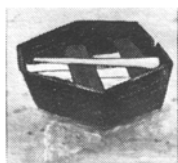




redactioneel

- In MC nr. 12 van 24 maart jl. werd de aandacht gevestigd op de kartelvorming die zich binnen de gezondheidszorg voltrekt op het gebied van het medisch risico. Daarbij werd gewezen op de gevaren die in een dergelijke kartelvorming liggen besloten. Een en ander was aanleiding voor een gedegen discussie over deze problematiek. Thans bijdragen in die discussie van E. H. van Leeuwen, medisch adviseur en lid van de Werkgroep Medische Beroepsaansprakelijkheid NVGAVV, alsmede van Mr. E. Kist, voorzitter van de Verzekeringsgroep Medische Aansprakelijkheidsrisico's (MAR). Mr. J. H. Peters, algemeen directeur van het Ziekenhuis Oudenrijn te Utrecht, en Mr. R. de Water, jurist van de Nationale Ziekenhuisraad, die al eerder (MC nr. 17 van 28 april jl.) hun bezorgdheid uitten met betrekking tot de onderhavige kwestie, blijven in een repliek van mening dat de MAR een ongewenst kartel is en benadrukken nogmaals de noodzaak tot het instellen van een onderzoek door de overheid naar het functioneren ervan.
- Ter inleiding van de ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging van 2 juni jl. heeft LHV-voorzitter J. W. Jacobze de weg gewezen welke volgens hem moet worden bewandeld om gestalte te kunnen geven aan de beleidsvoornemens, die onlangs in een lange reeks regionale bijeenkomsten aan de LHV-leden ter bespreking zijn voorgelegd.
- Ter herdenking van het dubbel jubileum '75 jaar KNMG-rechtspraak' en '50 jaar Medische Tuchtwet' heeft het hoofdbestuur van de KNMG een speciale bijeenkomst belegd, waarvan in dit nummer verslag wordt gegeven. Daarnaast een bijdrage van Prof. Dr. J. F. Rang, hoogleraar arbeidsrecht aan de RU Utrecht en bijzonder hoogleraar gezondheidsrecht aan de RU Leiden, die het intern en extern medisch tuchtrecht nader beschouwt en nagaat of deze als complementair dan wel als dualistisch moeten worden afgeschilderd.



'Bootje Bretagne Kerroch' (olieverf op papier - 57 x 67 cm) is een werkstuk van D. A. H. van Kolschoten, huisarts te Zeist, dat te zien was op de tentoonstelling van het KNMG-gezelschap 'Met Pincet en penseel' in het Centraal Ziekenhuis te Alkmaar. De heer Kolschoten schildert sinds ongeveer twintig jaar serieus; daarvoor slechts 'vingeroefeningen'. Hij is overwegend autodidact, al kreeg hij enige technische lessen van een tweetal beroepskunstenaars.

Inhoud

REDACTIONAAL

Discussie - Kartelvorming verzekeraars medische aansprakelijkheid: MAR kiezen of MAR keren?, door E. H. van Leeuwen	725
MAR zet recht, door Mr. E. Kist	726
MAR blijft ongewenst, door Mr. J. H. Peters en Mr. R. de Water	728
Van 'tarievenclub' naar 'functionele vereniging'. LHV-voorzitter over beleidsvoornemens	731
75 jaar KNMG-rechtspraak - 50 jaar Medisch tuchtrecht. Intern en extern medisch tuchtrecht, complementair of dualistisch, door Prof. Dr. J. F. Rang	734
Speciale bijeenkomst ter herdenking dubbel jubileum 75 jaar KNMG-rechtspraak - 50 jaar Medisch tuchtrecht	737
Hoe groot is de afstand tussen ziekenhuis en thuiszorg? (discussie), door B. F. Last en Mr. J. J. Witteveen	739
In gesprek met de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne Mevrouw Mr. E. Veder-Smit	740
Honderd jaar vrouwelijke artsen in Nederland (Slot) - Vrouwenemancipatie en lichamelijke gezondheid, door Margit Mager	742
Meer autonomie voor de patiënt. Biofeedback als alternatieve geneeswijze voor essentiële hypertensie, door Paul J. G. Schreurs en Joukes Goslinga	746
OFFICIEEL	749
Inhoudsopgave officieel	752



MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

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

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

Uitgeverij

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

Abonnementen

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

Advertenties

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

Adreswijziging

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

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.



Ziekenhuisinfecties – Ziekenhuisbesmetting lijkt een technologisch probleem, maar juist technologische oplossingen zijn sterk afhankelijk van de techniek en die afhankelijkheid wordt des te gevaarlijker doordat men er steeds meer op gaat vertrouwen. Een noodzakelijke tucht, zoals die vroeger altijd in ziekenhuizen heerste, is opnieuw noodzakelijk om onder andere besmetting te voorkomen. Aldus Prof. Dr. J. B. Stolte, hoogleraar in de ziekenhuiswetenschappen in Tilburg en Nijmegen, in een rede over ziekenhuisinfecties bij de opening van een nieuw ondergronds operatiekamercomplex in het Arnhemse Diaconessenziekenhuis. Prof. Stolte uitte een aantal bedenkingen tegen de ras voortschrijdende technologische ontwikkelingen binnen de ziekenhuizen. Hierdoor zouden onder het personeel van de ziekenhuizen valse zekerheden ontstaan, waardoor de tucht in de bestrijding van besmetting achteruit is gegaan. De economen – de laatste jaren in de top van de meeste ziekenhuizen binnengedrongen – hadden hieraan volgens de spreker een halt moeten toeroepen: 'Zij zijn echter begoocheld geraakt door de vernieuwing, die zij makkelijker hebben aanvaard dan wellicht goed is geweest'.

Cursus Geschiedenis der Geneeskunde – Het ligt in het voornemen gedurende de cursus 1978-1979 een achtste leergang Geschiedenis der Geneeskunde te organiseren. Deze zal onder leiding van Prof. Dr G. A. Lindeboom worden

gehouden in het Medisch Encyclopaedisch Instituut der Vrije Universiteit op 9 zaterdagochtenden in de periode van oktober 1978 tot maart 1979. Zij die aan deze cursus willen deelnemen of t.z.t. een volledig programma wensen te ontvangen kunnen zich richten tot het Medisch Encyclopaedisch Instituut, Van der Boechorststraat 7, Amsterdam. Men kan zich reeds nu opgeven, door een bedrag van f 150,— over te maken op postgiro nr. 11 35 214, ten name van de Penningmeester Stichting Historia Medicinae, Mr. F. A. van Hallweg 114, Amstelveen. Maximaal aantal deelnemers 50.

Tocname bedbezetting verslavingsklinieken

– Het aantal opnemingen in de zogeheten categorale psychiatrische ziekenhuizen, waartoe bijvoorbeeld de klinieken voor verslavingsziekten en de justitiële inrichtingen behoren is vorig jaar met maar liefst 30,1% gestegen 5.078. Dit blijkt uit een informatiebulletin van het NZI (Nationaal Ziekenhuisinstituut) over de bedbezetting in de intramurale gezondheidszorg in 1977. In alle psychiatrische ziekenhuizen (algemeen plus categoriaal) daalde vorig jaar het aantal bedden met 1,7% en het aantal verpleegdagen met 2,9%. Het totaal aantal opnemingen steeg met 4,2%, zodat kan worden geconstateerd dat die stijging helemaal voor rekening van de categorale psychiatrische ziekenhuizen kwam. In de categorale sector steeg ook het aantal beschikbare bedden en het aantal verpleegdagen. De algemene psychiatrische ziekenhuizen telden 23.917 bedden (2,4%), de categorale 1.480 (+ 10,9%). Het aantal opnemingen bedroeg respectievelijk 20.093 (+ 0,4%) en 5.078 (+ 30,1%). Het aantal verpleegdagen bedroeg

Doorlezen naar blz. 724

Waarnemers gevraagd

Gezien het verwachte tekort aan waarnemers gedurende de maand juli a.s. doet het Bureau voor Waarneming van de afdeling Ledenbemiddeling der KNMG een dringend beroep op potentiële waarnemers voor huisartsen, (Huisartsopleiding voltooid of oud curriculum), om in die maand te willen waarnemen. Voor de overige maanden beschikt het bureau over voldoende waarnemers.

Zij die aan deze oproep gehoor kunnen geven gelieven zich in verbinding te stellen met het Bureau voor Waarneming, Lomanlaan 103 te Utrecht, telefoon 030-885411, toestel 111.

ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

De alternatieve geneeswijzen – waaronder geneeswijzen buiten het terrein van de officiële geneeskunde worden verstaan – zijn in, niet alleen bij de leek maar ook bij vele artsen. De vraag naar andere behandelingswijzen dan die welke de westerse geneeskunde kan geven heeft altijd bestaan. Het is een verschijnsel van deze tijd dat die belangstelling ook bij de artsen groeiende is. Daar zijn verschillende redenen voor aan te voeren. Het contact tussen patiënt en arts is openhartiger geworden. De patiënt zal eerder geneigd zijn bij zijn arts te informeren naar de waarde van een andere behandelingswijze waar mensen uit zijn directe omgeving zo'n baat bij hebben gehad. Door het uitbannen van vele infectieziekten en goede behandelingsmogelijkheden van nog bestaande kwalen wordt de arts relatief meer geconfronteerd met ziekten waarop de officiële geneeskunde (nog) geen antwoord heeft. Eigen kunde wordt mede daardoor wat gemakkelijker gerelativeerd.

Niet ontkend kan worden, dat dit ook kan leiden tot onzekerheid bij de hulpverlener, met als gevolg verabsolutering van eigen denkwijze en kennis. Men kan zich de vraag stellen of de veelgehoorde mening dat de alternatieve geneeswijze slechts voorziet in een lacune van de officiële geneeskunde niet juist op deze verabsolutering berust. Immers, de gedachte erachter is dat bij een verdergaande perfectie van de geneeskunde de alternatieve geneeswijzen vanzelf zullen afnemen.

Dat is evenwel onwaarschijnlijk. Onze geneeskunde heeft haar resultaten, maar ook haar beperkingen te danken aan het natuurwetenschappelijk denken. In dit denken

vormen waarnemingen, theorie- en hypothesevorming en reproduceerbare processen een noodzakelijke keten: de rest is in deze gedachten-gang kwakzalverij of op zijn gunstigst witte magie. Het is uiterst moeilijk vanuit dit denken andersdenkenden te doorschouwen en de waarde van hun denkbeelden te beoordelen. Zo kent de antroposofische geneeskunde naast waarnemingen en reproduceerbare processen een theorie- en hypothesevorming die niet passen in het natuurwetenschappelijk denken.

Dat de maatschappij evenwel wordt geconfronteerd met jaarlijks minstens zeven miljoen contacten tussen patiënten en genezers buiten de universitaire geneeskunde om, is

*Oorzaak en gevolgen
van jaarlijks minstens
zeven miljoen contacten
buiten de universitaire
geneeskunde om kunnen
noch door de overheid
noch door de professie
worden genegeerd*

een gegeven. Oorzaak en gevolgen hiervan kunnen niet worden genegeerd, noch door de overheid noch door de professie.

Door de overheid niet, omdat de burger moet worden beschermd tegen eventueel kwade gevolgen: door de professie niet, omdat er een vraag naar hulp uit blijkt die momenteel niet op een verantwoorde wijze wordt gehonoreerd.

Acupunctuur trekt zoveel patiënten, dat regelend optreden door de overheid gezien haar verantwoordelijkheid moeilijk kan uitblijven. Voor zover acupunctuur door artsen wordt toegepast zijn er weinig problemen. Artsen worden geacht in staat te zijn te beoordelen of

een bepaalde behandeling of het nalaten van een (andere) behandeling de patiënt schade kan berokkenen. De zaak komt anders te liggen indien ook anderen dan artsen zich met acupunctuur gaan bezighouden. Gewoonlijk beperkt de overheid zich tot het stellen van eisen aan de opleiding van hen die in de gezondheidszorg werken.

De vraag kan dan worden gesteld of er geen opleiding moet komen in de acupunctuur. Velen zullen die vraag met nee beantwoorden: acupunctuur is onzin en tot onzin kun je niet opleiden. Anderen zullen zich voorzichtiger opstellen en de acupunctuur niet bij voorbaat enige waarde willen ontzeggen, mits deze wijze van behandelen goed wordt toegepast; en daarvoor is in de eerste plaats een goede opleiding nodig, als mogelijkheid om schade tengevolge van een onjuiste behandeling zoveel mogelijk te voorkomen.

Aan beide opvattingen kleven bezwaren. De eerste opvatting plaatst de acupunctuur en alle overige alternatieve geneeswijzen in de hoek van de kwakzalverij. Dit heeft een zekere aantrekkingskracht voor de patiënt, maar het maakt controle vrijwel onmogelijk. De tweede opvatting schept de mogelijkheid tot het opnemen van wellicht inadequate behandelingen in de geneeskunde, mogelijk zelfs in het ziekenfondspakket.

De conclusie die uit een en ander zou moeten worden getrokken is, dat er in het geneeskundig onderwijs meer ruimte zou moeten worden geschapen voor de alternatieve geneeswijze. Onwetendheid speelt vaak een rol bij veel critici. Onderzoek naar de bruikbaarheid van de alternatieve geneeswijze zou voorts niet moeten plaatsvinden met behulp van natuurwetenschappelijke technieken alleen.

B.

respectievelijk 8.002.000 (-3,7%) en 475.000 (+13,1%). Het bezettingspercentage in de algemene psychiatrische ziekenhuizen daalde met 1,1% tot 91,7 en in de categorale ziekenhuizen steeg het met 2,3% tot 88,0. Het totaal aantal instellingen voor intramurale gezondheidszorg is vorig jaar gedaald van 742 tot 737. Het aantal beschikbare bedden in deze instellingen steeg daarentegen met 0,9% naar 169.920. Het aantal verpleegdagen per 1.000 inwoners steeg met 0,2% en bedroeg in 1977: 4.049. Het aantal opnemingen per 1.000 inwoners namen eveneens met 0,2% toe tot 112,9.

Het aantal beschikbare bedden in alle algemene, academische en categorale ziekenhuizen daalde in 1977 met 48 stuks. De daling, geringer dan in de voorafgaande jaren, was het gevolg van vermindering van het aantal ziekenhuizen (met zes) door sluiting en fusie; de daling was het grootst in de algemene ziekenhuizen. De gemiddelde bezetting in de totale groep instellingen daalde met 0,2%. Voor het eerst sinds jaren steeg de bedbezetting in de algemene ziekenhuizen met meer dan 400 bedden en wel met 0,3%. De daling van de gemiddelde verpleegduren zette zich ook in 1977 voort, evenals de stijging van het aantal opnemingen per bed. De gemiddelde verpleegduren bedroeg in 1977 15,2 dagen, het aantal opnemingen per bed was 20,3.

Medisch Kleuterdagverblijf 50 jaar – Op vrijdag 13 oktober 1978 zal een symposium worden gehouden over het thema 'Het in ontwikkeling bedreigde jonge kind – signalering en integrale hulp', ter gelegenheid van het 50-jarig bestaan van het Medisch Kleuterdagverblijf te Arnhem. Vragen die aan de orde zullen worden gesteld zijn: Hoe kan het in ontwikkeling bedreigde jonge kind worden geholpen?, Welke functie heeft het Medisch Kleuterdagverblijf bij de integrale hulp? en: Is er voldoende kennis en ervaring beschikbaar om de behoefte aan gespecialiseerde hulp te signaleren? De inleiders die een antwoord op deze vragen zullen proberen te geven zijn. Mw. M. Crolla-Baggen, maatschappelijk werker/gezinstherapeut, docent opleiding gezinstherapie te Nijmegen, Mw. Drs. S. A. van Dijk-Brinckmann, orthopedagoog, wetenschappelijk medewerker instituut orthopedagogiek Katholieke Universiteit Nijmegen, Dr. G. A. de Jonge, kinderarts, coördinator werkveld jeugd NIPG en Prof. Dr. G. A. Kohnstamm, psycholoog, hoogleraar ontwikkelingspsychologie RU leiden. Het symposium zal worden geleid door Drs. E. van Ruller, huisarts en vertrouwensarts kindermishandeling te Arnhem. De plaats van het symposium zal later bekend worden gemaakt. Verdere inlichtingen: secretariaat Kleuterzorg, Heyenoordseweg 1, Arnhem, tel. 085-434651.



Hoe gestoord is een co?

De eerste zes weken van mijn co-assistentenschap Interne Geneeskunde zaten er op en het was dus tijd voor een evaluatiegesprek met Dr. Wouters en Dr. Frederiks. Toen ik mij om half één – het afgesproken tijdstip – meldde, was noch Dr. Wouters noch Dr. Frederiks er. De secretaresse van Dr. Wouters vertelde mij dat hij op de kamer van Dr. Frederiks was. Ik ging naar die kamer en klopte op de deur.

'Ja . . .'

Voorzichtig deed ik de deur open.

'Oh, pardon, ik moest om half één bij u komen.'

'Ja, wacht maar even netjes voor mijn deur . . .'

'Ik ben er helemaal de man niet naar om precies om half één naar de kamer van Dr. Frederiks te lopen om daar aan Dr. Wouters te zeggen dat ik er ben. Integendeel, van huis uit zou ik mij gewoon voor de kamerdeur van Dr. Wouters posteren. Maar laatst had Dr. Van Leyden het mij kwalijk genomen dat ik voor haar lege kamer had staan wachten. 'Waarom piep je me dan niet op?' vroeg ze mij verholgen.

Na enkele minuten kwam Dr. Wouters eraan. 'Ga zitten', zei hij straf. Hij pakte de telefoon en helde Dr. Frederiks op. 'Ik begin alvast voorzichtig, kom je eraan?'

En toen kon ik het verhaal, dat ik de vorige dag aan Dr. Frederiks over mijn bevindingen in het ziekenhuis had verteld, voor de tweede maal opdreunen.

'We hebben de indruk, dat je nog té sensitief bent; je bent te veel bij alles betrokken. Je moet afstand leren nemen van de patiënten. Deze samenleving is nu eenmaal hard en daar zul jij aan moeten wennen; dat is onze indruk. Je inzet is verder boven alle lof verheven.'

Dat was duidelijk, vond ik. Ik was dus té sensitief.

Ik merkte toen op, dat internisten zo snel psychiatrische etiketten op patiënten plakken. Wanneer ze internisten zijn, laat ze dan bij hún specialisme blijven. Ik lichtte mijzelf toe: 'Wanneer een wat ouder iemand niet onmiddellijk reageert, is hij een 'ouwe, arteriosclerotische baas'; wanneer iemand wat gespannen is, is hij een neuroot; en wanneer iemand niet op het zelfde niveau spreekt als jij, is hij een psychoot.' 'Ik kreeg de indruk dat Dr. Wouters en Dr. Frederiks het met mij eens waren. Maar even later, toen mijn 'hang naar kennis' ter sprake kwam, werd ik ineens versleten voor iemand met een 'psychasthenie voor kennis', hetgeen – zo ik pas zojuist vernam – betekent dat ik 'te nauwgezet' zou zijn.

DAGBOEK
VAN EEN
CO-ASSISTENT
(33)

Zo af en toe vraag ik mij af waarom ik dit schrijf. Nu begin ik te begrijpen, dat dit dagboek nog een soort ventiel naar de buitenwereld is waardoor ik mijn lusten en onlusten kan spuien. Natuurlijk had ik een en ander wat sensationeler kunnen aanpakken in de geest van: 'Dr. Wouters vreet Van Es op' of 'Van Es slaat terug'. Maar dat doe ik doelbewust niet.

Wanneer dit dagboek ooit zou worden uitgegeven, dan zou ik het willen opdragen aan Dr. Wouters en Dr. Frederiks, omdat ik mij misschien ten onrechte zo vaak tegen hen heb afgezet en omdat ik in wezen precies hen als zij.

Alexander van 'Es

Kartelvorming verzekeraars medische aansprakelijkheid

MAR kiezen of MAR keren?

Mrs. Peters en De Water hebben de in een hoofdredactioneel artikel (MC nr. 12/1978, blz. 359) gestelde vraag 'MAR kiezen of MAR keren?' van een antwoord vanuit hun gezichtshoek voorzien (MC nr. 17/1978, blz. 511), dat mij tot een enkele aanvullende opmerking noopt. Deze opmerkingen zullen zich beperken tot het in beide artikelen tevens aangevochten CMA (Centraal Medisch Archief). Als KNMG-lid is de karteldiscussie voor mij te glad ijs.

Werkgroep

In 1973 is in de toen pas opgerichte Nederlandse Vereniging van Geneeskundige Adviseurs van Varia-Verzekering Maatschappijen aan een kleine werkgroep opgedragen zich te beraden over de problemen rondom de verzekering van medische beroepsaansprakelijkheid. Aanleiding daartoe was gebleken onvrede en bezorgdheid bij de vele leden die met deze tak van verzekering als medisch adviseur werden geconfronteerd. Het verzekeren van dit soort risico's is (was) over zeer veel maatschappijen verspreid, dikwijls als een zeer klein onderdeel van een grote portefeuille van aansprakelijkheidsverzekeringen op allerlei gebied. Met het overgrote deel van ingediende claims heeft de medische adviseur daarom alleen bemoeienis wanneer op grond van lichamelijk letsel schade wordt geclaimd. In geval van medische 'kunstfout' claims zal echter meestal ook zijn advies omtrent de schuldvraag worden gevraagd. Hiervoor is een specifieke deskundigheid en vooral ervaring nodig, welke de meesten bij gebrek aan voldoende materiaal niet is

gegeven, vandaar een duidelijke behoefte aan het uitwisselen van kennis en ervaring. Mede oordelen over de schuldvraag (aansprakelijkheid) brengt ons bovendien niet alleen in contact, persoonlijk of indirect, met het slachtoffer, maar in deze speciale gevallen ook met de verzekerde beroepsgenoot. Niet alleen de wijze waarop het slachtoffer 'aan zijn trekken' komt dient de medische adviseur die het adjectief 'medisch' niet wenst te verduisteren een waakzame zorg te zijn, maar ook het bijkomend leed dat werkers in de medische beroepen in ruimste zin dikwijls ondervinden ten gevolge van publiciteit, agressieve advocatentaal, langdurige procedures en van soms alleen ten behoeve van schadeclaims ondernomen tuchtrechtzaken. Het beraad van genoemde werkgroep resulteerde in een nota, waarin allereerst werd voorgesteld over te gaan tot het inrichten van een medisch archief (later CMA genoemd). 'Hiervoor zal dan het materiaal verschaft dienen te worden door de medische adviseurs van verzekeringmaatschappijen die zich met de beroepsaansprakelijkheid in de gezondheidssfeer bezighouden. Dit archief dient beheerd te worden door een daartoe te vormen beheersinstantie, die de anonimiteit en geheimhouding garandeert en gegevens uitsluitend ter beschikking stelt aan de deelnemende medische adviseurs.' Genoemde garantie is nader uitgewerkt. Het archief diende niet meer te 'weten' dan dat bepaalde gevallen zich al eerder hadden voorgedaan, alleen naar zijn medische omschrijving, zonder persoons- of plaatsaanduiding, en welke medische adviseurs over nadere gegevens

beschikten (naar wie dan met vermelding van het betreffende codenummer kon worden verwezen). Het opleveren van nadere informatie zou dan geheel voor rekening en verantwoording van de betreffende medische adviseurs blijven en geheel buiten het archief omgaan. Het zou dus gaan om het verwijzen naar 'congruente' gevallen en naar de plaats waar beschikt wordt over medische rapporten of juridische adviezen of beslissingen welke van belang kunnen zijn voor een te behandelen casus, met nader te omschrijven gedragsregels voor de medische adviseurs ten aanzien van omvang en inhoud van te verstrekken informatie. 'Dit zal niet alleen kosten- en tijdsbesparend werken, het eerste in belang van verzekeraars, het tweede in dat van een snellere afwerking van schadeclaims, maar tevens de deskundigheid van medische en juridische adviseurs bevorderen.' Verder werd gedacht, dat 'uit het verzamelen van verspreide, incidentele, gevallen de noodzaak kan blijken tot preventieve adviezen voor bepaalde veel voorkomende tot schadeclaims leidende medische handelingen.' De werkgroep bracht, als voorbeeld, reeds een advies uit aan de Nederlandse Vereniging van Aansprakelijkheidsverzekeraars als antwoord op de vraag welk standpunt kon worden ingenomen bij claims voor ongewenste gevolgen van steriliteitsoperaties, zowel ten aanzien van de aansprakelijkheid als van de rechtmatigheid van geclaimde schadevergoeding (zoals opvoeding ongewenst kind e.d.). De nota van de werkgroep werd in 1975 aan de vereniging aangeboden en de conclusies door haar overgenomen. Hoewel het in de eerste plaats ging om

het opnemen van initiatief tot oprichten van genoemd archief, had de werkgroep hieraan enkele desiderata verbonden, die naar zijn oordeel in het belang van alle bij de onderhavige materie betrokken partijen waren. Naar onze mening was 'de concurrentiesfeer waarin het verzekeren van het aansprakelijkheidsrisico verkeerde maar schijnbaar in het belang van verzekerden en in het geheel niet in dat van schadelijders noch van verzekeringsmaatschappijen.'

Aangedrongen werd op samenwerking tussen *alle* betrokkenen, in de ruimste zin, met het doel een goed 'produkt' te garanderen tegen een voor die kwaliteit noodzakelijke uniforme prijs. In de medische wereld geen onbekende slogan! Korthedshalve mogen uit genoemde nota enkele overwegingen worden geciteerd:

– 'Dit om te voorkomen dat een schaderegeling ook bij vastgestelde aansprakelijkheid onnodig wordt opgehouden door strijd tussen maatschappijen over toewijzing en verdeling van schuld';

– 'Behandeling per maatschappij doet tekort aan het belang dat zowel verzekerden als klagende partijen hebben bij een meer uniforme, onafhankelijke schuld- en schadebeoordeling (zie o.a. Schuurmans Stekhoven in Geneesk. Gids 1974). Het belang van verzekerden is in geding zowel in het algemeen, waar het betreft het aanzien van de medische stand, als individueel, wanneer een verzekerde publiciteit of tuchtrechtelijke confrontatie moet ondergaan alleen ten bate van een niet vlottende schadeafwikkeling. Het belang van het publiek is gelegen in meerdere zekerheid voor een onafhankelijke beoordeling tegenover het thans veelal gekoesterde gevoel, terecht of ten onrechte, dat de tegenpartij als machtigste alle juridische mogelijkheden kan uitbuiten om zijn schade te beperken';

– 'Het bijeenbrengen van de, nu verspreide, medische en juridische deskundigheid op het terrein van ons onderwerp achten wij van groot belang. Thans moet er veelal gewerkt worden met adviezen van zeer uiteenlopende kwaliteit. Gespecialiseerde deskundigheid is alleen te bereiken wanneer een

beperkt, maar dan niet te klein, reservoir van deskundigen beschikbaar is';

– De medische stand dient zich te beraden en uit te spreken omtrent de wetenschappelijke en ethische normen die gehanteerd dienen te worden bij beoordeling van de grenzen tussen toelaatbaarheid en verwijtbare nalatigheid of onzorgvuldigheid.'

Geen bedreiging

Met het voorzichtig ventileren van haar nog schetsmatig aangeduide visie heeft de vereniging van medische adviseurs getracht enige beweging te brengen in een zaak die dreigde achter te blijven bij de snelle ontwikkeling. Hopelijk is de zeer beperkte doelstelling die de medische adviesgroep met het CMA voor ogen stond en staat hiermee wat duidelijker. De spoken die de hoofdredacteur, de beide juristen en het vragende Tweede Kamerlid daarin waarnemen, lijken het resultaat van wederzijdse beïnvloeding, veroorzaakt door onvoldoende informatie en gemeenschappelijk vooroordeel. Als de schutting nog in aanbouw is, staan de strijdkreten er al op. Voor het 'volledig draaiboek' is het

CMA een overbodige en omslachtige constructie, evenals voor een 'gecentraliseerde, volledige, informatie'. Beide kan het niet opleveren. Ik meen, dat de verzekeringsinstellingen al lang over minder omslachtige vormen van samenwerking beschikken om hun risico's te kunnen overzien en berekenen. De preventieve bijdrage die de MAR denkt te kunnen geven kan maar zeer bescheiden zijn en alleen van aanvullende betekenis voor elders ontwikkelde of nog te ontwikkelen initiatieven tot het beperken of voorkomen van 'ongelukken'. Schadeclaims geven maar een zeer beperkt en vooral uiterst eenzijdig inzicht in deze problematiek. Gelukkig maar. Bovendien is het CMA ('veelgeprezen' – wij lazen dat voor het eerst in de Mrs.-bijdrage) aangewezen op de medewerking van de artsen-adviseurs (van wie de meesten nog dagelijks met het andere been in de met schade-aanspraken bedreigde praktijk staan). Zij hebben tot nu toe van MAR-zijde geen bedreiging van hun principiële opstelling waargenomen.

Utrecht, 15 mei 1978

E. H. van Leeuwen
lid werkgroep medische
beroepsaansprakelijkheid NVGAVV
(à titre personnel)

MAR zet recht

Hoewel er regelmatig contact wordt onderhouden met de Nationale Ziekenhuisraad en wij om die reden aanvankelijk geen behoefte hadden te reageren op het redactionele artikel in Medisch Contact nr. 12, geeft de ontboezeming – weliswaar à titre personnel – van twee leden van de Commissie Centrale Assurantie van de Nationale Ziekenhuisraad in Medisch Contact nr. 17 ons aanleiding een weerwoord te schrijven.

Wat steekt erachter?

De doelstellingen van de MAR achten wij genoegzaam bekend. Zij werden in

eerstgenoemd nummer van Medisch Contact vermeld en bovendien nog eens aangehaald door beide auteurs. Het gaat er kennelijk om op welke wijze de MAR die doelstellingen tracht te verwezenlijken en vooral wat erachter steekt. De schrijvers eindigen het eerste gedeelte van hun beschouwing over de MAR met de stelling, dat voldoende feiten bekend zijn die aantonen dat de MAR als 'kartel' in strijd handelt met het algemeen belang en dus onverbindend moet worden verklaard. Als feitelijkheden worden evenwel slechts aangevoerd: a. dat de premies in vele gevallen vrij aanzienlijk stijgen; en b. dat de MAR via de aangesloten

verzekeraars een groot deel van de Nederlandse instellingen van intramurale gezondheidszorg heeft verzekerd. Feiten die de conclusie van onverbindendverklaring op grond van strijdigheid met het algemeen belang niet wettigen. Alle overige aangevoerde argumenten zijn vermoedens die geen of onvoldoende basis vinden in feitelijkheden en op die grond terzijde moeten worden gesteld. Wij willen niettemin op sommige punten graag nader ingaan. De constatering dat de *premies* in sommige gevallen aanzienlijk zijn gestegen, is juist. De in het artikel genoemde percentages van 100% à 200% hebben echter betrekking op het uiteindelijk vereiste premieniveau. Daar waar de huidige premie te veel verschilde met de vereiste werd een gefaseerde aanpassing voorgesteld. Het is derhalve onjuist te stellen dat nu reeds verdere premieverhogingen werden overeengekomen. In dit licht bezien is ook de voorspelling dat de situatie als gevolg van verder stijgende premies steeds slechter zal worden onbewezen en ongefundeerd, evenals de bewering dat er sprake zou zijn van onvoldoende waarborgen tegen kwaliteitsvermindering. De polisvoorwaarden, die ook volgens de schrijvers de toets der kritiek kunnen doorstaan, bewijzen het tegendeel. In het artikel wordt overigens geheel voorbijgegaan aan het feit dat de medische aansprakelijkheidsverzekeringen voor assuradeuren een zwaar risico vormen, al laten wij de uitspraak dat volgens ons zich in de ziekenhuizen 'Indianentaferelen' afspelen geheel voor rekening van de schrijvers. Wij zijn ervan overtuigd dat medici en verpleegkundigen in Nederland zorgvuldig werken en de patiënt naar beste vermogen behandelen en verzorgen. Het is bekend dat de gezondheidszorg in Nederland op een hoog niveau staat. Op het totaal van ettelijke miljoenen verpleegdagen en ettelijke honderdduizenden medische ingrepen die jaarlijks in Nederland worden geregistreerd is het aantal 'ongevallen' dat plaatsvindt zeer gering. Dat neemt niet weg dat die 'ongevallen' vaak gepaard gaan met ernstige gevolgen en daardoor met grote schadeclaims. Niet voor niets trokken enige buitenlandse verzekeraars zich enkele jaren geleden terug van deze markt, door schade wijs geworden. Een aantal Nederlandse verzekeraars overwoog,

vlak voor de komst van de MAR, de tekening op ziekenhuisrisico's te beëindigen en anderen hadden reeds plannen om hun individuele premies te verhogen per eerstvolgende mogelijkheid. Dit laatste proces is door de komst van de MAR slechts versneld, niet veroorzaakt. Uitdrukkelijk wordt erop gewezen dat de Nederlandse verzekeraars, verenigd in de MAR, mede tot doel hebben het aansprakelijkheidsrisico van intramurale instellingen in Nederland verzekeraar te houden. De thans voorgestelde premies zijn, naar de mening van de MAR-deelnemers, hopelijk juist voldoende om de schade en de kosten te kunnen opvangen. Het bewijs daarvoor kan echter pas na verloop van een aantal jaren worden geleverd: juist bij dit soort risico's krijgen de assuradeuren de schademeldingen vaak jaren ná de gebeurtenis binnen. Op die grond is de ervaring van de MAR na één jaar volstrekt onvoldoende om conclusies te kunnen trekken; dat het eerste MAR-jaar met een fors verlies werd afgesloten, kan dan ook nog niet als 'harde' onderbouwing van de premies worden aangevoerd. Het tweede feit dat wordt aangevoerd is het *marktaandeel* van de bij de MAR aangesloten maatschappijen. Het in het artikel genoemde percentage van 72 is reëel. Het is bepaald niet juist te veronderstellen dat dit percentage in werkelijkheid aanmerkelijk groter is omdat verschillende deelnemers belangen in andere maatschappijen zouden hebben.

Misverstanden

Het artikel geeft vervolgens aanleiding tot een aantal rechtzettingen, ten einde misverstanden te vermijden.

Ons aanbod om terzake van de *premiëvaststelling* en *-aanpassing* volledige opening van zaken te geven, is nog steeds van kracht. De schrijvers zijn ons echter met hun publikatie te vlug af geweest. Een eerste overhandiging van wat cijfermateriaal, dat summier was omdat zo kort na de start van de MAR nog slechts enkele verzekeringen op MAR-voorwaarden waren gesloten, ging gepaard met de toezegging dat in het voorjaar een uitgebreider overzicht zou worden verstrekt. Het merendeel der verzekeringen kwam namelijk eerst per 1 januari 1978 voor omzetting in aanmerking. Met sommige instellingen zijn de onderhandelingen daarover nog niet afgerond, zodat zo'n overzicht onvolledig zou zijn en daarom nog niet was samengesteld. Het had onze voorkeur verdiend als wij het gevoerde premiebeleid aan de hand van de gehouden enquête met de Nationale Ziekenhuisraad hadden kunnen doornemen. De bedoelingen die de MAR heeft met het *Centraal Medisch Archief* (CMA) zijn – tot onze spijt – kennelijk niet begrepen. De MAR heeft nooit beoogd de Nationale Ziekenhuisraad te binden aan het CMA. Aangeboden werd de Nationale Ziekenhuisraad toe te laten als waarnemer bij de Commissie van Toezicht op het CMA om zonder verantwoordelijkheid te hoeven aanvaarden te kunnen adviseren omtrent de inrichting van het archief, opdat met de wensen van de Nationale Ziekenhuisraad en haar 'achterban' rekening kon worden gehouden. Naar onze mening is dit in elk geval een aanwijzing dat de MAR de gegevens die uit het CMA beschikbaar komen – uiteraard pas na verloop van enige jaren – niet alleen voor eigen gebruik zal aanwenden. Integendeel: feit is dat een van de voordelen van de MAR gelegen is in het bundelen van de schade-ervaring,

NIET ROKEN

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

die kan worden aangewend ter voorkoming van toekomstige schaden; wij hebben dan ook aan de Nationale Ziekenhuisraad gevraagd op welke wijze te zijner tijd die gegevens die stellig van belang zullen kunnen zijn voor de preventie het best via de daartoe geëigende kanalen zouden kunnen worden geventileerd. De MAR heeft overigens officieel van de Nationale Ziekenhuisraad nog geen reactie op ons aanbod tot waarneming ontvangen.

In het artikel komt voorts onvoldoende naar voren dat de gegevens van schaden die in het CMA worden verwerkt strikt anoniem worden geadministreerd. De rubricering vindt slechts plaats naar categorieën, zoals soorten specialismen en instellingen, bepaalde medische ingrepen en mogelijke voorkoming. Er zijn geen namen bekend, noch van instellingen of veroorzakers van de schade, noch van patiënten. Het is dan ook volstrekt onmogelijk gegevens van specialisten en patiënten in kaart te brengen en daardoor evenzeer onredelijk te suggereren dat de kans op onzorgvuldige hantering van gegevens bestaat, met schadelijke gevolgen voor geheimhouding en privacy! Het is onduidelijk waarom de schrijvers menen dat het achterwege laten van een *schuldvraagonderzoek* (d.w.z. wie heeft schuld aan een ongeval in een ziekenhuis) als een nadeel voor de patiënt moet worden opgevat. Het duidelijkste tegenbewijs wordt immers gevormd door het befaamde Nuboer-arrest, waarin vaststond dat er een verwijtbare fout was begaan maar de 'dader' niet kon worden aangewezen. Juist dat soort problemen, die zeker niet de belangen van de patiënt dienen, zijn door de nieuwe polis ondervangen. De MAR wil juist niet het tijdrovende schuldvraagonderzoek (met eventuele gerechtelijke procedures) afwachten, maar stelt snelle schaderegeling in het belang van de gelaedeerde patiënt (en van het ziekenhuis) voorop. De MAR houdt zich op geen enkele manier bezig met de *premies* van de *individuele specialisten*. Dat is een zaak van alle verzekeraars die medici in hun boeken hebben en dat zijn er veel meer dan de leden van de MAR alleen. Het is dan ook volkomen onjuist de MAR, die zich alleen met de intramurale instellingen bezighoudt, de eventuele premieverhoging van de individuele medici te verwijten.

Overigens hebben de deelnemers in de MAR zich wel degelijk gerealiseerd dat een deel van deze individuele premie mede gebaseerd is op de werkzaamheden van de medici in de ziekenhuizen. Het bestuur van de MAR heeft hun dan ook geadviseerd daarmee rekening te houden bij de premie voor de artsen.

Geen dubbele bodem

De voornaamste conclusie die de MAR uit het artikel trekt is, dat zij – ondanks haar pogingen – er kennelijk tot dusverre niet in is geslaagd haar bedoelingen op een juiste wijze aan de Nationale Ziekenhuisraad uiteen te zetten. Het bestuur betreurt dat in hoge mate en zal dan ook blijven streven naar een goed contact en een

voortzetting van het overleg met de Nationale Ziekenhuisraad. Wellicht kan de op deze wijze in Medisch Contact gehouden 'publieke' discussie in wat bredere kring er mede toe bijdragen dat MAR en Nationale Ziekenhuisraad (maar ook andere betrokkenen) wat nader tot elkaar komen; de MAR kent geen dubbele bodem!

Wij moeten bij dit alles niet vergeten dat de MAR nog altijd slechts in een beginstadium verkeert en dat met name op het punt van schade-afwikkeling, CMA en preventieve activiteiten nog geen gefundeerd oordeel mogelijk is.

's-Gravenhage, 9 mei 1978

Namens de Verzekeringsgroep Medische Aansprakelijkheidsrisico's, Mr. E. Kist, voorzitter

MAR blijft ongewenst

door Mr. J. H. Peters en Mr. R. de Water

In bijgaand artikel reageren beide schrijvers op de reacties van de heer E. M. van Leeuwen, medisch adviseur, en Mr. E. Kist, voorzitter van de Verzekeringsgroep Medische Aansprakelijkheidsrisico's (MAR).

Zij blijven van mening dat de MAR een ongewenst kartel is en benadrukken nogmaals de noodzaak tot het instellen van een onderzoek door de overheid naar het functioneren van de MAR.

I. MAR keren!

In zijn reactie op ons artikel 'Kartelvorming verzekeraars medische aansprakelijkheid' in MC nr. 17/1978, blz. 511, beperkt de heer Van Leeuwen zich tot een enkele, aanvullende opmerking over het Centraal Medisch Archief (CMA). Wij willen bij voorbaat opmerken dat op deze wijze in ieder geval aan één belangrijk aspect voorbij wordt gegaan, namelijk dat het CMA is opgericht door de MAR en in de eerste plaats functioneert ten behoeve van de MAR. Gezien onze bezwaren tegen

de MAR als ongewenst kartel hebben wij tevens bezwaren tegen een CMA, dat mede het functioneren van de MAR mogelijk maakt. Het CMA zal een effectief middel zijn om de monopoliepositie van de MAR te versterken. Was het CMA opgezet onafhankelijk van de MAR dan zou bovengenoemde kritiek zeker niet zijn geuit, ervan uitgaande dat een onafhankelijk CMA tenminste met de nodige waarborgen zou zijn omringd. In een nota uit 1975 zoals uitgebracht aan het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Geneeskundige Adviseurs van Varia-Verzekeringmaatschappijen bepleit de *werkgroep* bestaande uit enkele medische adviseurs van verzekeringmaatschappijen de oprichting van een CMA, met als motivering een aantal overwegingen, waarvan de heer Van Leeuwen de voornaamste citeert. De werkgroep zag het CMA als een eerste fase van samenwerking tussen de verschillende verzekeraars, waarbij de overigens begrijpelijke terughoudendheid uit het

oogpunt van onderlinge concurrentie ondervangen zou kunnen worden door waarborgen ten aanzien van het beheer van het CMA. Als tweede fase voorzag de werkgroep een verdere samenwerking van verzekeraars en suggereerde hiervoor twee constructies (citaat): 'Dit zou zowel kunnen geschieden door het bijeenbrengen in een, nieuw te vormen, verzekeringmaatschappij, als, meer aansluitend bij de bestaande situatie, door pool-vorming van de bestaande maatschappijen ten aanzien van deze materie. Als belanghebbenden zouden in de leiding daarvan moeten participeren de verzekerden middels hun beroepsorganisaties en de Nationale Ziekenhuisraad, eventueel ook de overheid.'

De door de werkgroep voorgestelde procedure is niet gevolgd. Geen geleidelijke, zich langzaam aan ontwikkelende samenwerking van met elkaar concurrerende verzekeringmaatschappijen, maar een plotselinge, volledige samenwerking van vrijwel alle verzekeringmaatschappen in Nederland die het aansprakelijkheidsrisico van instellingen van gezondheidszorg in de boeken hadden. Van onderlinge concurrentie is vanaf de oprichting van de MAR geen sprake meer. Iedere binnen de MAR participerende deelnemer offreert op basis van een uniforme polis tegen een uniforme prijs. Men krijgt na bestudering van het door de MAR uitgebrachte jaarverslag over 1977 bijna de indruk alsof men met een non-profit organisatie van doen heeft, hetgeen natuurlijk niet anders dan schijn kan zijn. Ook het advies van de werkgroep om in de leiding van 'pool'-vorming pool-vorming de belanghebbenden te betrekken is niet gevolgd. *De MAR is een aangelegenheid van uitsluitend verzekeraars, die in de eerste plaats hun eigen belang op het oog hebben*, hetgeen in de praktijk heeft geresulteerd in drastische premiestijgingen, die naar onze mening slechts gedeeltelijk kunnen worden toegeschreven aan een verbetering van de polisvoorwaarden.

Over het CMA zelf willen wij nog het volgende opmerken. De doelstelling is driedelig en luidt:

1. het verkrijgen van statistisch inzicht in de risicofactoren;
2. het verkrijgen van gegevens ten

behoefte van de schaderegeling;

3. het bevorderen van de preventie.

Gelet op de inhoud van deze doelstelling menen wij te mogen concluderen dat het in de eerste plaats de MAR is die van het CMA zal profiteren. Dit geldt zonder meer ten aanzien van de onder 1. en 2. genoemde doelstellingen, maar eigenlijk ook voor de onder 3. genoemde preventie. Immers, schade die door preventie kan worden voorkomen zal de MAR niet behoeven uit te betalen. Een gevolg van het minimaliseren van het risico op schade zou zelfs kunnen zijn dat de verzekeraar zijn premie verlaagt, maar het komt ons voor dat wij deze gedachte tegenover een MAR als monopolist op dit moment althans beter kunnen laten varen.

Volstrekt eens zijn wij het overigens met de heer Van Leeuwen wanneer hij opmerkt dat de preventieve bijdrage van de MAR maar zeer bescheiden kan zijn. Wij zouden hieraan willen toevoegen dat ook deze bescheiden bijdrage nog onzeker is en in ieder geval verduidelijking behoeft, vooral wanneer het de preventie van medische fouten betreft. Niemand zal op zich ontkennen dat alle betrokkenen en vooral de patiënt gebaat zijn met kwaliteitsbewaking c.q. -verbetering. Maar een CMA, geïntegreerd binnen de MAR, zal deze bijdrage niet of moeilijk kunnen leveren. *Het CMA zoals door de MAR gepropageerd is subjectief in plaats van objectief; afhankelijk in plaats van onafhankelijk; partijdig in plaats van neutraal.* De MAR heeft weliswaar een Commissie van Toezicht ingesteld die, zoals het jaarverslag over 1977 vermeld, toezicht moet houden op de inrichting van het CMA, op de wetenschappelijke verwerking van de gegevens, op de terugkoppeling van die gegevens naar daarvoor in aanmerking komende instanties en op de privacy. Het is evenwel onbegrijpelijk, maar ook veelzeggend, dat in deze Commissie van Toezicht slechts personen zitting hebben die zonder uitzondering een rechtstreekse binding hebben met de MAR of een binnen de MAR participerende verzekeraar. Het is te betreuren dat hierdoor de garantie ontbreekt dat de gegevens uit het CMA op de juiste wijze zullen worden gebruikt. Het CMA zou veel geloofwaardiger zijn geweest als het was opgericht als een onafhankelijke instantie, met een

neutrale Commissie van Toezicht, waarin naast buitenstaanders alle betrokken partijen zouden zijn vertegenwoordigd. Het is dan ook in deze zin dat wij de MAR zouden willen adviseren om het CMA los te koppelen van haar commerciële activiteiten. Als een onafhankelijke onpartijdige instelling zou het CMA zeker een bijdrage kunnen leveren aan bijvoorbeeld de 'hospital audit', op basis van het vertrouwen dat het CMA de gegevens slechts zal gebruiken met inachtneming van de noodzakelijke anonimiteit en geheimhouding. Maar deze garantie in verband met de privacy van met name de patiënt en de arts ontbreekt per definitie zolang het CMA geen onafhankelijke status inneemt. Bovendien zou het de voorkeur hebben verdiend dat vooraf de 'spelregels' van het CMA waren opgesteld, waarmee veel verwarring rondom de functie van het CMA zou zijn voorkomen, vooral omdat men toch had kunnen begrijpen dat de werkwijze van een CMA kritisch zou worden beoordeeld.

De reactie van de heer Van Leeuwen verschaft nuttige informatie over het CMA, maar heeft onze bezwaren hiertegen zeker niet weggenomen. Het is overigens wel *markant* dat de heer Van Leeuwen heeft nagelaten bij zijn reactie te vermelden dat hij binnen de MAR een belangrijke rol vervult en als medisch adviseur deel uitmaakt van de Acceptatie- en Schaderegelings Commissie, terwijl hij bovendien deel uitmaakt van de Commissie van Toezicht Centraal Medisch Archief. Dan hadden de lezers geweten vanuit welke gezichtshoek de heer Van Leeuwen het CMA benaderde, in ieder geval niet als buitenstaander.

II. De MAR

De MAR reageert eveneens door middel van haar voorzitter Mr. E. Kist op ons artikel. Aan het einde van hoofdstuk III (niet hoofdstuk I, zoals de heer Kist schrijft) stellen wij dat inmiddels voldoende feiten bekend zijn die aantonen dat de MAR als kartel in strijd handelt met de belangen van de Nederlandse intramurale gezondheidszorg en dus in strijd met het algemeen belang, en dus onverbindend zou moeten worden verklaard. Deze conclusie trekken wij niet alleen op grond van de (door de

heer Kist toegegeven!) forse premieverhogingen en de vaststelling van het marktaandeel. De MAR bundelt en bindt zoveel verzekeraars dat de instellingen in de praktijk alle zijn aangewezen op de MAR. Een *keuzevrijheid is door de monopoliepositie uitgesloten!* Ook de bezwaren tegen het CMA vormen geen gering argument om de ongewenstheid van het MAR-kartel aan te tonen, zoals reeds in het eerste hoofdstuk 'MAR keren!' is beschreven.

De voorzitter van de MAR stelt dat de medische aansprakelijkheidsverzekeringen voor assuradeuren een zwaar risico vormen. Wij zijn van mening dat dit een slogan is waarin je, als je het maar vaak genoeg herhaalt, zelf op den duur gaat geloven. De toewijzing van immateriële schade (smartegeld) door de Nederlandse rechter is buitengewoon spaarzaam (zie *kader*). Maar het feit dat er inderdaad in de afgelopen jaren enige forse claims zijn geweest (Utrecht – bestralingsfouten radiologie; Eindhovense uroloog), die nog niet eens door de verzekeraars voor 100% werden gedragen vanwege de limitering van de maximum uitkering, is voor de verzekeraars een prima verkoopargument. *De realiteit is dat de meeste claims tot afwijzingen of nauwelijks noemenswaardige vergoedingen leiden*, zoals bijvoorbeeld een kapotte bril van een verpleegkundige.

Dat de MAR ernaar streeft om hopelijk juist voldoende premie te innen om schade en kosten te kunnen opvangen, lijkt ons gezien het exploitatie-overzicht van de MAR over 1977 wat al te bescheiden. Het forse verlies waar de heer Kist over spreekt is niet meer dan een schijnverlies: de MAR reserveert niet minder dan f 1.600.000,— voor 28 schademeldingen, waarvan onzeker is of deze ooit tot een uitkering komen. Voorts bedroeg de provisie aan tussenpersonen f 450.000,—, terwijl aan werkelijke schade slechts f 11.000,— werd uitgekeerd. Hier tegenover stond een inkomen aan premies van f 1.800.000,—, opgebracht door 130 instellingen. *Overigens legt de MAR de deelnemers geen windeieren, als men bedenkt dat de dure MAR-verzekering zowel het inloop-als het uitlooprisk dekt. Dit houdt onder andere in dat schade welke veroorzaakt is door een gebeurtenis die voor de aanvang van*

Er bestaan complete overzichten van alle toewijzingen van immateriële schade (smartegeld) in Nederland, waaruit blijkt dat de toegewezen schadevergoedingen laag zijn. Zie hiervoor de losbladige editie *Onrechtmatige Daad*, onder redactie van Mr. H. Drion, deel II Schadevergoeding en andere rechtsgevolgen door Prof. Mr. A. R. Bloembergen, nr. 391, waarin een overzicht is opgenomen van de schadevergoedingen die in de gepubliceerde rechtspraak vanaf 1943 zijn toegekend.

Een eveneens uitvoerig overzicht van toegewezen bedragen wordt gepubliceerd in het tijdschrift *Verkeersrecht*, laatstelijk in juni 1976, door Mr. Th. L. van Veen.

Om een indruk te geven van de *toegewezen bedragen* geven wij hieronder enige voorbeelden uit het recente verleden:

- Het Hof in Arnhem wees op 25 maart 1970 (VR 1973 nr. 23) f 30.000,— toe aan een 59-jarige directeur van een hypotheekbank met een zeer ernstige hersenschudding, vijf gebroken halswervels en longperforaties. Na een langdurige ziekenhuisopname was hij bijna twee jaar 100% invalide. De blijvende schade voor deze directeur bestaat uit constante hoofdpijnen, terugkerende vaatkrampen en neiging tot embolieën;
- De rechtbank in Dordrecht wees op 26 juni 1974 (NJ 1975, 234) f 8.000,— smartegeld toe aan een volwassen man die zwaar hersen- en nekletsel opliep. De man werd voorgoed 80-100% arbeidsongeschikt. De blijvende schade bestaat uit hoofdpijnen, verminderd gezichtsvermogen, post-traumatische neurose;
- Tot slot een zeer hoge toewijzing (f 70.000,—) voor een jongen van 11 jaar die hersenletsel en ernstig letsel aan alle extremiteiten opliep. Hij lag 8 maanden in coma en is thans geestelijk en lichamelijk volledig invalide en kan zich nauwelijks uiten. Ondanks het zware letsel is de jongen zich bewust van zijn toestand. Deze toewijzing deed het Hof van Amsterdam 8 juni 1973 en 1 februari 1974 (VR 1975 nr. 60 en 61).

de verzekering plaatsvond wordt gedekt door de MAR-polis (dit is inloop). Dat de individuele deelnemers van de MAR tot de oprichting van de MAR per 1 januari 1977 een eigen schadereserve hadden opgebouwd, die op slag risicoloos is geworden, is een facet dat de MAR om begrijpelijke redenen buiten beschouwing laat. De heer Kist trekt vervolgens onze bewering in twijfel dat het *marktaandeel*, dat officieel bekend staat als 72%, een monopoliepositie inhoudt. Men moet bij de genoemde 72% allereerst bedenken dat dit percentage betrekking heeft op het aantal instellingen: 579 van de 807 erkende instellingen van intramurale gezondheidszorg zijn, zoals het jaarverslag over 1977 aangeeft, potentiële klanten van de MAR. Dat deze 579 instellingen qua omzet (en dat is de grondslag voor de premieheffing) meer dan 72% scoren, duidt op een grotere greep op de markt. Daar komt nog bij dat de invloed van de individuele MAR-verzekeraars in de herverzekeringsmaatschappijen zodanig groot is dat het marktaandeel van de MAR ook om deze reden niet mag worden onderschat. Derhalve handhaven wij onze conclusie dat het marktaandeel van de MAR aanmerkelijk hoger ligt dan de officiële 72%.

Over de door de heer Kist genoemde tijdrovende *gerechtelijke procedures* willen wij opmerken dat deze voor de

patiënt zo onbevredigende gang van zaken reeds in de praktijk werd voorkomen, doordat de binnen een instelling werkzame specialisten hun beroepsaansprakelijkheidsverzekering bij dezelfde verzekeraar onderbrachten als waar de instelling zelf verzekerd was. Op deze wijze werd al bereikt dat de gelaedeerde niet de dupe werd van het dikwijls langdurige juridische steekspel tussen de verschillende verzekeraars onderling. Dat de MAR het *schuldvraagonderzoek* achterwege zou laten lijkt ons onjuist. Indien een patiënt letsel overhoudt ten gevolge van een medische ingreep waarbij het vermoeden bestaat dat er sprake is van een verwijtbare fout, dan zal toch moeten worden onderzocht wie deze fout heeft begaan. Zonder deze identificatie zou namelijk niet kunnen worden vastgesteld of een handeling verwijtbaar is, omdat verwijtbaarheid nu eenmaal gebonden is aan een persoon. Slechts in geval van verwijtbaarheid zal de verzekeraar aansprakelijkheid aanvaarden en tot uitkering overgaan. Tussen een vlotte uitbetaling van de schade en het schuldvraagonderzoek dient duidelijk onderscheid te worden gemaakt. Het schuldvraagonderzoek is noodzakelijk om de aansprakelijkheid vast te stellen, de vlotte uitbetaling van de schade is het gevolg van de omstandigheid dat men met één verzekeraar van doen heeft. Bepaald misleidend is de heer Kist

wanneer hij het juridisch zo ingewikkelde *Nuboer-arrest* uit 1968 ten tonele voert. Wij zijn ervan overtuigd dat ook de MAR, indien zij ten tijde van het Nuboer-arrest had bestaan, de betreffende schade aan de gelaedeerde niet had uitgekeerd, nu de rechter oordeelde dat Nuboer noch uit wanprestatie noch uit onrechtmatige daad aansprakelijk was. Bekend is dat de afloop van het Nuboer-arrest uiterst onbevredigend was voor de gelaedeerde patiënt, maar wij menen dat dit te wijten is aan andere oorzaken en als zodanig geen verband houdt met het door de heer Kist aangehaalde schuldvraagonderzoek (Nuboer-arrest, HR 31 mei 1968, NJ 1968, 323).

Als laatste willen wij ingaan op de door ons gesignaleerde *dubbele verzekering* voor medische specialisten. De medische specialist is medeverzekerd op de ziekenhuispolis, waarvoor de specialist bijdraagt in de premie, terwijl hij daarnaast een eigen beroepsaansprakelijkheidsverzekering moet aanhouden voor een geringe rest-aansprakelijkheid in verband met de huispraktijk en het straatongeval. *Wij constateren aan de ene kant dat de MAR de premies van de ziekenhuisverzekeringen drastisch verhoogt, waardoor de specialistenbijdrage evenredig stijgt, terwijl aan de andere kant de afzonderlijke deelnemers binnen de MAR – weliswaar zonder zich MAR te noemen – zich bezighouden met het afsluiten van individuele polissen voor medische specialisten, die ook steeds duurder worden.* Het is verheugend dat de voorzitter van de MAR schrijft dat de deelnemers van de MAR geadviseerd wordt rekening te houden met deze dubbele premieheffing bij de vaststelling van de premies voor artsenpolissen. Wij hebben echter niet de indruk dat er ook maar één maatschappij is die dit advies ter harte neemt. Wij herhalen in dit verband nogmaals ons standpunt dat, juist nu het medische risico van de vrijgevestigde specialist reeds is medeverzekerd op de MAR-polis, een premieverlaging voor de beroepsaansprakelijkheidsverzekering van de medische specialist gerechtvaardigd is. In het geval dat een vrijgevestigd specialist full-time zowel klinisch als poliklinisch werkzaam is binnen het ziekenhuis zou de premie voor een eigen

beroepsaansprakelijkheidsverzekering zelfs geheel kunnen vervallen. Zoals bij de specialist in dienstverband zou het exceptionele risico van medische hulpverlening bij een straatongeval zonder financiële consequenties medeverzekerd kunnen zijn op de ziekenhuispolis.

III. Onderzoek door de overheid

Op 11 mei 1978 werden naar aanleiding van ons artikel opnieuw vragen over de MAR gesteld aan de verantwoordelijke bewindslieden. Nogmaals dringt de heer De Graaf erop aan dat een onderzoek wordt ingesteld naar het functioneren van de MAR. Wij zouden een dergelijk onderzoek toejuichen, omdat wij nog steeds van mening zijn dat de MAR een ongewenst kartel is.

*Kamervragen De Graaf (PvdA)
– 11 mei 1978*

1. Hebben de bewindslieden kennis genomen van een beschouwing over kartelvorming bij verzekeraars van medische aansprakelijkheid?*

2. Zijn de bewindslieden het met de auteurs eens dat de toegezegde openheid van de Medische

Aansprakelijkheidsrisico's (MAR) tegenover de Nationale Ziekenhuisraad onder andere met betrekking tot de premiestelling zeer te wensen overlaat?

3. Delen de bewindslieden het standpunt van de auteurs dat in de affaire-MAR thans voldoende feiten bekend zijn waarmee wordt aangetoond dat de MAR in strijd handelt met de belangen van de Nederlandse intramurale gezondheidszorg, derhalve in strijd met het algemeen belang, en dus onverbindend zal moeten worden verklaard?

Zo ja, zijn de bewindslieden dan bereid om tot ontbinding van het MAR-kartel over te gaan?

4. Zijn de bewindslieden bereid – overeenkomstig de suggestie van de beide auteurs – te bevorderen dat een eigen (overheids)verzekeringsmaatschappij voor de ziekenhuizen wordt opgericht?

Toelichting. Deze vragen gelden als aanvulling op eerder gestelde vragen dd. 6 april 1978.

*Zie: Medisch Contact nr. 17/1978, blz. 511 t/m 515.

Nieuwe stempelbanden Medisch Contact 1977

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

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



Van 'tarievenclub' naar 'functionele vereniging'

LHV-voorzitter over beleidsvoornemens

Ter inleiding van de ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging, vrijdag 2 juni jl. gehouden in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht, heeft LHV-voorzitter J. W. Jacobze de weg gewezen welke volgens hem moet worden bewandeld om gestalte te kunnen geven aan de beleidsvoornemens, die onlangs in een lange reeks regionale bijeenkomsten aan de LHV-leden ter bespreking zijn voorgelegd.

De heer Jacobze sprak de ledenvergadering als volgt toe:

In het jaarverslag over 1977 wordt gesproken over een veelbewogen jaar. De invloed daarvan heeft zich op de ontwikkelingen in 1978 voortgezet, ook al zal dit voor een buitenstaander minder duidelijk en herkenbaar zijn, des te meer omdat enkele van deze ontwikkelingen elkaar kruisen of zelfs tegengesteld zijn. Er zijn thans meer voorzieningen op het gebied van de gezondheidszorg, de psychische en maatschappelijke hulpverlening dan ooit te voren. Al deze voorzieningen voeren een open-deuren-politiek om niemand bij voorbaat het gebruik van hun diensten onmogelijk te maken. Afgezien van de vraag of dit beleid altijd succes heeft, zijn de keuzemogelijkheden van de bevolking om te voorzien in hun behoeften aan hulp sterk toegenomen. Bovendien emancipeert de bevolking en raakt voortdurend meer bewust van de keuzes die men kan maken. Concreet gezegd: men gaat niet meer automatisch af op het oordeel van een bepaalde hulpverlener, zelfs als dat een vertrouwd iemand is zoals de huisarts. De toename van het aantal en van de soorten voorzieningen veroorzaakt al jaren een toenemende functievervaging. Dit geldt vooral voor de eerste lijn, waar de behoefte aan hulp polyvalent is. Binnen de eerste lijn is het dan weer de huisarts die zeer beroerd wordt door deze functievervaging: hij immers heeft de

laagste drempel en het grootste aantal contacten met de bevolking. Wij staan echter voor het grote probleem, nu niet exact weer te geven is welke de taken van de Nederlandse huisarts zijn, dat de organisatie als zodanig ook moeilijk kan claimen ten opzichte van andere beroepsgroepen, wat door de huisarts en dus niet door anderen gedaan zou moeten worden. Dit geldt zowel in de relatie eerste-tweede echelon als in de relatie met de andere werkers uit het eerste echelon. Het kan voorkomen dat deze zich veel meer bewust zijn van hun eigen taakstelling en zodoende via bijvoorbeeld wettelijke maatregelen komen tot het overnemen van taken die vele huisartsen in den lande wel tot de hunne rekenen en – sterker – waarzonder zij menen nauwelijks goed als huisarts te kunnen functioneren. Wij noemen hierbij de uitbreiding van de hulp van de verloskundige en de wensen die op het terrein van de jeugdgezondheidszorg worden gekoesterd. De gezondheidszorg wordt in toenemende mate beleidsproject voor de overheid. Dit proces heeft twee aspecten. Aan de ene kant is er het streven de gezondheidszorg te ordenen, terwijl aan de andere kant een inkomensbeleid gevoerd wordt. Deze ontwikkeling is autonoom, dat wil zeggen, zet zich voort ongeacht de politieke kleur van het kabinet. Wij zullen uiteraard deze ontwikkelingen kritisch blijven volgen, daarbij rekening houdend met de volgende factoren:

1. Men moet steeds aandacht blijven besteden aan de kostenaspecten, deze moeten echter niet worden verward met beleidsaspecten. De kostenaspecten hebben alleen te maken met de voorwaarden en niet met de criteria voor een goede gezondheidszorg. Daarbij komt dat voorwaarden een afgeleide behoren te zijn van criteria.
2. De toetssteen voor een democratische gezagsorde is de mate waarin het de erbij betrokkenen legitieme middelen verschaft om toegang te krijgen tot degenen die de beslissingen nemen die hen raken en om op diegenen invloed uit te oefenen. Het

systeem is meer of minder democratisch, afhankelijk van het aantal, de beschikbaarheid en de doeltreffendheid van deze middelen.

3. Wij zullen nagaan in hoeverre de door de overheid voor te stellen maatregelen onderdeel vormen van een systematische benadering van de problemen in de gezondheidszorg, met andere woorden in hoeverre zij deel uitmaken van een geïntegreerd beleid.

De basis onder de honoreringsstructuur van de huisarts is ongeveer dan 10 jaar oud. Te verwachten is dat de honoreringsstructuur binnen afzienbare tijd fundamenteel aan de orde gesteld zal worden.

Het huidige functioneren van de huisarts brengt met zich mee dat het bestuur moet letten op verschillen in honorering en honoreringsstructuur al naar gelang gefunctioneerd wordt. Weliswaar is de huisarts in dienstverband als zodanig aanvaard en wordt ook verwacht dat diversiteit in de kostenvergoeding met name ten aanzien van de samenwerkers geaccepteerd zal worden, toch zal met name de netto honorering structureel voor iedere huisarts hetzelfde moeten zijn. Binnen de LHV wordt gezocht naar een oplossing om bijvoorbeeld bij uniformiteit van honoreringsstructuur niettemin de diversiteit van praktijkvoering en klachtenaanbod tot uitdrukking te brengen. Daarbij speelt ook het probleem dat particuliere patiënten, zijnde 30% der Nederlandse bevolking, moeilijk in te passen zijn in een hecht administratief systeem.

Het Centraal Bestuur is van mening dat kwaliteitsbewaking voor bevordering van de huisartsgeneeskunde noodzakelijk is en het zal daartoe haar invloed aanwenden bij de opleiding en bij de nascholing. Tevens zal worden gestreefd naar een kader voor intercollegiale toetsing waarbij echter uitgegaan moet worden van de motivatie en dus vrijwilligheid van de individuele huisarts.

Naar ons gebleken is, vinden in een aantal plaatsen reeds door huisartsen

nabesprekingen over de waarneming plaats, die het voordeel hebben dat binnen deze vorm van samenwerking overleg plaats kan hebben over elkaars taakopvatting en -uitvoering. Vooralsnog zou het Centraal Bestuur in principe de mogelijkheid willen voorbereiden dit waarnemingsoverleg in den lande te structureren.

Over pluriformiteit, in het bijzonder die ten aanzien van samenwerkingsvormen, blijkt ook hier in den lande een grote diversiteit van opvattingen te heersen. Ook hier is duidelijk dat samenwerking zich niet laat afdwingen. Het moge zo zijn dat de 'driepoot'-gedachte, zoals neergelegd in de door de ledenvergadering van de LHV goedgekeurde verklaring van NOBEL, leidraad is voor het Centraal Bestuur, op zich kan het Centraal Bestuur hier niet goed mee uit de voeten. Belangrijk gegeven hierbij is echter dat ook in de periferie de behoefte aan goede contacten tussen de diverse werkers in de eerste lijn sterk gevoeld wordt.

De mogelijkheid scheppen voor diegenen die dat wensen, lijkt des te zinvoller. Hierbij doet zich soms het probleem voor, dat door gemeentes beslissingen ten aanzien van het opzetten van gezondheidscentra en dergelijke genomen worden zonder daarbij eerst overeenstemming te hebben bereikt met de reeds functionerende collegae. Heel duidelijk ligt hier het probleem voor de betrokken gemeente dat de plannen voor een dergelijk centrum en de opbouw van een goede samenwerking veelal niet gelijk lopen. Mislukkingen zijn dan ook niet uitgesloten.

Tenslotte is er de kern waar het in de regionale bijeenkomsten rechtstreeks om draaide. De LHV maakt al enkele jaren een ontwikkeling door van 'tarievenclub' naar 'functionele vereniging'. Bij dit laatste gaat het om meer dan alleen de materiële belangen van de leden. Daarom heeft het Centraal Bestuur zich nu rechtstreeks tot de leden gewend om van hen te vernemen wat zij ervan vinden.

Het Centraal Bestuur heeft 13 vragen (zie MC nr. 18, dd 5 mei jl, blz. 543-Red.) voorgelegd aan de periferie. Daar heeft men vrijwel algemeen 'ja' op gezegd, maar in de uitwerking bleken grote verschillen. Met andere woorden, er is gepraat over zaken (de 13 vragen), terwijl het ook – misschien wel vooral – gegaan is over wederzijds vertrouwen. Het ja-woord geldt dan de vertrouwenskwestie. De bezwaren zijn gericht tegen de waardenstellende en normerende inhoud van de beleidsvoornemens van bovenaf. De wens is duidelijk naar voren gekomen dat de leden een directe inbreng en invloed willen hebben op de waarden en normen van hun functioneren. Maar dit betekent dat wij, het Centraal Bestuur, en U, leden der LHV, gezamenlijk de kaders moeten opstellen waarbinnen dit kan gebeuren. Wij moeten met elkaar de voorwaarden scheppen waardoor het voor U mogelijk



Besluiten LHV-ledenvergadering van 2 juni 1978

De ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging, vrijdag 2 juni jl. gehouden in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht, heeft de volgende voorstellen van het Centraal Bestuur goedgekeurd:

1. Jaarverslag van de secretaris over 1977 (zie MC nr. 19/1978, blz. 597 tot en met 604).
2. Financiële jaarstukken (zie MC nr. 20/1978, blz. 625 e.v.): a. Financieel jaarverslag van de penningmeester over 1977; accountantsrapport; decharge van de penningmeester; b. Financieel jaarverslag van de secretaris-penningmeester van de Apotheekcommissie over 1977; decharge van de secretaris-penningmeester van de Apotheekcommissie.
3. Voorstel tot wijziging van het lidmaatschapscriterium en in verband daarmee wijziging van relevante artikelen in het Huishoudelijk Reglement van de LHV. De ledenvergadering koos voor de in MC nr. 20/1978 op blz. 629 en 630 uitgewerkte alternatieven Ib en IIb. Met betrekking tot de daarmee samenhangende contributieheffing voor waarnemend huisartsen/gewoon lid zal het Centraal Bestuur met een nieuw voorstel komen.

wordt Uw functioneren als huisarts te kunnen uitbouwen.

De herstructurering die het Centraal Bestuur voor ogen staat, vormt de basis voor meer en betere communicatie en consultatie binnen de LHV. Belangrijk daarbij is dat dit geen lege huls zal worden, geen eenrichtingsproces (van centraal naar perifeer), maar een gebeuren dat zich voltrekt in de wisselwerking van structuurverandering en ontplooiingsidealen. Voor elke situatie is er een mate van structurering die nuttig en zinvol is, die een ruimte doet ontstaan die bevorderlijk is voor ontwikkeling. Idealiter zou het zo kunnen zijn dat het beleid, gestimuleerd en gecoördineerd door het Centraal Bestuur, vanuit de periferie wordt opgebouwd. Het is echter de vraag of een dergelijke stapsgewijze beleidsontwikkeling mogelijk zal zijn.

In de eerste plaats zullen de eerder geschetste externe ontwikkelingen druk op ons uitoefenen om tot een normstellend beleid te komen. In de tweede plaats vraagt de interne ontwikkeling van perifeer beleid ten aanzien van zaken als vestigingsbeleid, toetsing en nascholing om coördinatie op korte termijn.

Om tot een evenwichtige koersbepaling te komen zal het Centraal Bestuur initiatieven dienen te ontwikkelen om op deze punten

te komen tot besluitvorming binnen de LHV. Het Centraal Bestuur ziet het dan ook als een zeer belangrijke taak om U op korte termijn duidelijkheid te verschaffen over wat ons voor ogen staat, waarbij communicatie en de daarbij behorende informatie en consultatie op de voorgrond zullen staan.

Wij hebben kunnen constateren dat meer en meer wordt ingezien, dat het er om gaat hoe wij onze doeleinden formuleren en hoe wij die nastreven. Dat het gaat om de wijze waarop wij tot onze keuzen, onze beslissingen komen en onze handelingen organiseren. Dit moet zodanig zijn, dat overtuiging het wint van gebruik van macht en willekeurig gezag, zodanig dat meer en meer mensen de verantwoordelijkheid delen voor de toekomst.

Aldus LHV-voorzitter J. W. Jacobze ter inleiding van de ledenvergadering, die later kon worden toegezegd dat het Centraal Bestuur – mede op grond van zijn bevindingen in de regionale bijeenkomsten – de 'Aanzet voor een visie van de LHV' zal redigeren en uitwerken, zodat de achterban met betrekking tot deze problematiek op niet al te lange termijn een concreet beleidsplan tegemoet kan zien.

Intern en extern medisch tuchtrecht complementair of dualistisch?

Het bestaan van twee medische tuchtregelingen, te weten het interne tuchtrecht van de KNMG en het externe ingevolge de Medische Tuchtwet, doet telkenmale de vraag rijzen of er nu sprake is van een overlapping dan wel van een zinvolle aanvulling. Vergelijkt men onder meer het klaagrecht en de gronden voor veroordeling alsmede de op te leggen maatregelen, dan treft men verschillende punten van gelijkenis aan die de eerste constatering rechtvaardigen. Let men echter meer op de strekking en de achterliggende bedoelingen, dan lijkt de tweede conclusie de juiste.

Rechtvaardiging intern tuchtrecht

Het KNMG-tuchtrecht is als verenigingsrecht met een uitstralingseffect buiten de kring der beroepsgeenoten van meet af aan (1903) als vanzelfsprekend geaccepteerd. Bij de behandeling van de Medische Tuchtwet in de jaren 1928 en 1929 is evenwel uitvoerig gediscussieerd over de onderlinge relatie tussen beide regelingen. In de Memorie van Toelichting wordt over de KNMG-regeling opgemerkt, dat niet verdedigd of aannemelijk gemaakt behoeft te worden dat medici in de eerste plaats geroepen zijn en worden om over medici te oordelen: men heeft door initiatief van een particuliere organisatie een steun tegen verval van de medische stand die grote waardering verdient. Bij het honderdjarig bestaan van de KNMG kwam de rechtvaardiging van het Maatschappij-tuchtrecht wederom aan de orde. Gewezen werd op de preventieve en de repressieve functie. De beide tuchtregelingen bestrijken

door **Prof. Dr. J. F. Rang**



De auteur, hoogleraar arbeidsrecht aan de Rijksuniversiteit Utrecht, is tevens bijzonder hoogleraar gezondheidsrecht aan de RU Leiden.

Prof. Rang is Kroonlid van de Ziekenfondsraad en de Sociale Verzekeringsraad, redacteur van het Sociaal Maandblad Arbeid en van het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht.

niet dezelfde soort van moeilijkheden en conflicten, maar voor het hooghouden van de collegiale verhoudingen is de eigen rechtspraak belangrijker en voor de behandeling van kwesties van derden betreffende in ieder geval niet minder belangrijk dan de officiële tuchtrechtspraak. Tijdens het ledencongres van 1952 werd opgemerkt dat de betekenis van de eigen rechtspraak niet in de eerste plaats ligt in het berechten van ernstige misgrepen, maar in het scheppen en handhaven van de juiste sfeer rondom het werk van de arts. Het handhaven van de medische ethiek is niet alleen voor de artsen zelf van betekenis. Ook de staatscommissie ter herziening van de Medische Tuchtwet (1954) stelde zich unaniem op het standpunt dat het bestaan van de intercollegiale rechtspraak en de juiste beoordeling

van de normen als een *conditio sine qua non* valt aan te merken, zonder welke een goede tuchtrechtspraak niet mogelijk is.

In het rapport van de Commissie herziening rechtspraak van de KNMG (1968) wordt dieper op deze materie ingegaan. Onderscheid wordt gemaakt tussen de onderlinge en de niet-onderlinge rechtspraak. Onderling is de rechtspraak voor zover de rechtsprekende organen kennis nemen van klachten welke het ene lid tegen een ander lid indient, niet-onderling voor zover deze rechtspraak ook aan derden de mogelijkheid biedt zich over een lid te beklagen. De onderlinge rechtspraak is het aangewezen instituut voor de toepassing van het groepsrecht, het geheel van gedragsregels die volgens de onder de artsen heersende gewoonten en opvattingen door een behoorlijke arts moeten worden nageleefd en waarvan de toepassing buiten de competentie van de gewone rechter en grotendeels ook buiten de competentie van de medische tuchtcolleges ingevolge de Medische Tuchtwet valt. Deze rechtspraak is onmisbaar voor de handhaving van de verenigingsdiscipline als het geheel van gedragsregels die volgens de in de KNMG geldende regelingen en gewoonten door een behoorlijk lid als zodanig moeten worden nageleefd. De eigen rechtspraak heeft echter ook ten doel tot uitdrukking te brengen dat het in de eerste plaats een taak van de artsen zelf is een dam op te werpen tegen een mogelijk verval van de medische stand en corrigerend op te treden tegen het lid wiens gedragingen een gevaar kunnen opleveren voor het aanzien van de stand. De interne tuchtrechtspraak heeft eveneens voor derden betekenis, omdat zij meer dan

de officiële tuchtrechtspraak de gelegenheid schept voor overleg en begripsvorming over en weer tussen artsen en patiënten over wat een arts behoort te doen en te laten. Het staat vast dat bij het ontbreken van een eigen tuchtrechtspraak een aantal geenszins onbelangrijke zaken niet zou worden behandeld, omdat de patiënten niet spoedig overgaan tot het inschakelen van het medische tuchtcollege of de gewone rechter – aldus het rapport.

De hierboven vermelde argumenten voor het interne tuchtrecht kan ik in grote lijnen onderschrijven. Met de eigen tuchtregeling wordt niet alleen het belang van de KNMG gediend maar ook het algemeen belang. Ik ben het daarom niet eens met de auteurs die stellen dat de KNMG zich moet beperken tot de behartiging van het eigen belang, zodat de arts-patiëntrelatie buiten de jurisdictie van de districtsraden valt. Deze beperking is irreëel omdat het ook het belang van de KNMG is dat de geneeskunst op het hoogste peil wordt beoefend, omdat oncollegiaal optreden direct kan ingrijpen in de arts-patiëntrelatie en omdat de KNMG-regelingen vele bepalingen bevatten welke van directe betekenis zijn voor het algemeen belang en welke het standsbelang van de KNMG te boven gaan. Ik denk bijvoorbeeld aan de specialistenopleiding welke door de wetgever aan de beroepsgenoten is overgelaten, aan de richtlijnen inzake de medische verklaringen en het beroepsgeheim, alsmede aan het ziekenfondsbestel waarin de LHV en de LSV met de ziekenfondsorganisaties onderhandelen over het honorarium maar ook over de rechten van de verzekerden. Het valt mij altijd weer op dat deze argumenten in de literatuur ter rechtvaardiging van de KNMG-regeling niet worden genoemd. Voor mij zijn zij doorslaggevend, omdat het stelsel van het Nederlandse gezondheidsrecht deze regeling onontbeerlijk maakt. Door de rechter wordt bij het vaststellen *in casu* van het recht in de gezondheidszorg steeds uitgegaan van wat in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is, van wat een arts met gelijke opleiding en ervaring onder dezelfde omstandigheden had behoren te doen, etc. In een dergelijk systeem – als in Nederland van kracht – van algemene rechtsbeginselen welke door

de rechter moeten worden toegepast en geïnterpreteerd voor het concrete geval, bestaat er behoefte aan geobjectiveerde normen waarvan de inhoud in belangrijke mate wordt vastgesteld door de beroepsgenoten zelf.

Het algemeen belang eist dat de geneeskundige stand een eigen tuchtregeling heeft, juist gelet op de rechtshandhaving, om daardoor een bijdrage te leveren aan het vorm geven en het normeren van wat gebruikelijk is en behoort te zijn, met name door het toezicht houden op het naleven van de, in het belang van de patiënt opgestelde richtlijnen. Maar juist op grond daarvan mag met recht *meer openbaarheid* worden gevraagd van de eigen tuchtrechtspraak, ook al is het regelmatig publiceren van uitspraken van de Raad van Beroep een stap in de goede richting. In veel gevallen kan de gewone rechter slechts op indirecte wijze kennis nemen van de opvattingen in de kring der beroepsgenoten, zonder in staat te zijn zelf op grond van de stukken daarover een oordeel te vellen.

Verskil in werkkerrein

De argumenten welke destijds zijn aangevoerd voor een wettelijke tuchtregeling zijn nog steeds van kracht. Beide regelingen hebben niet alleen een eigen plaats gekregen, zij vervullen een functie welke niet kan worden gemist. Samengevat komen de argumenten op de navolgende neer:

- 1) Gaat het voor de arts om het *salus aegri suprema lex*, waarbij de standseer door de *suprema lex* wordt bepaald, voor de wetgever is slechts het belang van de patiënt relevant: gezonden en zieken moeten vertrouwen kunnen hebben in de medische stand. De arts moet zich dus onthouden van handelingen die dat vertrouwen ondermijnen.
- 2) In het belang van de patiënt zijn waakzaamheid en omzichtigheid geboden, want het gaat om leven en dood. De arts die op dit punt faalt, moet verantwoordelijk gesteld kunnen worden.
- 3) De arts moet op de hoogte zijn van zijn vak. Vandaar dat art. 1 van de wet als klachtgronden noemt de vertrouwensonderminning, de nalatigheid en de grove onkunde.

Op deze wijze benaderd, kan worden

gesteld dat er dus een *verschil in werkkerrein* is tussen de beide tuchtregelingen, hetgeen door de KNMG in het verleden wel eens is ontkend. Duidelijk is dat, omdat de KNMG een vrijwillige privaatrechtelijke organisatie is en niet een publiekrechtelijke orde, niet alle artsen lid zijn van de KNMG en dus niet iedere arts onder het interne tuchtrecht valt. Voorts moet de mogelijkheid bestaan om aan iedere falende arts een zware tuchtmaatregel op te leggen en af te dwingen, zoals de schorsing en de ontzegging van de bevoegdheid; de KNMG heeft bij herhaling op dit argument gewezen. Tot slot beschikken de districtsraden over minder procesrechtelijke mogelijkheden dan de officiële tuchtcolleges, omdat de KNMG-regeling – gezien haar privaatrechtelijke karakter – geen opkomstplicht voor de getuige kent noch het afleggen van de eed e.d.

Veel juridisch rumoer is ontstaan over de in 1952 door de KNMG aangebrachte *wijziging van art. 627 Huishoudelijk Reglement* (in 1952: art. 253) door daarin ook de handelingen te noemen die ondermijnend schijnen voor het vertrouwen in de geneeskundige stand. In de Beschrijvingsbrief werd opgemerkt, dat er gevallen zijn waar het vertrouwen mogelijk wel geschokt is maar waarin men kan betwisten of de waardigheid ook in het geding is. De toevoeging is nodig om de districtsraden competent te maken om deze zaken te behandelen. Is deze motivering onduidelijk – de vertrouwensonderminning zou even goed onder een andere titel kunnen worden behandeld, zodat de districtsraad wel in staat is daar een oordeel over uit te spreken – nog onduidelijker wordt het door een opmerking in het jaarverslag van de Raad van Beroep (1952) dat door de toevoeging ook kunstfouten kunnen worden beoordeeld. Van juridische zijde is tegen de wijziging ernstig bezwaar gemaakt, omdat het verschil tussen beide tuchtregelingen ligt in het verschil in het te behartigen belang: het algemeen belang middels de vertrouwensonderminning (extern tuchtrecht) en het groepsbelang middels het handelen in strijd met de eer en de waardigheid van de stand (intern tuchtrecht). Gewezen werd op de passage in de Memorie van

Toelichting waarin wordt opgemerkt dat er een verschil in te hanteren normen is en dat de wetgever een ander te beschermen belang heeft. Deze benadering is mijns inziens niet sterk, omdat het algemeen belang wel degelijk is gebaat bij het interne tuchtrecht (zie het begin van dit artikel). In de rechtspraak is het verschil overigens bevestigd (b.v.: Hof Amsterdam 19.12.1934, NJ 1935 blz. 1145, HR dd. 25.3.1949, NJ 1949 nr. 230, CMTC dd. 20.9.1951, Verslagen en Mededelingen Volksgezondheid 1951 blz. 465). Van medische zijde werd tegen deze kritiek stelling genomen op een wijze welke mijns inziens aan de kern van de kritiek voorbijging. Als de vertrouwensonderminning het patent van de wet is en een waarborg voor de bescherming van de hulpzoekenden dan kan dat uitsluitend verdedigd worden voor de strafrechtelijke tuchtrechter, aldus het medische verweer. De kern van de kritiek was echter dat de bescherming van het algemeen belang – voor zover aan rechtspraak onderworpen – een zaak is van de officiële rechter; of dat de strafrechtelijke tuchtrechter is, is irrelevant.

Ruim tien jaar later werd een hernieuwde juridische aanval gedaan op bedoelde wijziging van art. 627 (253 oud). Hoewel uitvoeriger in motivering, werden in feite geen nieuwe argumenten aangedragen. Wel werden andere motieven genoemd door de voorstanders van de wijziging: 1. in een groot aantal gevallen die als kleine zaken worden aangebracht en waarmee de patiënten zeker niet naar de medische tuchtcolleges zouden gaan, blijkt bij nader onderzoek sprake te zijn van vertrouwensonderminning; 2. de KNMG kent een geschillenrechtspraak waarbij dikwijls tuchtrechtelijke aspecten blijken die anders zeker niet aan het licht zouden komen. Zou de norm van de vertrouwensonderminning ontbreken, dan zou correctie niet mogelijk zijn. De Commissie herziening rechtspraak KNMG stelde zich op het standpunt dat de norm gehandhaafd moest blijven, maar dat de districtsraden zich enige beperking zouden moeten opleggen bij de toepassing van sancties. Deze oplossing is beter dan een niet op de realiteit steunende terreinafbakening. Van deze realiteit is mijns inziens bij het tot stand komen van de Medische Tuchtwet wel

degelijk gebleken. Dat de problemen bij handhaving van de norm zich in beide stelsels concentreren rond de mogelijkheid van een dubbele berechting ligt voor de hand, maar die problematiek bestond ook voordat de wijziging werd aangebracht.

Formele overlapping

In 1968 ben ik, uitgaande van de tekst van beide regelingen, tot de conclusie gekomen dat er inderdaad sprake is van een overlapping. Ik handhaaf deze visie voor wat de formele kant betreft: de letterlijke tekst van de betreffende artikelen. Materieel gezien is er echter geen overlapping; in het pre-advies voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht (1977) wordt met dat aspect geen rekening gehouden, zodat mijn mening op dat punt onjuist is weergegeven. De *crux* ligt namelijk in de wijze waarop sedert de zestiger jaren de Medische Tuchtwet wordt toegepast en gehanteerd. Werd er tussen 1952 en 1968 van medische zijde vooral gewezen op een noodzakelijke aanpassing van de KNMG-regeling op grond van gewijzigde verhoudingen in de medische wereld, nu dient het accent gelegd te worden op de veranderde positie van de patiënt in het algemeen en als rechtstreeks belanghebbende bij een klacht in het bijzonder. Op deze wijze kom ik tot de slotsom, *dat de KNMG-regeling terecht is aangevuld maar dat de Medische Tuchtwet correctie behoeft* door het schrappen van de woorden '... de stand der ...' in de artt. 1, 2, 3 en 3a. De navolgende argumenten pleiten daarvoor:

1. Gezien de veranderde maatschappelijke verhoudingen kan bezwaarlijk nog over 'de stand der geneeskundigen' worden gesproken, indien men – zonder een bepaalde organisatievorm op het oog te hebben – alle artsen wil aanduiden. Het is zelfs de vraag of het begrip op deugdelijke gronden in 1924/1925 in het wetsontwerp is opgenomen, gelet op de specifieke betekenis van het woord 'stand'. Het begrip hoort in de wet niet thuis, omdat het uitsluitend kan slaan op de KNMG.
2. Ook al is de wettelijke tuchtregeling voor wat betreft de aangeklaagden een groepsregeling, het gaat bij het toepassen van deze wet

niet om de handeling van de arts als groepslid maar als individuele deskundige. De vertrouwensonderminning wordt steeds minder geënt op de stand, steeds meer op de persoon van de arts.

3. Bij de wettelijke tuchtprocedure moet het algemeen belang vorderen dat een ingediende klacht wordt behandeld. De individuele handeling van de arts moet aan dat algemene belang (geconcretiseerd in medisch-technische en medisch-ethische normen) worden getoetst. Wil er sprake kunnen zijn van vertrouwensonderminning, dan zal voldaan moeten zijn aan het zogenaamde 'ruchtbaarheidscriterium', d.w.z. er moet een zekere ruchtbaarheid over de gewraakte gedraging bestaan in bredere kring. Uit de tuchtrechtspraak van de laatste jaren blijkt dat dit criterium veelal buiten beschouwing wordt gelaten. Belangrijker is dat de handeling een bepaald ongunstig effect op het vertrouwen van het publiek heeft gehad. Omdat dat effect in de regel niet aantoonbaar is, blijft slechts het laakbare karakter over als grond voor een beoordeling.

4. In het wettelijk tuchtsysteem verandert de positie van de klager zodra hij als klager ontvankelijk is verklaard: hij wordt getuige, terwijl het college een dubbelfunctie verkrijgt. Vandaar dat vóór 1972 de klager niet werd geïnformeerd over een opgelegde maatregel, want het ging immers niet om een individuele zaak maar om het algemeen belang. Niet de individuele genoegdoening stond centraal, maar het preventieve karakter van de maatregel in het algemeen. Zowel door de wetswijziging van 1972 (uitbreiding van de wet op het punt van de openbaarheid) als door de wijze waarop het wettelijk tuchtrecht de laatste jaren wordt toegepast, moet worden gezegd dat het element van de persoonlijke genoegdoening in relatie tot de arts als deskundige wel degelijk een rol is gaan spelen.

Mijn slotconclusie is dan ook *dat het wettelijk medisch tuchtrecht niet langer mikt op het vertrouwen in de stand maar op het vertrouwen in de arts als deskundige*. Het standselement heeft terecht een plaats in de KNMG-regeling gekregen.

Vertrouwenselement

De Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening gaat nog verder en elimineert het begrip 'vertrouwen' geheel. Het accent wordt gelegd op het tekortschieten in de zorg welke behoort te worden betracht alsmede op het tekortschieten in de uitoefening van het beroep en wel zodanig dat daardoor ernstige schade ontstaat of dreigt te ontstaan. De commissie motiveert dit door te stellen dat er in het huidige systeem sprake moet zijn zowel van ruchtbaarheid als van een ongunstig effect van de handeling op het vertrouwen in de geneeskundige stand. Omdat dit effect niet aantoonbaar is, hebben de tuchtcolleges – aldus de commissie – als het ware laakbare gedragingen die ruchtbaarheid hebben gekregen aangemerkt als vertrouwensondermijnende handelingen. Zoals ik reeds opmerkte: dat effect is veelal niet aantoonbaar, ruchtbaarheid is vaak niet aanwezig.

Toch zijn de tuchtcolleges tot veroordeling overgegaan. De conclusie van de commissie is daarom niet houdbaar, maar vooral verwerpelijk omdat juist de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt medisch-technisch, medisch-ethisch én gezondheidsrechtelijk van essentiële betekenis is. Elimineert men het vertrouwenselement, dan denatureert men het medisch tuchtrecht tot een louter technisch tuchtrecht. Wel stelt de commissie dat bij de voorgestelde norm het accent meer zal vallen op het ethische, maar de toelichting van de commissie dekt niet, althans onvoldoende, de geformuleerde grondnorm.

Literatuur

Dit artikel is voornamelijk gebaseerd op het door mij geschreven hoofdstuk 'Medisch tuchtrecht' in het boek *Tuchtrecht*, deel 2 van de boekenreeks van het Nederlands Juristenblad, Zwolle 1975,

blz. 86-125. Kort samengevat raadpleegde ik voor dit artikel:

Jaargangen *Medisch Contact* 1952, 1954, 1968 t/m 1972.

Rapport Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening. Deel 15 van de serie *Verslagen en Rapporten Volksgezondheid* 1973.

D. Sanders, *De praktijk van het medisch tuchtrecht*. Deventer 1967. Zie ook mijn uitvoerige boekbespreking in *Soteria* 1968, blz. 85-92, 102-109.

Artikelen van Mr. W. B. van der Mijn in *Medisch Contact* 1967 en 1968.

W. B. van der Mijn, *Wettelijke regelingen voor beroepen in de gezondheidszorg*. Deventer 1973.

Gedenboek KNMG, Honderdjarig bestaan. Amsterdam 1949.

E. R. von Geldern, *Het tuchtrecht voor media*. *Medisch Contact* 1968, blz. 51-56.

Bundel *Vijfentwintig jaar medisch tuchtrecht*. 's-Gravenhage 1955.

P. H. Utermark, *Medisch tuchtrecht*. Pre-advies Vereniging voor Gezondheidsrecht 1977.

Speciale bijeenkomst ter herdenking dubbel jubileum 75 jaar KNMG-rechtspraak - 50 jaar Medische Tuchtwet

Het hoofdbestuur van de KNMG heeft tijdens een enigszins plechtige bijeenkomst op vrijdag 2 juni jl. in Hoog Brabant het dubbele jubileum herdacht: 75 jaar KNMG-rechtspraak en 50 jaar Medische Tuchtwet.

Naast vertegenwoordigers van de overheid waren de leden van de Districtsraden, de Raad van Beroep, de Medische Tuchtcolleges en het Centraal Medische Tuchtcollege uitgenodigd. Onder de ongeveer tachtig genodigden bevonden zich als vertegenwoordigers van de overheid Mw. Mr. E. H. Haars, staatssecretaris van Justitie, en J. van Londen, directeur-generaal Volksgezondheid, alsmede de nieuwe Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid W. J. C. van Gestel.

Na een welkomstwoord van KNMG-voorzitter Ch. J. Maats werden de aanwezigen toegesproken door Prof. Mr. A. L. Melai, hoogleraar strafrecht en voorzitter van de Raad van Beroep, en Prof. Dr. J. F. Rang, hoogleraar arbeidsrecht aan de Rijks Universiteit te Utrecht en bijzonder hoogleraar aan de Rijks Universiteit te Leiden.



Onder de genodigden bevonden zich onder anderen Mw. Mr. E. H. Haars, staatssecretaris van Justitie (op de voorgrond in het midden) en J. van Londen, directeur-generaal Volksgezondheid (op de voorgrond rechts). Staatssecretaris Haars wordt aan de andere zijde geflankeerd door KNMG-voorzitter Ch. J. Maats.

Prof. Melai hield een referaat over de interne rechtspraak van de Maatschappij Geneeskunst, die 'in verreweg de meeste gevallen functioneert op de impuls van een binnengekomen klacht. De meeste van die klachten zijn afkomstig van niet-leden van de Maatschappij, te weten: van de patiënten, als degenen waarom het in de gezondheidszorg is begonnen. Ook wanneer wij kunnen aannemen dat die klachten naar getal en inhoud niet adaequaat zijn aan wat de beklagde artsen in werkelijkheid zou zijn te verwijten, dient juist die opheldering – en de inspanning die de bij de rechtspraak betrokken artsen zich daarvoor getroosten – als de belangrijkste bestaansgrond van de hierbedoelde rechtspraak te worden aangewezen', aldus deze spreker, die de vorm van onderzoek dat wordt gedaan naar aanleiding van een klacht over een beweerd tekort in de handelwijze van een geneeskundige principieel onderscheidt van het 'onderzoek naar de draagwijdte van het – aan veranderingen onderworpen – arsenaal van technische en normatieve opvattingen onder artsen en naar de aannemelijkheid van het gedrag of van de feitelijke verrichtingen van artsen in het licht van die opvattingen', onder andere in de intercollegiale toetsing. Melai: 'Bij de intercollegiale toetsing gaat het uitsluitend om de kwaliteit van de uitkomst van de gezondheidszorg. Daarbij is het niet begonnen om de vaststelling van de individuele verantwoordelijkheid van een arts voor enige handeling in een concreet geval, maar om het niveau van de geneeskundige beroepsuitoefening in de betrokken beoordelingsgroep. Voor zover die toetsing plaatsvindt met de bereidheid tot correctie – zo nodig in individuele gevallen – gaat het om de correctie van organisatie, werkwijze of medische technologie: *niet* om die van personen. Zoals in de woorden 'intercollegiale toetsing' ligt opgesloten gaat het om de vervulling van een kritische functie waarbij uitsluitend beoefenaars van de geneeskunde of van daaraan dienstverlenende vakken zijn betrokken.' Aldus Prof. Melai.

Prof. Rang, die in dit nummer een bijdrage levert in de artikelenserie, gewijd aan het dubbele jubileum, richtte het oog op de toekomst, waarbij hij enkele kernproblemen besprak die van essentiële betekenis zijn bij een renovatie, dan wel een totale vernieuwing van de vijftig jaar oude Medische Tuchtwet. Daarbij kwamen onder meer aan de orde: het klaagrecht, de rol van de regionale inspecteur, het beroepsgedrag en het privégedrag van de medicus. Hij pleitte er voor – mede om te voorkomen dat de patiënt als rechtstreeks belanghebbende bij de klacht in positie achteruit gaat – bij een wettelijke regeling de relaties tussen de oorspronkelijke klager, de inspecteur en het tuchtcollege zorgvuldig te regelen.



Prof. Mr. A. L. Melai: . . . onderscheid onderzoek met betrekking tot rechtspraak en intercollegiale toetsing . . .



Prof. Rang: . . . relaties tussen oorspronkelijke klager, de inspecteur en het tuchtcollege zorgvuldig regelen . . .



. . . een aandachtig gehoor in Hoog Brabant op de bijeenkomst ter herdenking van het dubbele jubileum: 75 jaar KNMG-rechtspraak - 50 jaar Medische Tuchtwet . . .

Hoe groot is de afstand tussen ziekenhuis en thuiszorg?

In hun beschouwing over de afstand tussen ziekenhuis en thuiszorg (MC nr. 23/1978, blz. 693) komen Van Es en De Melker tot conclusies die we gaarne van enkele kanttekeningen voorzien. De auteurs stellen:

- de kloof tussen eerste en tweede lijn is door een intensivering van de samenwerking te overbruggen;
- het ziekenhuis moet hierbij echter geen taken overnemen die voorshands tot de eerstelijns werkers behoren.

Taakverdeling tussen echelons niet ter discussie

In de beschouwing over het project 'Psychosociale zorg voor het kind met een maligne aandoening en zijn familie' (MC nr. 2/1978, blz. 42) wordt een belangrijke plaats voor de thuiszorg ingeruimd. Het ziekenhuis maakt hier avances naar de hulpverleners in de eerste lijn, in een poging het samenwerkingsverband daadwerkelijk gestalte te geven. Voor het ernstig zieke kind en zijn familie staat ons een model van continue zorg voor ogen, waarbij het centrum een stimulerende, initiërende rol speelt. Rond de patiënt zijn hierbij specialist

en sociaal-verpleegkundige in het ziekenhuis, en huisarts en wijkverpleegkundige in de thuissituatie sleutelfiguren. In een frequente uitwisseling van informatie, adviezen en ervaringen kan zich naar onze mening een optimale en vooral eenduidige behandeling en begeleiding van het ernstig zieke kind en gezin voltrekken.

Initiëring vanuit het ziekenhuis betekent nog geen overname van taken. Hoewel uit de opmerkingen van Van Es en De Melker moet worden afgeleid dat de thuiszorg dusdanig overbelast is dat voor een overnemen van taken in de huidige situatie beslist plaats zou zijn, is zulks nimmer het oogmerk van het project dat vanuit het EKZ wordt gerealiseerd, geweest. De taakverdeling tussen de echelons staat in het Emmakinderziekenhuis niet ter discussie, wel wordt de daadwerkelijke samenwerking tussen eerste- en tweedelijns werkers aan een beschouwing onderworpen.

Als De Melker vaststelt dat tweederde van de huisartsen de ziekenhuispatiënt eenmaal per maand of in het geheel niet bezoekt, dan kan het actief vanuit het ziekenhuis betrekken bij de behandeling hierin verandering brengen. Ook kunnen de contacten tussen huisarts en wijkverpleegkundige hierdoor worden verbeterd; in het algemeen zijn deze contacten weinig intensief. In een omvangrijk onderzoek stelden Knapen c.s.¹ vast, dat de helft van alle wijkverpleegkundigen gemiddeld twee keer per maand of nog minder contact heeft met één of meer huisartsen; een kwart houdt het op maximaal één keer per maand; slechts een tiende rapporteerde negen contacten per maand.

Model voor continue zorg

In een eerste evaluatie van de werkwijze die vanuit het Emmakinderziekenhuis wordt gevolgd, kon worden vastgesteld dat vrijwel alle geënuquêteerde huisartsen en wijkverpleegkundigen het initiatief vanuit het ziekenhuis als positief ervaren. Op vragen over het contact met de huisarts gaven de wijkverpleegkundigen als antwoord: heb al contact met de huisarts over het gezin (23%); heb contact (na interventie ziekenhuis) met de huisarts opgenomen (63%); heb huisarts over bevindingen gerapporteerd (52%)².

Het gestalte geven aan een model voor continue zorg voor de ernstig zieke patiënt kan een positieve bijdrage betekenen voor een intensievere samenwerking tussen alle betrokken werkers in eerste en tweede lijn.

Amsterdam, 17 mei 1978

B. F. Last, psycholoog EKZ
Mr. J. J. Witteveen,
algemeen directeur EKZ

1. Knapen, M. H., Scheffer, W. L., Hetjes, J. M. Patiënt, wijkverpleegster en huisarts; hoe zien ze elkaar? Tjeenk Willink, Goningen 1976.

2. Van Ruth, B. Evaluatie van een aanzet tot een intra/extra murale gezondheidszorg. Emmakinderziekenhuis 1977 (intern rapport, op aanvraag te verkrijgen bij het ziekenhuis).

In gesprek met de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne Mevrouw Mr. E. Veder-Smit



'Het is een praktische benadering geweest om de Tarievenwet aan de orde te stellen vóór de Wet op de Voorzieningen. De tarievenproblematiek is wat gemakkelijker te overzien. De Voorzieningenwet is veel complexer. Er komt een inspraaknota voor de Tarievenwet. Nu gaat het erom hoe vlug men daarop reageert, zodat ik in de Memorie van Antwoord met de reacties rekening kan houden. Ik hoop dat dat nog voor het einde van het zomerreces kan gebeuren. Als alles goed loopt komt de Memorie van Antwoord op de Voorzieningenwet in het najaar gereed. Het is aan de Kamer te bepalen wanneer deze wetten dan zullen worden behandeld. Ik neem aan dat het toch wel 1979 zal zijn', aldus de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, mevrouw Mr. E. Veder-Smit, weer in gesprek met Medisch Contact.

Wereldgezondheidsorganisatie

MC: U was onlangs in Genève voor de jaarvergadering van de Wereldgezondheidsorganisatie. Kunt u daar iets over zeggen?

V-S: Het was de eerste maal dat ik een dergelijke vergadering van de WHO meemaakte. Er is een duidelijke beleidsverandering binnen deze organisatie aan de gang. Er zal veel meer aan de ontwikkelingslanden worden gedaan. De doelstelling luidt nu dat in het jaar 2000 iedereen zó gezond moet zijn dat allen in staat geacht kunnen worden sociaal en economisch productief te zijn: 'Health for

all by the year 2000'. Het gevolg is dat de WHO zich minder op wetenschappelijke en statistische zaken zal toeleggen en meer aan uitvoerend werk in de ontwikkelingslanden zal gaan doen. Dat betekent prioriteit voor goede voeding, drinkwatervoorzieningen, bestrijding van infectieziekten en een gezond milieu. De directeur-generaal van de WHO, Dr. Halfdan Mahler, deed in dit verband een dringend beroep op de aangesloten landen; ik wil er enkele punten uit aangeven. Mahler zette zich af tegen de geavanceerde geneeskunst; wat is de waarde daarvan en hoe ver kunnen wij daarmee doorgaan? Wij moeten uit onze 'clinical monasteries', ons meer richten op een wereldstrategie. Zonder gezondheid heeft ons leven geen waarde, heeft hij zelfs gezegd. Ik vind dat wel een beetje een overschatting van de gezondheid. Mahler betoogde ook dat de wereldgezondheidszorg ondeelbaar is. Hij bedoelde daarmee dat het onaanvaardbaar is dat de westerse landen een geavanceerde zorg hebben, terwijl vele andere landen eigenlijk nauwelijks over enige doelmatige gezondheidszorg beschikken. Nu vind ik wel dat Nederland als ontwikkeld land geneeskundige zorg moet brengen naar de ontwikkelingslanden, maar daarnaast moet je de problemen die wij hier hebben, zoals de vergrijzing van de bevolking en de welvaartsziekten, niet verwaarlozen. Moeten de westerse landen hun gezondheidszorg helemaal op een andere taak, op de wereldbevolking richten? Een dergelijke suggestie van de directeur-generaal van de WHO vind ik niet helemaal verantwoord, hoewel ik kan

begrijpen dat als je – zoals hij – staat voor de wereldbevolking als geheel, zo'n oproep wel moet doen. Overigens reageerde men in het algemeen zeer gematigd. De WHO is geen verpolitiekt orgaan. Wat mij opviel is dat vooral de vertegenwoordigers van de ontwikkelingslanden vertelden wat zij hadden gedaan, hoe ver zij waren gevorderd op het gebied van de gezondheidszorg en wat de moeilijkheden waren. Dit is een goede functie van zo'n algemene WHO-vergadering. De ontwikkelde landen benaderden de problematiek wat anders. De Duitse delegatie bracht het verouderingsprobleem naar voren. Nederland heeft de coördinatie binnen de WHO aan de orde gesteld. Kortom, de problemen liggen zeer verschillend en aan beide kanten moet worden gewerkt. Het is voor mij nog een vraag of alle landen zich bij de nieuwe koers willen aansluiten.

MC: Hoe staat men er in Nederland tegenover?

V-S: Ik geloof dat onze bevolking positief staat tegenover hulp aan ontwikkelingslanden. Ontwikkelingshulp hoeft bij het ombuigingsbeleid van het kabinet-Van Agt niets in te leveren.

MC: Doet uw departement daaraan nog iets?

V-S: Wij hebben namens de Nederlandse regering voor de inentingscampagnes nog ruim 1,8 miljoen dollar toegezegd. Het programma voor de pokkenbestrijding is daarmee helemaal rond.

Vrouwenemancipatie en lichamelijke gezondheid

In het laatste artikel van deze korte serie over de vrouw als arts en de vrouw als patiënt wil ik ingaan op de vraag welke invloed de emancipatie van de vrouw kan hebben op de lichamelijke gezondheid en de gezondheidszorg. Dit is een terrein dat binnen de vrouwenbeweging in Nederland sterk in ontwikkeling is, in navolging van de Womens's Health Movement in de VS.

Het belang voor artsen om van deze ontwikkelingen kennis te nemen is duidelijk. Immers, vrouwen consulteren de huisarts bijna tweemaal zo vaak als mannen, ook als men corrigeert voor zwangerschaps-, zuigelingen- en pilcontroles.

Bovendien hebben vrouwen meestal klachten van psychoneurotische aard (vage pijnen, vermoeidheid, zenuwachtigheid, slaapproblemen, angsten), wat weer vooral geldt voor huisvrouwen. Zoals Van der Velden concludeerde uit zijn onderzoek¹: 'De huisvrouwen vertoonden een ander spectrum van aandoeningen dan mannen en een vergelijkbare groep ongehuwde vrouwen. Het onderscheid kenmerkte zich vooral door het relatief frequent voorkomen van psychische stoornissen in een combinatie van klachten die is te omschrijven als 'neurastheen syndroom van de huisvrouw'.

Als ziektegedrag voor een groot deel mede bepaald wordt door de maatschappelijke rol van de patiënt(e), zoals ook door meerdere onderzoekers is aangetoond, dan ligt het in de lijn der verwachting dat als de rol van de vrouw verandert ook haar klachtenpatroon zal veranderen. Aan de andere kant biedt de vrouwenbeweging ook nieuwe perspectieven om met deze klachten om te gaan. De klachten worden

door **Margit Mager**



De auteur, arts, is momenteel als assistente psychiatrie werkzaam in het psychiatrisch ziekenhuis 'Vogelenzang'.

anders geïnterpreteerd en gezocht wordt naar nieuwe oplossingen. In het volgende zullen enkele probleemgebieden nog eens vanuit deze hoek belicht worden en zullen alternatieve mogelijkheden besproken worden.

Huisvrouwensyndroom

In 1963 gaf Betty Friedan in haar boek 'The Feminine Mystique'² een beschrijving van het 'probleem zonder naam' van huisvrouwen, het vage ontevreden gevoel van vrouwen, het perspectiefloze, kleurloze bestaan, de psychosomatische klachten, de vlucht in dagdromen, drank en pillen. Dit 'probleem zonder naam' krijgt in de loop der tijd andere benamingen. De Deense onderzoeker Hoffman komt in 1965 met de term 'insufficiëntiesyndroom van de huisvrouw'. Van der Velden¹ gebruikt in navolging van Hoffmeyer de term 'neurastheen syndroom van de

huisvrouw'. Hij omschrijft dit als volgt: psycho-emotionele stoornissen als: neerslachtigheid, gejaagdheid, prikkelbaarheid, lusteloosheid, slapeloosheid en moeheid, gecombineerd met somatische klachten als spierpijnen, gewrichtsklachten, neuralgieën en aandoeningen van de urinewegen of van de tractus circulatorius. De gedachte dat vrouwen nu eenmaal meer zeuren wordt tegengesproken door de bevinding van Van der Velden, dat in feite slechts 20% van de klachten aan de huisarts wordt gepresenteerd en dat een huisvrouw vaak langer door blijft werken, ondanks ziekte, omdat niemand haar taak overneemt als zij uitvalt.

Waar komt nu het huisvrouwensyndroom vandaan? Zij heeft het toch zoveel makkelijker dan de man die het geld moet verdienen? Ze kan haar eigen tijd indelen, ze heeft geen chef of baas boven zich die haar opzweept, ze kan eindeloos koffiedrinken met de buurvrouw, etc. etc. Maar, zo schrijven Manschot e.a.³: 'Als we de dagtaak van de huisvrouw wat nauwkeuriger bekijken, dan blijkt dat zij net zo goed gebonden is aan vaste werktijden, de tijd dat haar man naar zijn werk gaat, de kinderen naar school moeten, de tijden waarop de maaltijd klaar moet zijn, de tijd waarop de melkboer komt, etc.' Bovendien is het zo dat huishoudelijk werk nooit af is, het gaat door in de avonduren, de weekends, de vakanties. Tegelijk levert het nooit zichtbare producten op: veel van wat huisvrouwen doen wordt pas zichtbaar als het werk niet gedaan wordt. Een veel gehoorde klacht van huisvrouwen is dan ook, dat ze aan het eind van de dag doodmoe zijn van het voortdurend

bezig zijn maar niet meer weten wat ze hebben gedaan. De Rotterdamse huisarts Mariët Vrancken zei hierover op het symposium over vrouwen en gezondheidszorg, Rotterdam, november 1977⁴: 'Als bepaalde klachten van huisvrouwen niet worden onderkend als klachten voortvloeiend uit haar werk en haar positie in de maatschappij, dan wordt vaak gereageerd met: 'Zeker een beetje depressief, hè mevrouw, ik zal U er wat voor geven' tot een allesbehalve geruststellend: 'U heeft niets', en dan krijgen dus ook van die kant deze vrouwen geen hulp om met hun problemen om te gaan, ze te analyseren en er iets mee te doen. Daardoor blijven ze hun problemen somatisch vertalen. De huisarts die reageert als hierboven geschetst heeft er zelf schuld aan dat zo'n vrouw blijft komen en je komt in een gevaarlijke vicieuze cirkel terecht. Hij denkt: 'Wat een zeurpiet is het toch' en zij gaat zich steeds schuldiger en onzekerder voelen. Uiteraard is het geen oplossing vrouwen maar aan het werk te sturen – als dat al mogelijk is –: dit zou in de meeste gevallen slechts een dubbele verzwaring van haar taak betekenen. Wel is het zaak deze vrouwen te helpen met het opsporen van die factoren die haar lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn belemmeren en haar te stimuleren naar oplossingen te zoeken. Dit laatste dan weer niet in haar eentje, maar liefst samen met andere (huis-)vrouwen, met wie de problemen kunnen worden gedeeld, hetgeen de bewustwording versnelt.

Tranquillizers en alcohol

In het licht van het voorafgaande is het nauwelijks verbazingwekkend dat het gebruik van kalmerende of slaapmiddelen juist onder vrouwen zo hoog ligt. Veel reclames voor tranquillizers van farmaceutische industrieën zijn dan ook specifiek gericht op vrouwen. Een voorbeeld, aangehaald in Opzij, oktober 1975⁵: 'Een boodschap wat te doen met een jonge vrouw die temidden van haar huishoudelijk werk zit: 'U kunt haar niet bevrijden, maar U kunt haar helpen om zich minder gespannen te voelen. U kent dit soort vrouwen wel, ze is gespannen en geïrriteerd, al maanden lang voelt ze zich zo, omdat

ze niet op kan tegen de ogenschijnlijk onoverkomelijke problemen die het voeren van een huishouden met jonge kinderen met zich meebrengt. Ze moet het grootste deel van de tijd thuisblijven, haar symptomen komen voort uit een gevoel van minderwaardigheid en isolatie.' Het antwoord: 'een tranquillizer die door de onderneming op de markt wordt gebracht.' Uit mijn eigen omgeving ken ik talloze vrouwen die recepten hebben gekregen voor 100 kalmerende tabletten, ad iteretur 3 ×. En na enige tijd kunnen ze zich melden bij de Stichting 'Mensen van Nu', omdat ze aan de pillen verslaafd zijn geraakt. Heel gevaarlijk is ook het vaak lichtvaardig gegeven advies: 'U slaapt slecht? Neem eens een borreltje voor het naar bed gaan!' De laatste jaren blijkt het alcoholmisbruik onder vrouwen sterk toe te nemen. Typerend is in dit opzicht dat het alcoholgebruik van vrouwen meestal thuis plaatsvindt, als ze alleen zijn, en vaak uitgesmeerd over de hele dag, in tegenstelling tot mannen, die voornamelijk 's avonds en in de kroeg drinken. Dit zijn zorgwekkende ontwikkelingen, waaraan de farmaceutische industrieën en artsen niet zonder schuld zijn.

Menstruatie en fluor vaginalis

Meer typisch vrouwelijk zijn de klachten met betrekking tot het functioneren van het eigen genitale apparaat. Dat veel klachten veroorzaakt worden door gebrek aan kennis omtrent dit functioneren wordt in verschillende leerboeken benadrukt, maar zelden wordt daar de aanbeveling aan verbonden om enige uitleg te geven aan de bezorgde patiënt. Anderzijds is er nog maar bedroevend weinig onderzoek gedaan naar het organisch substraat van dysmenorrhoe of 'premenstrual tension', terwijl volgens de Vrouwenkrant, december 1976⁶, ongeveer 20% van de Nederlandse vrouwen veel last heeft van de menstruatie, 35% matig, 20% weinig en 25% er geen last van heeft. Hoewel alle vrouwen gedurende een groot aantal jaren van hun leven menstrueren, wordt er toch maar weinig over gepraat. De menstruatie wordt beschouwd als iets dat normaal hoort te zijn, waar je niet mee te koop loopt, waar je geen drama van moet

maken, waar eigenlijk niemand iets van moet merken. Het is nog altijd een beetje taboe. Ook Doris Lessing⁷ schrijft over de schaamte en walging waarmee zij de menstruatie ervaart: 'I like the smell of sex or sweat or skin or hair. But the faintly dubious, essentially stale smell of menstrual blood, I hate. And resent. It is a smell that feels strange, even to me, an imposition from the outside – a bad smell, emanating from me'.

De houding die artsen aannemen over menstruatie zou tweeledig moeten zijn: enerzijds zouden artsen een belangrijke bijdrage kunnen leveren tot het opheffen van het taboe, de schaamte rond deze maandelijkse gebeurtenis; anderzijds zou er meer onderzoek moeten worden gedaan naar de oorzaak van de verschillende klachten die optreden vóór en tijdens de menstruatie.

Ook binnen de vrouwenbeweging wordt op deze twee fronten gewerkt. Er wordt voorlichting gegeven over het lichaamsfunctioneren en de gezondheid, bijvoorbeeld door het 'Lijfboek voor Vrouwen'⁸, en in kleine groepen, de zelfhulpgroepen, oefenen vrouwen met zichzelf het gynaecologische onderzoek. Alternatieve middelen tegen fluor vaginalis worden uitgetest, met als bekendste voorbeeld de yoghurtkuur, waarvan het effect zeker even goed is als dat van allerlei chemische middelen, en wat in ieder geval een stuk veiliger is.

Zwangerschap en pil

Nog twee vrouwelijke aangelegenheden die voornamelijk onder controle staan van de – overwegend mannelijke – medische stand. 'Nearly every woman must deal with a masculine point of view at the most crucial periods of her life: when she needs contraception, when she gives birth, when she enters menopause, more often than not she confronts a system of thought that encourages her to think of normal functions as illness'⁹.

Wat de zwangerschap en de bevalling betreft is Nederland een koploper, in de zin dat de praktijk van vroedvrouwen hier nooit verboden is geweest en vanwege het hoge percentage thuisbevallingen. Voor de VS is het zeker zo dat 'the move toward midwife-deliveries and away from the depersonalizing hospital and

obstetrician has been a crucial aspect of the women's healthcare movement', zoals Adrienne Rich schrijft (*op. cit.* 9). Maar ook in Nederland komt steeds meer nadruk te liggen op de eigen deskundigheid over haar lichaam van de zwangere vrouw en is er een toenemende tendens waar te nemen in de richting van de 'natuurlijke geboorte' en naar het accepteren van de bevalling als een misschien pijnlijke maar ook geweldige, persoonlijke piekervaring, die zo min mogelijk afhankelijk moet zijn van een deskundige. Over de orale anticonceptie woeden momenteel heftige discussies, niet alleen in medische bladen (o.a. Medisch Contact), maar ook in interne publikaties van zelfhelpgroepen en andere feministen. De pil wordt veroordeeld op grond van 'harde' gegevens met betrekking tot de bijverschijnselen en ook wegens de inbreuk die het gebruik ervan pleegt op de natuurlijke cyclus. Het pessarium wordt aanbevolen als het meest acceptabele contraceptivum. Het zou te ver voeren op deze plaats op deze discussie in te gaan. Mijns inziens zal bij de keuze van een contraceptivum altijd de voorkeur van de vrouw in kwestie doorslaggevend zijn, gegeven dat zij goed op de hoogte (gebracht) is van de voor- en nadelen van de verschillende middelen.

Menopauze

Aan de verschijnselen van de menopauze en het climacterium (hierna kortweg samengevat onder menopauze) en de achtergrond daarvan is de laatste jaren meer aandacht besteed dan aan de menstruatie. Er zijn verschillende benaderingswijzen mogelijk. Men kan de problemen uitsluitend individueel benaderen: Wat zijn de klachten? Zijn ze te wijten aan het oestrogeentekort? Zo ja, dan schrijven we hormoonsuppletie voor; zo nee, dan biedt wellicht een 'minor tranquillizer' uitkomst. Daarnaast kan men ook oog hebben voor de psychische component en de klachten labelen als 'psychosomatisch'. Misschien trekt men er eens een kwartier langer voor uit: Hoe is het, nu de kinderen uit huis zijn? U voelt zich nutteloos? Gaat U er eens wat bij doen, een cursus of iets dergelijks!

Maar er is meer aan de hand. Dit blijkt ook wel uit de resultaten van een onderzoek verricht in de polikliniek climacterium te Utrecht, die onlangs in dit blad werden gepubliceerd: de hoeveelheid en ernst van de klachten bleek omgekeerd evenredig aan het niveau van opleiding en van de sociale welstand. Juist voor de vrouw met weinig opleiding en uit de lagere welstandsklassen is na de overgang haar maatschappelijke rol uitgespeeld. Zij heeft haar leven in dienst gesteld van het mooi en aantrekkelijk zijn eerst, van man en kinderen later. Als dit wegvalt, valt daarmee ook haar zelfwaardering weg. Harriët Freezer schreef¹⁰: 'Getrouwde vrouwen worden dan steeds afhankelijker van hun man. Een man waar ze juist in die tijd niet zoveel steun van kunnen ontvangen, omdat hij vaak op het hoogtepunt van zijn carrière zit. Vroeger hadden ze de kinderen nog, die ze konden steunen, helpen, verzorgen, verwennen en voor wie ze op een vast tijdstip de voerbak op tafel konden zetten, dat valt nu weg. De onmisbaarheid waar je je identiteit aan ontleende valt weg. En daar komt nog de misvatting bij dat het einde van de menstruatie ook het einde van het geslachtsleven zou betekenen. Waarschijnlijk speelt daarbij het verouderde idee mee dat je op die leeftijd eigenlijk niet meer zou willen'. De Nederlandse vrouw, die gemiddeld 76 jaar wordt, heeft na de menopauze nog een heel nieuw leven voor de boeg. 'Een leven waar ze niet op gerekend heeft, waar ze ingerold is. Steeds meer vrouwen beseffen dan ook dat het spijtig is dat ze niet eerder zijn begonnen om een vak te leren, of een studie te beginnen. Want dat zijn dingen die niet meevallen als je ze ver in de veertig nog moet aanpakken'¹¹. Veel steun geeft ook hier weer het samen met 'lotgenoten' er over praten. Rosetta Feits in het hoofdstuk 'What doctors won't tell you about menopause' (*op. cit.* 9): 'They didn't tell me to talk about menopause. It's the best thing a woman can do to demystify it. Talk to sisters: your own age, older, and younger, too. There is no shame in it, it happens to over 50 percent of the population, even though our culture finds it embarrassing and men call us hysterical or neurotic because they know so little about what is happening to us. The more talk about menopause, the sooner the veils of mystery shrouding it will be torn

away. The sooner men doctors (or men-tracked women doctors) will stop automatically telling every woman over forty to take estrogen and tranquilizers'. Zeer zinvol werken op dit gebied de op vele plaatsen in ons land gevormde VIDO(vrouwen in de overgang)-groepen, waarin vrouwen zichzelf en elkaar helpen de problemen van de overgang op te lossen¹².

Seksualiteit

Problemen met betrekking tot de seksualiteit worden niet vaak direct aan de arts gepresenteerd. Veelal worden ze versluierd door andere klachten gebracht en openbaren ze zich pas als 'deurknopfenomeen' of na geduldig en aandachtig doorvragen. Nu krijgen medische studenten weinig tot geen scholing in het omgaan met seksuele problemen. Artsen zullen er dan ook verstandig aan doen deze patiënten indien mogelijk door te verwijzen naar een daartoe gespecialiseerde instelling. Dit is echter lang niet overal in Nederland mogelijk, om welke reden ik er op deze plek kort op in wil gaan. De klacht: 'Ik denk dat ik frigide ben' wordt steeds vaker gehoord. Dit is niet verwonderlijk. Er heeft de laatste jaren een hoos van voorlichting plaatsgevonden via alle media. Steeds meer vrouwen beseffen daardoor dat zij mogelijk iets tekort zijn gekomen, dat ook zij een lustbeleving kunnen ervaren. Ook hier zijn weer drie niveaus mogelijk waarop kan worden gewerkt: individueel, relationeel en structureel. Een voorbeeld van de eerste benadering gaf mij onlangs een vrouw die van haar psychiater het advies had gekregen: 'U moet het gewoon gezellig maken, steek een paar kaarsen aan, zet een romantische plaat op en dan krijgt U vanzelf wel zin.' Al iets progressiever luidt het advies: 'Probeer het eens met masturberen'. Dat een klacht als frigiditeit in betrekking tot de partner moet worden gezien, wordt gelukkig steeds algemener geaccepteerd. Maar ook seksuele problemen bestaan niet onafhankelijk van de maatschappelijke en culturele omstandigheden. De zogenaamde seksuele revolutie, die voor vrouwen een bevrijding had moeten betekenen, heeft een omgekeerd effect gehad: vrouwen *moeten* er nu plezier in

hebben en moeten ook vooral een orgasme krijgen. Maar zo makkelijk gaat dat niet, vooral niet als de traditionele rolpatronen gehandhaafd blijven. Christina Maria Quispel formuleert het zo ¹³: 'Voor vrouwen betekent het gezinsleven meer een dagelijkse zorg en bezigheden die nu eenmaal moeten gebeuren, voor mannen een mogelijkheid van vrijetijdsbesteding en om bij te komen na het werk. Voor mannen staat seksualiteit los van hun rol als werknemer, voor vrouwen is het er een onderdeel van. Vrouwen vrijen met hun 'baas': degene van wie ze economisch afhankelijk zijn. Voor vrouwen ligt seksualiteit in de sfeer van werk en plichten, voor mannen in de sfeer van vrijetijdsbesteding.' Het zou buiten het bestek van dit artikel vallen hier in extenso op door te gaan. Ik wil slechts illustreren hoe men vanuit een verschillende optiek naar een probleem als frigiditeit kan kijken. Wel wil ik benadrukken dat het onvoldoende is individuele adviezen te verstrekken, maar dat ook stoornissen in de seksuele beleving van de vrouw moeten worden geïnterpreteerd in de maatschappelijke context. Veel verschillende argumenten en opvattingen over de vrouwelijke seksualiteit zijn te vinden in het uitgebreide onderzoek dat Shere Hite verrichtte in de VS en waarvan de resultaten zijn neergelegd in 'The Hite Report' ¹⁴.

Vrouwenmishandeling

Het verschijnsel vrouwenmishandeling, waarmee bedoeld wordt de mishandeling van vrouwen door hun eigen echtgenoot, is de laatste jaren gelukkig steeds meer in de belangstelling komen te staan. Sinds de opening van het eerste 'Blijf van mijn lijf'-huis, oktober 1974 in Amsterdam, volgde de oprichting van dergelijke huizen in nog vijf plaatsen, terwijl op verschillende plaatsen voorbereidingen hiertoe worden getroffen. Dat deze huizen in een behoefte voorzien is nog zwak uitgedrukt. Zonder uitzondering waren ze binnen één week vol en zijn ze nog steeds overvol. De organisatie is in handen van vrouwen uit de vrouwenbeweging en verdere vrijwilligsters. Er wordt volledig buiten de bestaande

hulpverleningsinstanties om gewerkt, aangezien deze zich immers nooit iets aan het lot van mishandelde vrouwen gelegen hebben laten liggen. De zaak werd liefst gesust met de bekende drogredenen: in het beste huwelijk vallen wel eens klappen; waar twee kijken hebben twee schuld; ze zal het wel hebben uitgelokt, waarom gaat ze anders niet weg? De man wordt de hand boven het hoofd gehouden, want elke keer weer betuigt hij zijn spijt en belooft hij beterschap, en mevrouw wordt overgehaald het nog maar eens te proberen. Op zijn best wordt relatietherapie aangeraden. Zoals een vrouw schreef in de Vrouwenkrant, maart 1978 ¹⁵: 'Vrouwen die weglopen worden niet geloofwaardig gevonden, worden gemeden, niemand wil weten dat we bestaan. En door de wereld die je juist nu nodig hebt voor wat erkenning en steun word je geïsoleerd. Maar een grote, huilende man vertedert, dát maakt indruk en roept medelijden op van de omgeving. Vreemd genoeg wordt hij wel geholpen en opgevangen'. En waarom vrouwen dan niet eerder weglopen? Erin Pizzey laat in haar boek 'Gillen van pijn is burengerucht' ¹⁶ een ex-mishandelde vrouw aan het woord: 'Ik geloof dat er een enorme wilskracht voor nodig is (en bij sommige vrouwen is na jaren en jaren mishandeling alle wilskracht er wel uitgeslagen) om definitief te breken en dan om het vol te houden, als je eenmaal beseft dat je van nu af aan op eigen benen staat. Je moet het feit onder ogen zien dat je moeder, vader, kostwinner en huishoudster tegelijk bent, naast de voortdurende angst, zoals in mijn geval, om door je man te worden ontdekt en opnieuw te worden mishandeld.'

Voor het probleem kindermishandeling is het instituut 'Vertrouwensartsen' ingesteld. Hierover zijn de opinies eensluidend: kinderen zijn weerloos en moeten worden beschermd. Als het over vrouwenmishandeling gaat wordt er echter opeens heel genuanceerd gesproken. Vooral wordt er veel begrip opgebracht voor degenen die slaat: het is immers eigenlijk een teken van zijn machteloosheid? Het op zichzelf lofwaardige streven van hulpverleners neutraal te blijven bij een echtelijk conflict pakt echter meestal uit in het voordeel van de man. Het is de plicht van de huisarts bij het zien van verschillende

verwondingen en bloedingstoringen niet te snel genoeg te nemen met: 'Van de trap gevallen', maar de mogelijkheid van mishandeling te overwegen, bespreekbaar te maken, en de vrouw te helpen en te steunen.

Nabeschouwing

Een van de gevolgen van de emancipatie van de vrouw is een verhoogd zelfbewustzijn en toenemende kennis omtrent het eigen lichaam. Zeker in de grote steden is deze tendens al goed merkbaar: vrouwen stappen met het 'Lijfboek' onder de arm de spreekkamer in en stellen duidelijke vragen, waar ze een duidelijk antwoord op eisen. Soms komen zij zelfs uitgesproken agressief over. De autoriteit van de arts wordt aan het wankelen gebracht, waarvan irritatie en ongeduld weer het gevolg kunnen zijn. Wij zijn niet gewend aan mondige patiënten en weten nauwelijks hoe we met hen om moeten gaan. Toch is het zaak open te staan voor deze nieuwe ontwikkelingen. De stroom publikaties op dit gebied, waarvan U er hieronder enkele genoemd vindt, verschijnt niet voor niets. *De onvrede is reëel* en de pogingen daar verandering in te brengen evenzeer.

Een van de manieren waarop de arts tegemoet kan komen aan de wens tot meer inzicht in het medisch handelen is het klaarleggen van een spiegel bij het gynaecologisch onderzoek, zodat de vrouw desgewenst zelf mee kan kijken. Dit kan ook meehelpen om schaamtegevoelens te overwinnen, zoals die bij het merendeel der vrouwen nog bestaan over dit onderzoek. In het algemeen zal het tekst en uitleg geven bij wat men doet de vertrouwensbasis slechts ten goede komen, terwijl tegen de vanuit de autoriteit van de arts opgelegde voorschriften eerder verzet zal worden geboden. Dit laatste geldt bijvoorbeeld ook voor de handelwijze ten opzichte van die grote groep (huis)vrouwen die zelf om pilletjes tegen de spanningen komen vragen. Even zinloos als het klakkeloos voorschrijven is natuurlijk het autoritaire: 'Oh nee, daar begin ik niet aan, die troep is zo verslavend, gaat U liever eens wat leukers doen!' Wel is het zaak je patiënten te helpen de oorzaak van hun problemen op te sporen, ze te wijzen op alternatieve

mogelijkheden: yoga in plaats van slaapmiddelen, een VIDO-groep in plaats van oestrogenen, een zinvolle bezigheid buitenshuis (betaald of als vrijwilligster) in plaats van valium of librium.

Mariët Vrancken schrijft (*op. cit.* 4): 'Ik zie dan ook als belangrijkste doelstelling van een feministische hulpverlenster, dat zij probeert de zelfwaardering van de patiënt te verhogen en het zelfvertrouwen te versterken; daardoor kun je proberen solidariteit te kweken. Zij wil voorkomen dat er een afhankelijkheidsrelatie bestaat en ook om die reden wil zij de patiënte het liefst doorverwijzen naar groepen.' Zelf ben ik van mening dat een dergelijke attitude niet beperkt moet blijven tot vrouwelijke artsen. Ook mannelijke artsen dienen de moed op te brengen een stuk van hun autoriteit op de tocht te zetten en een gelijkwaardige discussie aan te gaan met hun patiënten, om zo hun steentje bij te dragen aan de emancipatie van de vrouw.

Dat op deze wijze het algemeen welbevinden van de vrouw bevorderd wordt, hoop ik in het bovenstaande voldoende duidelijk te hebben gemaakt.

Literatuur

1. Dr. H. G. M. van der Velden, Huisvrouw, Huisarts, Huisgezin. Nijmegen 1971.
2. Betty Friedan, *The Feminine Mystique*, New York 1963.
3. Anke Manschot, Andre Cuppen en Jos Dijkmans, *Huisvrouwen, een vergeten groep in de - medische - hulpverlening*. Nijmegen 1977.
4. Verslag symposium over vrouwen en gezondheidszorg: 'Terug naar je lijf of Hoe tante Sjaan gedwongen werd gebruik te maken van de gezondheidszorg en daar niet goed van werd.' Studium Generale, Rotterdam 1977.
5. Anneke Rooselaar, *Vooraf vrouwen worden het slachtoffer van de psychotechnologie*. Opzij, oktober 1975.
6. *Vrouwenkracht*; themanummer over menstruatie. Amsterdamse Vrouwenhuis, december 1976.
7. Doris Lessing, *The Golden Notebook*. New York, 1965.
8. *Je Lichaam, Je Leven*; het lijfboek voor vrouwen (bewerkt door Anja Meulenbelt). Bert Bakker, 1977. Vertaling van: *Our Bodies, our Selves*. The Boston Women's
9. *Seizing our Bodies, The Politics of Women's Health* (edited by Claudia Dreifus). New York 1978.
10. Harriët Freezer, *De Vrouw in de Middenleeftijd*. Amsterdam, 1974.
11. Hanny Verhoysen en Francis Kootstra, *Van Niet(s)-zijn naar Welzijn; een feministische kritiek op de hulpverlening*. Scriptie, Amsterdam 1977.
12. Het centrale adres van de Stichting VIDO is: Constantijn Huygenslaan 60, Uithoorn, tel. 02975-61347, 62876, 61596 en 63325.
13. Christina Maria Quispel: *Een feministische kritiek op de sekstherapieën*. Doctoraalscriptie Psychologie, Utrecht 1975.
14. Shere Hite, *The Hite Report, a nationwide study of female sexuality*. New York 1976. Inmiddels ook vertaald. *Het Hite-rapport*, Amsterdam 1977.
15. *Vrouwenkrant*; themanummer over mishandeling. Maart 1978.
16. Erin Pizzey, *Gillen van pijn is burengerucht*. Meulenhof, Amsterdam 1975. Vertaling van: *Scream quietly or the neighbours will hear*. Londen 1974.

PRAKTIJKPERIKELEN

Bevallen

Vader

Algemeen bekend

Een gehuwde vrouwelijke arts met twee kinderen van 2 en 5 jaar wordt benoemd als docent gezondheidsleer voor zes lesuren per week aan een huishoudschool. Als na enige maanden blijkt dat zij zwanger is, is het commentaar van de directrice: 'als ik dat geweten had, had ik u nooit aangenomen'.

Van twee kanten werd water in de wijn gedaan: de bevalling vond plaats op de eerste dag van de zomervakantie en de lerares had geen enkele schooldag verzuimd, terwijl de directrice haar verzocht in het nieuwe schooljaar méér lesuren te gaan geven.

Het was tijdens een weekenddienst, even thuis zijnde, dat Eurotransplant belde. Zoals gewoonlijk wanneer ik geen dienst heb nam ik de telefoon aan met het noemen van vóór- en achternaam. Toen vriendelijk werd gevraagd 'Mag ik je vader even spreken' was het toch even stil aan deze kant van de lijn.

Mannelijke specialist tegen vrouwelijke co-assistent: 'Vrouwen zijn niet echt geschikt om te opereren. Als er plotseling ingrijpende beslissingen genomen moeten worden, kunnen ze dat niet'. Co-assistent: 'Hoe weet u dat, hebt u dat wel eens meegemaakt?' Specialist: 'Nee, dat niet, maar het is toch een algemeen bekend feit!'

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

Meer autonomie voor de patiënt

Biofeedback als alternatieve geneeswijze voor essentiële hypertensie

Het begrip 'feedback' klinkt wellicht door zijn veelvuldig hedendaags gebruik en zijn speciale relatie met de cybernetica erg nieuw. Niets in de fysiologie is ouder dan juist deze terugkoppeling. Plaatsen we het woord 'bio' ervoor, dan creëren we een nieuw woord maar geen nieuw principe. Het principe van biofeedback is eigenlijk zo oud als de mensheid zelf. De informatie die we krijgen als we onze hand op de hartstreek leggen kan als een vorm van biofeedback worden opgevat. We kunnen op deze manier de hartkloppingen voelen. Het gebruik van apparatuur is geen vereiste. *We omschrijven biofeedback als de (direkte) weergave van informatie aan een persoon over zijn of haar eigen fysiologische processen*, zoals spierspanning, lichaamstemperatuur, hartslag, bloeddruk, maagsapsecretie, hersenactiviteit, elektrische huidweerstand, enz. In de biofeedbackprocedures komen de volgende vier aspecten voor (Schreurs en Godaert, 1977):

1. er wordt een instructie gegeven om één of meerdere fysiologische functies te beïnvloeden;
2. tegelijkertijd wordt er een fysiologische variabele gemeten;
3. wanneer er verandering wordt bereikt dan geeft men hierover direct informatie of er wordt continu informatie verstrekt over de betreffende variabele. De informatie wordt aan de cliënt gepresenteerd door eenvoudige signalen, zoals de stand van een naald op een meter, verschillende gekleurde lichtjes of toontjes;
4. dit terugmelden gebeurt vaker achter elkaar (eventueel continu), zodat er kan worden geleerd.

door **Paul J. G. Schreurs**
en **Joukes Goslinga**



De heer Schreurs (l.), psycholoog, is verbonden aan de vakgroep Psychologie, Psychotherapie en Preventie van de Rijksuniversiteit te Utrecht. De heer Goslinga, arts, werkt op de afdeling Pathologische Anatomie van de Medische Faculteit der Erasmus Universiteit Rotterdam.

Deze zichtbaar gemaakte informatie over een lichaamsfunctie zal op een of andere wijze – hoe is nog niet duidelijk – bewuste gewaarwording doen ontstaan over die functie. Door biofeedback kan men leren de prikkels vanuit het eigen lichaam beter waar te nemen. Wanneer men gebruik maakt van biofeedback om een bepaalde lichaamsfunctie te krijgen, dan noemt men de oefening die hiervoor nodig is biofeedback-training. Het belang van biofeedback-training heeft vooral betrekking op een veranderende kijk die men krijgt ten opzichte van het zogenaamde autonome zenuwstelsel. In onze westerse wereld bestaat vaak wel het besef dat we zelf de balans in dit 'autonome zenuwstelsel' verstoren, bijvoorbeeld door het oproepen van allerlei

spanningssituaties, verkeerde slaap-, leefgewoonten, etc. Het idee dat we dit systeem ook weer zelf in balans kunnen brengen zonder onmiddellijk actief in te grijpen, bijvoorbeeld door meditatie, is echter nog verre van gemeengoed in de westerse medische wereld.

Historie

Het is nog pas tien jaar geleden dat in de Verenigde Staten een ware hausse ontstond, die bekend is geworden onder de naam 'alfa-golf'. Reeds lang is men in staat de neutrale activiteit van de hersenen te meten. Het EEG is opgebouwd uit verschillende sinusvormige golven, die in frequentie en hoogte variëren, deze golven worden in verschillende frequentieklassen ingedeeld: delta-, thêta-, alfa- en bèta-golven. Door diverse onderzoekers was aangetoond dat men de frequentie van de hersenactiviteit via biofeedback onder controle kon brengen. Interessant ook met het oog op eventuele toepassingsmogelijkheden van alfa-feedback was de relatie die gevonden werd tussen het alfa-ritme en mentale toestanden. Aanwezigheid van alfa zou gepaard gaan met een gevoel van welbehagen. Enkele onderzoekers kwamen toen op de gedachte om via alfa-training een toename te realiseren van het alfa-ritme met als therapeutisch doel het creëren van prettig en ontspannen gevoel. Deze causale relatie tussen het alfa-ritme en ontspanning is echter nooit goed aangetoond. De ontwikkeling van elektronika, de zakelijke intuïtie van vele ondernemers, de belangstelling voor yoga, de wens om de dagelijkse

spanningen aan te kunnen en de uitermate lovende publikaties over alfa-feedback hebben er toe geleid dat er in het begin van de zeventiger jaren van een ware 'alfa-golf' gesproken kon worden. Er verschenen kleine draagbare apparaatjes die alfa-activiteit konden registreren en feedback konden geven in de vorm van licht- en/of geluidssignalen. De fabrikanten brachten deze produkten op de markt met slogans als: 'Beheers uw eigen geest', 'Een nieuwe wereld gaat voor u open', 'Komt tot rust binnen enkele ogenblikken.' Door allerlei oorzaken is de alfa-golf nagenoeg weggeëb'd. De betrouwbaarheid der apparatuur liet te wensen over, de precieze relatie tussen alfa en ontspanning bleef onduidelijk, de noodzakelijke begeleiding was te summier of zelfs afwezig en tenslotte was vaak de motivatie zoek.

Theoretische aspecten

Tot nog toe is in deze bespreking slechts de alfa-feedback aan de orde geweest. Empirisch is gebleken, dat men met een biofeedback-training het motorische systeem maar ook het autonoom-viscerale systeem kan veranderen.

In de jaren '60 was het onderzoeksteam rond Neal Miller (USA) naarstig aan het werk om te bewijzen dat ook de autonome functies via een systeem van beloning (en straf) te beïnvloeden zijn (instrumentele conditionering). De methode komt er op neer dat een bepaald gewenst gedrag onmiddellijk wordt beloond met bijvoorbeeld geld, voedsel, seksuele prikkels of verbale goedkeuring. Indien men zich weer opnieuw in een nagenoeg identieke omgeving zou bevinden, dan is de kans groot dat het eerder beloonde gedrag wederom wordt vertoond en wel steeds frequenter. Zou dit inderdaad ook op het 'autonome' zenuwstelsel toepasbaar zijn, dan geldt hier een ander denkmodel dan bij de klassieke conditionering volgens Pavlov, waarbij reflexen een rol spelen en men de leersituatie passief ondergaat. De instrumentele conditionering wordt vaak ter ondersteuning gebruikt voor de verklaring van de biofeedback. Men ziet de functie van de feedback als een belonende waarde. Indien de feedback betekent dat men de

fysiologische variabele volgens de instructie gewijzigd heeft, dan zal het belonend kunnen werken. In vele onderzoeken wordt naast de feedback ook nog eens een extra beloning gegeven.

De discussie over de onderzoeken van Miller heeft zich toegespitst op de vraag of specifieke conditionering van autonome processen mogelijk is zonder somatische mediatie (d.w.z. manipulatie van ademhaling en spierspanning) en cognitieve mediatie (d.w.z. het oproepen van bepaalde voorstellingen of beelden en ervaringen). Er worden derhalve ook andere theoretische verklaringen voor de biofeedback-training gegeven. Gezien de bedoeling van dit artikel zullen we er hier niet verder op ingaan.

Stellen we de praktische vraag: hoe bereikt men controle over de fysiologische processen?, dan kunnen we hierop geen algemeen geldend antwoord geven. Iedereen heeft zijn eigen methode en velen die binnen biofeedback-sessies tot resultaten komen weten vaak niet hoe ze gehandeld hebben. Het is wel waarschijnlijk dat regulatie van ademhaling en spierspanning een faciliterende rol kan spelen, evenals het zich voorstellen van bepaalde ontspanning oproepende situaties.

Toepassingsmogelijkheden

Zoals gesteld is het nog steeds moeilijk om de biofeedback in een duidelijk theoretisch kader te plaatsen.

In diverse overzichtsartikelen over biofeedback-onderzoek komt men tot de conclusie, dat 'biofeedback-training pur sang' zijn beloften en verwachtingen nog niet heeft vervuld of waargemaakt. Men heeft de vraag gesteld of de bereikte trainingsresultaten niet kunnen worden toegeschreven aan effecten van een ontspanning, teweeggebracht door gebruikelijke technieken en instructies. De feedback zou derhalve slechts een aanvullende bijdrage leveren tot de training. De kritische kanttekeningen die geplaatst kunnen worden staan blijkbaar de toepassing van biofeedback-procedures als therapeutisch hulpmiddel voor allerlei klachten niet in de weg.

Binnen het experimenteel wetenschappelijk onderzoek wordt getracht de situatie zo goed mogelijk

onder controle te houden en geen 'storende variabelen' te laten insluipen. Deze storende variabelen zijn echter waarschijnlijk binnen de klinische toepassing van biofeedback juist mede van veel nut. Het is namelijk mogelijk de effecten van de biofeedbacktraining te vergroten door gebruik te maken van heldere instructies en duidelijke en betekenisvolle feedback, steun en goedkeuringen bij de bereikte resultaten, etc.

Een stimulerende relatie met de therapeut is zeer belangrijk voor de motivatie van de cliënt, die echter ook moet leren hoe hij de bereikte resultaten (later) zonder hulp van de apparatuur kan handhaven. Daarbij is het essentieel dat de biofeedback-training op zinvolle wijze in het verdere behandelingsprogramma is geïntegreerd.

Essentiële hypertensie?

Doe er zelf wat aan.

De frequentie van essentiële hypertensie is vooral in de westerse landen steeds meer toegenomen en lijkt een belangrijke bedreiging voor de volksgezondheid te vormen. Het is waarschijnlijk dat het langdurig bestaan van deze verhoogde bloeddruk een aanzienlijk extra risico betekent voor het optreden van een hartinfarct of andere vaatcomplicaties.

Het 'probleem' echter bij deze vorm van hypertensie is, dat de patiënt (zelf) meestal weinig last heeft van zijn toestand. Derhalve zal hij weinig genegen zijn een nogal ingrijpende behandeling als het langdurig slikken van geneesmiddelen te ondergaan (het 'non-compliance' fenomeen); 30-70% van de adviezen over medicatie blijken niet goed of in het geheel niet te worden opgevolgd. Bijwerkingen als vermoeidheid, duizeligheid, depressieve stemmingen, ingewandstoornissen, gevoelens van benauwdheid, hartkloppingen, slaapstoornissen, hypocalciëmie en een lange lijst van minder frequente klachten kunnen optreden. Daarnaast voelt de patiënt zich vaak weinig betrokken, omdat hij de behandeling niet goed begrijpt.

De westerse, officiële geneeskunde is meer gericht geweest op actief ingrijpen, strijden tegen de ziekte, dan op het bevorderen van de gezondheid

door een juistere levenswijze. Dit laatste neemt in de niet-westerse geneeskunde een veel grotere plaats in, waarbij de verantwoordelijkheid voor welzijn en een bevredigend leven duidelijker bij de mens zelf geplaatst worden, met een sterk accent op de mogelijkheden welke hij heeft om zijn lichaamsprocessen door oefening en wilskracht te beïnvloeden. De arts of leraar heeft hierbij een meer begeleide functie, de autonomie van de patiënt staat centraal: ieder mens is in wezen zijn eigen arts. En daar ligt de crux van de biofeedback-methode: wat voor apparatuur men ook gebruikt – en dat kan soms heel eenvoudig zijn, bijvoorbeeld in de vorm van een spiegel, thermometer, etc. – steeds is het essentiële punt dat de patiënt zelf ziet wat er in hem gebeurt, van moment tot moment merkt wat hij zichzelf aandoet en langzamerhand steeds duidelijker gaat beseffen dat hij zelf daar verandering in kan brengen. Deze vergrote autonomie van de patiënt – die men dan ook beter een andere naam kan geven als 'trainee', 'oefenende' of 'leerling' – is een fundamentele stap weg van de traditionele medische behandeling. Biofeedback-training volgt een andere werkwijze: men wordt niet onderzocht maar zoekt zelf mee, men wordt niet behandeld maar behandelt zichzelf. Een succesvolle biofeedback-training geeft iemand de kans om te groeien naar een grotere zelfstandigheid, naar meer verantwoordelijkheid voor zijn eigen gezondheid. Hij legt verbanden enerzijds met de manier waarop hij met zijn omgeving omgaat, hoe hij zich gedraagt en voelt en anderzijds met de lichamelijke processen die zich hierbij afspelen. Voorbeelden van deze wijze van werken komen naar voren in het lopende onderzoek dat op verschillende plaatsen o.a. Utrecht en Zoetermeer) plaatsvindt naar het effect van biofeedback-training op het verloop van verhoogde bloeddruk. De cliënten die in Utrecht worden behandeld zijn door hun huisarts verwezen naar het Instituut voor Klinische Psychologie. Er zijn verschillende therapiemogelijkheden, waaronder sociale vaardigheidstherapie, autogene training en biofeedback. Het biofeedback-programma heeft als doel de cliënten te leren middels feedback over de bloeddruk en ontspanningstechnieken de bloeddruk

te verlagen. Tevens wordt getracht de cliënten een inzicht te verschaffen in de relatie tussen enerzijds de manier waarop zij denken, voelen en handelen en anderzijds de fysiologische activiteit, in het bijzonder de bloeddruk. Duidelijk komt hierbij uit dat biofeedback een hulpmiddel is, dat mensen met een vastgestelde hoge bloeddruk kan motiveren zich actiever bij hun eigen behandeling betrokken te voelen. In Zoetermeer wordt eveneens gewerkt in samenwerking met en op verwijzing van de huisarts. Vanaf de intake krijgt de deelnemer aan de training de status van vrijwilliger in plaats van patiënt. De 'behandeling' heet dan ook 'training'. De training, die wekelijks plaatsvindt door middel van een combinatie van ontspanningstechnieken en oefeningen met behulp van biofeedback-apparatuur (voornamelijk EMG- en temperatuur-feedback), heeft als direct doel de bloeddruk in gunstige zin te beïnvloeden. In het kader van het 'goed voor jezelf zorgen' komen echter ook andere lichamelijke, emotionele en mentale problemen aan de orde. Voor de deelnemers bestaat de mogelijkheid aan een groepsproces deel te nemen, waarbij ervaringen worden opgedaan en uitgewisseld. Uiteindelijk is het de bedoeling dat de vrijwilligers het geleerde in hun dagelijks leven in praktijk brengen. Hiervoor zijn onder meer huiswerk oefeningen ontworpen. Verder bestaat de mogelijkheid actief betrokken te blijven bij het trainingsprogramma om later met nieuwe deelnemers samen te oefenen en aldus een stuk ervaring over te dragen. Onze veronderstelling is tevens dat de

mentaliteitsverandering die in de biofeedback-situatie optreedt zich kan uitbreiden naar andere aspecten van het leven: in plaats van zich passief in de rol van onderzochte te schikken, zal de neiging zelf op onderzoek uit te gaan sterker worden. Men gaat bijvoorbeeld meer zelf actief zoeken naar factoren die ontspanning bevorderen of tegengaan. Wij hopen dat deze intensieve gezamenlijke speurtocht meer duidelijkheid kan brengen in het probleem van de mogelijke oorzaak van de verhoogde bloeddruk. Wellicht zal dit voor ieder een individueel verschillend samenspel van factoren zijn.

Aanbevolen literatuur

Lindeman, Dr. H., *Leven zonder stress*.
Uitg. L. I. Veen, Wageningen.

Biofeedback & Self Control (jaarboeken).
Aldine Publishing Company, Chicago.

Biofeedback and Self-Regulation
(kwartaalperiodiek in associatie met de
Biofeedback Society). Plenum Press, New
York.

Legewie H., Nusslet L.,
Biofeedback-therapie. Urban und
Schwarzenberg, 1975.

Miller N.E., *Learning of visceral and
glandular responses*. Science, 1969, Vol.
163, p. 434-445.

Patel C.H., *Biofeedback-aided relaxation
and meditation in the management of
hypertension*. *Biofeedback and
Self-Regulation*, Vol. 2, nr. 1, 1977.

Vester F., *Het verschijnsel stress*. Sesam
Special, 1977.

NIET ROKEN

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



officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Dagelijks Bestuur

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

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

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)

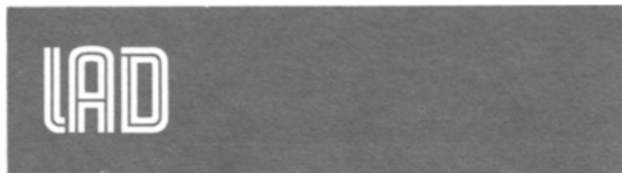
H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.

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. van Boxtel, directiesecretaris.
Telefoon 030-887021 en 885411.



van het Centraal Bestuur

Aanpassing salarisrichtlijnen per 1 juni 1978

Blijkens een publikatie in de Nederlandse Staatscourant dd. 11 mei 1978, nummer 123, geldt voor de overheids-personeel per 1 juni 1978 de volgende salarismaatregel: De ambtenarensalarissen worden in het kader van het trendbeleid per 1 januari 1978 met 2% verhoogd, met een minimum van f 33,33 per maand. De algemene salarisverhoging over de periode 1 januari 1978 tot 1 juni 1978 zal in de vorm van een uitkering ineens worden verleend, zulks op basis van de per 1 mei 1978 genoten bezoldiging. In navolging van de BBRA-schalen voor overheidspersoneel heeft de salaris- en pensioencommissie besloten de salarisbijdragen te publiceren afgerond op hele guldens. Tengevolge van deze salarismaatregel dienen de salarissen en andere bedragen, zoals vermeld in de LAD-salarisrichtlijnen per 1 januari 1978, zoals gepubliceerd in MC nr. 6/1978 te worden verhoogd. Na deze wijzigingen luiden de nieuwe bedragen als volgt:

Categorie 1

aanvangssalaris	f 3.403,—
tweede jaar	f 3.815,—
derde jaar	f 4.228,—
vierde jaar	f 4.641,—
vijfde jaar	f 5.053,—
zesde jaar	f 5.466,—
zevende jaar	f 5.879,—

Categorie 2

aanvangssalaris	f 5.879,—
tweede jaar	f 6.100,—
derde jaar	f 6.321,—
vierde jaar	f 6.542,—
vijfde jaar	f 6.763,—
zesde jaar	f 6.984,—
zevende jaar	f 7.204,—

Categorie 3

aanvangssalaris	f 7.204,—
tweede jaar	f 7.518,—
derde jaar	f 7.832,—
vierde jaar	f 8.146,—
vijfde jaar	f 8.460,—
zesde jaar	f 8.747,—
zevende jaar jar	

Categorie 4

aanvangssalaris	f 9.088,—
tweede jaar	f 9.391,—
derde jaar	f 9.693,—
vierde jaar	f 9.995,—
vijfde jaar	f 10.297,—
zesde jaar	f 10.600,—
zevende jaar	f 10.903,—

2.1.1.: De specialisten toelage wordt f 320,—.

De geadviseerde salarissen voor assistent-geneeskundigen in opleiding tot specialist per 1 juni 1978:

	opleiding 4 jaar	opleiding 5 jaar	opleiding 6 jaar
aanvangssalaris	f 3.403,—		
tweede jaar	f 3.540,—		
derde jaar	f 3.694,—		
vierde jaar	f 3.875,—	+ f 320,—	
vijfde jaar	f 4.057,—	f 320,—	
zesde jaar	f 4.238,—	f 320,—	
zevende jaar	f 4.417,—	f 640,—	
achtste jaar	f 4.601,—		
negende jaar	f 4.782,—		

2.2.:

eerste jaar: aanvangssalaris categorie I	f 3.403,—
tweede jaar: derdejaarssalaris categorie I	f 4.228,—
derde jaar: vijfdejaarssalaris categorie I	f 5.053,—
vierde jaar: aanvangssalaris categorie II	f 5.879,—
vijfde jaar: tweedejaarssalaris categorie II	f 6.100,—
zesde jaar: derdejaarssalaris categorie II	f 6.321,—
enz. enz.	

2.2.1.: de toelage voor deskundigheid op het terrein van de huisartsengeneeskunde wordt f 320,—

4.1.: de toelage voor medisch specialisten wordt $n \times f 320,—$

4.2.: de sociaal-geneeskundige toelage wordt $2 \times f 320,—$

4.3.: de huisartsen toelage wordt $2 \times f 320,—$

5.1.5.: De franchise voor het Algemeen Burgelijk Pensioenfonds wordt per 1 juni 1978 f 16.404,— per jaar (f 1.367,— per maand). De franchise voor het PGGM blijft ongewijzigd.

5.2.: De compensatie AOW/AWW-premie blijft ongewijzigd.

5.3.2.: De beschikbaarheidstoelage wordt f 35,— bij diensten op maandag t/m vrijdag van 18.00 tot 8.00 uur de volgende ochtend. De beschikbaarheidstoelage voor zaterdag en zondag elk f 50,— aanvang 08.00 uur zaterdag t/m maandag 8.00 uur.

6: De nieuwe uurtarieven worden:

voor artsen die voldoen aan de criteria voor inschakeling in de categorie 1: f 53,—

voor artsen die voldoen aan de criteria voor inschakeling in categorie 2: f 64,—

voor artsen die voldoen aan de criteria voor inschakeling in de categorie 3 en 4: f 94,— per uur.

Voor het overige blijven de salarisrichtlijnen per 1 januari 1978 ongewijzigd.



Kandidaatstelling

Aan de deelnemers in de pensioenregeling voor Huisartsen

Op grond van artikel 14 lid 2 van de statuten van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen is A. C. J. Gerritsen te Siddeburen afgetreden als lid van de deelnemersraad wegens benoeming als lid van het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging en plaatsvervangend bestuurslid van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen.

Ter vervulling van de vacature wordt B. Dupon te Delfzijl voorgedragen als lid van de deelnemersraad van District XX – Groningen.

Krachtens artikel 14, lid 2 van de statuten van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen kan op schriftelijk verzoek door tenminste tien deelnemers uit het district ondertekend, aan de voordracht van een vacature een andere kandidaat worden toegevoegd. Dit verzoek dient binnen twee weken na deze publikatie bij het bestuur te worden ingediend.

Indien tijdig een of meer tegenkandidaten voor een vacature zijn gesteld zullen binnen zes weken in het desbetreffende district verkiezingen worden gehouden.

Zijn binnen genoemde termijn geen tegenkandidaten gesteld, dan worden de voorgedragen kandidaten geacht te zijn gekozen.

Utrecht, mei 1978

S. van Randen, voorzitter

W. J. Waal, secretaris



Deelnemersraad

Aan de deelnemers in de pensioenregeling voor Medische Specialisten

Op grond van artikel 14, lid 3 van de statuten van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten heeft het bestuur een rooster van aftreden van de leden en plaatsvervangende leden van de deelnemersraad vastgesteld in de vergadering van 14 maart 1974. Op grond van dit rooster zijn de leden van de even districten en de plaatsvervangende leden van de oneven districten ultimo 1977

afgetreden als lid respectievelijk plaatsvervangend lid van de deelnemersraad.

Uit de informatie, die wij tot op heden hebben ontvangen van de voorzitters van de districten der Landelijke Specialisten Vereniging, blijkt dat onderstaande plaatsvervangende leden van de deelnemersraad zich herkiesbaar stellen.

District III: Alkmaar en O, Den Helder en O, Purmerend, West-Friesland, Zaanland;

Plaatsvervangende leden: H. van Aarem, Den Helder en N. B. Vissel, Zaandam.

Aangezien niet alle leden en plaatsvervangende leden van de deelnemersraad zich op grond van vorengenoemd rooster van aftreden herkiesbaar hebben gesteld ontvingen wij de volgende voordracht van een kandidaat-plaatsvervangend lid:

District V: Alphen aan de Rijn, Delft en O, Gouda en O, Leiden en O;

Plaatsvervangend lid: Dr. D. van den Berg, Delft

Krachtens artikel 14, lid 2 van de statuten van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten kan op schriftelijk verzoek, door tenminste tien deelnemers uit het district ondertekend, aan de voordracht voor een vacature een andere kandidaat toegevoegd worden. Dit verzoek dient binnen twee weken na deze publikatie bij het bestuur ingediend te worden. Indien tijdig een of meer tegenkandidaten voor een vacature zijn gesteld zullen binnen zes weken in het desbetreffende district verkiezingen gehouden worden. Zijn binnen genoemde termijn geen tegenkandidaten gesteld, dan worden de voorgedragen kandidaten geacht te zijn gekozen.

Utrecht, mei 1978.

Dr. P. J. A. van Voorst Vader, voorzitter

Dr. F. G. C. Buyse, secretaris

Puntenverslag 73ste bestuursvergadering

Puntenverslag van de drie en zeventigste vergadering van het bestuur van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten, gehouden op 16 maart 1978 in de vergaderkamer van de Stichting in het gebouw van de Maatschappij te Utrecht.

De directeur brengt een kort verslag uit over de gang van zaken met betrekking tot het verzoek van de Landelijke Specialisten Vereniging aan het ministerie van Sociale Zaken om in de verplichtstellingsbeschikking de trendmatige aanpassing van de benedengrens van het bruto-beroepsinkomen in te brengen, middels een wijziging van de verplichtstellingsbeschikking. Verder wordt de reglementswijziging betrekking hebbende op de voortzetting van de pensioenopbouw na de 65-jarige leeftijd (mannen) respectievelijk 60-jarige leeftijd (vrouwen) besproken. Aan deze aanvullende regeling bestaat behoefte onder de oudere specialisten, die slechts weinige jaren in de gelegenheid zijn pensioen op te bouwen.

De directeur geeft een toelichting op het gevoerde beleggingsbeleid over de afgelopen periode en het te voeren beleggingsbeleid voor de komende periode.

Tegenover de verkopen van obligaties zijn onderhandse leningen gesloten met een latere stortingsdatum tegen een hoger rendement. De rente op de kapitaalmarkt ligt op dit ogenblik lager dan de rente van de vastrentende waarden, die in portefeuille zijn. Uitgebreid wordt ingegaan over de oorzaken van de dollar-fluctuaties. Tengevolge van de olieaankopen zijn er grote aantallen dollars buiten de Verenigde Staten in circulatie. Een relatief klein aantal van deze dollars, die niet voor belegging wordt gebruikt, veroorzaakt de op- en neergaande beweging in de koers

van de dollar. Indien er meer aanbod dan vraag is daalt de koers van de dollar. De Verenigde Staten proberen door bepaalde maatregelen deze dalende tendens tegen te gaan.

De winstdelingen op de normpensioenen door verzekeringmaatschappijen wordt uitvoerig besproken.

Een verzoek om toepassing van de hardheidsclausule wordt conform het advies van de commissie uit het bestuur behandeld.



Personalia

Adspirant-leden

C. P. Andries, Graafseweg 73, Nijmegen.
A. C. A. Borst, Klikspaanweg 54, Leiden.
A. Bos, Pelikaanhof 134A, Leiden.
M. J. Crooij, Gooioord 319, Amsterdam.
J. Dam, Hopakker 25, Utrecht.
O. H. C. M. Dittrich, Aubadestraat 13, Nijmegen.
G. J. M. van Doesburg, Utrechtsestraat 75, Arnhem.
M. W. Elink Schuurman, Predikherenkerkhof 20, Utrecht.
A. P. G. van Gils, Maternosstraat 24, Diessen.
Mw. E. T. M. van der Gulik, Fransestraat 33, Nijmegen.
Mw. R. Happel-Rip, Mennonietenweg 41, Wageningen.
E. D. J. van Heijkoop, Fronemanstraat 36, Den Haag.
G. J. Hoogeboom, IJselstraat 83^{III}, Amsterdam.
J. G. Kok, W. Visscherstraat 38, Westervoort.
R. J. Lassing, Ina Boudier Bakkerlaan 65 IV k 599, Utrecht.
Mw. J. A. Leeuwenburgh-van Erkel, Vleutenseweg 104, Utrecht.
D. Limbowo, v. Beethovenstraat 75, Nijmegen.
B. H. G. te Molder, Gorisstraat 40, Nijmegen.
P. H. M. T. Olde Kalter, Kromme Nieuwe Gracht 90 bis, Utrecht.
Mw. E. van Rooijen, Hogewoerd 13, Leiden.
M. L. A. Schotel, Schiedamsedijk 11b, Rotterdam.
A. C. J. Schuite, Kraaijenberg 79-46, Wijchen.

B. Speelberg, Willem Kloosstraat 41, Deventer.
B. J. M. Teeuwisse, Aldenhof 60-28, Nijmegen.
Mw. M. H. C. v.d. Velden, Schinkelgade 19^I, Amsterdam.
H. R. de Vries, Westen Enkerweg 10, Apeldoorn.
A. van de Wiel, Ereprijs 32, Culemborg.
J. J. Wielenga, Nieuwe Leliestraat 88^{II}, Amsterdam.
G. J. C. M. Wijffels, Nieuwe Nieuwstraat 25^{II}, Amsterdam.
A. B. Wymenga, Diamantstraat 49, Boekelo.

Overleden

L. H. Becker, Fred. Hendrikstraat 106, Utrecht.
N. Gaasterland, Eindhoveneweg 118, Geldrop.
Dr. C. Goedhart, Joh. Vermeerstraat 11a, Arnhem.
F. J. van Hesteren, Dorpsstraat 108, Warmenhuizen.
H. J. M. Pieters, Lodderhoeksestraat 12A, Angeren.
Dr. G. E. Vlassenroot, Sportweg 1, Schaesberg.



Fractiewaarde

De fractie, waarin de verzekerde bedragen bij de Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA) worden uitgedrukt, heeft, berekend volgens de artikelen 25 en 26 van de Statuten en op basis van de beurskoersen ultimo maart 1978, voor het tweede kwartaal 1978 een waarde van f 1.268,—.

INHOUD OFFICIEEL	
LAD, van het centraal bestuur:	
Aanpassing salarisrichtlijnen per 1 juni 1978	750
SPH:	
Kandidaatstelling	751
SPMS:	
Deelnemersraad	751
Puntenverslag 73ste bestuursvergadering	751
KNMG:	
Personalia	752
OLMA:	
Fractiewaarde	752
Nr. 24 - 16 juni 1978	