, die de mogelijkheden ziet onesthetische lichamelijke kenmerken zodanig te herstellen dat een adolescent aan zelfvertrouwen wint; een jeugdarts of bedrijfsarts, die ons over de zin en onzin van het keuren van jongeren vertelt.

Verschillende subspecialismen uit de interne geneeskunde (pulmonoloog, reumatoloog, gastro-enteroloog) kunnen ons leren welke aandoeningen binnen hun vakgebied tijdens de adolescentie voorkomen. Binnen niet al te lange tijd zal ook de preventief geneeskundige zijn spreektijd opeisen om ons mede te delen dat de behandeling van hypertensie op jonge leeftijd moet beginnen evenals de dieetmaatregelen om atherosclerose op latere leeftijd te voorkomen. Ik stop echter met deze opsomming van mogelijke onderwerpen die in verband met de adolescenten aan de orde hadden kunnen komen. Dit leidt immers tot een versnipperd beeld van de geneeskundige zorg voor adolescenten.

Wel hoop ik U aangetoond te hebben dat de zorg voor de gezondheid van de adolescent niet alleen in handen van medici rust en tevens dat slechts een

deel van de aspecten die betrekking hebben op de gezondheid van de adolescent op dit congres aan de orde konden komen.

Tenslotte wil ik enkele gedachten aan U voorleggen omtrent de eventuele opzet van een curatieve geneeskunde ten behoeve van adolescenten.

Het is duidelijk dat een kind eerst adolescent wordt en – nadat hij of zij dit enige jaren is geweest – overgaat tot de groep der volwassenen. De overgang naar de adolescentie en de overgang van de adolescentie naar de 'volwassen' leeftijd verlopen geen van beiden als een abrupte stap over de drempel doch veeleer als een geleidelijk proces. De adolescentie is dus in essentie een overgangsfase met zeer karakteristieke, somatische en psychische groeikenmerken, die hun stempel drukken op alles wat in deze periode plaatsvindt en dus met name ook op de ziekteprocessen.

Deze ziekteprocessen behoeven op zichzelf niet karakteristiek te zijn voor de adolescentie en zullen dat ook veelal niet zijn. We kunnen een onderscheid maken tussen ziekten die ontstaan gedurende de kinderleeftijd en doorlopen via de adolescentie naar de volwassen leeftijd. Ziekten kunnen ontstaan gedurende de adolescentie en in deze zelfde periode eindigen, of chronisch dan wel ongeneeslijk blijken te zijn en uit dien hoofde zich verder ontwikkelen gedurende de volwassen leeftijd.

Vanuit dit gezichtspunt is isolatie van de curatieve geneeskunde van adolescenten in een nieuw afzonderlijk specialisme mijns inziens uit den boze. Immers veelal zullen dezelfde fysiologische en patho-fysiologische mechanismen werkzaam zijn als tijdens de kind- en volwassen leeftijd.

De mogelijkheid tot longitudinaal observeren en bestuderen van ziekteprocessen zal bij afscheiding tot een apart specialisme in gevaar kunnen komen met verlies van kansen tot verdiepen van inzicht en vergroten van therapeutische mogelijkheden.

Als uitgangssituatie voor de curatieve geneeskunde zou men daarom kunnen kiezen voor een combinatie van drie generalisten: een huisarts, een

kinderarts en een internist. Deze generalisten dienen zich uiteraard op de hoogte te stellen omtrent voorkomen en beloop van aandoeningen tijdens de adolescentie, echter met een volledig behoud van hun positie binnen het oorspronkelijk moeder-specialisme. Zij zullen zich moeten bekwamen in de omgang met adolescenten en hun directe omgeving, zoals de ouders. De karakteristieke eigenschappen van adolescenten, waaronder de zich ontwikkelende hang naar zelfstandigheid moeten worden geëerbiedigd. Ook de adolescent moet een vertrouwensrelatie kunnen opbouwen met zijn of haar behandelend arts en desgewenst een beroep kunnen doen op het beroepsgeheim van de behandelend arts. Bovendien zal de combinatie van deze drie generalisten moeten werken in een entourage die afgestemd is op adolescenten, zowel poliklinisch als klinisch.

Uiteraard dienen deze 'generalisten' in voorkomende gevallen andere specialisten, subspecialisten alsmede niet-medici in te schakelen bij specifieke aandoeningen of problemen. De generalist blijft echter ook dan de rol van de coördinator en beschermer van zijn adolescent-patiënt vervullen. Zo is het van belang voor de kinderarts de resultaten van het vroeger ingezette beleid te zien, terwijl de internist wordt ingeschakeld op een vroeg moment van de ziekte en reeds in deze fase kan mede beslissen over een beleid waarvan hij de resultaten op oudere leeftijd kent of zal leren kennen.

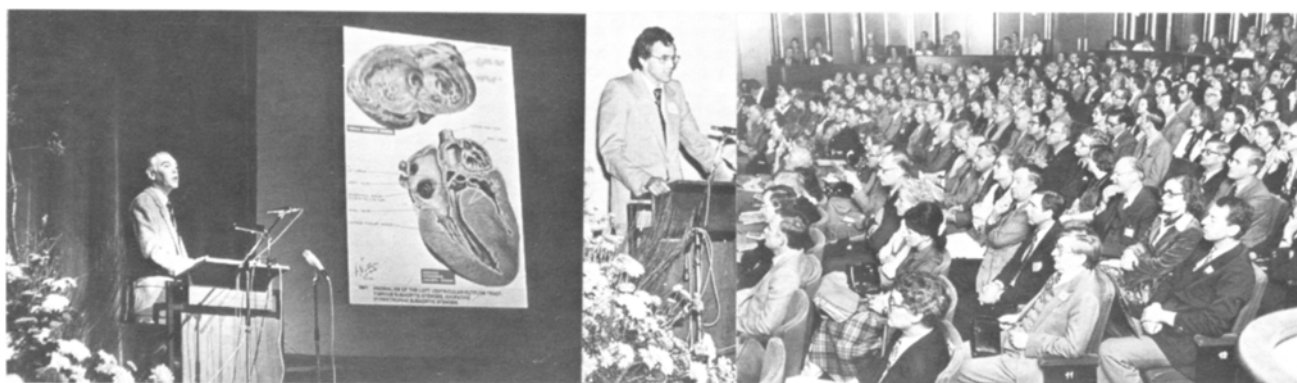
Tot zover enkele globale gedachten over een eventuele opzet van een curatieve geneeskunde ten behoeve van adolescenten.

Ik wil eindigen met mijn medeleden uit de wetenschappelijke congrescommissie dank te zeggen voor hun inventieve en organisatorische werk en hun kritische hulp bij het opstellen van deze samenvatting.

# KNMG-Ledencongres Arnhem – 4, 5 en 6 oktober 1978



Grote drukte bij de 'intake' . . .



Veel belangstelling voor het wetenschappelijk programma . . .



Op bezoek bij de burgemeester . . .



Uitstapjes ter recreatie . . .

Prominenten ter representatie . . .



*Een toneelvoorstelling bood dolle pret . . .*



*Ovationeel applaus voor een wervelend cabaret . . .*



*En na een swingend slotfeest ging vrijwel iedereen te laat naar bed . . .*

# Van patiënt tot psychiatrie

## Bevolkingsenquête: verwerking

De enquête onder de bevolking had de Visie Commissie van St.-Bavo maximaal 383 gegevens per deelnemer opgeleverd. Hoe die massa feiten te vereenvoudigen zonder wezenlijke informatie kwijt te raken? De commissie verwerkte ze op drie manieren.

### Methoden

De eerste methode die werd gehanteerd was die der *factoranalyse*. Deze maakte het mogelijk de voorhanden gegevens op twee manieren te reduceren. In de eerste plaats werden uit een bepaalde serie gegevens de belangrijkste geselecteerd. In dit onderzoek werden bijvoorbeeld de sociale gegevens op die manier bewerkt. Ontdekt werd zo dat de urbanisatiegraad van de regio waarin een deelnemer woont sterk samenhangt met het landsdeel waarin hij woont en met het type huis dat hij bewoont. Dit bood de mogelijkheid zonder verlies van wezenlijke informatie uitsluitend verder te werken met de urbanisatiegraad. Evenzo leidde de vaststelling van een sterke samenhang tussen sociale klasse en gevolgde opleiding tot een reductie tot sociale klasse alleen. Op grond van de factoranalyse kon verder een zogeheten *factorscore* worden opgesteld: vragen die blijken de factoranalyse duidelijk onderling samenhangen werden in groepen samengebracht. Op deze wijze werden de rond dertig in de vragenlijst genoemde verschijnselen (stoornissen en klachten) tot een vijftal factorscores teruggebracht. Zo bleek er een sterk verband te bestaan tussen het zich moe voelen, het gevoel dat

---

door R. E. Offerhaus, zenuwarts

---



het slecht gaat, ook op het werk, het gevoel anders te werken dan vroeger en het zich niet fit voelen; dit leverde het ene gegeven van de overspannenheid op. De gegevens met betrekking tot de diverse levensgebieden werden op weer een andere manier vereenvoudigd. Uit de antwoorden van de deelnemers kon direct een *score* worden opgebouwd, waaruit viel af te lezen of ideaalstelling en realiteit sterk verschilden, zo ja of dat tot problemen aanleiding gaf, zo ja of die problematiek volgens de invuller oplosbaar was, zo ja of daarbij hulp van anderen nodig werd geacht. Aan de hand van deze score kon worden uitgerekend dat om en nabij de helft van de deelnemers op één of meer levensgebieden een duidelijk verschil met de beschreven ideaalsituatie ervoer zonder dat dit hen voor problemen stelde, terwijl 12% wat dit betreft wel een probleem ervoer maar het gevoel had daaraan niets te kunnen doen, dat 13% problemen had maar meende die zelf de baas te kunnen worden, en dat 19% met problemen zat en van mening was daar hulp bij nodig te hebben: 12% op één levensgebied, 7% op meer gebieden.

### Kernvraag

Dé vraag waarvoor de onderzoekers zich vervolgens zagen gesteld was de vraag of de mensen die zeggen hulp nodig te hebben, of – iets ruimer genomen – de mensen die zeggen met een probleem te zitten (los van de vraag of ze zeggen dat zelf te kunnen oplossen dan wel hulp nodig te hebben), ook de mensen zijn die verschijnselen vertonen. Feiten over verschijnselen waren te vinden in de enquête-onderdelen 'Stoornissen' en 'Amsterdamse Biografische Vragenlijst' (ABV). Uit beide lijstrubrieken werden de verschijnselen tot factoren gegroepeerd. Deze selectieprocedure resulteerde in zes factoren, die alle betrekking hebben op psychische of lichamelijke klachten en stoornissen, twee uit de ABV, vier uit de eigen stoornissenlijst. Waar moest men nu het moment leggen waarop zou kunnen worden gesproken van het zich in bijzondere mate voordoen van een bepaalde groep verschijnselen? Wat zou men nog als gewoon, als gebruikelijke variatie desnoods, accepteren; wanneer zou men een patroon als buitengewoon gaan karakteriseren? De commissie koos voor de formule van het gemiddelde van de scores plus of min de standaarddeviatie. Het aantal mensen met op verschijnselen een score hoger dan het gemiddelde plus de standaarddeviatie bleek in alle achteraf gevormde hoofdgroepen te schommelen tussen de 200 en de 400 (op ruim 1.600 deelnemers). Op de zeer omvangrijke ABV-factor emotionele labiliteit scoorden 383 mensen, op de ABV-factor humeurig 301 mensen. De scores op de

stoornissenlijst lagen wat lager: op overspannenheid werd 203 maal gescoord, op afknappen 227 maal, op contactverlies 210 maal en op partnerproblematiek 193 maal. Het aantal mensen dat zich in een buitengewone categorie plaatst schommelt als we naar de stoornissen-scorelijst kijken rond de 200; met de ABV-scorelijst in de hand komen we op een aantal van tussen de 300 en de 400. Deze getallen zijn vervolgens afgezet tegen de probleem- en hulpbehoefte-scores op de verschillende levensgebieden. Ongeveer de helft van de deelnemers, om precies te zijn 700 (42,2%) van hen, bleek noch problemen noch stoornissen of klachten te hebben vermeld (althans niet meer dan het gemiddelde plus standaarddeviatie). Daarnaast was er de groep van mensen, ruim 20% van het totaal, die aangaf geen problemen te hebben maar wel last te hebben van verschijnselen. Hier deed zich de vraag voor of mogelijk de theorie van de commissie niet klopte, in die zin dat er zich verschijnselen van psychische en lichamelijke aard kunnen voordoen zonder dat er van problemen sprake is, óf dat er mogelijk mensen zijn die geen problemen vermelden terwijl zij die misschien gezien de klachten die zij uiten wel hebben, dat wil zeggen mensen die erger in de moeilijkheden zitten dan zij zelf vermoeden. In het laatste geval is de vraag in hoeverre een dergelijke houding cultureel bepaald mag worden genoemd: in het ene milieu zou in dat geval algemeen worden aangenomen dat er een samenhang bestaat tussen klacht en probleem, in het andere juist niet. Hoe het ook zij, ruim één op de vijf deelnemers gaf geen probleem op welk levensgebied ook aan, terwijl die zelfde deelnemers wel ver buiten het gemiddelde lagen voor wat betreft één der klachten- of verschijnselen-factorscores. Omgekeerd waren er mensen die aangaven wel problemen te hebben maar geen verschijnselen of klachten; deze situatie, die zich veel beter verdraagt met het algemene denken over het ontstaan van psychische stoornissen en klachten, deed zich voor ten aanzien van 13% der ondervraagden. De overige deelnemers vermeldten zowel problemen als klachten en/of verschijnselen.

We laten nu de getallen die met behulp van de diverse bewerkingstechnieken zichtbaar werden nog eens de revue passeren:

- 20% van de deelnemers zag zichzelf op het moment van de enquête als hulpbehoevend op één of meer levensgebieden;
- 22% van de deelnemers zei problemen te hebben op één of meer levensgebieden en meldde klachten en/of stoornissen;
- 13% van de deelnemers zei problemen op één of meer levensgebieden te hebben, maar meldde geen klachten of stoornissen;
- 23% van de deelnemers vermeldde geen problemen op een der levensgebieden, maar gaf wel klachten en/of stoornissen aan;
- 42% van de deelnemers vertoonde blijkens eigen opgaaf noch problemen noch stoornissen.

Iedereen kan van deze getallen dat percentage kiezen dat hem gezien zijn beeld van de problematiek het best uitkomt. *De Visie Commissie van haar kant houdt het erop dat een kwart tot een derde van de bevolking boven de 16 jaar voor hulp in de psychosociale sfeer in aanmerking lijkt te komen.*

#### Wie is hulpbehoevend?

De commissie komt dan op een laatste vraag, namelijk: zijn er kenmerken aan te geven van personen die hulpbehoevend zijn, anders dan dat zij zeggen hulp nodig te hebben, hetzij op basis van door hen aangegeven psychosociale problematiek, hetzij op basis van door hen aangegeven klachten of verschijnselen? In antwoord op die vraag stelt de commissie op basis van haar onderzoek in de eerste plaats vast dat twee manieren van problemen benaderen, te weten ondergaan en ontkennen, specifiek en relatief frequent bij hulpbehoevenden voorkomen.

Verder vond de commissie dat sommige mensen aan de ene kant een relatief grote emotionele labiliteit hadden, verhoudingsgewijs vaak afknappen en relatief veel partnerproblematiek vertoonden en aan de andere kant met verhoudingsgewijs veel mensen

buiten hun directe familiekring over hun problemen hadden gepraat. Er werd met andere woorden overeenstemming gevonden tussen feitelijk gerealiseerd overleg over als zodanig ervaren problematiek en het zich voordoen van die problematiek. Ook sociale gegevens bleken de hulpbehoefte te bepalen. Zo werden er duidelijke verschillen waargenomen al naar de urbanisatiegraad: de drie grote steden gaven een sterkere hulpbehoefte te zien dan het platteland. Wat betreft de burgerlijke staat komen met name gescheiden levenden er in alle opzichten slecht af; binnen deze groep is de behoefte aan hulp groot. Gelet op de factor gezondheid, onderscheiden zich personen met lichamelijke aandoeningen in die zin dat zij meer dan anderen ook op het psychische vlak hulp zeggen nodig te hebben. Van de sociale klassen staat de laagste klasse er ook in psychisch opzicht min voor; we zien hier een grotere hulpbehoefte, meer emotionele labiliteit, overspannenheid, contactverlies en dergelijke. Alleen ten aanzien van de partnerproblematiek geven de drie hoogste sociale klassen verhoudingsgewijs veel problemen aan.

Bij een onderscheid naar geslacht vallen de vrouwen in het kader van dit onderzoek in negatieve zin op: zij schrijven zichzelf minder capaciteiten als probleemoplossers toe dan mannen, ervaren zichzelf als meer onzelfstandig en geven vaker dan mannen verschijnselen aan. Deelt men de deelnemers tenslotte in naar leeftijd, dan vindt men onder ouderen over het algemeen een relatief geringe expliciete hulpbehoefte naast naar verhouding veel klachten en stoornissen; daarentegen vertonen de 16- tot 45-jarigen minder verschijnselen maar zijn zij relatief gesproken vaker expliciet hulpbehoevend (geldproblemen, partnerproblematiek, onzelfstandigheid en bij de jongere categorie veel daadwerkelijk overleg met hulpverleners); in de groep van 45 tot 54 jaar doen zich beduidend meer verschijnselen voor in de zin van afknappen, terwijl daar als probleemgebied vooral het geld wordt genoemd. De al eerder waargenomen scheidslijn tussen enerzijds weinig problemen en toch veel hulpvraag en

anderzijds een geringe hulpvraag bij veel problemen blijkt dus tussen oud en jong te lopen.

Op grond van de in de laatste paragraaf vermelde gegevens kunnen groepen met een verhoogd risico, met andere woorden *doelgroepen* voor de ambulante en de kortdurende klinische psychosociale hulpverlening, worden aangegeven. Extra gegevens konden daarvoor worden aangedragen met een enquête onder hulpverleners. Daarover in een volgend artikel.

## Uitspraak CAO-Ziekenhuiswezen

# **Uitvoerings- regeling arbeidsduur en werktijden**

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

Gelet op artikel 10 van de uitvoeringsregeling arbeidsduur en werktijden

Gezien de vraag:

Hoe dient het woord 'diensttijd' in artikel 10, derde lid, van de uitvoeringsregeling te worden gezien in relatie tot het woord 'werktijd' in het tweede lid van genoemd artikel?

Overwegende:

Dat in het derde lid van artikel 10 wordt vermeld, dat binnen elke dagelijkse diensttijd gelegenheid wordt gegeven voor twee koffie/theepauzes; dat daáruit niet mag worden afgeleid dat die pauzes te allen tijde als werktijd moeten worden aangemerkt; dat daarvoor immers het tweede lid van artikel 10 een regeling geeft.

Beslist als volgt:

Het woord 'diensttijd' in artikel 10, derde lid, is niet identiek met het woord 'werktijd' in artikel 10, tweede lid.

Aldus gegeven te Utrecht, de 13e juli 1978.

## **Stapelgek**

'Stapelgek', had Dr. Frederiks onder de status van mevrouw V. geschreven. Dr. Frederiks is bekend om zijn eenvoud in taalgebruik en dit was een van zijn staaltjes van helderheid. 'Dat is een goede patiënte voor dokter Van Es', zei hij niet zonder enig gevoel voor humor, waarvan mij de diepere zin overigens is ontgaan.

Oer-zakelijk liet ik de vrouw aan het woord. Dr. Frederiks had mij de opdracht gegeven binnen één uur klaar te zijn met het onderzoek – de vorige malen duurde het soms wel twee uur – en mij te beperken tot het afremmen van haar logorrhoe. Die woordenstroom kwam niet eens, mijn toonaard werkte profylactisch. Als een schoolmeester liep ik de rijtjes af, niet van: 'Heeft u wel eens dit gehad, voelde u wel eens dat . . .?' (want dan breng je de patiënten op een idee en geef je ze een vrijkaart om je de oren van je lijf te kletsen), maar van: 'U heeft zeker geen last van slikklachten, zuurbranden, opgeven, opboeren, overgeven, misselijkheid, buikkrampen, loze aandrang en bloed bij de ontlasting . . .? Nee? Uitstekend!' Deze bepaald niet galante methode werkt nu eenmaal veel efficiënter. De enige morele plicht die ik nog ergens in mij meende te voelen, was ervoor te zorgen dat mevrouw V. niet de heldere conclusie van Dr. Frederiks onder ogen kreeg. Dat lukte mij wonderbaarlijk goed. Bij het lichamelijk onderzoek hield ik de status voortdurend in het oog. Maar toen gebeurde het. Er werd op de deur geklopt.

'Hallo, bent u daar, dokter Van Es?' Ik liep naar de deur, die al van buiten werd geopend door iemand van de balie van de poli, waar de patiënten zich moeten melden. 'Mag ik even binnenkomen?' Hierop hoefde ik geen antwoord te geven, want mevrouw stónd al binnen toen ze dit zei.

'Oh, ik heb mij helemaal vergist. In uw status zit een verkeerde brief. Ik heb ook een aantal oude brieven verwisseld. Mag ik ze er even uithalen?'

Weer was er geen antwoord noodzakelijk; vóór ik er erg in had lag het bureau bezaaid met losse statusvellen. De patiënte had zich inmiddels aangekleed en keek geïnteresseerd en geamuseerd toe. Opeens merkte ik een schrikreactie. De mevrouw van 'de balie' was inmiddels klaar en maakte aanstalten om de kamer weer te verlaten. Mijn patiënte leek iets wit weg te trekken. Juist toen ik haar wilde vragen wat er aan de hand was werd mijn aandacht getrokken door de status. Laat die nou precies voor haar ogen open liggen op de pagina waarop Dr. Frederiks met grote letters 'Stapelgek' had geschreven . . .

DAGBOEK  
VAN EEN  
CO-ASSISTENT  
(50)

Een dag later. Het is nu zaterdagochtend. Ik heb de nachtdienst van Noud overgenomen, zodat hij zich kan voorbereiden op zijn praatje van volgende week (dat wordt iets geweldigs . . . 100% pure science and a little bit neurosis).

Er is vannacht weinig interessants gebeurd. Alleen aan het begin van de avond moest ik twee infusen aanleggen. Dat is me helaas niet gelukt. Bij de eerste patiënte zat de arm onder de littekens van de venasecties, dus wat wil je als co? De tweede patiënte wenste niet aan het infuus geregen te worden. Heel stug bleef ze mij negeren, langs welke weg ik het ook probeerde. Teleurgesteld belde ik mijn assistent op, die het wel lukte. Ik geloof dat ik toch maar geen arts moet worden, want mijn overredingskracht is er de laatste tijd behoorlijk op achteruitgegaan. En toch . . . toch is er een band ontstaan tussen deze patiëntenfabriek en mijzelf. Het afscheid zal mij niet gemakkelijk vallen. Het schijnt trouwens, dat je zelfs heimwee naar de hel kunt krijgen.

Alexander van Es





---

# Post-academisch onderwijs geneeskunde

## I: Recente ontwikkelingen

In het voorjaar van 1976 en in de winter van 1977 is een tweetal rapporten verschenen over post-academisch onderwijs geneeskunde. In dit artikel wordt beschreven wat hieraan voorafging en wat in deze rapporten is vermeld. Tevens zal een blik op de toekomstige ontwikkelingen worden geworpen.

### Historische ontwikkeling

Begin 1969 richtten de besturen van de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap zich tot het hoofdbestuur der KNMG met het verzoek een adviesraad in het leven te roepen, waarin beroepsbeoefenaren en medische faculteiten zich in gezamenlijk overleg nader zouden beraden over de nascholing van artsen in Nederland. Het lag daarbij in de bedoeling zo spoedig mogelijk een stichting voor voortgezet medisch onderwijs in het leven te roepen, waarin eerder genoemde participanten zouden deelnemen.

In verband met de tijd van voorbereiding die een en ander zou vergen, besloten de besturen van LHV en NHG reeds op dat moment over te gaan tot de oprichting van een voorlopige stichting voor de nascholing van huisartsen, die zich in eerste instantie zou richten op de financiering van de nascholing. Het ontwerpen van een nascholingsstructuur voor deze homogene kwantitatief grote groep leek het meest urgent. Dit werd tenslotte de huidige *Stichting Nascholing Huisartsen (SNH)*. In het voorjaar van 1969 vond een contact plaats tussen het hoofdbestuur der KNMG en het

---

door **R. Voorneman-Hammelburg**  
**S. A. Duursma en H. Roelink**

De auteurs zijn respectievelijk onderwijskundige, secretaris van het Overlegorgaan Post Academisch Onderwijs Geneeskunde; lector algemene interne geneeskunde, voorzitter van het Overlegorgaan Post Academisch Onderwijs Geneeskunde; en arts, secretaris Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, voorzitter van het Overlegorgaan Post Academisch Onderwijs Geneeskunde.

---

Interfacultair Overleg Geneeskunde (IOG) over deze materie. In aansluiting daarop werd door de KNMG contact opgenomen met de toenmalige minister van Onderwijs en Wetenschappen, Veringa. Daarbij bleek dat van die zijde bereidheid bestond het voortgezet medisch onderwijs te steunen. Als voorwaarde daarbij werd gesteld, dat duidelijk gemaakt moest kunnen worden dat de doelstellingen door één instantie werden geïnitieerd, zodanig dat de gezamenlijke verantwoordelijkheid van medische faculteiten en maatschappelijke georganiseerde beroepsbeoefenaren in deze instantie gestalte zou krijgen.

In de loop van de zomer van 1969 wees de minister van Onderwijs en Wetenschappen erop, dat de hiervoor genoemde instantie de mogelijkheid van een meer geïnstitutionaliseerde samenwerking tussen de op het terrein van de nascholing werkzame instituten niet in de weg mocht staan. Van de zijde der KNMG werd dit onderschreven, waarbij er echter nog

weer op werd gewezen dat coördinatie en integratie van nascholingsactiviteiten van georganiseerde medische beroepsbeoefenaren en medische faculteiten als een essentieel punt moest worden gezien. Ook van de zijde van de wetenschappelijke verenigingen van medische beroepsbeoefenaren werden de ontwikkelingen met belangstelling gevolgd. Zo richtte de Nederlandse Internisten Vereniging zich in het najaar van 1969 tot het hoofdbestuur der KNMG met een sympathiebetuiging ten aanzien van de ondernomen activiteiten, waarbij zij haar medewerking aanbood. Als vervolg op genoemde contacten vond in november 1969 een onderhoud plaats, waarbij naast de minister van Onderwijs en Wetenschappen aanwezig waren de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid alsmede vertegenwoordigers van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, het Nederlands Huisartsen Genootschap, het Nederlands Huisartsen Instituut, universitaire bestuurscolleges en het Interfacultair Overleg der faculteiten der Geneeskunde. Tijdens dit onderhoud werd besloten, dat vertegenwoordigers van het Interfacultair Overleg Geneeskunde en de KNMG nader van gedachten zouden wisselen over de te ontwikkelen structuur van het voortgezet medisch onderwijs. Daarbij gingen de gedachten uit naar een adviesraad, een landelijke stichting voor de financiering en een nascholingsorganisatie per faculteitsregio, onderverdeeld in plaatselijke nascholingseenheden. Uit

pragmatische overwegingen werd op dat moment door de overheid echter gekozen voor een interuniversitair instituut.

In 1971 richtte de toenmalige minister van Onderwijs en Wetenschappen zich dan ook tot Prof. Muntendam, met het verzoek het initiatief te nemen tot oprichting van een Interuniversitair Instituut voor Voortgezet Medisch Onderwijs. Dit leidde ertoe dat in januari 1972 door de toenmalige bewindslieden De Brauw en Stuyt een startgroep in het leven werd geroepen, bestaande uit vertegenwoordigers van de universiteiten en van de KNMG. In september 1972 bracht de startgroep een nota uit over een op te richten Interuniversitair Instituut voor Post Academisch Onderwijs. Mr. C. van Veen, die inmiddels minister van Onderwijs en Wetenschappen was geworden, stemde in met het voorgestelde instituut, maar was het niet eens met de samenwerkingsverbanden. Hij stelde dat het niet de bedoeling was dat het Instituut voor Post Academisch Onderwijs zelf het onderwijs zou verzorgen, maar dat de voornaamste taak moest zijn het coördineren van de nascholingsactiviteiten van de universiteiten en hogescholen en van de derden; de Algemene Maatregel van Bestuur, zoals bedoeld in art. 143 bis van het ontwerp van Wet herstructurering wetenschappelijk onderwijs, zou daarvoor de ruimte kunnen gaan scheppen. Vooruitlopend op een in bovenbedoelde AMvB uit te werken vorm kon het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen zich verenigen met de oprichting van een orgaan van samenwerking ten behoeve van de centrale organisatie van het post-academisch medisch onderwijs. De reactie hierop was positief zowel van de zijde van de universiteiten als van de zijde van de KNMG, met dien verstande dat het initiatief zou moeten uitgaan van de minister van Onderwijs en Wetenschappen. Gedurende de daarop volgende maanden werden weinig tot geen vorderingen gemaakt. Een van de oorzaken hiervan was het ontbreken van een doeltreffende organisatie ter voorbereiding en uitvoering van activiteiten op het gebied van post-academisch onderwijs in de meeste faculteiten der geneeskunde. Ook werden bezwaren aangevoerd tegen het voorstel een

interuniversitair instituut op te richten.

Wij schrijven februari 1974 als staatssecretaris Klein de colleges van bestuur in zes universitaire steden het voorstel doet, te komen tot een informele samenwerkingsvorm: 'Hierin zullen worden betrokken de instellingen van wetenschappelijk onderwijs waar de desbetreffende studierichting is gesteld alsmede de maatschappelijke organisaties die zulks aangaat. Wat deze laatste betreft wordt in elk geval gedacht aan de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en het Nederlands Huisartsen Genootschap'. Afstand werd genomen van het in 1972 voorgestelde interuniversitaire instituut.

Op 4 december 1974 vond op het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen een gesprek plaats tussen vertegenwoordigers van de colleges van bestuur, een delegatie van de KNMG en leden van het IOG. Tijdens dit gesprek werden de volgende afspraken gemaakt:

- a. er zal een overleg tot stand komen tussen faculteiten enerzijds en beroepsorganisaties anderzijds;
- b. het overleg zal paritair worden samengesteld, dat wil zeggen acht leden afkomstig van universitaire zijde (elke medische faculteit één lid) en acht leden van de kant van de KNMG (inclusief het NHG);
- c. een ambtenaar van het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen en een ambtenaar van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne zullen deelnemen aan het overleg;
- d. het overleg zal een model ontwikkelen voor de organisatie van het post-academisch onderwijs geneeskunde (PAOG; landelijk, regionaal en lokaal);
- e. de Algemene Maatregel van Bestuur ex art 143 bis (ontwerp herstructurering wetenschappelijk onderwijs) zal het kader vormen waarin dit model moet worden opgezet.

#### **Instelling en taak Overlegorgaan Post Academisch Onderwijs Geneeskunde**

Op 25 juni 1975 werd door de staatssecretaris van Onderwijs en Wetenschappen, Dr. G. Klein, en de staatssecretaris van Volksgezondheid

en Milieuhygiëne, J. P. M. Hendriks, het Overlegorgaan Post Academisch Onderwijs Geneeskunde ingesteld. Aan het overlegorgaan werd de volgende taak gegeven:

1. het formuleren wat onder post-academisch onderwijs geneeskunde moet worden verstaan;
2. het inventariseren van de bestaande activiteiten inzake post-academisch onderwijs geneeskunde;
3. het voorbereiden van een landelijke structuur voor post-academisch onderwijs geneeskunde;
4. het doen van voorstellen en het geven van adviezen ter stimulering en coördinatie van post-academisch onderwijs geneeskunde;
5. het voorbereiden van voorstellen van financiële voorzieningen voor geneeskunde binnen een door de overheid te stellen kader;
6. het periodiek en in elk geval voor 1 mei 1976 rapporteren over de ontwikkeling ten aanzien van de taak aan de staatssecretarissen van Onderwijs en Wetenschappen en van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

De samenstelling van het overlegorgaan was in overeenstemming met de afspraken zoals die waren gemaakt in 1974. Het overlegorgaan bracht in 1976 haar eerste rapport uit, dat een algemene beschouwing over het post-academisch onderwijs geneeskunde bood. In 1977 verscheen het tweede rapport, waarin het post-academisch onderwijs voor huisartsen werd behandeld. In de komende jaren zullen adviezen worden gegeven ten aanzien van de nascholing voor sociaal-geneeskundigen en medische specialisten.

#### **Eerste interimrapport Algemene beschouwingen**

In het eerste interimrapport Post Academisch Onderwijs Geneeskunde worden de lange termijn-doelstellingen van het onderwijs geneeskunde na de academische opleiding besproken. Tevens worden enige overwegingen gegeven voor de uitvoering van dit

onderwijs op middellange en korte termijn en voor de financiering. Daar een van de opdrachten aan het overlegorgaan was: 'het formuleren wat onder post-academisch onderwijs geneeskunde moet worden verstaan', werd in eerste instantie geformuleerd uit welke delen het onderwijs in de geneeskunde bestaat.

Het onderwijs in de geneeskunde is opgebouwd uit drie onderdelen. De eerste fase, die de basis-opleiding tot arts omvat, wordt geheel door de universiteiten verzorgd. Daarna volgt de beroepsopleiding (tot huisarts, sociaal-geneeskundige of medisch specialist). Na de beroepsopleiding kan incidenteel nascholing worden gevolgd. Deze drie delen van het onderwijs geneeskunde dienen te worden beschouwd als een continu onderwijsproces, waarbij de drie onderdelen elkaar onderling en wederzijds beïnvloeden. Voor het gehele onderwijs geneeskunde dient de vraag te worden beantwoord welke functie dit onderwijs heeft in het kader van de volksgezondheid. In dit raam kan men de basisopleiding beschouwen als een specialistische vorming ten aanzien van bepaalde deelgebieden der geneeskunde, terwijl de nascholing meer op de praktische beroepsuitoefening is gericht.

In de nota van toelichting bij de Algemene Maatregel van Bestuur wordt post-academisch onderwijs beschouwd als de confrontatie van de afgestudeerden met de veroudering van hun kennis en met de eisen die in de praktijk naar voren komen. Deze benadering gaat uit van het individu in een bepaald beroep. Daarnaast bestaat de zienswijze die is gebaseerd op de belangen van hen die de diensten van de afgestudeerden ontvangen. Voor het post-academisch onderwijs geneeskunde zijn dat de diensten door artsen verleend ten behoeve van de volksgezondheid. Met het bovenstaande in gedachten, heeft het overlegorgaan de *doelstelling* van het post-academisch onderwijs geneeskunde als volgt geformuleerd:

- a. het beschikbaar stellen van mogelijkheden, om (onder meer door toetsing aangetoonde) hiaten in kennis, vaardigheden en attitude aan te vullen, ten einde bij te dragen aan de kwaliteit van de volksgezondheid;
- b. het verfrissen en vernieuwen van reeds verworven kennis en

vaardigheden, hetgeen zowel het op peil houden van kennis als ook het op de hoogte blijven van nieuwe ontwikkelingen daarin;

- c. het aanvullen van verworven kennis en vaardigheden met die elementen die voor de uitoefening van het beroep van belang zijn en die, vanwege de specifieke relatie met het beroep, geen of onvoldoende plaats hebben gekregen in het initiële, doctorale onderwijs;
- d. het verwerven van nieuwe specialistische kennis en vaardigheden die vereist zijn voor een goede vervulling van specifieke maatschappelijke functies waarvoor de betrokkenen in de loop van hun carrière zijn bestemd, bijvoorbeeld in de sfeer van het management.

In de nota van toelichting bij de AMvB wordt over post-academisch onderwijs gesproken als het onderwijs na de doctorale opleiding. Aangezien bij het onderwijs in de geneeskunde de doctorale opleiding slechts als een onderdeel van de basisopleiding wordt beschouwd, wordt in het rapport gesproken over de basisopleiding naast de beroepsopleidingen tot specialist en de nascholing. Hiervan uitgaande heeft het overlegorgaan de doelstelling van het onderwijs geneeskunde na de academische opleiding uitgewerkt in doelstellingen voor de beroepsopleidingen en doelstellingen voor de nascholing. Voor de eerste is het onderwijs afgestemd op assistent-geneeskundigen, voor de tweede op de beroepsbeoefenaren. Zowel voor de beroepsopleidingen als voor de nascholing bestaat de lange termijn-doelstelling uit het verzorgen van groepsoponderwijs en onderwijs voor zelfstudie en het verzorgen van toetsingsprocedures. Niet alleen een gedeelte van het onderwijs maar ook toetsingsprocedures zullen voor beide groepen kunnen worden gehanteerd. Naar aanleiding hiervan beveelt het overlegorgaan aan, waar mogelijk, het onderwijs tijdens de beroepsopleidingen het onderwijs voor beroepsbeoefenaren gecombineerd te laten verlopen. Het middellange termijn-plan is gericht op het, zowel voor de beroepsopleiding als de nascholing, bevorderen van de bestaande activiteiten en het ontwikkelen van onderwijsmiddelen en toetsingsmethoden, tegen de

achtergrond van de doelstelling op lange termijn.

Een apart hoofdstuk in dit rapport is gewijd aan de financiering van het post-academisch onderwijs geneeskunde. De betekenis van het post-academisch onderwijs geneeskunde is een gedeelde verantwoordelijkheid: de medicus is verantwoordelijk voor de individuele behandeling van de patiënt, de overheid is verantwoordelijk voor een goed functionerende gezondheidszorg. Het overlegorgaan is daarom van mening dat de voorbereidingen en de uitvoering van het post-academisch onderwijs geneeskunde niet afhankelijk mogen zijn van inschrijvings- c.q. cursusgelden. Gedurende de aanloopperiode dienen de ontwikkelingskosten te worden gefinancierd uit 's Rijks kas en na de aanloopperiode dient te worden nagegaan of de dan bestaande ontwikkelingskosten moeten worden verrekend in de bijdragen van de deelnemers aan het post-academisch onderwijs geneeskunde of wederom moeten worden gefinancierd uit 's Rijks kas. De kosten van de lopende projecten zullen dan moeten worden verrekend in de prijs die de artsen vragen voor hun diensten aan degenen die potentieel van deze diensten gebruik maken. Een overheidsgarantie, dat alle noodzakelijk geachte activiteiten op het gebied van het post-academisch onderwijs geneeskunde ten uitvoer kunnen worden gebracht, is noodzakelijk.

#### **Tweede interimrapport Huisartsen**

Het tweede interimrapport Post Academische Onderwijs Geneeskunde behandelt de nascholing voor huisartsen in Nederland. De huisartsen zijn als eerste groep behandeld, aangezien zij de grootste groep van beroepsbeoefenaren in de geneeskunde in Nederland vormen. Getracht is in dit tweede interimrapport een model te ontwikkelen dat ook gebruikt kan worden bij de nog te schrijven rapporten over de medisch specialisten en sociaal-geneeskundigen in Nederland. Bij de samenstelling van dit rapport hebben contacten plaatsgevonden met de SNH en andere

huisartsengroeperingen. Enkele belangrijke punten uit het tweede interimrapport zullen hieronder worden vermeld. De algemene *doelstellingen* voor het post-academisch onderwijs voor huisartsen zijn als volgt omschreven:

- a. het aan huisartsen beschikbaar stellen van mogelijkheden om (onder meer door toetsing aangetoonde) hiaten in kennis, vaardigheden en attitude aan te vullen, ten einde bij te dragen aan de kwaliteit van de volksgezondheid;
- b. het verfrissen en vernieuwen van reeds verworven kennis en vaardigheden, hetgeen zowel het op peil houden van kennis omvat alsook het op de hoogte blijven van nieuwe ontwikkelingen;
- c. het aanvullen van verworven kennis en vaardigheden met die elementen die voor de uitoefening van het beroep van belang zijn en die vanwege de specifieke relatie met de beroepsuitoefening geen of onvoldoende plaats hebben gekregen in de opleiding tot huisarts;
- d. het verwerven van nieuwe specifieke kennis en vaardigheden die vereist zijn voor een goede vervulling van zijn functie.

Bij de verwezenlijking van deze doelen dient het toekomstig Orgaan Post Academisch Onderwijs Geneeskunde te streven naar voortdurende samenwerking met zowel de universiteiten als de organisatie van huisartsen die zich met de nascholing voor huisartsen bezighouden. De nascholing zal de huisartsgeneeskunde in zijn totale omvang moeten omvatten. Hierbij gaat het én om de persoon van de huisarts én om zijn wijze van functioneren, niet in de laatste plaats om zijn wijze van praktijkvoeren. Nascholing dient te worden opgenomen in het werkprogramma en dient te zijn aangepast aan de mogelijkheden die de huisarts heeft voor nascholing, hetzij door deelneming aan cursussen, hetzij door zelfstudie. De huisarts zal de mogelijkheid dienen te krijgen zelf vanuit zijn eigen situatie de keuze te maken hoe, wanneer en waar hij zijn morele verplichting tot nascholing zal nakomen. Op dit moment worden reeds door

verschillende universitaire en niet-universitaire instanties nascholingsactiviteiten georganiseerd. Daarnaast worden door vele groepen huisartsen cursussen georganiseerd volgens het principe van de Warffum-cursussen. Bij de inventarisatie van deze nascholingsactiviteiten was niet te schatten hoeveel huisartsen per jaar aan deze cursussen deelnemen. Ook was het onmogelijk een indruk te krijgen van de frequentie waarmee de activiteiten worden bezocht. Het overlegorgaan is van mening dat de nascholing voortdurend aan evaluatie moet worden onderworpen, wil aan het gestelde doel worden voldaan. Op grond van evaluatiegegevens kunnen de programma's worden aangepast aan de behoefte. Tot de evaluatie dienen ook de effectmetingen van nascholingsprogramma's te worden gerekend.

Bij het opstellen van plannen is het overlegorgaan uitgegaan van 'georganiseerde nascholing'. Hieronder wordt verstaan die vorm van nascholing waarvoor een hierop gerichte organisatie nodig is en waarbij in de regel vele deelnemers zijn betrokken. De voorkeur wordt gegeven aan nascholing voor huisartsen die speciaal voor (en door) hen wordt georganiseerd. De georganiseerde nascholing is in beginsel bestemd voor alle beroepsbeoefenaren, waaronder momenteel ruim 5.000 huisartsen zijn. Geschat wordt dat elke huisarts 80-100 uur georganiseerde nascholing per jaar zal moeten kunnen gaan volgen. Hiernaast is tijd nodig voor de georganiseerde nascholing, zoals zelfstudie thuis en het lezen van vakliteratuur.

Zoals reeds is aangegeven in het eerste interimrapport dienen basisopleiding, beroepsopleiding en nascholing op elkaar aan te sluiten. In dit verband komen ten aanzien van de huisartsgeneeskunde enige problemen tot uiting. De basisopleiding is vooral gericht op vermeerdering van kennis, terwijl aan het ontwikkelen van vaardigheden en attitudes minder aandacht wordt besteed. In de basisopleiding vindt bovendien over het algemeen verticaal onderwijs plaats, terwijl bij de beroepsopleiding en de nascholing in toenemende mate sprake is van horizontale

kennisoverdracht. Volgens een door het overlegorgaan verrichtte inventarisatie bij de beroepsopleiding tot huisarts, bestaan een aantal overeenkomsten in de werkwijzen van de verschillende huisartseninstituten en hebben de groepen arts-assistenten zelf grote invloed op de inhoud en de vorm van de leerprocessen. Zeer veel aandacht wordt tijdens de opleiding besteed aan sociale vaardigheden en attitudevorming. Bij deze inventarisatie zijn elementen naar voren gekomen, die mogelijk goed gebruikt zouden kunnen worden bij de nascholing. De nascholing bevat echter elementen die ook in de beroepsopleiding zouden kunnen worden toegepast. Het overlegorgaan wijst er in dit verband op dat zowel de basisopleiding als de beroepsopleiding zeer belangrijke voorwaarden scheppende factoren zijn om toekomstige huisartsen met vrucht aan de nascholing te laten deelnemen. Het is wenselijk verbindingen te leggen tussen hen die de nascholing organiseren en hen die de beroepsopleiding en de basisopleiding verzorgen.

De organisatie van het post-academisch onderwijs is opgedragen aan Organen voor Post Academisch Onderwijs. Daarbij zal rekening moeten worden gehouden met de grote verscheidenheid aan disciplines binnen de geneeskunde. Dit zal in de organisatiestructuur tot uiting dienen te komen. Het overlegorgaan meent dat de taak van het toekomstig orgaan vooral initiërend en beleidsbepalend moet zijn, waarbij ruimte wordt gelaten voor regionale en lokale activiteiten. Wegens de verscheidenheid aan disciplines binnen de geneeskunde is het vormen van een aantal landelijke secties onvermijdelijk. Vooruitlopend op eventuele wettelijke regelingen stelt het overlegorgaan voor, Nederland in te delen in acht regio's. Voor specialismen met een groot aantal beoefenaren zal ook op regionaal niveau het vormen van secties onvermijdelijk zijn; dit geldt met name voor de huisartsgeneeskunde. De vorming van lokale huisartsengroepen wordt niet als taak gezien van de regionale commissies; voorgesteld wordt dat de lokale groepen voor post-academisch onderwijs geneeskunde dezelfde groepen zullen zijn als de perifere nascholingswerkgroepen van de SNH.

## Toekomstige ontwikkelingen

Het overlegorgaan tracht binnen twee jaar de rapportage betreffende de overige vakgebieden geneeskunde te hebben voltooid. Hiertoe zijn werkgroepen samengesteld, die in samenwerking met het overlegorgaan een rapport over de nascholing voor het desbetreffende vakgebied opstellen. Over de volgende vakgebieden zal de komende jaren aan de ministeries van Onderwijs en Wetenschappen en van Volksgezondheid en Milieuhygiëne worden gerapporteerd:

- 'inwendige geneeskunde' (algemene interne geneeskunde, cardiologie, pulmonologie, gastro-enterologie, reumatologie, pediatrie, dermatologie en allergologie);
- 'radiologie' (nucleaire geneeskunde, röntgendiagnostiek, en radiotherapie);
- 'sociale geneeskunde'

(verzekeringsgeneeskunde, jeugdgezondheidszorg, arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, algemene gezondheidszorg en 'vijfde tak');

- 'heelkunde' (algemene heelkunde, orthopedie, urologie, plastische chirurgie, thoraxchirurgie, keel-, neus-, en oorheelkunde en mondheelkunde);
- 'zenuw- en zielsziekten' (neurologie, neurochirurgie, oogheelkunde en psychiatrie);
- 'laboratoriumgeneeskunde' (pathologische anatomie, bacteriologie en klinische chemie);
- 'revalidatie + verpleeghuisartsen + geriatrie'.

Men zal zich na het lezen van de voorafgaande paragrafen afvragen: Hoe gaat het nu verder? Wat te doen met deze rapporten over het post-academisch onderwijs geneeskunde? Momenteel begint een aantal ontwikkelingen reeds op gang te komen. Wanneer de rapporten over de medische specialismen en

sociaal-geneeskundigen voltooid zullen zijn, zal het huidige overlegorgaan worden opgeheven. Daarna zal een Orgaan voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde moeten worden opgericht in overeenstemming met de letter van de Algemene Maatregelen van Bestuur. Deze procedure kan op twee manieren verlopen. Men kan reeds nu een orgaan instellen ten behoeve van de hele geneeskunde, maar men kan ook stap voor stap overgaan tot het instellen van commissies van voorbereiding.

## Literatuur

Eerste Interim Rapport Post Academisch Onderwijs Geneeskunde. Utrecht, voorjaar 1976.

Tweede Interim Rapport Post Academisch Onderwijs Geneeskunde. Utrecht, december 1977.

Regeling van het Post Academisch Onderwijs (tekst Algemene Maatregel van Bestuur). 's-Gravenhage, september 1977.

## Tweede Interimrapport Post Academisch Onderwijs Geneeskunde

# Commentaar Stichting Nascholing Huisartsen

*In een commentaar op het Tweede Interimrapport Post Academisch Onderwijs Geneeskunde stelt het bestuur van de Stichting Nascholing Huisartsen (SNH) onder meer:*

Het bestuur constateert met voldoening dat het rapport nauw aansluit bij de opvattingen over nascholing die in de SNH leven.

Het rapport gaat er terecht van uit dat vrijwel alle huisartsen behoefte hebben aan nascholing.

Basisopleiding tot arts, beroepsopleiding tot huisarts en nascholing vormen niet alleen één continuüm, er moet ook terugkoppeling vanuit de nascholing naar de beroepsopleiding en de basisopleiding plaatshebben, ten einde deze opleidingen te oriënteren op de gezondheidszorg en de beroepsuitoefening. In dit opzicht zullen in de eerste plaats beroepsopleiding en nascholing bevruchtend op elkaar kunnen werken, niet alleen omdat deze dezelfde doelstelling dienen: verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg, maar ook omdat zij qua inhoud nauw op elkaar aansluiten en voor een groot deel parallel lopen. Derhalve zou van de zelfde middelen,

methoden en voorzieningen gebruik kunnen worden gemaakt.

De materiële en personele mogelijkheden hiertoe ontbreken echter thans nog grotendeels en zouden in de naaste toekomst moeten worden uitgebreid. Indien de universitaire huisartseninstituten in staat worden gesteld om, naast hun activiteiten op het terrein van de basisopleiding, beroepsopleiding en research, ook activiteiten op het gebied van de nascholing van huisartsen te ontplooiën, opent zich een veel wijder perspectief.

Uitgangspunt bij de ook in het rapport bepleite samenwerking is dus de gezamenlijke verantwoordelijkheid en wederzijdse afhankelijkheid.

*Naast waardering en instemming heeft het SNH-bestuur ook een enkele kritische kanttekening, met name ten aanzien van de financiële paragraaf:*

Dat de infrastructuur wordt gefinancierd uit de algemene middelen en dat de kosten van nascholingsevenementen door de deelnemers zelf worden gedragen, wordt in beginsel een

aanvaardbare opzet geacht.

Het bestuur is echter van mening dat kosten voor waarneming van deelnemers in beginsel integraal zouden moeten worden ingecalculeerd. Het zal dan de taak zijn van de LHV om in de kostenvergoedingen van de betalende instanties een adequate vergoeding voor de kosten van nascholing te bewerkstelligen. (Ter toelichting: in het kostenbudget 1977 voor de 'rekenpraktijk' is een bedrag begrepen van circa f 1.120,— voor nascholing, inclusief boeken en tijdschriften.

Berekeningen hebben geleerd dat bij de veronderstelde 80 tot 100 uur georganiseerde nascholing per jaar de kosten per huisarts gemiddeld op circa f 4.000,— moeten worden geschat.)

Tenslotte wil de SNH erop aandringen, dat alles in het werk wordt gesteld dat zo spoedig mogelijk een voorbereidingscommissie aan het werk gaat om een sectie Huisartsgeneeskunde in het leven te roepen. De SNH is bereid hierin als 'derde' te participeren en zodoende mee te werken aan de verdere uitbouw van de nascholing voor huisartsen.

# Inspraaknota tarieven gezondheidszorg

## Wetsontwerp op enkele punten gewijzigd

De staatssecretaris van volksgezondheid en Milieuhygiëne, Mw. Mr. E. Veder-Smit, heeft een inspraaknota geschreven over de tarieven in de gezondheidszorg. In deze nota stelt zij voor het ontwerp van Wet Tarieven Gezondheidszorg op enkele punten te wijzigen. Het wetsontwerp, dat stamt van het vorige kabinet, bevat onder meer voorstellen om te komen tot een meer inzichtelijk maken en op elkaar afstemmen van de tarief- en honoreringsstelsels in de gezondheidszorg.

De door de staatssecretaris voorgestelde wijzigingen hebben betrekking op de samenstelling, de taak en de wijze van functioneren van een Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) in relatie tot het loon- en inkomensbeleid.

Voorgesteld wordt in het *Centraal Orgaan* onafhankelijke personen op te nemen, die het vertrouwen genieten van de desbetreffende sectoren van de gezondheidszorg en die direct noch indirect betrokken mogen zijn bij de onderhandelingen over de tarieven. Om de belanghebbende partijen bij de totstandkoming van de tarieven te betrekken zouden door middel van het Centraal Overleg voor de verschillende sectoren in de gezondheidszorg *Kamers* moet worden ingesteld, waarin de partijen wél rechtstreeks zijn vertegenwoordigd. De Kamers brengen advies uit aan het Centraal Orgaan over de hoogte, de opbouw en de berekeningswijze van een tarief of onderdelen van een tarief. Het Centraal Orgaan stelt vervolgens, eventueel op aanwijzingen van de centrale overheid, de richtlijnen vast. De uiteindelijke goedkeuring van de richtlijnen berust bij de *centrale overheid*. De door partijen overeengekomen tarieven worden door het Centraal Orgaan getoetst aan de richtlijnen en goedgekeurd of vastgesteld. Het Centraal Orgaan heeft geen taak op het terrein van de lonen en

inkomens in de gezondheidszorg; deze zullen bij de beoordeling van de tarieven als een gegeven moeten worden beschouwd.

Bijgaand gedeelten uit de nota.

### Samenstelling Centraal Orgaan

Met mijn ambtsvoorganger ben ik van mening, dat alle tarieven in beginsel tot stand dienen te komen op basis van onderhandelingen tussen de financiers en zorgverleners. Deze constructie geldt ook thans reeds voor de ziekenfonds- en AWBZ-tarieven. Al deze tarieven worden immers vastgelegd in overeenkomsten. (Voor wat betreft de intramurale sector wordt door het COZ geadviseerd.) De in het wetsontwerp voorgestelde verbreding van deze structuren met de particuliere tarieven acht ook ik met het oog op de samenhang tussen deze tarieven en de samenhang in het functioneren in de gezondheidszorg noodzakelijk.

Het in het kader van de huidige Ziekenfondswet/AWBZ door partijen overeengekomen tarief behoeft ingevolge deze wetten de goedkeuring van de Commissie Overeenkomsten van de Ziekenfondsraad. Partijen zijn ingevolge deze wetten niet in deze commissie vertegenwoordigd. De achter deze constructie gelegen gedachte van een toetsing van hetgeen partijen zijn overeengekomen door een college waarin deze partijen niet rechtstreeks zijn vertegenwoordigd, kan ik in beginsel onderschrijven.

Voortbouwend op de bestaande structuren in de gezondheidszorg kom ik, met inachtneming van

bovengenoemde overwegingen, tot de opvatting dat het bestuur van het Centraal Orgaan dient te bestaan uit *onafhankelijke deskundigen*. Ik denk hierbij echter wel aan deskundigen uit de gezondheidszorg zelf en andere onafhankelijke personen die geacht worden het vertrouwen te genieten van de desbetreffende sector. Zij moeten onafhankelijk van de desbetreffende sector zijn, in die zin dat zij direct noch indirect betrokken mogen zijn bij tariefsonderhandelingen.

Belanghebbende partijen kunnen mijns inziens in voldoende mate betrokken worden bij de totstandkoming van de tarieven door middel van door het Centraal Orgaan in te stellen Kamers (vergelijkbaar met de huidige Kamers van het COZ), waarin partijen wél rechtstreeks zijn vertegenwoordigd. Deze Kamers zouden dan tot taak kunnen krijgen het Centraal Orgaan te adviseren over de richtlijnen voor de tariefsbepaling.

Op grond van het bovenstaande staat mij de volgende samenstelling voor ogen:

1. Het bestuur van het Centraal Orgaan bestaat uit tenminste 12 en ten hoogste 15 leden.
2. De leden worden benoemd door de minister.
3. Tweederde van het bestuur wordt benoemd uit de kring van:
  - a. de zorgverleners;
  - b. de financiers;
  - c. het georganiseerde bedrijfsleven.De benoeming van deze leden geschiedt niet dan na overleg met betrokkenen.
4. De minister benoemt één derde van het aantal leden bestaande uit



onafhankelijke deskundigen, waarvan er een als voorzitter optreedt.

5. De in punt 4 bedoelde leden fungeren tevens als voorzitter van de door het Centraal Orgaan in te stellen Kamers. In deze Kamers, die tot taak hebben het Centraal Orgaan te adviseren over de richtlijnen, zijn zoals reeds opgemerkt belanghebbende partijen rechtstreeks vertegenwoordigd.

Naar mijn oordeel komen op deze wijze zowel de noodzakelijke onafhankelijke positie van het Centraal Orgaan als de wenselijke betrokkenheid van partijen bij de besluitvorming ten aanzien van de tarifiering in de gezondheidszorg tot hun recht.

### Taak en wijze van functioneren Centraal Orgaan

Ingevolge artikel 11 van het huidige wetsontwerp stellen de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en die van Economische Zaken richtlijnen vast inzake de hoogte, de opbouw en de wijze van berekenen van een tarief of van onderdelen van een tarief. Deze richtlijnen neemt het Centraal Orgaan in acht bij zijn beslissingen over tarieven. Alvorens deze richtlijnen vast te stellen moet op grond van het vierde lid van dit artikel het Centraal Orgaan worden gehoord. Richtlijnen worden in mijn opvatting primair ontwikkeld binnen het Centraal Orgaan: het Centraal Orgaan stelt deze vast op advies van de desbetreffende Kamer. In de uiteindelijke goedkeuring door de centrale overheid komt haar verantwoordelijkheid voor het volksgezondheidsbeleid en het tarievenbeleid tot uitdrukking. Gegeven deze verantwoordelijkheid ten aanzien van onder meer de kostenontwikkeling zal zij ook een meer actieve, initiërende rol moeten en kunnen spelen om richting en inhoud te kunnen geven aan de factoren die de ontwikkeling van de gezondheidszorg beïnvloeden. De centrale overheid dient mijns inziens dan ook vooraf aanwijzingen te kunnen geven terzake van de inhoud van de richtlijnen. Het Centraal Orgaan neemt deze aanwijzingen in acht bij de vaststelling van de richtlijnen. De aanwijzingen kunnen zowel betrekking hebben op aspecten van volksgezondheidsbeleid als van

### Totstandkoming van aanwijzingen, richtlijnen en tarieven volgens de Inspraaknota.

| AANWIJZINGEN  | RICHTLIJNEN  | TARIEVEN   |
|---|--|--|
| overheid geeft met betrekking tot beleidshoofdlijnen aanwijzingen die in acht moeten worden genomen bij de vaststelling van richtlijnen | partijen vertegenwoordigd in de Kamers, adviseren het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) omtrent richtlijnen                                    | partijen komen tarieven overeen met inachtneming richtlijnen                                       |
|   | bestuur COTG stelt richtlijnen vast, met inachtneming aanwijzingen   | Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg toetst tarief aan richtlijnen en keurt goed of stelt vast |
|   | overheid keurt richtlijnen goed indien in overeenstemming met aanwijzingen, of stelt vast indien er strijdigheid bestaat met aanwijzingen of algemeen belang |  |

### NB

Het wetsontwerp biedt verder nog de mogelijkheid dat de overheid een beslissing van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg schorst of vernietigt. Tevens is voorzien in de mogelijkheid dat partijen in beroep gaan tegen een beslissing van het Centraal Orgaan.

### prijs/inkomensbeleid.

In mijn visie zal over het algemeen de hierboven geschetste procedure worden gevolgd bij de totstandkoming van de richtlijnen. Door het geven van aanwijzingen kan de centrale overheid richting geven aan het volksgezondheidsbeleid, waarbij haar verantwoordelijkheid gestalte krijgt in de uiteindelijke goedkeuring van de richtlijnen. Dit impliceert anderzijds, dat de overheid in geval van strijdigheid met de aanwijzingen dan wel met het algemeen belang, over de bevoegdheid zal dienen te beschikken geen goedkeuring te hechten aan door het Centraal Orgaan vastgestelde richtlijnen. In deze gevallen zal de centrale overheid zelf de onderhavige richtlijnen moeten kunnen vaststellen.

### Centraal Orgaan en loon- en inkomensbeleid

De taak van het Centraal Orgaan is ingevolge artikel 16 van het wetsontwerp met name te beslissen over het al dan niet goedkeuren of vaststellen van tarieven. Van vele zijden zijn hiertegen bezwaren geuit, en wel in het bijzonder tegen het feit

dat het Centraal Orgaan op basis hiervan een inkomensbeleid voor vrije beroepsbeoefenaren zou gaan voeren. Het Centraal Orgaan dient zich, zoals ook het COZ, uitsluitend te beperken tot het beoordelen van de tarieven. Met andere woorden, *het Centraal Orgaan is een orgaan voor het vaststellen van tarieven en niet van lonen/inkomens.*

Voor wat het inkomensniveau en de ontwikkeling daarvan van de vrije beroepsbeoefenaren in de sector van de gezondheidszorg betreft staat mij een regeling voor ogen waarbij wordt voortgebouwd op het huidige algemene prijs/inkomensbeleid voor de vrije beroepsbeoefenaren in het kader van de Prijzenwet. Dit betekent in het bijzonder dat het zogenaamde *norminkomen* wordt vastgesteld na overleg tussen de betrokken beroepsgroepen en de centrale overheid. Ik geef er de voorkeur aan deze overlegprocedure in het onderhavige wetsontwerp te verankeren. Het vastgestelde norminkomen zal door middel van aanwijzingen aan het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg worden meegedeeld.

---

# KNMG-, LSV- en LHV-vergaderingen

De berichtgeving met betrekking tot een drietal vergaderingen, de 173ste Algemene Vergadering der KNMG, de LSV-ledenvergadering van 21 september jl. en de LHV-ledenvergadering van 29 september jl., is door alle publiciteit over het Ledencongres in Arnhem wat in de verdrukking gekomen. De rede van KNMG-voorzitter Ch. J. Maats ter inleiding van de Algemene Vergadering, gehouden vrijdag 22 september jl., werd integraal gereproduceerd in MC nr. 39 van 29 september jl. (blz. 1197). De toen genomen besluiten staan vermeld in het officieel gedeelte van dit nummer op blz. 1304. In een redactioneel commentaar wordt – eveneens in dit nummer – op enkele punten nader ingegaan.

Dat geldt ook voor het verhandelde in de extra ledenvergadering van de Landelijke Specialisten Vereniging, donderdag 21 september jl. gehouden en speciaal gewijd aan de bespreking van actuele honoreringsproblematiek. Tenslotte de informatieve ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging, vrijdag 29 september jl. gehouden en opgesplitst in twee delen: a. de behandeling van



*De 173ste Algemene Vergadering der KNMG, vrijdag 22 september jl. bijeen in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht*

ziekenfonsaangelegenheden, de prescriptie-overeenkomst, laboratoriumproblematieken en de ziekenfondsovereenkomst 1978, farmaceutisch deel; b. informatie-uitwisseling over de

samenwerking tussen huisartsen en tussen huisartsen en anderen, een vraagstuk waaraan in augustus jl. het Centraal Bestuur der LHV een speciaal informatiebulletin heeft gewijd.



*De LHV-ledenvergadering wordt in Utrecht geïnformeerd over diverse problemen met betrekking tot samenwerkingsverbanden*



*Een extra LSV-ledenvergadering, 21 september jl. bijeen in Utrecht, buigt zich over actuele honoreringsproblematiek*



## 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 Mij, Dr. H. Roelink, Mr. B. Schultsz; N. G. Huetink, hoofd van de administratie.

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

#### Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

#### Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

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

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

#### Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

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

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

#### Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

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

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

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 Beroepspensioenfonds Artsen (SBA)

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

## van het hoofdbestuur

### Besluiten 173ste Algemene Vergadering

*Overzicht van de besluiten van de 173ste Algemene Vergadering, gehouden op vrijdag, 22 september 1978 te Utrecht (Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum), aanvang 17.30 uur*

1. Benoeming van een commissie van redactie van het verhandelde ter Algemene Vergadering (punt II van de beschrijvingsbrief). Aangewezen worden de voorzitter, de secretaris-generaal en H. Heins, district XIX, arts te Bozum.
2. Verkiezingen (punt V van de beschrijvingsbrief). Van de instelling van een stembureau wordt afgezien daar geen tegenkandidaten zijn gesteld.
  - a. Tot leden van het hoofdbestuur worden gekozen Dr. R. C. Schokker, Arnhem, en Mw. G. S. Kraayenbrink-de Zeeuw, Bussum.
  - b. Tot lid van de Raad van Beroep wordt herkozen G. H. Gispén, Rotterdam. Tot plaatsvervangend lid van de Raad van Beroep wordt gekozen K. F. E. Vogelesang, Doetinchem.
  - c. Tot lid van het bestuur van Medisch Contact wordt gekozen Dr. P. van Roseveldt, Breda.
  - d. Tot lid van het bestuur van de Stichting Ondersteuningsfonds wordt gekozen Mw. S. A. van Romunde, Bilthoven.
  - e. Tot lid van de Commissie voor de Geldmiddelen wordt herkozen Dr. L. van der Drift, 's-Gravenhage.
  - f. Tot lid van de Commissie van Waarneming en Vestiging wordt, na overleg met de commissie en met inachtneming van art. 575. 4 HR nog eenmaal herkozen W. Vegelin te Tzummarum.
3. Behandeling van het jaarverslag der Maatschappij over het jaar 1977 (punt VI van de beschrijvingsbrief). Het jaarverslag wordt goedgekeurd.
4. Behandeling van de overige jaarverslagen over het jaar 1977 (punt VII van de beschrijvingsbrief):
  - a. de Raad van Beroep,
  - b. het Bestuur van Medisch Contact,
  - c. de Commissie voor Waarneming en Vestiging,
  - d. de Commissie voor de Geldmiddelen,
  - e. het Bestuur van de Stichting Ondersteuningsfonds.
 De jaarverslagen worden goedgekeurd.
5. Behandeling van de financiële stukken (punt VIII van de beschrijvingsbrief).
  - A. *Medisch Contact.*  
De rekening en verantwoording over 1977 en de begroting voor 1979 worden goedgekeurd. De penningmeester wordt gedechargeerd voor het geldelijk beheer over 1977.
  - B. *Stichting Ondersteuningsfonds* voor behoeftige geneeskundigen en voor behoeftige weduwen en wesen van geneeskundigen.  
De balans wordt aanvaard. De rekening over 1977 wordt goedgekeurd; de begroting over 1979 wordt goedgekeurd; de maximale bijdrage voor het jaar 1979 wordt verlaagd van f 112,— naar f 88,—. De penningmeester wordt gedechargeerd voor het geldelijk beheer over 1977.
  - C. *De Maatschappij.*  
De balans wordt aanvaard. De rekening en verantwoording over 1977 wordt goedgekeurd. De standaardcontributie voor het jaar 1979 wordt gehandhaafd op f 444,— en de contributie voor de algemene leden en voor de adspirant-leden wordt gehandhaafd op f 55,50. De begroting voor 1979 wordt goedgekeurd.
  - D. De gecombineerde balans der Maatschappij wordt aanvaard.
  - E. Het verslag van de Commissie voor de Geldmiddelen wordt goedgekeurd.
  - F. De secretaris-generaal der Maatschappij wordt gedechargeerd voor het geldelijk beheer over 1977.
6. Gedragsregels voor artsen (punt IX van de beschrijvingsbrief). Het voorstel voor een definitieve tekst wordt met enkele wijzigingen aanvaard.
7. Samenspel tussen overheid en professie (punt X van de beschrijvingsbrief). De behandeling van dit punt wordt uitgesteld tot een volgende vergadering.
8. Mededelingen van het hoofdbestuur o.a. inzake een LVSG (punt XI van de beschrijvingsbrief). De Algemene Vergadering stemt conform het pre-advies van het hoofdbestuur bij het advies van de commissie van voorbereiding LVSG in met het principebesluit tot oprichting van een vierde maatschappelijke vereniging, de Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (= LVSG).

Sluiting der Algemene Vergadering te 22.30 uur.

## van het Centraal Bestuur

### Begroting 1979

Hierbij treft u aan de begroting voor het verenigingsjaar 1979 welke sluit met een nadelig saldo van f 439.830,— op f 4.975.000,—. Deze begroting sluit wat betreft de indeling aan bij de opzet van de begroting (en de aanvulling daarop) voor 1978. Daarmede ligt de hantering vast van het principe van de lastensoorten; ook de KNMG hanteert een zodanige indeling. Bovendien is onderkend — zoals ook in de Reserveringsnota 1978 is aangegeven, terwijl de vorige penningmeester op deze beleidsombuiging reeds heeft ingespeeld — dat de begroting de financiële vertaling is van het beleid van het bestuur voor de aangeduide periode, waarbij wordt uitgegaan van het taakstellend karakter van de gepubliceerde cijfers. Tevens is naast de begroting 1979 een Reserveringsnota

1978 verschenen; over de essenties van deze nota bent u inmiddels per brief geïnformeerd, bovendien beschikt het bestuurskorps over de nota.

Bij het prognostiseren van de uitgaven in een toekomstige periode dient rekening te worden gehouden met het verschil in aard der uitgaven, als enerzijds nog op te dragen projecten waarvan alleen verwacht wordt dat ze in gang gezet zullen (moeten) worden zonder inzicht in de omvang van de lasten, en anderzijds noodzakelijke uitgaven als personeelslasten die redelijk te ramen zijn. Om als vereniging toch op tijd datgene te doen dat noodzakelijk is, zal een bestedingsruimte moeten worden gevraagd van de leden onder gelijktijdig aangeven van financieringsbronnen, als inderdaad de volledige bestedingsruimte moet worden gebruikt. In de toelichting staat soms aangegeven wat de feitelijke lasten zouden zijn als er niet rekening behoefde te worden gehouden met een tijdsvertraging (time-lag) ten opzichte van 1 januari 1979.

Ten aanzien van de financiering is aansluiting gevonden bij de Reserveringsnota 1978. Gezien het taakstellend karakter moet over iedere post gesproken kunnen worden. In verband evenwel met het bijzondere karakter van de uitgaven is de contributiebijdrage ten behoeve van de Stichting Nascholing Huisartsen apart genoemd.

Naar het zich thans laat aanzien blijven de uitgaven voor 1978 ca. f 180.000,— achter bij de planning. De voornaamste afwijking valt daarbij te constateren in de post

### Begroting 1979

| A. Lasten  | Begroting 1978 | Schatting 1978 | Begroting 1979 |
|--|----------------|----------------|----------------|
|  | f              | f              | f              |
| I. Vergaderingen                                 |                |                |                |
| 1. binnenland .....                              | 319.050        | 353.000        | 363.000        |
| 2. buitenland .....                              | 84.400         | 79.000         | 87.600         |
| II. Tegemoetkomingen .....                       | 735.100        | 729.000        | 742.800        |
| III. Bureau                                      |                |                |                |
| 1. personeelslasten .....                        | 1.060.900      | 1.007.300      | 1.195.600      |
| 2. inventaris, kantoorbehoeften .....            | 60.000         | 90.000         | 135.000        |
| 3. documentatie en PTT .....                     | 128.000        | 138.000        | 143.000        |
| 4. computerlasten .....                          | 66.000         | 50.800         | 90.000         |
| 5. huisvesting en servicelasten .....            | 235.000        | 200.000        | 250.000        |
| 6. diverse bureaulasten .....                    | PM             | 30.000         | 30.000         |
| IV. Overige lasten                               |                |                |                |
| 1. bijdrage aan SNH, NHI .....                   | 548.000        | 479.000        | 480.000        |
| 2. onderzoeken en adviezen .....                 | 478.000        | 426.000        | 795.000        |
| 3. ledenservice .....                            | 91.000         | 95.000         | 211.000        |
| 4. onvoorzien .....                              | 79.300         | 25.000         | 452.000        |
|  | 3.884.750      | 3.702.100      | 4.975.000      |
| B. Baten   |                |                |                |
| 1. contributies .....                            | 3.019.900      | 3.112.700      | 3.982.170      |
| 2. renten, dividend .....                        | 223.000        | 239.000        | 203.000        |
| 3. financiering t.l.v. Fondsen en Reserves ..... | 558.703        | 393.703        | 350.000        |
| 4. nadelig saldo .....                           | 83.147         | -/- 43.303     | 439.830        |
|  | 3.884.750      | 3.702.100      | 4.975.000      |

Enquêtes, Onderzoeken. Als gevolg van de mindere uitgaven dan waarmede rekening was gehouden zal ook minder gefinancierd behoeven te worden uit het Fonds diverse activiteiten en zal zelfs een voordelig saldo ontstaan, hetgeen betekent dat per saldo minder uit het vermogen behoefde te worden gefinancierd.

Voor 1979 wordt rekening gehouden met de uitvoering van de Reserveringsnota 1978 en zal dus een gedeelte van de lasten worden gefinancierd uit het vermogen. Desalniettemin kan niet aan een forse contributiestijging worden ontkomen gezien het geplande activiteitsniveau.

## Toelichting bij de begroting

I. De vergaderlasten binnenland omvatten alle mogelijke vergaderlasten van commissies, het Centraal Bestuur en de ledenvergaderingen, alsmede de onkosten van de overige bestuursactiviteiten, de vervoerslasten en de waarnemingslasten. De waarnemingsvergoedingsregeling is duidelijker omschreven. De vergaderlasten buitenland omvatten naast de reislasten, de waarnemings- en vergaderlasten in binnen- en buitenland van onze delegaties. Bovendien is de deelname aan congressen erin opgenomen en de contributie aan de UEMO.

II. Onder de tegemoetkomingen vallen de vergoedingen voor de leden van het Centraal Bestuur en de vacatiegelden voor de commissieleden.

III. Als de belangrijkste lasten onder de bureaulasten worden vermeld:

1. salarissen inclusief de sociale verplichtingen, pensioenvoorzieningen en reislasten van het vaste personeel en een aandeel in die lasten van de afdeling Comptabiliteit van de KNMG. Voor 1979 wordt rekening gehouden met uitbreiding van het Bureau.
2. de huisvestings- en servicelasten worden de LHV door de KNMG in rekening gebracht. In de loop van 1979 zal de LHV over meer ruimte in het KNMG-gebouw kunnen gaan beschikken, mede noodzakelijk gezien de gewenste (en geplande) personeelsuitbreiding.
3. De overige lasten behoren bij het normale kantoorwerk voor de vereniging, de commissies en het bestuur.

IV. Onder de overige lasten vallen de externe lasten als:

- |  |   |           |                      |
|--|---|-----------|----------------------|
| 1. Stichting Nascholing Huisartsen   | f | 480.000,— |                      |
| 2. Onderzoeken en adviezen<br>(w.o. accountant, ziekenfonds-<br>aangelegenheden, enquêtes,<br>juridische adviezen en bijstand,<br>PR-adviezen) | f | 795.000,— |                      |
| 3. Ledenservice:<br>Vademecum  | f | 50.000,—  |                      |
| Informatiebulletin<br>en agenda  | f | 61.000,—  | f 111.000,—          |
| 4. Kadercursus   | f | 100.000,— |                      |
|  |   |           | <u>f 1.486.000,—</u> |

|  |   |                      |
|--|---|----------------------|
| V. Tot nu toe omvat het lasten-totaal ....   | f | 4.523.000,—          |
| Op basis van de Reserveringsnota<br>1978 wordt thans ter bepaling van de<br>bestedingsruimte 10% toegevoegd<br>voor Onvoorzien ..... | f | 452.000,—            |
|  |   | <u>f 4.975.000,—</u> |

VI. De *baten* zullen moeten zorgen voor de financieringsmogelijkheden van de bestedingsruimte van f 4.975.000,—. Aan het conform de Reserveringsnota 1978 gevormde Fonds Egalisatie Contributie zal naast een bijdrage ter beperking van de contributiestijging, de totale post onvoorzien, zo deze aangesproken moet worden, moeten worden onttrokken. De opbrengst van de bestaande geldmiddelen (belegd in voornamelijk obligaties) kan worden becijferd op f 203.000,—.

Uit contributies zal f 3.954.230,— moeten worden gefinancierd, dit vergt een contributie van (1978: f 816,—) f 1072,—, waarvan f 128,— voor de SNH. De contributie voor de buitengewone leden wordt verhoogd van f 100,— naar f 110,—. De contributie voor de kandidaatleden wordt gehandhaafd op f 25,—.

J. B. Schueler, arts, penningmeester.

## NB

1. Het bestuurkorps – de afgevaardigden en plaatsvervangend afgevaardigden ter ledenvergadering, de districtsvoorzitters, de voorzitters en secretarissen der PHV's – beschikt over uitgebreidere informatie.
2. Eventuele vragen dienen *ruimschoots* voor de ledenvergadering bij het bureau te worden ingediend.

## Toelichting bij de begroting 'specifieke apotheekhoudende belangen' 1979 (zie volg. blz.)

Ook omtrent de omvang van de financiële reserves van de specifieke apotheekhoudende belangen is een Nota 1978 verschenen. Het bestuurkorps beschikt over deze nota. Op basis van deze nota is de financiering van de lasten voor de specifieke apotheekhoudende belangen ingericht. Daarbij heeft voorop gestaan dat in het eerste jaar, en aldus gedurende meerdere jaren, moet worden volstaan met een contributie van f 100,— (1978: f 236,—).

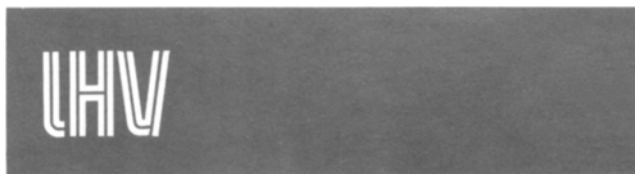
De lasten van de specifieke apotheekhoudende belangen worden bepaald door een aandeel in de vademecumlasten en het voor rekening van de apotheekhoudende artsen komende aandeel in de financiering van de exploitatie van de Stichting CLaNaG.

H. J. C. Leusink, arts,

secretaris-penningmeester Apotheekcommissie.

## Begroting 'specifieke apotheekhoudende belangen' 1979

|   | Begroting 1978 | Schatting 1978 | Begroting 1979 |
|---|----------------|----------------|----------------|
|   | f              | f              | f              |
| <b>1. Lasten</b>                                    |                |                |                |
| a. Vademecum .....                                  | 12.000,—       | 10.000,—       | 15.000,—       |
| b. Exploitatielasten CLaNAG .....                   | 310.000,—      | 300.000,—      | 320.000,—      |
| c. Reserve financiering CLaNAG .....                | 15.000,—       | 15.000,—       | —,—            |
| d. Liquidatie reserve personeel CLaNAG .....        | 20.000,—       | 20.000,—       | —,—            |
|   | 357.000,—      | 345.000,—      | 335.000,—      |
| <b>2. Baten</b>                                     |                |                |                |
| a. Contributies .....                               | 300.900,—      | 302.000,—      | 125.000,—      |
| b. Rente obligaties .....                           | 30.000,—       | 30.000,—       | 30.000,—       |
| c. Rente bank .....                                 | 2.500,—        | 11.000,—       | 10.000,—       |
| d. Overige rente opbrengst .....                    | 12.750,—       | 12.750,—       | 12.750,—       |
| e. Rente CLaNAG .....                               | 10.850,—       | 13.175,—       | 11.857,—       |
| f. Ten laste van fonds egalisatie contributie ..... | —,—            | —,—            | 145.393,—      |
|   | 357.000,—      | 368.925,—      | 335.000,—      |
| g. Batig saldo .....                                | —,—            | 23.925,—       | —,—            |
|   |                | 345.000,—      | 335.000,—      |



### van het Centraal Bestuur

## Toelichting op de concept-Statuten

### 1. Algemeen

Op 26 juli 1976 is Boek II van het Nieuw Burgerlijk Wetboek (NBW) in werking getreden. Hiermee hebben alle verenigingen rechtspersoonlijkheid gekregen. Een vereniging heeft dan tevens volledige rechtsbevoegdheid wanneer deze vereniging bij notariële akte is opgericht of waarvan de Statuten later bij notariële akte zijn opgesteld. Verenigingen met volledige rechtsbevoegdheid moeten in het Verenigingenregister (bij de Kamer van Koophandel) worden ingeschreven. Zolang dat niet is geschied, is iedere bestuurder naast de vereniging aansprakelijk, echter voorzover de wederpartij aannemelijk kan maken dat de vereniging niet aan de verbintenis zal voldoen.

Door de inwerkingtreding van Boek II NBW heeft de LHV ineens (en ongevraagd) rechtspersoonlijkheid gekregen en is er daarmee een einde gekomen aan een reeds lang bestaande discussie over het al dan niet aanvragen van rechtspersoonlijkheid voor de maatschappelijke verenigingen.

Tot op heden heeft de LHV geen Statuten, wel een Huishoudelijk Reglement.

### 2. KNMG

De KNMG heeft van oudsher rechtspersoonlijkheid. De

dd. 17 maart 1978 gehouden Algemene Vergadering der KNMG heeft een Statutenwijziging aangenomen, die enerzijds verband hield met het feit dat de KNMG in de 'duurverlenging' moest voorzien en anderzijds met de inwerkingtreding van Boek II NBW.

Een zeer belangrijk punt in de Statuten der KNMG is dat er thans één artikel gewijd is aan de maatschappelijke verenigingen. Merkwaardig genoeg noemden de Statuten der KNMG tot voor kort de maatschappelijke verenigingen niet. In één artikel (artikel 24) wordt de rol van de maatschappelijke verenigingen weergegeven, namelijk het bevorderen van het goed functioneren van categorieën leden, de behartiging van sociaal-economische belangen en van de overige maatschappelijke belangen van die leden. Artikel 24 van de Statuten der KNMG luidt:

'Binnen de Maatschappij bestaan verenigingen aan welke de bevordering van het goed functioneren van categorieën leden, de behartiging van hun sociaal-economische en van hun overige maatschappelijke belangen is *toebedeeld*\*. De Statuten van deze verenigingen mogen geen bepalingen bevatten welke in strijd zijn met de Statuten van de Maatschappij. In dit opzicht behoeven deze statuten en de wijzigingen daarin de goedkeuring van het Hoofdbestuur. Nadere regels met betrekking tot de verhouding van deze verenigingen tot de Maatschappij en hun onderlinge verhouding, worden in het Huishoudelijk Reglement opgenomen.'

\* Toebedeeld: dat wil zeggen dat de bevordering en behartiging zelfstandig door de maatschappelijke verenigingen geschiedt.

Binnen de KNMG is door de besturen van de maatschappelijke verenigingen gekozen voor het behoud van een eenheidsgedachte en het afgeleid lidmaatschap der KNMG.



### 3. Statuten voor de LHV

Het Centraal Bestuur en de ledenvergadering hebben in verband met de inwerkingtreding van Boek II NBW besloten Statuten bij notariële akte te doen opstellen en te streven naar volledige rechtsbevoegdheid. Dit wordt noodzakelijk geacht ter voorkoming van de hoofdelijke aansprakelijkheid van de bestuursleden. De wet heeft aan bestaande verenigingen daartoe drie jaren de tijd gegeven. Voorts heeft het Centraal Bestuur gemeend om bij de opstelling van de Statuten uit te gaan van: a. de wettelijke vereisten; b. artikel 24 van de Statuten der KNMG; en c. (zoveel mogelijk) de bepalingen in het huidige Huishoudelijk Reglement der LHV.

*ad a.* Krachtens de nieuwe wettelijke bepalingen dienen de Statuten van rechtspersoonlijkheid bezittende verenigingen bepalingen te bevatten betreffende:

- a. Naam van de vereniging en de gemeente in Nederland waar zij haar zetel heeft;
- b. Doel van de vereniging;
- c. De verplichtingen die de leden tegenover de vereniging hebben, of de wijze waarop zodanige verplichtingen kunnen worden opgelegd;
- d. De wijze van bijeenroepen van de Algemene Vergadering;
- e. De wijze van benoeming en ontslag van de bestuurders;
- f. De bestemming van het batig saldo van de vereniging ingeval van ontbinding of van de wijze waarop de bestemming zal worden vastgelegd.

### 5. Minimale inhoud Statuten

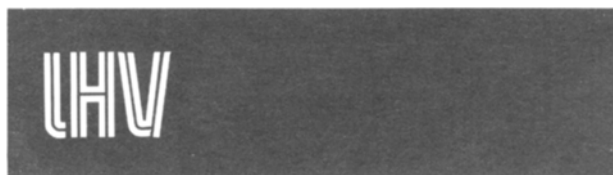
Er dient voor te worden gewaakt dat er te weinig in de Statuten en te veel in het Huishoudelijk Reglement moet worden vermeld. Afwijkingen van de bepalingen van de wet zijn alleen toegestaan als de wet deze toestaat, en deze afwijkingen zijn vastgelegd in op schrift gestelde Statuten.

Het Centraal Bestuur meent dat het in verband met de tijd niet mogelijk is thans uitvoerige discussies te voeren over wenselijke c.q. nog mogelijke structuurveranderingen binnen de LHV. Wel zullen er in verband met het doen opstellen van Statuten stellig essentiële wijzigingen moeten worden aangebracht in een aantal nu nog in het Huishoudelijk Reglement geregelde onderwerpen, als gevolg van het inwerking treden van Boek II NBW.

### 6. Concept-Statuten

In een aan het bestuurkorps toe te zenden stencil zijn de concept-Statuten der LHV opgenomen. Dat is geenszins bedoeld als een panklare oplossing, doch als *eerste poging* om enigszins een indruk te geven van de bepalingen die een plaats zullen moeten krijgen in de Statuten. Over een aantal onderwerpen moeten nog besprekingen plaatsvinden, deels in verband met beleidsmatige aspecten, en deels in verband met juridische aspecten. Ook zullen er nog besprekingen moeten plaatsvinden met de KNMG en de andere maatschappelijke verenigingen over een nadere uitwerking van de onderlinge relatie.

Hierboven zijn slechts enige punten uit de concept-Statuten nader aan de orde gesteld. Uitvoerige discussie (geen besluitvorming) zal op 3 november a.s. plaatsvinden. Het Centraal Bestuur is voornemens in het voorjaar 1979 aan de ledenvergadering de uiteindelijke Statuten ter goedkeuring voor te leggen, daar de Statuten uiterlijk 26 juli 1979 door de notaris verleden moeten zijn.



### van de Stichting CLaNAG

### Obligaties uitgeloot

Van de 7% obligatielening Stichting CLaNAG zijn uitgeloot en per 1 november 1978 à pari aflosbaar gesteld de hierna vermelde nummers:

#### 11 obligaties à f 500,—:

0011, 0014, 0059, 0065, 0067, 0093, 0116, 0125, 0150, 0171, 0176.

#### 20 obligaties à f 100,—:

1001, 1005, 1009, 1012, 1054, 1173, 1174, 1190, 1199, 1203, 1205, 1214, 1242, 1264, 1277, 1343, 1359, 1363, 1364, 1380.

Verzilvering zal geschieden door het kantoor van de Amrobank, Stadhouderskade 123, Amsterdam.

Stichting CLaNAG

H. J. C. Leusink, arts, penningmeester.

### INHOUD OFFICIEEL

Nr. 41 – 13 oktober 1978

|   |      |
|---|------|
| KNMG, van het hoofdbestuur:                                 |      |
| Besluiten 173ste Algemene Vergadering .....                 | 1304 |
| LHV, van het Centraal Bestuur:                              |      |
| Begroting 1979 .....  | 1305 |
| Begroting 'specifieke apotheekhoudende belangen' 1979 ..... | 1307 |
| Toelichting op de concept-Statuten .....                    | 1307 |
| LHV, van de Stichting CLaNAG:                               |      |
| Obligaties uitgeloot .....                                  | 1308 |