



redactioneel

- Zowel de wetsontwerpen Voorzieningen en Tarieven Gezondheidszorg als de KNMG-visie op de problematiek, waarvoor de wetsontwerpen geacht worden een passende oplossing te bieden, wortelen te weinig in een werkelijk engagement met de (zieke) mens onder de mensen. Dit is de kern van de kritiek van R. J. Leerling, huisarts te Badhoevedorp, verwoord in een uitvoerige beschouwing 'De visie van de KNMG: visioen of fictie?'
- Mensen zouden zich weer meer verantwoordelijk voor hun eigen gezondheid moeten voelen. Of het opwerpen van financiële drempels hiertoe zal bijdragen, mag worden betwijfeld. Aldus de sociologe Mw. Drs. M. Brinkman-Engels, tot besluit van haar verhandeling over 'Bestek '81 en de eigen bijdrage'.
- In een tweede bijdrage over het post-academisch onderwijs in de geneeskunde behandelen drie bij de medische opleiding betrokken auteurs de financiële aspecten.
- Voorafgaand aan de bevolkingsenquête had de Visie Commissie van St.-Bavo een eigen enquête onder hulpverleners ingesteld. Daarover bericht de zenuwarts R. E. Offerhaus in de vierde aflevering van de artikelenserie over het derde rapport van genoemde commissie 'Van probleem tot psychiatrie'.
- De klinisch psycholoog Drs. I. de Jong houdt een pleidooi de patiënt zo zelfstandig mogelijk te maken en te betrekken bij de medische behandeling, waarbij tevens rekening wordt gehouden met de psychologische en de sociale aspecten van de betrokkene.



'Een verre vriend' doopte de Amsterdamse arts D. Granaat dit olieverfdoek, groot 55 x 90 cm. Motivatie: op velerlei wijze geconfronteerd met de zieke of in nood verkerende mens zijn geneeskunde en beeldende kunst bij hem altijd nauw verweven. Meer werk van deze arts/schilder was te zien op de tentoonstelling van 'Met pincet en penseel' in het Centraal Ziekenhuis te Alkmaar.
Foto: H. Frese, arts te Bergambacht

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven	1310
<i>Inzenders: W. H. Beekhuis en Dr. A. J. Swaak</i>	
De visie van de KNMG: visioen of fictie?, door R. J. Leerling	1313
Kankerbestrijding – hoorzitting	1317
Kosten gezondheidszorg	1318
Bestek '81 en de eigen bijdrage, door Mw. Drs. M. Brinkman-Engels	1319
Post-academisch onderwijs geneeskunde: financiële aspecten, door S. A. Duursma, J. E. van Buuren en R. Voorneman-Hammelburg	1323
Derde rapport Visie Commissie St.-Bavo (IV), Van probleem tot psychiatrie, Hulpverlenersenquête, door R. E. Offerhaus	1327
Verkeersongevallen eerste halfjaar 1978	1329
Arts-ziekte-patiënt, door Drs. I. de Jong	1330
Thuisdialyse in de knel	1331
Gezondheidsraad bepleit meer 'zelfdialyse'	1332
OFFICIEEL	1333
Inhoudsopgave officieel	1340



MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

F. A. Bol, arts, hoofdredacteur;
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris;
R. A. te Velde, redacteur;
Mw. G. W. Valkenburg-van Straten, redactrice;
Mw. W. F. Plomp-Düren, secretaresse;
Mw. Drs. W. G. Juffermans-Kalt-
ofen, documentaliste.

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

Uitgave

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

Abonnementen

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

Advertenties

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

Adreswijziging

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

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Koninklijke Tijl, Zwolle.

BRIEVEN

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

IATROGEEN ARBEIDSVERZUIM?

Gaarne betuig ik mijn instemming met het artikel van Aling, dat onder de titel 'De verzekeringsgeneeskundige als zondebok' werd gepubliceerd in MC nr. 36/1978, blz. 1103

Ook mijn mening, gebaseerd op jarenlange ervaring met de problematiek van de voortdurende toeneming van het arbeidsverzuim in een periode waarin de behandeling van ziekte en letsel ongekende vooruitgang boekte, is dat aan dit merkwaardige verschijnsel naast andere – voornamelijk psychosociale – oorzaken ook tekortkomingen in de medische begeleiding ten grondslag liggen.

In 1974 schreef ik hierover een artikel onder bovengenoemde aanhef; helaas werd dit door de hoofdredacteur niet geschikt geacht voor opname in MC. De teneur ervan was overeenkomstig de opmerkingen van Muntendam in zijn rede te Noordwolde en het artikel van Aling. Met de laatste verschil ik alleen van mening waar hij stelt dat de huisarts zich zo weinig mogelijk moet bemoeien met de beoordeling van de (mate van) arbeids(on)geschiktheid. Mijn overtuiging is dat huisarts en behandelend specialist de plicht hebben adviezen over al dan niet werken in hun behandelingspakket op te nemen, evengoed als adviezen over eten, drinken, slapen, roken, sportbeoefening, enz. Aling schrijft, dat in twijfelgevallen overleg kan worden gepleegd tussen huisarts en verzekeringsarts en dat dit overleg in 99% van de gevallen prettig verloopt. Inderdaad gaat dat meestal wel goed in de gevallen dat het daartoe komt; helaas is dat maar zelden het geval. In de praktijk komt het er op neer dat dat contact loopt via de patiënt; de verzekeringsgeneeskundige vraagt hem of haar wat de dokter (huisarts of specialist) heeft gezegd en dat vermeldt hij zonder eigen onderzoek in zijn rapport aan de bedrijfsvereniging; daarop ook baseert hij zijn advies aan de patiënt, dus zonder de juistheid ervan te verifiëren, meestal. Ik meen, dat het slecht gesteld is met de wederinpassing van de herstellende patiënt in zijn normale levenspatroon, waartoe ook de werksituatie behoort. Er is dan ook heel veel te verbeteren aan de 'begeleiding' van de nog actieven in ons land, wanneer die door ziekte of ongeval het werk hebben moeten staken. Je zou zo denken, dat die begeleiding zowel door behandelend arts als bedrijfsarts en

verzekeringsgeneeskundige daaruit zou moeten bestaan, dat zij in gezamenlijk overleg de patiënt begeleiden naar diens reïntegratie in gezin en maatschappij, óók naar diens terugkeer tot zijn werk, zodra dat mogelijk is. Van dat laatste komt maar heel weinig terecht. Daarom ben ik het volkomen eens met Muntendams uitspraak, dat 'het leger van verzekeringsartsen geen bijdrage heeft kunnen leveren aan de daling van het verzuimcijfer'.

Dit veelal onnodig langdurige verzuim is niet alleen schadelijk voor de economie van ons land, maar ook voor de verzuimers zelf: hoe langer een arbeidsverzuim duurt, hoe geringer de kans wordt dat de betrokkene weer in het arbeidsproces terugkeert, met andere woorden gezegd: niet werken werkt anti-revaliderend. 'Rust roest'! En het zijn wij artsen met elkaar – en zeker niet alleen de verzekeringsmensen onder ons – die medeverantwoordelijk zijn voor een aanzienlijk gedeelte van de oorzaken van het toegenomen arbeidsverzuim door 'ziekte'. Er is stellig sprake van een 'iatrogeen arbeidsverzuim'. Het vraagteken achter de titel van deze brief kan vervangen worden door een uitroepetekens.

Zeist, 30 september 1978

W. H. Beekhuis.

ONEIGENLIJK GEBRUIK VAN BLOEDMONSTERS

In MC nr. 38/1978 (blz. 1156) deelt collega J. M. L. Phaff namens de Geneeskundige Hoofdinspecteur zijn standpunt mede ten aanzien van het gebruik van overbodige bloedmonsters van de phenylketonurie-screening voor wetenschappelijk onderzoek. Het 'ontoelaatbaar' wordt uitgesproken, welke uitspraak is gebaseerd op de volgende door hem vermelde motivaties: namelijk het gebruik van deze bloedmonsters ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek is niet vastgelegd in de uitvoeringsbeschikking van de AWBZ en is bovendien niet aan de ouders medegedeeld. De hoofdinspecteur blijkt verder bevreesd voor onderzoek naar ziekten waarvoor geen algemeen aanvaardbare therapeutische mogelijkheden bestaan. Deze motivaties

VISIOEN OF FICTIE

Is de visie van de KNMG en van haar maatschappelijke verenigingen op de structuurwetgeving gezondheidszorg (zie MC nr. 28/1977 blz. 885) een visioen of een fictie?, vraagt R. T. Leerling zich af (blz. 1313). Zijns inziens streeft de overheid slechts beheersbare structuren na en tracht de KNMG slechts daarin een plaatsje te reserveren voor het zogenaamde particuliere initiatief. De overheid noch de KNMG geeft blijk van enige visie op de mens van vandaag, zijn noden en de hulp die nodig is. Zij hebben elkaar niets te verwijten. Tot een nauwkeurige analyse van de problematiek is evenmin de overheid als de KNMG gekomen. De vraag van De Melker en Van Es, wat voor gezondheidszorg wij eigenlijk willen, is nog steeds een open vraag. Willen wij, dat wil zeggen KNMG en overheid, inderdaad een humane gezondheidszorg, dat is een zorg van mens tot mens, of willen wij een zorgverlening waarin het technologische en dus machtige (en geldverslindende) instituut van het ziekenhuis centraal staat? Zowel de overheid als de KNMG dekt de werkelijke problemen toe. Tot zover Leerling.

Nu is het niet zo dat men zonder meer aan de vraag naar de gewenste ontwikkeling van de gezondheidszorg voorbijgaat. Bepalen we ons eerst tot de artsen. Enige weken geleden stelde C. Spreeuwenberg in dit blad (MC nr. 39/1978, blz. 1205), schrijvend over de toekomst van de huisartsgeneeskunde, dat een herbezinning op de inhoud van het functioneren van de huisarts noodzakelijk is. De specialisten zijn op zoek naar een goede vorm van intercollegiale toetsing als waarborg voor een hoge kwaliteit; in

Amerika wordt bij die toetsing tevens het kostenaspect betrokken. De LAD is gelukkig met de mede door haar ontworpen CAO voor het ziekenhuiswezen en is druk bezig met de uitwerking daarvan. Kortom, iedereen is bezig met bepaalde toekomstige facetten van de gezondheidszorg; we noemden slechts enkele voorbeelden. Maar één ding ontbreekt: een gezamenlijke maatschappelijke visie op de meest gewenste ontwikkeling.

Een belangrijk overheidsstuk dat ons wijzer kan maken over de visie van de regering op de gezondheidszorg is de jaarlijkse begroting. Over de filosofie die aan deze begroting ten grondslag ligt kan de lezer een en ander vinden in de inleiding

*Een totale conceptie
van de gewenste
ontwikkeling van de
gezondheidszorg
is ver te zoeken*

tot de begroting (zie MC nr. 38/1978, blz. 1159). De regering legt nogal de nadruk op de verantwoordelijkheid en de plichten van de patiënt. Bij doorlezing van de Memorie van Toelichting vallen enkele uitspraken op, die mogelijk een aanwijzing zijn in welke richting de regering denkt. In beginsel, aldus de memorie, gaat het om een versterking van de eerste lijn en een capaciteitsvermindering binnen de klinische zorg, overigens met behoud van de bestaande kwaliteit. Dit lijkt een duidelijke uitspraak; om die te ondersteunen is de volgorde van de begrotingsonderdelen gewijzigd, zoals mevrouw Veder-

Smit in haar laatste interview met MC (nr. 38/1978, blz. 1158) aangaf. Kijken we evenwel naar de daarop betrekking hebbende begrotingsposten, althans voor zover het de versterking van de eerste lijn betreft, dan blijkt niet alleen dat er geen rekening is gehouden met de geldontwaarding maar dat essentiële posten ook nominaal zijn verlaagd. De gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) krijgt een duidelijk accent, voor zover zij erop is gericht de individuele verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid te stimuleren. Wanneer educatie en informatie resulteren in gezond gedrag, ligt vooral op dit vlak een taak voor de overheid. Kijken we dan naar de betreffende begrotingsposten, dan zien we ook hier een nominale verlaging ten opzichte van 1978. Grote waarde hecht de regering aan het beleids- en onderzoek. Om de beleidsrelevantie van dergelijk onderzoek te kunnen beoordelen wordt het terrein van de gezondheidszorg ingedeeld in drie aandachtspunten; onderscheiden worden medisch-biologisch en klinisch onderzoek, onderzoek naar menselijk gedrag in relatie tot ziekte en gezondheid, en onderzoek naar het gezondheidszorgsysteem. De hoofdmoot ging tot nu toe naar het als eerste genoemde onderzoeksveld. Volgens de Memorie van Toelichting zal het accent moeten verschuiven naar de beide laatste velden. Wij dachten: een goede zaak. De desbetreffende begrotingspost laat evenwel wederom een nominale verlaging zien.

Merkwaardige ontwikkelingen toch in ons gezondheidswereldje. Een totale conceptie en een uitwerking daarvan zijn inderdaad ver te zoeken.

B.

wegen voor de hoofdspecteur kennelijk zo zwaar dat het bevorderen en verwerven van medische kennis met betrekking tot de epidemiologie van ziekten, stoornissen en andere (bijvoorbeeld serologische) gegevens en eventuele mogelijkheden ten aanzien van erfelijkheidsadviezen aan de ouders naar de achtergrond moeten worden verwezen.

Deze aangevoerde motivaties duiden mijns inziens zowel op een formalistische benadering als op een ongemotiveerde vrees. Medisch-ethische en juridische overwegingen, die mogelijk aan het ingenomen standpunt ten grondslag liggen, worden niet aangegeven. Overigens blijken de motivaties en het uitgesproken veto niet zo definitief te zijn als ze worden gepresenteerd, daar uitzonderingen mogelijk zijn. Noch het onderzoek op hypothyreoïdie noch het onderzoek op alfa-1 antitrypsine deficiëntie zijn immers opgenomen in het uitvoeringsbesluit van de AWBZ en vallen evenmin onder de in de 'nota van toelichting' bedoelde uitbreidingen van met PKU vergelijkbare aangeboren stofwisselingsziekten zoals de galactosemie.

De alfa-1 antitrypsine deficiëntie is een stoornis die door Laurell en Eriksson uit Zweden in 1963 voor de eerste maal werd beschreven. Het werd al spoedig duidelijk dat ernstige alfa-1 antitrypsine deficiëntie erfelijk was en sterk geassocieerd was met chronische longaandoeningen en levercirrhose bij kinderen. In 1974 vond in Zweden een screeningonderzoek plaats bij alle zuigelingen. Momenteel is voor deze aandoening geen definitieve therapie beschikbaar, hoewel dit in de toekomst wel mogelijk is (Talamo 1975).

Neonatale hypothyreoïdie is een aandoening waarbij bij vroegtijdige behandeling met thyreoïdhormoon het ontstaan van mentale retardatie meestal kan worden voorkomen (Walfish 1976). Screening op hypothyreoïdie bij zuigelingen wordt in meerdere landen o.a. Zwitserland routinematig verricht (Committee on Genetics 1977). Het eerder zo onaantastbaar geformuleerde standpunt van 'ontoelaatbaarheid' wordt immers verlaten wanneer het deze beide ziekten betreft.

Daar deze veranderde plaatsbepaling getuigt van een meer genuanceerde visie van de GHI op de onderhavige problematiek zou redelijkerwijze mogen worden verwacht dat de lezer enig inzicht zou worden verschaft in de overwegingen, die tot wijziging van het eerder ingenomen standpunt hebben geleid. In deze verwachtingen wordt men echter teleurgesteld. Wèl wordt direct na de mededeling van de toegestane 'uitzondering op de regel' vermeld dat toestemming voor een onderzoek op toxoplasmose, dat in mijn artikel overigens met opzet niet ter discussie werd gesteld, vooralsnog is geweigerd. De

vooronderstelde machtspositie van de GHI wordt hier wel duidelijk gedemonstreerd. Het geval wil namelijk dat deze toestemming nimmer is gevraagd. De ingezonden reactie van collega Phaff is teleurstellend daar het geen inzichtelijke bijdrage levert ter verheldering en oplossing van de onderhavige medisch-ethische en juridische vragen ten aanzien van het oneigenlijke gebruik van overtollige bloedmonsters. Wel wordt uit dit ingezonden stuk duidelijk dat de GHI een claim legt op het alleenrecht om te bepalen waarvoor de overtollige PKU-bloedmonsters al dan niet mogen worden aangewend. Deze door de GHI ingenomen positie, welke uiteraard ter discussie gesteld kan worden daar er naar mijn weten althans geen wettelijke bepalingen zijn die het gebruik van overtollige bloedmonsters regelen, moge echter de gestelde problematiek 'Is oneigenlijk gebruik van bloedmonsters ook 'onwettig' en 'onethisch' gebruik?' niet versluieren.

Goirle, 28 september 1978

Dr. A. J. Swaak, arts
Provinciaal Kinderhygiënist

Literatuur

Committee on Genetics. Screening for congenital metabolic disorders in the new-born infant. Ped. Supplement Vol:60 No. 3 Part 2 1977.

Talamo r.c. Basic and Clinical Aspects of the Alpha-1-Antitrypsine. Pediatrics Vol. 56 No. 1 1975.
Walfish G.P. Evaluation of three thyroid-function screening tests for detecting neonatal hypothyroidism.



Kostenbewust (?) – Het beleid van kostenbeheersing wordt nauwelijks gedragen door ziekenhuismedewerkers en patiënten. Aldus de uitkomst van een onderzoek naar kennis en meningen over de kosten van de gezondheidszorg. Studenten van het Instituut voor Ziekenhuiswetenschappen te Utrecht ondervroegen in het kader van dit onderzoek eind vorig jaar ongeveer 150 patiënten en even zoveel medewerkers van een algemeen ziekenhuis. Enkele van hun bevindingen: de mensen weten weinig van de kosten van de gezondheidszorg; slechts een enkeling vindt die kosten te hoog (en wie ze wel te hoog vindt wil de beschikbare gelden binnen de zorg anders verdelen); medewerkers deden veel meer suggesties voor het besteden van méér geld aan bepaalde onderzoeken dan voor minder

grote bestedingen. Belangstelling voor het kostenvraagstuk is er overigens wel, én bij patiënten én bij medewerkers. Aan de belangstelling van medewerkerszijde zou, wil men ze kostenbewuster laten handelen, volgens de rapporteurs tegemoet kunnen worden gekomen door het verstrekken van meer informatie; tegelijk zouden de medewerkers meer kunnen vertellen over eigen ervaringen op het vlak van de doelmatigheid. Ook het uitwisselen van gegevens kost echter geld: een eigen begroting voor een verpleegafdeling bijvoorbeeld vergt arbeidsuren voor het opstellen van zo'n begroting en voor het bijhouden van de kosten. Met andere woorden, meer informatie uitwisselen over de kosten brengt op zich extra kosten mee – meerkosten die alleen te verantwoorden zijn indien er een toegenomen efficiency en een betere zorg van zijn te wachten. De vraag is dus of met name de ziekenhuismedewerkers die verhoogde doelmatigheid en die verbeterde zorg inderdaad uit de door het onderzoekteam gesuggereerde bredere uitwisseling van gegevens zien komen.

Subsidies Hartstichting – De Nederlandse Hartstichting stelt een aantal subsidies ter beschikking voor wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de circulatie. De voorkeur gaat uit naar kort lopende onderzoeken op het gebied van de vroege opsporing en de behandeling en de revalidatie van patiënten met myocardiinfarct en de andere complicaties van atherosclerose. Maar ook voor speurwerk op andere gebieden de bloedsomloop betreffende kan subsidie worden aangevraagd. Aanvraagformulieren kunnen worden verkregen bij: Nederlandse Hartstichting, Sophialaan 10, 2514 JR Den Haag. Aanvragen dienen uiterlijk 31 december 1978 in het bezit te zijn van de Hartstichting.

C. U. Ariëns Kappersfonds – Uit het C. U. Ariëns Kappersfonds kan voor 1978 een toelage van f 2000,— worden verstrekt voor een psychiatrisch onderwerp. Conform de statuten van het fonds kunnen toelagen worden verstrekt voor: a. Onderzoeken op het gebied van de psychiatrie, die betrekking hebben op de therapie. Alle leden van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, uitgezonderd hoogleraren, kunnen hiervoor in aanmerking komen; b. Initiatieven en activiteiten die van grote betekenis kunnen worden geacht voor de behartiging van wetenschappelijke belangen der psychiatrie. Diegenen die in aanmerking wensen te komen voor een toelage worden verzocht vóór 1 maart 1979 schriftelijk te solliciteren bij het C. U. Ariëns Kappersfonds, Ned. Ver. voor Psychiatrie, Postbus 20062, 3502 LB Utrecht.

De visie van de KNMG: visioen of fictie?

Liever wil ik daarom de vraag aansnijden, waarom het met allerlei gigantische technische projecten gaat zoals het gaat, d.i. waarom de prestaties op dat terrein even groot zijn als de achterstand op het andere, waarom telkens weer blijkt dat wij met de dingen zoveel gemakkelijker – nou ja, gemakkelijker – zoveel deskundiger, inventiever, eleganter omgaan dan met de mensen en hun typisch menselijke problemen.

Han Fortmann¹

door **R. J. Leerling**



De auteur is huisarts te Badhoevedorp.

mij niet bedoeld op een visie zoals die thans door de KNMG c.s. is geproduceerd. Om dit nader te adstrueren zou ik genoemde visie willen toetsen aan twee criteria, te weten:

- hoe gemeenschappelijk is deze visie en waarin?
- zal zij bruikbaar kunnen zijn bij de oplossing van de vraagstukken waarvoor wij ons als samenleving zien geplaatst?

Draagvlak

De eerste vraag plaatst vraagtekens bij het draagvlak van de geformuleerde visie, zowel binnen de beroepsgroep als daarbuiten. De nogal weidse betiteling 'Visie van de KNMG en haar Maatschappelijke Verenigingen' zou de indruk kunnen wekken als zou het geproduceerde het resultaat zijn van een diepgaande consultatie van de Nederlandse artsen. Artsen die op hun beurt zich intensief hebben beraden over de problematiek van de samenlevingsontwikkeling waarin de roep om een structuurwetgeving, ook voor de gezondheidszorg, zijn oorsprong heeft.

De werkelijkheid is natuurlijk anders. Het geformuleerde standpunt heeft weliswaar de instemming gekregen van de besturen en de ledenvergaderingen, maar het werkelijke denkwerk dat nodig is geweest om een zo snel antwoord te geven op de vraag vanuit het parlement is verricht door een smalle top met bovendien een sterke juridische inslag. De zeer korte termijn waarop is geantwoord en het gebezigde taalgebruik laten tenminste nauwelijks een andere conclusie toe.

Tijdens de hoorzitting van de Vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid van de Tweede Kamer op 11 maart 1977 naar aanleiding van de wetsontwerpen Voorzieningen en Tarieven Gezondheidszorg is van de zijde van het parlement de vraag gekomen naar een concrete visie van de KNMG op de problematiek waarvoor de behandelde wetsontwerpen geacht worden een passende oplossing te bieden. Wanneer men zoveel en zo ernstige kritiek heeft als de artsenorganisaties hebben, is een dergelijke wedervraag op zich reeds alleszins gerechtvaardigd. En zeker wanneer de volksvertegenwoordiging bij haar wetgevende arbeid wordt geconfronteerd met een massaal en hartgrondig verzet van een op vitale wijze bij de uitvoering betrokken beroepsgroep, mag een dergelijke vraag naar de eigen visie van de critici natuurlijk ook niet uitblijven. En de KNMG is met een eigen visie gekomen, en nog wel in zeer korte tijd, want al op 21 juni 1977 – dus al drie maanden later – deden de Maatschappij en haar

belangenverenigingen LHV, LSV en LAD een 'Visie Structuurwetgeving Gezondheidszorg' het licht zien. Sindsdien is het nogal rustig gebleven en niet alleen de betrokken besturen maar ook de door deze besturen vertegenwoordigde leden lijken het afgegeven statement voor zichzelf te hebben afgesloten met 'en daarmee basta!' In ieder geval is de interne discussie over de uitgangspunten vrijwel verstomd. Misschien verkeert men in de veronderstelling dat het een storm in een glas water is geweest, het zoveelste 'incident-Hendriks', alsof de maatschappelijke ontwikkelingen waarop de betreffende wetsontwerpen een antwoord poogden te geven mét de aflossing van de wacht ten departemente als vanzelf zijn stopgezet.

In een eerdere publikatie heb ik gepleit voor 'een maatschappijvisie waarmee de Nederlandse (huis)artsen als groep de samenleving tegemoet treden en waarin zij hun idealen en waarden voorleggen ter integratie in het maatschappelijke en politieke waardenpatroon'². Daarmee is door

Daarmee wil ik niets ten nadele hebben gezegd van de betreffende besturen, zeker niet nu een uitvoerige nadere discussie over de visie niet door de leden is uitgelokt. Ik zou haast zeggen: integendeel. Want het uitblijven van een dergelijke discussie bewijst naar mijn gevoel, dat de besturen terecht een diepgaande consultatie van de leden inzake de uitgangspunten van wetgeving hebben nagelaten; een zich gezamenlijk methodisch beraden over de relevante maatschappelijke problematiek – wat een dergelijke consultatie zinvol had kunnen maken – vond waarschijnlijk toch niet plaats. In verenigingen bestaat bij de leden nog al eens de neiging al het verenigingswerk, inclusief het creatieve denkwerk, over te laten aan de enkelen die een bestuurstaak op zich hebben willen nemen. Ieder die wel eens een bestuursfunctie heeft bekleed zal de hierdoor veroorzaakte frustraties van de bestuurder kennen.

Last but not least, ook bij de nu gevolgde procedure is er toch duidelijk sprake geweest van een overtuigende bijval van de leden waar het ging om het uiten van protest tegen de voorgestelde structuurwetgeving. De interpretatie van deze bijval van de leden geeft op het eerste gezicht twee elementen te zien: a. de artsen vonden dat zij te laat inspraak hadden gekregen; b. de artsen hadden ernstige bezwaren tegen de voorgestelde structuren. In een tijd waarin steeds duidelijker wordt hoe belangrijk het is de burger te betrekken bij het beleid van de overheid is het eerste bezwaar natuurlijk zonder meer legitiem te noemen. Als de KNMG c.s. over operationele macht zouden beschikken, was het wellicht niet eens onverstandig geweest als zij onder de gegeven omstandigheden in het geheel niet meer hadden geantwoord op de vraag van de Kamercommissie en direct het conflict waren aangegaan, daarmee iedere medeverantwoordelijkheid voor de voorgestelde wetgeving vermijdende (Zie ook mijn opmerkingen dienaangaande in MC³).

Toch blijft dan nog wel de vraag overeind wát de artsen, als zij wel tijdig waren uitgenodigd tot meedenken, dan wel hadden willen inbrengen, en op welk niveau de visies van overheid en KNMG divergeren. Hoe fundamenteel is eigenlijk de weerstand van de artsen tegen de voorgestelde wetgeving, en komt dat

fundamentele meningsverschil voldoende duidelijk tot uiting in de KNMG-visie?

Het lijkt mij onjuist, als zonder meer zou worden aangenomen dat de KNMG-visie een integrale beantwoording bevat van wat in de geuite protesten tot uitdrukking is gebracht. Volgens mijn waarneming konden *twee toonaarden* worden onderscheiden, te weten een *defensieve, negatieve* teneur en een *verontrust signalerende, meer positief* te waarden toon.

Het is duidelijk, dat vele artsen tegen hun zin betrokken raken in maatschappelijke ontwikkelingsprocessen als socialisering en democratisering. Historisch gezien is dat ook niet geheel onbegrijpelijk. Men neemt er als regel weinig deel aan en heeft er ook weinig affiniteit mee, zeker wanneer het maatschappelijk leven sterk wordt gedomineerd door sociaal-economische tegenstellingen en problemen. En als er dan al deelname is geboden, dan heeft men de neiging primair te streven naar een zo goed mogelijk handhaven van de cultuur-sociale status binnen de nieuw te ontwerpen structuren. Tot een afweging van de prioriteit van de gezondheidszorg bijvoorbeeld ten opzichte van andere sociale zorgsystemen komt men niet gauw. En hoewel de grote verschuivingen op sociaal-economisch gebied zich volop (gesomatiseerd) presenteren in de gezondheidszorg, demonstreert men als regel weinig initiatief tot het aandragen van oplossingen vanuit het eigen werkgebied als maatschappelijk deelgebied ten bate van het grote geheel. Integendeel, de wetgevingsdrang wordt als nu eenmaal onafwendbaar, van buiten komend, aanvaard en vervolgens gaat men over tot het poneren van een vierwerf 'Een structuurwetgeving gezondheidszorg dient . . .', daarmee de eigen verworven maatschappelijke status voor de toekomst claimend.

Er is echter ook een andere toon te onderkennen geweest. Er is duidelijk gesignaleerd, dat nu ook de arts zich bedreigd gaat voelen door onpersoonlijke machtstructuren waarin hij zichzelf in zijn feitelijke functioneren in de samenleving niet meer voldoende kan herkennen. Structuren die hem eerder kunnen belemmeren dan ondersteunen in dat

functioneren. En hoewel met name de huisarts als centrale figuur in het uitgebreide web van gezondheidszorgvoorzieningen zeker een sterke behoefte gevoelt aan heroriëntatie en herordening, bevatten de wetsontwerpen toch iets dubbelzinnigs, iets dat wezensvreemd is aan werkelijke zorgverlening. Juist de huisarts ziet meer en meer mensen die verstikt dreigen te raken in organisatiestructuren waarin onvoldoende ontplooiingsmogelijkheden zijn voor de eigen identiteit en verantwoordelijkheid. In de wetsontwerpen ontwaart hij de dreiging van het spanningsveld dat hij zo vaak bij anderen ziet.

Het is duidelijk, dat het defensieve element heeft overheerst bij de samenstelling van de KNMG-visie. Zoals een beklaagde de verdediging van zijn rechten in een voor hem vreemde situatie maar wat graag overlaat aan een goede advocaat, zo lieten en laten vele artsen de samenstelling van een antwoord op de wetsontwerpen over aan de besturen en de geïncorporeerde juristen. En zoals verdachten doorgaans weinig hebben toe te voegen aan het pleidooi van hun raadsman, zo zullen vele artsen die de KNMG-visie hebben gelezen waarschijnlijk slechts met bewondering hebben ingestemd met het knap geformuleerde standpunt. (Laten 'ze' daar maar eens iets tegen inbrengen!) *Bezorgdheid over de maatschappelijke ontwikkelingen en over de wijze waarop de overheid in kwestie daarop reageert klinkt in de KNMG-visie niet door.*

Terugkerend naar de vraag aangaande het draagvlak van de KNMG-visie, lijkt de conclusie gewettigd dat dit groot is waar het gaat om het zich te weer stellen tegen de dreiging van een aantasting van de cultureel-sociale status van artsen. Door het ontbreken van symptomen van maatschappelijk engagement zal zij voor niet-artsen weinig toegankelijk en weinig overtuigend zijn.

Het positieve signaal dat door het veld is gegeven zou waarschijnlijk een goed uitgangspunt hebben kunnen opleveren voor een visie die communicatiekanalen opent en artsen in hun protest herkenbaarder maakt voor andere groeperingen in de samenleving. Die kans is vooralsnog gemist.

Bruikbaarheid voor onze samenleving

Om de bruikbaarheid van de KNMG-visie in te schatten moeten wij dieper op een en ander ingaan.

In de eerste plaats ligt het dan voor de hand, dat de samenleving als geheel weinig gebaat zal zijn met een visie van een zo belangrijke groep als de artsen, wanneer die visie niet produkt is van gezamenlijk denken en voelen en bovendien als deze voornamelijk berust op remmende onlustgevoelens en gebrek aan maatschappelijk engagement. Waar deze overweging wellicht nog kan worden geduid als een wat emotionele gedachtengang, moet toch ook worden opgemerkt dat de waarde van een antwoord in beslissende mate kan afhangen van een juiste interpretatie van de vraagstelling, ja zelfs van de juistheid van de vraagstelling überhaupt. In dat licht gezien is het op zijn minst opmerkelijk, dat de visie van de KNMG niet nauwkeurig de vraag weergeeft zoals de Kamercommissie die graag zou zien beantwoord. In de inleiding van de visie formuleren de samenstellers op enigszins retorische wijze zelf de vraagstelling: 'Als van velerlei zijden – met name tijdens de hoorzitting door de voorzitter van de Vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid van de Tweede Kamer – wordt gevraagd om de visie van de KNMG meer te concretiseren, dan kan daarmee niet worden bedoeld dat de KNMG een uitgewerkt alternatief wetsontwerp zou moeten produceren. Wel mag van de artsenorganisatie worden verwacht dat zij – tezamen met andere betrokken organisaties van beroepsbeoefenaren en instellingen – bij de voorbereiding van wettelijke maatregelen op het terrein van de gezondheidszorg haar eigen inzichten zo duidelijk mogelijk naar voren brengt.' (Overigens wordt ten behoeve van de wetgever wel en passant een 'Schets van een structuurwet' als bijlage aan de eigen visie toegevoegd!) Het opvallende in deze bewoordingen is, dat de KNMG zichzelf een niet nadere geëxpliciteerde maatschappelijke rol toekent, zonder dat ook de vraagstellende overheid de hare duidelijk had weergegeven. De concrete vraag van de voorzitter van de Kamercommissie luidde immers: wilt U van Uzelf uit puntig en

concreet aangegeven wat binnen het kader van deze twee wetgevingen ten principale zou moeten worden gewijzigd?⁴ *In feite wenst de overheid dus slechts principiële kritiek te horen binnen de door haarzelf gestelde kaders.*

Naar het mij voorkomt zal de bruikbaarheid van de KNMG-visie voor de samenlevingsontwikkeling aanmerkelijk geringer worden door het ontbreken van de wederzijdse erkenning van de identiteit die overheid en KNMG elkaar ter zake toe staan. Met andere woorden, de maatschappelijke betekenis van de thans gevoerde discussie zal geringer worden doordat de ene partij de andere partij dwingend de kaders oplegt en de andere partner zichzelf een bepaalde rol toekent zonder dat die door de eerste als juist is erkend.

Nog belangrijker is het echter, dat de samenstellers hebben nagelaten de vraag van de Vaste Kamercommissie, inclusief de gegeven kaders, te verifiëren op de maatschappelijke relevantie.

Wat is eigenlijk de gezamenlijke opgave van overheid en KNMG? Zowel uit de Structuurnota als uit de wetsontwerpen blijkt onvoldoende eenduidig welk probleem de overheid nu eigenlijk wenst op te lossen. En *aangezien de KNMG-visie een antwoord-zonder-meer is op de voorgestelde oplossing zoekt men ook in dit stuk tevergeefs naar de maatschappelijke dimensie.* Het doet dan ook wat merkwaardig aan, dat de artsenorganisatie kritiek levert op de overheid waar het het ontbreken van een nauwkeurige analyse van de problematiek betreft; zelf komen de samenstellers van de visie immers evenmin tot enigerlei analyse. Toch is die kritiek gerechtvaardigd, omdat door dat ontbreken een goede discussie over de doelstelling van de voorgestelde wetgeving ernstig wordt belemmerd. Hetzelfde kan uiteraard worden gesteld ten aanzien van een gedachtenwisseling over de wegen die naar het gestelde doel zouden kunnen leiden.

Uit de Memorie van Toelichting blijkt dat de wetgever met het wetsontwerp Voorzieningen beoogt: de aard, omvang, spreiding, samenhang en kwaliteit van het aanbod van diensten de gezondheidszorg betreffende voor de gebruiker doen functioneren als een overzichtelijk stelsel. Nog afgezien van het feit, dat blijkens de

notulen van de hoorzitting de overheid met de voorgestelde wetgeving vooral een grotere beheersbaarheid van de gezondheidszorg beoogt (hetgeen in de geformuleerde doelstelling niet expliciet staat vermeld), valt hierbij op dat kennelijk geen onderscheid wordt gemaakt tussen *zorgverlening* en *dienstverlening*, als betrof het een met bijvoorbeeld de PTT of de NS vergelijkbare maatschappelijke activiteit. De voormalig staatssecretaris geeft later in een interview nog eens duidelijk aan, dat het hier geen misverstand betreft, waar hij zegt: 'Pragmatisch als ik ben, vind ik dat je de gezondheidszorg niet moet politiseren maar moet zien als een dienstverlening voor iedereen. Gespreid, bereikbaar en betaalbaar.'⁵ Een dergelijke reductie van het creatieve, relationele begrip 'zorg' tot het veel meer procesmatige begrip 'dienst' moge bij de heer Hendriks begrijpelijk zijn geweest vanuit diens persoonlijke achtergrond (het ziekenfonds is een dienstverlenende instantie par excellence), de overheid heeft een dergelijke reductie wel degelijk nodig als voorwaarde voor een betere 'beheersbaarheid' die zij beoogt.

Het niet onderscheiden van de wezenlijk verschillende begrippen 'zorg' en 'dienst' is waarschijnlijk niet alleen debet aan de diverse miscommunicaties tussen overheid en KNMG in de achterliggende jaren, ook een discussie over het verschil tussen bijvoorbeeld 'honorarium' en 'prijs', zoals die zich tijdens de hoorzitting ontspon tussen collega Sanders en mevrouw Veder-Smit, blijft daardoor ondoorzichtig.

Voorts gaapt tussen de inhoudelijke doelstelling van de wetsontwerpen en de voorgestelde organisatorische maatregelen het levensgrote gat van de niet-geanalyseerde zorgrelaties en zorgprocessen, die de overheid kennelijk wil beheersen door middel van structurele maatregelen. De vraag van De Melker en Van Es wat voor gezondheidszorg wij eigenlijk willen⁶ is nog steeds een open vraag! *Willen wij, dat is KNMG en overheid, inderdaad een humane gezondheidszorg, dat is een zorg van mens tot mens, of willen wij een zorgverlening waarin het technologische en dus machtige (en kostenverslindende) instituut van het ziekenhuis centraal staat?* In hoeverre vindt het probleem

waarvoor de overheid een wetgevende oplossing zoekt überhaupt zijn oorsprong in de gezondheidszorg, en is dat dan in een zodanige mate dat het vraagstuk kan worden opgelost door beheerstechnische maatregelen zoals organisatie (beheersing van de ruimte) en planning (beheersing in de tijd) van de zorg? Zou een belangrijk deel van de problematiek van de gezondheidszorg niet liggen op het gebied van andere sociale zorgprocessen, die de mens niet of onvoldoende beschermen tegen ziekte of gebrek?

Ziedaar de maatschappelijke dimensie die men mist in de doelstellingen en de concrete voorstellen zoals die zijn neergelegd in de wetsontwerpen. Men kan zich afvragen hoe principieel een KNMG nog kan zijn binnen de door de overheid gekozen kaders.

Maatschappijvisie

Wanneer ik met het bovenstaande heb proberen duidelijk te maken dat de overheid, en in haar voetspoor de KNMG c.s., de werkelijke problematiek in probleemstelling en beantwoording toedekken, betekent dit geenszins dat ik de enorme omvang van de vraagstukken wil onderschatten. Het is overduidelijk, dat de grote toename van de differentiatie en complexiteit van het maatschappelijk gebeuren, en dus ook van de gezondheidszorg vragen om ernstig beraad en een doelgericht en adequaat beleid.

De steeds duidelijker wordende beperktheid van de financieel-economische middelen maant zelfs tot spoed. *Mijn kritiek richt zich op de onuitgesproken maar daarom niet minder ondeugdelijke vooronderstellingen die aan de wetsontwerpen en de KNMG-visie ten grondslag liggen.* Geconfronteerd met een toenemende complexiteit en differentiatie, soms ten onrechte als 'wildgroei' aangeduid, een vermindering van de beschikbare materiële middelen en een duidelijke afname van het zicht in en vertrouwen op eigen identiteit, mogelijkheden en verantwoordelijkheid en die van de ander, dekt men elkaars onmacht toe en zoekt men naar structurele middelen om uit de impasse te geraken.

Deze reactie is niet nieuw. In het bedrijfsleven hebben we een

soortgelijke ontwikkeling gezien waarbij een dysfunctioneren van de organisatie als geheel – blijkende uit de ongunstige financieel-economische gegevens – werd beantwoord met structurele maatregelen op basis van verregaande rationalisatie van begrippen als arbeid, opleiding, functie en dergelijke. Termen als 'organisatie' en 'planning' werden gevleugelde begrippen. Het meer fundamentele probleem van de afbouw van de industriële arbeid en de noodzaak van het zoeken naar nieuwe sociale kaders en gedragsregels kwam nauwelijks aan bod. Schaalvergroting door middel van fusie, (re)organisatie en andere kwantitatieve oplossingen vonden algemene toepassing.

Ik citeer hier Prof. C. J. Zwart: ' . . . , maar nu in de jaren zeventig de middelen toch beperkt blijken te zijn kan de ongehoorde stijging van de uitgaven – de zogenaamde collectieve lasten – niet worden gefinancierd. Dus grijpt men naar de reddingsboei. Die heet, zoals te verwachten viel, kostenbesparing, rationalisatie en planning. Maar waarom wil de overheid nu ineens niet meer kijken naar het bedrijfsleven, waar heel wat politieke bestuurders zo precies van weten te zeggen wat er allemaal aan schort? Waarom willen we nu ineens niet leren van de talloze voorbeelden in bedrijven waar rationalisatie in het geding was? Het moet toch bekend zijn, dat men van zeer goeden huize moet zijn om te voorkomen dat rationalisatie leidt tot centralisatie, bureaucratie, rigide planning, schaalvergroting, enzovoort. Het moet toch ook bekend zijn dat rationalisatie in de regel in ieder geval één slachtoffer heeft, namelijk de mens: intern als medewerker en extern als cliënt.'⁷

De menselijke gevolgen van de geschetste ontwikkelingen in het bedrijfsleven (maar ook bijvoorbeeld in het onderwijs) ziet vooral de huisarts op zijn spreekuur. De greep naar valium of een verwijzing naar psychiater of maatschappelijk werker kan niet verhullen, dat de mens steeds meer in conflict komt met de organisatorische structuren waarin hij zichzelf en de ander niet meer herkent en waarin hij niet meer als mens kan functioneren. De artsen die dat op zich zien afkomen hebben ook hun protest laten horen, als signaal. Zij weten, dat zorgrelaties en zorgprocessen niet bestaan tussen 'consumenten van zorg' en

'gezondheidszorginstellingen', maar uiteindelijk alleen tussen mensen. Als de KNMG dit signaal duidelijk had opgevangen en had willen verwerken in een eigen visie, had men zich ten principale kritisch moeten opstellen tegenover de rationalisatie die aan de structuurwetgeving ten grondslag ligt. Daarmee had men blijk gegeven in het dagelijks functioneren de ogen niet gesloten, de oren niet dichtgestopt en het hart niet koel te hebben gehouden. Wanneer wij dan lezen, dat de KNMG zich al in 1971 heeft uitgesproken voor een ordening van de voorzieningen, in beginsel akkoord is gegaan met een publiekrechtelijke ordening en zich zelfs reeds in positieve zin heeft uitgesproken over de uitgangspunten van planning en regionalisatie, rijst de vraag of de KNMG niet in dezelfde denkfout is vervallen als de overheid. In feite heeft men zich immers laten verleiden tot assimilatie van het structuurdenken van de overheid, zich daarmee wezenlijk vervreemdend van een deel van de achterban.

Dit alles doet de hoop op een waardevolle bijdrage van de KNMG-visie aan de samenlevingsontwikkeling niet stijgen. Men kan slechts gissen wat het gevolg zou zijn geweest van een fundamenteel andere aanpak van de totstandkoming van een KNMG-visie. Wat eruit de bus zou zijn gekomen als men de leden ertoe had gestimuleerd om datgene wat zij dagelijks kunnen waarnemen aan patiënten en dat wat hen ten diepste wantrouwend deed worden ten opzichte van de voorgestelde wetgeving, gezamenlijk boven tafel te krijgen, en als die gegevens tot uitgangspunt waren genomen van een werkelijke 'visie' op de gezondheidszorg van vandaag en morgen.

Artsen hebben nogal eens de neiging de betekenis van hun maatschappijkritische gedachten te onderschatten. Artsen zouden zich niet met politiek bezig moeten houden. Nu het erop gaat lijken, dat de stroom van de maatschappelijke ontwikkelingsprocessen zich meer en meer gaat verplaatsen van het sociaal-economische deelgebied naar dat van de cultureel-sociale problematiek, lijkt het mij niet ondenkbaar dat juist nu een werkelijke maatschappijvisie van de beroepsgroep van de artsen een belangrijke impuls had kunnen betekenen bij de verdere ontwikkeling

van de samenleving. Daarvan zal nu nauwelijks sprake kunnen zijn; hoogstens remmen we wat af. De inmiddels geproduceerde visie, die bij eerste lezing misschien een ferme indruk maakt, verheft zich niet wezenlijk boven het niveau van de wetsontwerpen waar het de probleemoplossende potentie betreft. De discussie tussen overheid en KNMG kan nog slechts een academische zijn, voer voor wetkundigen en structuurspecialisten. Men is gefixeerd geraakt in een denken in gezondheidszorgstructuren. Tot een visie op de mens van vandaag, zijn ziekmakende zorgen, de hulp die hij van node heeft en de wijze waarop we de hulpverlener met de beschikbare middelen zo goed mogelijk voor zijn taak kunnen uitrusten is het niet gekomen, evenmin als tot het ontwikkelen van gedachten over de integratie van gezondheidszorg in het grotere geheel van het noodzakelijke zorgen van mensen voor elkaar. Te weinig blijkt het besef, dat gezondheidszorg slechts één van de

manieren is waarop mensen voor elkaar moeten zorgen. Dat de overheid – evenals vele andere maatschappelijke organisaties – het spoor enigszins bijster is geraakt in de maalstroom van de ontwikkelingen en vanuit een bijna chaotische identiteit allerlei structurele deeloplossingen ontwerpt om de steeds complexer wordende samenleving van mensen ‘adequaat’ te kunnen beheersen, is te betreuren. Als een KNMG daarin wenst mee te gaan om wille van een verondersteld bedreigde positie van de beroepsbeoefenaren, kan de uiteindelijke betekenis van haar visie voor de samenlevingsontwikkeling niet hoog worden aangeslagen. Zowel de wetsontwerpen als de KNMG-visie wortelen te weinig in een werkelijk engagement met de (zieke) mens onder de mensen. De overheid streeft – alle andere voorwerpselen ten spijt – beheersbare structuren na; de KNMG wenst klaarblijkelijk een waardig ‘einordnen’ van het zogenaamde particulier initiatief te bewerkstelligen. De mensen en hun typisch menselijke problemen komen

in de stukken maar weinig aan hun trekken.

Literatuur

1. Han Fortmann, De dingen en de mens; de verschillen tussen het Westen en het Oosten, Heel de mens, reflecties over de menselijke mogelijkheden. Ambo, 1972.
2. R. J. Leerling, (Huis)arts en vakbeweging; waar staan we eigenlijk? Medisch Contact nr. 31/1977, blz. 982.
3. R. J. Leerling, Beslissende rol of ageren in de marge? Medisch Contact nr. 8/1977, blz. 229 (door MC betiteld: ‘Particulier initiatief en overheid’).
4. Verslag van de hearing van de Vaste Kamercommissie Volksgezondheid, ontvangst delegatie KNMG, vrijdag 11 maart 1977.
5. Citaat uit een interview met de heer Hendriks. Het Vaderland, 14 januari 1978.
6. Prof. Dr. J. C. van Es en Dr. R. A. de Melker, Wat voor gezondheidszorg willen wij? Medisch Contact nr. 31/1978, blz. 961
7. Prof. Dr. C. J. Zwart, Samen leven met het oog op morgen; maatschappelijke ontwikkelingen als opgaaf en uitdaging. Lemniscaat, Rotterdam 1977.

Kankerbestrijding – Openbare hoorzitting Tweede Kamer 10 november a.s.

In de laatste maanden is de vaste Commissie voor de Volksgezondheid uit de Tweede Kamer der Staten-Generaal van diverse zijden attent gemaakt op het feit, dat de kankerbestrijding in Nederland te wensen overlaat. Verscheidene deskundigen hebben de commissie doen weten de gang van zaken in de kankerbestrijding wat betreft wetenschappelijk onderzoek, preventie, vroege opsporing en behandeling verre van optimaal te achten. De commissie heeft, gegeven het belang van de zaak, gemeend aandacht aan deze signalen te moeten besteden en besloten omtrent de kankerbestrijding in ons land in overleg te treden met de regering. Ter voorbereiding van deze gedachtenwisseling heeft zij het raadzaam geacht een openbare hoorzitting te houden, en wel op vrijdag 10 november 1978 in de Tweede Kamer. Organisaties, instellingen en

personen, die bereid zijn de commissie inzicht te verschaffen in feiten en opvattingen betreffende de organisatie, verdeling van verantwoordelijkheden, prioriteitenstelling en financiering op het terrein van de kankerbestrijding hier te lande, worden verzocht zich tot *uiterlijk maandag 30 oktober 1978* schriftelijk aan te melden bij de griffier van de commissie, Mr. T. A. M. Witteveen, Binnenhof 1A, Den Haag. Het zal op prijs worden gesteld, indien zij die zich

aanmelden hun aanmelding vergezeld doen gaan van een beknopte weergave van het naar voren te brengen standpunt. Gegevens van zeer feitelijke of exacte aard zal de commissie in alle gevallen gaarne op schrift ontvangen. De commissie zal aannemen dat inzenders van schriftelijke stukken tegen openbaarmaking van deze stukken geen bezwaar hebben, tenzij uitdrukkelijk wordt gevraagd openbaarmaking na te laten.

SPORTGENEESKUNDE – Artikelenserie gebundeld

Verschenen is de bundeling van een artikelenserie over sportgeneeskunde, gepubliceerd in de jaargangen 1977-1978 van Medisch Contact. Het betreft een dertigtal beschouwingen over allerlei aspecten van de sportgeneeskunde benaderd vanuit de visie van sportartsen, medische specialisten, paramedici, een socioloog en – geëvalueerd – van de Geneeskundig Inspecteur van de Volksgezondheid voor de Jeugdgezondheidszorg. Belangstellenden wordt deze bundel toegezonden na overmaking van f 7,50 op gironummer 58083 van de KNMG, Lomanlaan 103 te Utrecht onder vermelding van ‘Sportgeneeskunde’.

Kosten gezondheidszorg

Tweede financieel overzicht van de gezondheidszorg waarin opgenomen een raming van de kosten tot 1983

Tussen 1972 en 1977 nam in ons land het aandeel van de gezondheidskosten in het Bruto Nationaal Produkt toe van 7,1% (f 10,5 miljard) tot 8,4% (f 21,6 miljard). Voor 1982 gokt Volksgezondheid op 9,2% (f 32,6 miljard). Dit betekent een halvering van de jaarlijkse kostengroei in de gezondheidszorg, vergeleken met de ontwikkelingen in de afgelopen vijf jaar.

Van 1978 tot en met 1982 zullen er binnen de Nederlandse gezondheidszorg ruim 45.000 arbeidsplaatsen bij komen, ofte wel een mogelijke jaarlijkse groei van het personeelsbestand van 3,4%.

Aldus staatssecretaris Mw. Mr. E. Veder-Smit in een zojuist uitgebracht 'Tweede Financieel overzicht van de Gezondheidszorg, waarin opgenomen een raming van de kosten tot 1983'. In tegenstelling tot het vorige financiële overzicht (1977*) is nu ook de financiering van de kosten opgenomen. Verder werd een aantal verbeteringen in de vorig jaar gehanteerde cijfers aangebracht.

De in Bestek '81 op het vlak van de gezondheidszorg voorgestelde maatregelen zijn in het tweede financieel overzicht verwerkt. De erin opgenomen prognose van de ontwikkeling van de totale kosten dient dan ook mede te worden beschouwd als een aanduiding van de begrenzing van de financiële mogelijkheden in de komende jaren.

* Financieel overzicht van de gezondheidszorg waarin opgenomen een raming van de kosten tot 1982. Zie ook MC nr. 41/1977 d.d. 14 oktober 1977, blz. 1279 en blz. 1289-1296.

Conclusies

Enige samenvattende conclusies uit het tweede financieel overzicht:

- De belangrijkste component in de groei van de kosten van algemene ziekenhuizen wordt gevormd door de voortdurende stijging van de medisch-diagnostische bepalingen en verrichtingen. Dit komt zowel tot uiting in de groei van het medisch en paramedisch personeel en het medisch hulppersoneel als in de daarmee samenhangende verrichtingen.
- Tegenover een geringere toeneming van de kosten van de klinische verzorging staat een stijging van de toeneming van de kosten van de poliklinische hulp.
- De ontwikkeling van de gemiddelde loonsom per werknemer in de intramurale gezondheidszorg lag in de periode 1972-1977 structureel boven die van de werknemers in bedrijven. Dit in tegenstelling tot belangrijke onderdelen in de extramurale gezondheidszorg en de collectieve preventieve zorg, waar de gemiddelde loonsomontwikkeling veelal lager is geweest dan bij de werknemers in bedrijven.
- Indien alle in opleiding zijnde specialisten een praktijk aanvangen, zal in 1982 het aantal werkzame specialisten zijn toegenomen met naar schatting 2.000. Deze toeneming zal een groot deel van de nu verwachte kostenstijging tot 1983 in beslag nemen, zowel door de directe vergoeding voor de specialistische hulp als door de indirecte vergoeding voor de specialistische hulp als door de indirecte kosten die het

functioneren van specialisten in algemene ziekenhuizen met zich brengt.

- De kostenstijging van het geneesmiddelengebruik is de laatste jaren afgenomen. Opvallend is de lage jaarlijkse prijsstijging van eenzelfde pakket geneesmiddelen. De invloed op de gemiddelde prijzen van geneesmiddelen die voortvloeit uit veranderingen in het pakket gebruikte geneesmiddelen is niet bekend.
 - De verhouding tussen het aandeel van de kosten van de intramurale gezondheidszorg en het aandeel van de kosten van de extramurale gezondheidszorg in de totale kosten lijkt constant te worden. Dit betekent dat de kostengroei in de extramurale zorg groter aan het worden is dan die in de intramurale zorg.
 - Een belangrijk deel van de verwachte groei in de extramurale gezondheidszorg wordt in beslag genomen door een sterke toename van het aantal fysiotherapeuten (tot 1983 naar schatting 4.800) en in mindere mate door een toename van het aantal huisartsen (tot 1983: 21.00) en van het aantal tandartsen (tot 1983: 1.100).
 - De waargenomen capaciteitsontwikkeling van de collectieve preventieve zorg is laag ten opzichte van de intra- en de extramurale zorg. De toenemende aandacht voor deze sector van de gezondheidszorg blijkt nog niet uit de groei van de uitgaven.
-

Bestek '81 en de eigen bijdrage

Enkele aantekeningen

In haar nota 'Bestek '81' spreekt de regering van een 'uitbreiding van de eigen-bijdrageregeling' omdat voor een aantal verstrekkingen thans reeds een eigen bijdrage gevraagd wordt, bijvoorbeeld voor tandheelkundige hulp, kunst- en hulpmiddelen en taxivervoer.

Waarom een eigen bijdrage?

Voor het invoeren van eigen bijdragen kunnen drie motieven een rol spelen:

Het kan ten eerste om de financiële opbrengst van de eigen bijdragen gaan: men heeft het geld nodig omdat er bezuinigd moet worden.

Daarnaast kan men veronderstellen dat het 'onnodig' gebruik van medische voorzieningen op deze manier wordt afgeremd. Tenslotte kan men 'een persoonlijke verantwoordelijkheid van patiënten' willen bepleiten, zoals De Teldersstichting (het wetenschappelijk bureau van de VVD) in 1967 in een studie over het eigen risico in de ziekenfondsverzekering¹ deed.

Een regering kan echter niet alleen maar oog hebben voor de bezuinigingen die een bepaalde maatregel oplevert. Zij zal de mogelijke gevolgen van zo'n maatregel, in dit geval bijvoorbeeld een (te) hoge drempel voor de gezondheidsvoorzieningen voor de sociaal zwakkeren, zeker moeten bestuderen. De meeste commentaren gaan echter wel uit van een koppeling van de invoering van de eigen bijdragen en een doelmatig gebruik van medische voorzieningen.

door Mw. Drs. M. Brinkman-Engels



De auteur, sociologe, is wetenschappelijk medewerker aan de Rijksuniversiteit te Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde en afdeling Sociologie.

Overconsumptie?

Overconsumptie in de gezondheidszorg is niet wetenschappelijk bewezen. Wel zijn er verschillen in medische consumptie tussen verschillende individuen, verschillende groeperingen of tussen verschillende gebieden in Nederland. Zo doen de mensen die particulier verzekerd zijn (meestal met een eigen risico voor de huisarts) gemiddeld minder vaak een beroep op geneeskundige hulp dan de ziekenfondsverzekerden². De oorzaak van dit verschil in gebruik maken van medische voorzieningen hoeft niet het eigen risico van de particulier verzekerde te zijn.

Verschillen in medische consumptie kunnen worden veroorzaakt door een drietal met elkaar verbonden factoren. In de eerste plaats kan er verschil zijn in het krijgen van aandoeningen. Factoren als erfelijke aanleg, leeftijd, geslacht, woon- en werkomstandigheden, leefgewoonten als roken en drinken en preventieve gewoonten zijn hierop van invloed.

Het is daarom mogelijk dat ziekenfondsverzekerden, mensen met een lager inkomen, ten gevolge van bijvoorbeeld slechtere woon- en werkomstandigheden vaker ziek zijn dan particulier verzekerden. Daarnaast kunnen er verschillen optreden in de reactie op het onwel bevinden. Er zijn verschillen in opvattingen tussen (groepen van) mensen over de mate waarin men vindt dat men ziek is bij bepaalde verschijnselen, of men met bepaalde ziektesymptomen naar bed moet en of men een dokter moet raadplegen. Ook verschil in kennis van ziekte is hierop van invloed. Tenslotte zijn er verschillen in behandeling door de arts. Zo vond Cassee (1973)³ dat het optreden van de huisarts ten opzichte van mensen uit lagere sociaal-economische milieus minder informatief, meer afwerend, meer instrumenteel en minder diffuus was dan tegenover mensen uit hogere milieus. Het verschil in medische consumptie tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden wordt ook veroorzaakt door het feit dat erin de groep ziekenfondspatiënten relatief meer kleine kinderen en bejaarden zitten dan in de groep particulier verzekerden. Kleine kinderen en bejaarden zijn gemiddeld vaker ziek dan de anderen. Naast deze verklaringen voor verschillen in medische consumptie tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden speelt nog een rol dat ziekenfondsverzekerden gemiddeld minder opleiding hebben dan particulier verzekerden. Opleiding hangt samen met het hebben van medische kennis. Cassee³ vond in zijn onderzoek in Utrecht dat

een gebrek aan medische kennis gepaard ging met gevoelens van machteloosheid ten opzichte van ziekte en met scepsis ten aanzien van de mogelijkheden van de medische wetenschap; deze houdingen hebben zowel invloed op het al dan niet naar een huisarts gaan als op de wijze van communicatie tussen arts en patiënt als er een ontmoeting plaatsvindt. Naarmate het verschil in cultuurpatroon tussen arts en patiënt groter is, is er eerder sprake van eenzijdige communicatie. Bij eenzijdige communicatie tussen arts en patiënt is de kans groot dat een in wezen niet-somatisch probleem van de patiënt langs somatische weg wordt behandeld³. Deze somatische weg is in een dergelijk geval weinig effectief en brengt een hoge medische consumptie mee.

Uit dit alles blijkt, dat een complex van factoren van invloed is op het al dan niet naar een huisarts gaan. Als men wil onderzoeken hoe groot de invloed van de wijze van verzekeren op de medische consumptie is, zal men moeten nagaan in hoeverre bij mensen die een zelfde klacht hebben sommige groepen verzekerden meer gebruik maken van medische voorzieningen dan andere. De mate van ernst van de klacht van de patiënt verklaart immers voor een zeer groot deel waarom hij of zij een arts consulteert. Bij een zelfde objectief syndroom kan de een zich echter zeker voelen dan de ander. Daarnaast kan men zich ziek voelen en om die redenen een arts consulteren, zonder dat er een objectief syndroom vast te stellen is of zonder dat dit er is. Het is daarom bijna niet mogelijk de klacht van de patiënt constant te houden. Vandaar dat een dergelijk onderzoek naar de invloed van wijze van verzekeren zo goed als onuitvoerbaar is.

Verschillen in medische consumptie

Men kan zich ook afvragen hoe groot de invloed van patiënten is op het gebruik maken van medische voorzieningen. Wat een patiënt zelf kan bepalen is het voor de eerste keer met een bepaalde klacht de huisarts consulteren. In een onderzoek van Brouwer en Touw-Otten (1974)⁴ varieerde het percentage klachten waarvoor de patiënt op eigen initiatief de huisarts consulteerde van 49 tot 73 van het totale aantal klachten

waarmee men bij de huisarts kwam. Na het eerste contact met de huisarts zijn het de huisarts en gespecialiseerde medische hulpverleners die een groot deel van de medische consumptie van hun patiënten bepalen. Zo bevat het betalingssysteem in Nederland mogelijk prikkels die de beslissingen van artsen kunnen beïnvloeden. Het is voor een huisarts bijvoorbeeld voordelig ziekenfondspatiënten te verwijzen en particuliere patiënten zelf te behandelen. In hoeverre dit soort effecten inderdaad optreden is slecht bekend⁵. Rutten (1978)⁶ vond in zijn onderzoek dat in gebieden waar een betrekkelijke overcapaciteit aan ziekenhuisbedden is de lege bedden vooral door ziekenfondspatiënten worden ingenomen. Is er daarentegen een zekere schaarste aan bedden, dan ziet men vaak dat een specialist eerder zijn particuliere patiënten naar het ziekenhuis doorstuurt dan de ziekenfondspatiënten. Rutten concludeert hieruit dat het best zou kunnen dat financiële prikkels voor de specialist hierbij een rol spelen.

Waar patiënten ook weinig directe invloed op uit kunnen oefenen is het aanbod van medische voorzieningen. In de literatuur wordt er meestal van uitgegaan (Rutten e.a. – 1972⁷; Anderson – 1976⁸; Posthuma e.a. – 1978⁹) dat het eerder zo is dat het aanbod van medische voorzieningen (met name van ziekenhuisbedden) de vraag schept dan andersom. Op het aanbod van deze medische voorzieningen kan de overheid veel invloed uitoefenen. De regering is dat ook van plan, gezien het feit dat ze het beleid dat is gericht op het beperken van de bedden capaciteit in algemene ziekenhuizen evenals het afremmen van de functie-uitbreiding wil voortzetten.

Echter, als men de tweede lijn afremt dan moet daar, wil de kwaliteit van onze gezondheidszorg niet achteruit gaan, een stimulering van de eerste lijn tegenover staan. Het tegengestelde gebeurt echter als er een eigen bijdrage wordt geheven voor niet-klinische voorzieningen. De huisartsgeneeskunde is in vergelijking met de ziekenhuisgeneeskunde relatief goedkoop. Het is dus uit economisch oogpunt van belang dat in de eerste lijn zoveel mogelijk kan worden afgehandeld (Van Es en De Melker – 1978¹⁰).

'Krankschein' en 'remgeld'

In Nederland is tot nu toe niet onderzocht in hoeverre het invoeren van een eigen financiële bijdrage het gaan naar een huisarts of het gebruik maken van andere medische voorzieningen beïnvloedt. In West-Duitsland daarentegen is geëxperimenteerd met een eigen bijdrage voor doktershulp¹¹. Als een verzekerde daar huisartsenhulp nodig had moest hij een bon (een zogenaamde 'Krankschein') aan zijn huisarts overhandigen. Deze verleende hem daarvoor gedurende een bepaalde periode hulp. Degenen die geen 'Krankschein' nodig hadden kregen tien DM per kwartaal tot maximaal dertig DM per jaar van de verzekering terug. De proef heeft twee jaar geduurd, van 1970 tot 1972. Het aantal huisartsbezoeken bleek niet te zijn teruggelopen. Daarnaast was het rendement van de 'Krankschein' gering doordat ongeveer een vierde van de opbrengst aan administratiekosten moest worden uitgegeven.

Voor zover bekend zijn er geen andere voorbeelden van het invoeren van een eigen risico. De meeste Westeuropese landen kennen wel een vorm van eigen risico (met mogelijkheid van aanvullende verzekering). Deze regelingen¹² bestaan al lang, reden waarom het niet mogelijk is na te gaan wat de invloed van een eigen risico is op de medische consumptie. Zo kent België al geruime tijd een zogenaamd 'remgeld' of 'matigingsticket' voor verplicht verzekerden. De verplicht verzekerden betalen de honoraria van de huisartsen en de kosten van de geneesmiddelen zelf waarvan ze 75% gerestitueerd krijgen¹³. Speciale categorieën zoals weduwen, gepensioneerden, zieken en invaliden, evenals personen te hunnen laste hoeven het 'matigingsticket' niet te betalen. De ziekenhuisverpleging wordt volledig vergoed in al die ziekenhuizen (het merendeel) die een overeenkomst met de ziekenfondsen hebben afgesloten en gedeeltelijk in die ziekenhuizen waar dit niet het geval is.

Eigen risico en ziekteverzuim

Enigszins vergelijkbaar met een eigen bijdrage voor ziekenfondsverzekerden is het

opwerpen van financiële drempels om het ziekteverzuim in te perken. Zo kan een bedrijf wachtdagen invoeren, waarbij de werknemer de eerste dagen van het verzuim niet of slechts gedeeltelijk krijgt uitbetaald; of men kan slechts 80% van het salaris uitbetalen gedurende de gehele periode van het verzuim. Uit een rapport van het Gemeenschappelijk Administratiekantoor¹⁴ blijkt, dat het ziekteverzuim niet lager wordt door het opwerpen van financiële drempels: als men het zelf moet betalen verzuimt men minder vaak, heeft men echter de grens van het eigen risico overschreden dan verzuimt men langer. De actiegroep Medicijnen Nijmegen¹⁴ concludeert uit dit GAK-onderzoek: 'Het feit, dat het ziekteverzuim ook bij verhoging van de financiële risico's voor de werknemer niet afneemt, zet de stelling dat er sprake zou zijn van overconsumptie of van misbruik van de sociale voorzieningen op losse schroeven. Dit is eens te meer een bewijs dat aan het verzuim in de regel serieuze klachten en aandoeningen ten grondslag liggen'. Deze conclusie van de actiegroep is echter geenszins gerechtvaardigd, in beide gevallen kan er ook sprake zijn van overconsumptie.

Is het mogelijk, dat een dergelijk effect ook optreedt bij de invoering van een eigen bijdrage van f 100,— voor niet-klinische voorzieningen? Het volgende kan gebeuren: voordat een gezin het bedrag van f 100,— heeft bereikt stelt men het bezoek aan de huisarts of het halen van geneesmiddelen zolang mogelijk uit. Heeft men die grens eenmaal bereikt en is er geen financiële drempel meer, dan haalt men misschien een aantal van de keren dat men niet ging (voor bijvoorbeeld niet-acute ziekten) in. Een ander gevolg kan zijn dat men het gaan naar een huisarts en het slikken van geneesmiddelen om financiële redenen uitstelt. Dit kan betekenen dat de symptomen verergeren en dat mensen in een later stadium van hun ziekte hun huisarts consulteren en derhalve misschien naar een specialist moeten worden verwezen hetgeen naast meer narigheid (en ziekteverzuim) voor de patiënt ook een duurdere behandeling impliceert.

Gratis gezondheidszorg

Het tegenovergestelde van het

invoeren van een eigen bijdrage, namelijk het overgaan van een systeem waarbij men voor medische voorzieningen betalen moet naar een systeem waarbij deze voorzieningen zijn verzekerd, is wel onderzocht. Hieronder zal ik enkele belangrijke onderzoeken bespreken.

Nyman en Kalimo (1973)¹⁵ vonden in Finland dat na de invoering van een volksverzekering in 1964 het gebruik van medische voorzieningen vooral is toegenomen bij acuut zieke mensen met weinig geld. Economische factoren hadden hen voor de invoering van de volksverzekering belet van deze voorzieningen gebruik te maken. Ook Anderson(1972)¹⁶ vond in de Verenigde Staten dat mensen die voor het ziekenhuis verzekerd zijn vaker naar het ziekenhuis gaan (factoren als leeftijd, geslacht, gezinsinkomen en woonplaats werden constant gehouden). In 1963 werden van de 1.000 inwoners er 15 met een verzekering opgenomen en 9 zonder een verzekering. Ook hier had het hebben van een verzekering de grootste invloed op degenen die het minst verdienden: opgenomen werden 25 per 1.000 inwoners met een verzekering tegen 12 per 1000 zonder verzekering. In Quebec¹⁷ (Canada) bleef het gemiddeld aantal huisartsconsulten na de invoering van een volksverzekering in 1970 constant. Het aantal telefonische consulten daalde met 14%, het aantal thuisbezoeken met 59%; maar daar stond tegenover dat men 17% vaker naar de huisarts toeging. De wachttijd voordat men na een afspraak gemaakt te hebben bij de artsen terecht kon liep op van zes tot elf dagen. Na de invoering van de verzekering consulteerden de mensen met een laag inkomen relatief vaker, de mensen met een hoger inkomen relatief minder vaak de huisarts. Dat de lagere inkomensgroepen meer gebruik gingen maken van de diensten van de huisarts bleek volgens de onderzoekers (Enterline e.a.-1973)¹⁷ niet aan triviale klachten te wijten. De hogere inkomensgroepen consulteerden hun huisarts minder, omdat de wachttijden zoveel langer waren geworden. Aan de respondenten werd voor en na de invoering van de volksverzekering gevraagd wat voor lichamelijke klachten ze in de twee weken voor het interview hadden en voor welke van deze klachten ze de huisarts hadden geraadpleegd. Vóór de invoering van

de verzekering werd uit de lagere inkomensgroep voor 59 van de 100 aandoeningen de huisarts geconsulteerd; voor de hogere inkomensgroepen was dit 70 van de 100 aandoeningen; na de invoering van de volksverzekering was dit verschil verdwenen.

Uit deze drie onderzoeken blijkt, dat lagere inkomensgroepen meer gebruik gaan maken van medische voorzieningen als ze er volledig voor worden verzekerd. Hieruit kan echter *niet* worden geconcludeerd, dat een groep die gewend was zonder bij te betalen een huisarts te kunnen consulteren maar nu, een eigen bijdrage moet gaan betalen, minder naar de huisarts zal gaan. Men is een bepaald patroon van handelen gewend en zal daar misschien niet snel van afstappen.

Stijgende medische consumptie en eigen verantwoordelijkheid

Ook al is niet bewezen dat patiënten te snel of ten onrechte gebruik maken van medische voorzieningen, toch geldt wel dat de behoefte aan medische hulp in de loop der jaren sterk is toegenomen. Ook de ziekteverzuimcijfers, het percentage werknemers in de WAO, de sterfte van onze verouderende bevolking etc. lopen op¹⁸. Een steeds groter deel van de klachten die mensen hebben komen onder ogen van een huisarts.

Volgens Huygen¹⁸ hebben ook de medische professie en de gehele 'gezondheidszorg' hierin zelf een actieve rol gespeeld: 'Ook op medisch gebied roept ieder aanbod van hulp een vraag naar hulp op'. Huygen (huisarts) zegt verder: 'Thans doet zich echter de paradoxale situatie voor dat ik als voorpost van de gezondheidszorg de laatste jaren als een van mijn belangrijkste taken moet achten: het beschermen van mijn praktijkbevolking tegen overmatige medische bemoeienissen. Er wordt naar mijn mening, vooral in de tweede lijn van de gezondheidszorg, veel te veel onderzocht en behandeld, waardoor op grote schaal iatrogene schade wordt aangericht. Allerlei onschuldige afwijkingen en zelfs fysiologische variaties worden als pathologisch geduid en bestempeld, mensen worden onnodig langdurig terugbesteld op poliklinieken en opgenomen in het ziekenhuis. Ze gaan zich op die manier als 'ziek', als

patiënt beschouwen, zonder dat dit nodig is'.

Veel mensen stellen zich afhankelijk op tegenover artsen, hebben optimistische verwachtingen over wat de medische wetenschap kan en hebben het gevoel dat hun huisarts hun (ziekte)probleem met bijvoorbeeld geneesmiddelen wel kan oplossen. Veel klachten van patiënten kan de huisarts echter niet oplossen, omdat ze niet terug te voeren zijn tot een geïsoleerd lichamenlijk disfunctioneren. Van Es¹⁹ pleitte op het KNMG-Ledencongres 1976 voor preventie van de patiëntenrol als een zeer belangrijke taak voor de huisarts: 'Zijn poortwachtersfunctie houdt niet alleen een goede zeeffunctie ten opzichte van de tweede lijn in, maar ook een zodanige hulpverlening dat hulpzoekenden zoveel mogelijk wordt geleerd zichzelf te helpen. Dit is het bevorderen van hulp in eigen kring, verwijzing naar de nulde lijn, het stimuleren van de 'participating' patiënt.'

Mensen zouden zich weer meer verantwoordelijk voor hun eigen gezondheid moeten voelen. Of het opwerpen van financiële drempels hiertoe zal bijdragen, mag worden betwijfeld.

Literatuur

1. Prof. Mr. B. M. Teldersstichting, Het eigen risico in de Ziekenfondsverzekering. 's-Gravenhage 1967.
2. Jaarboek KLOZ informatiesysteem gezondheidszorg 1975-1976.
3. Cassee E. Th., Naar de dokter; enkele achtergronden van ziektegedrag en gezondheidszorg. Utrecht 1973.
4. Brouwer W., Touw-Otten F., Van klacht tot klagen; een analyse van de pre-medische periode. Huisarts en Wetenschap 1974, p. 3.
5. Mulder H. C., De werkwijze van artsen als sociaal gedrag, in Leerboek Medische Sociologie. Groningen 1978.
6. Rutten F. F. H., The Use of Health Care Facilities in the Netherlands. Leiden 1978.
7. Rutten F. F. H., Gaag J. van der, Praag B. M. S. van, Het ziekenhuis in de gezondheidszorg. Leiden 1975.
8. Anderson J. G., A Social Systems Model of Hospital Utilization. Health Services Research 11 1976, p. 271.
9. Posthuma B. H., Zee J. van der, Tussen eerste en tweede echelon. MC nr. 5/1978, p. 142.
10. Es J. C. van, Melker R. A. de, Wat voor gezondheidszorg willen wij? MC nr. 31/1978, p. 961.
11. Vries J. de, Eigen risico in West-Duitsland: mislukt experiment. Unie 1972, p. 21.
12. Speleers H. A. J. J. M., De ziekenfondsverzekering in West-Europa.

Inzet 1977 no. 6.

13. Cobbaut J., De artsen en de ziekteverzekering in België. De ziekenfondsgids 1964, p. 38.
14. GAK-rapport, geciteerd door de Actiegroep Medicijnen Nijmegen: Gezondheidszorg in Nederland. Nijmegen 1973.
15. Ook D. Draaisma en P. G. W. Smulders noemen in Ziekteverzuim in Nederland, Intermediair 34 1975, een dergelijke bevinding.
16. Nyman K., Kalimo E., National Sickness Insurance and the Use of Physicians' Services in Finland. Social Science and Medicine 1973, p. 541.
17. Anderson O. W., Andersen R. M., Patterns or Use of Health Services, in Freeman: Handbook of Medical Sociology. New Jersey 1972.
18. Enterline P. E. e.a., The Distribution of Medical Service before and after 'free' medical care; The Quebec experience. The New England Journal of Medicine 1973, p. 1174.
19. Huygen F. J. A., Een visie op onze gezondheidszorg vanuit de eerste lijn, in Waarheen met onze gezondheidszorg. Baarn 1977.
20. Es J. C. van, op citaat in Es J. C. van, Melker R. A. de: Wat voor gezondheidszorg willen wij? MC nr. 31/1978, p. 961.

PRAKTIJKPERIKELN

Volkomen onbelangrijk

Vóór de grote vakantie werd een echtpaar uit mijn praktijk verblijd met hun tweede kind. Na enige tijd bleek dat het meisje een ernstige hartafwijking had, waarvoor ziekenhuisopname noodzakelijk was. Het kindje moest per sonde worden gevoed en groeide slechts langzaam. Pas als de voedingstoestand beter zou zijn kon de baby worden geopereerd.

De moeder wilde haar kind graag thuis hebben en was bereid regelmatig naar het ziekenhuis te komen (30 kilometer vice versa) om te leren hoe ze de maagsonde moest inbrengen en de infuusdruppelaar afstellen, de wijkzuster en ik verklaarden ons bereid om thuis regelmatig een oogje in het zeil te houden. Iedereen was blij, dat een kostbare ziekenhuisopname niet langer nodig was door een goede opvang in de huiselijke omgeving.

Aangezien het kind iedere dag een nieuw toedieningssysteem nodig had (kosten circa f 3,50) belde ik het ziekenfonds om dit even te regelen. Ik begon me al een beetje onbehagelijk te voelen toen ik werd doorverbonden met steeds weer een andere medewerker. Nadat ik het hele verhaal vijfmaal had verteld, kreeg ik te horen dat ze dit probleem 's middags in de vergadering zouden bespreken. Aangezien ik als huisarts niet de tijd heb om een hele dag te praten over zo'n luttel bedrag, kwam de telefonische uitslag bij mijn vrouw. De medisch adviseur van het ziekenfonds kon haar mededelen dat deze verstrekking niet in het ziekenfondspakket zat en derhalve niet kon worden vergoed. Toen mijn vrouw hem erop wees dat de consequentie hiervan zou kunnen zijn dat het kind dan in het ziekenhuis moest blijven à raison van f 275,— per dag, kreeg zij heel koel ten antwoord dat dit volkomen onbelangrijk was en dat ze niet zo geëmotioneerd moest reageren. We konden wel een aanvraag bij het bestuur indienen, maar dit zou vóór de grote vakantie niet meer bij elkaar komen.

In deze streek is er een gezegde dat luidt: 'der bint driemaal meer geleerde leu as leu met verstaand.' Volgens mij is deze schatting nog veel te optimistisch.

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

Post-academisch onderwijs geneeskunde

II: Financiële aspecten

Wettelijke regeling

In de Algemene Maatregel van Bestuur waarin de financiering van het post-academisch onderwijs is geregeld, wordt gesteld dat de kosten van het post-academisch onderwijs in de regel moeten worden gedragen door hen die de cursussen volgen. Er kan een Rijksbijdrage worden verleend, op voet van het bij of krachtens de Algemene Maatregel van Bestuur bepaalde. De minister van Onderwijs en Wetenschappen kan aan minder draagkrachtige cursisten een studietoelage verlenen tot een door hem vast te stellen maximum. De bedoeling van de Algemene Maatregel van Bestuur is dat post-academisch onderwijs kostendekkend is, waarbij de organen voor post-academisch onderwijs de volgende inkomsten hebben:

- a. bijdragen uit 's Rijks kas, in geval deze worden verleend;
- b. inschrijvings- en cursusgelden;
- c. bijdragen van derden die deelnemer zijn;
- d. schenkingen, erfstellingen en legaten;
- e. andere inkomsten.

De lasten voortvloeiende uit een exploitatietekort kunnen slechts in zoverre door de bepaling van een bijdrage uit 's Rijks kas in aanmerking worden genomen, als de desbetreffende begroting door de minister van Onderwijs en Wetenschappen is goedgekeurd. Deze toevoeging vormt de garantie dat het uit te voeren post-academisch onderwijsprogramma kan worden gecontinueerd en niet door financiële problemen vroegtijdig moet worden afgebroken. De hieraan verbonden

door **S. A. Duursma**
J. E. van Buuren
en **R. Voorneman-Hammelburg**

De auteurs zijn respectievelijk lector Algemene Interne Geneeskunde en voorzitter van het Overlegorgaan Post Academisch Onderwijs Geneeskunde; hoofd afdeling Algemene Zaken, Financieel-Economische Zaken en Planning van de Faculteit der Geneeskunde te Utrecht; en onderwijsdeskundige tevens secretaris van het Overlegorgaan Post Academisch Onderwijs Geneeskunde.

goedkeuring van de minister biedt hem de mogelijkheid invloed uit te oefenen op het al dan niet laten doorgaan van bepaalde projecten voor bepaalde doelgroepen. Ook kan de minister op deze wijze invloed uitoefenen op de bedrijfsvoering van de organen voor post-academisch onderwijs en zo meewerken aan een zo nuttig mogelijk gebruik van de gelden.

In de toelichting op de Algemene Maatregel van Bestuur wordt er rekening mee gehouden dat niet alle cursisten de kosten van de cursussen geheel uit eigen middelen betalen. Een bijdrage in de kosten door de werkgever wordt daarbij verondersteld. In de praktijk lijkt het volgens de toelichting waarschijnlijk, dat vele cursisten aan het post-academisch onderwijs zullen deelnemen op verzoek van en op kosten van hun werkgever.

Situatie bij geneeskunde

In 1975 werd het Overlegorgaan Post

Academisch Onderwijs Geneeskunde ingesteld om de minister van Onderwijs en Wetenschappen en de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne van advies te dienen ten aanzien van het post-academisch onderwijs in de geneeskunde. Tot de opdracht aan het overlegorgaan behoorde ook het voorbereiden van voorstellen voor financiële voorzieningen voor post-academisch geneeskundig onderwijs binnen een door de overheid te stellen kader. Het kader dat door de overheid is gesteld staat aangegeven in de Algemene Maatregel van Bestuur zoals hierboven is beschreven.

In 1976 heeft het Overlegorgaan Post Academisch Onderwijs Geneeskunde reeds in zijn *eerste interimrapport* uiteengezet dat de financiering van het post-academisch onderwijs in de geneeskunde niet zonder meer kan worden geregeld zoals in de Algemene Maatregel van Bestuur is aangegeven. Immers, een van de belangrijkste doelstellingen van het post-academisch onderwijs in de geneeskunde is het beschikbaar stellen van mogelijkheden om hiaten in kennis, vaardigheden en attitudes aan te vullen ten einde bij te dragen aan de kwaliteit van de volksgezondheid. De betekenis van het post-academisch geneeskundig onderwijs dient dan te worden gezien tegen de achtergrond van de verantwoordelijkheid van de overheid voor een goed functionerende gezondheidszorg, naast de verantwoordelijkheid van de medicus voor de individuele behandeling van patiënten. Het overlegorgaan stelt dan ook dat het post-academisch onderwijs in de geneeskunde niet afhankelijk mag zijn van de inschrijvings- en cursusgelden. Het

beginstel dat de kosten van het post-academisch onderwijs in de regel moeten worden gedragen door hen die de cursussen volgen wordt door het Overlegorgaan Post Academisch Onderwijs Geneeskunde niet zonder meer onderschreven.

In het *tweede interimrapport* is deze gedachte nader uitgewerkt. Voorgesteld wordt, de kosten van het post-academisch onderwijs in de geneeskunde uiteindelijk te laten betalen door de potentiële gebruikers van de diensten die door de artsen worden geleverd. De aan de nascholing verbonden kosten zouden bijvoorbeeld kunnen worden opgenomen in de premies die de potentiële gebruikers van de door de artsen geleverde diensten betalen voor hun ziektekostenverzekering. De vraag doet zich hierbij voor op welke wijze deze betaling het best kan geschieden. Het lijkt ongewenst in het honorarium dat rechtstreeks aan de artsen wordt uitgekeerd een bijdrage voor nascholing op te nemen. De kans bestaat, dat deze gelden wel worden uitbetaald doch dat de betrokkene ze niet besteedt aan nascholing. Dit bezwaar zou kunnen worden ondervangen door alle artsen een verplichte heffing op te leggen ten behoeve van de nascholing. Het zou eenvoudiger zijn, wanneer de ziektekostenverzekeraar dat deel van het honorarium dat voor nascholing bestemd is rechtstreeks in een fonds zou storten ten behoeve van het post-academisch onderwijs in de geneeskunde. Hierbij zal rekening moeten worden gehouden met de (kleine) groep mensen die geen ziektekostenverzekering heeft. Op deze wijze wordt voorkomen dat de vergoeding voor het post-academisch geneeskundig onderwijs kan worden aangewend als verhoging van inkomsten van de individuele arts. Alle gelden voor het post-academisch onderwijs in de geneeskunde komen zo ten dienste van de nascholing van artsen.

Kosten

Het is niet mogelijk een nauwkeurige opgave te verschaffen van de kosten van het post-academisch onderwijs in de geneeskunde in de komende jaren. Wel kan een schatting worden gemaakt op basis van gegevens zoals die zijn verzameld voor het post-academisch onderwijs in de

geneeskunde. Bij de planning van de activiteiten is een schatting van de kosten onontbeerlijk. De schatting is gebaseerd op het prijsniveau van 1977. Verwerkt zijn gegevens van de Stichting Nascholing Huisartsen, de Boerhaave-Commissie en de faculteit der Geneeskunde te Utrecht. Daarbij wordt uitgegaan van een administratief ondersteunend apparaat met één landelijk en acht regionale bureau's. Elke arts wordt uiteindelijk geacht 80 uur per jaar, dat is ongeveer 5% van zijn werktijd, aan nascholing te besteden. Dit is in overeenstemming met de voorstellen van de World Health Organisation. Uitgaande van de veronderstelling dat in 1980 ongeveer 50% van de 5.200 huisartsen deelneemt aan nascholing (10 dagen per jaar) worden de kosten voor 2.600 huisartsen geschat op:

bureaunkosten	f 4.438.000,—
directe cursuskosten	<u>f 7.680.000,—</u>
1980 totaal	f 12.118.000,—

Tussen 1980 en 1985 zal het deelnemerspercentage oplopen tot 75% van de huisartsen. Voor deze 3.900 huisartsen bedragen de kosten:

bureaunkosten	f 5.428.000,—
directe cursuskosten	<u>f 11.520.000,—</u>
1980-1985 totaal	f 16.948.000,—

Na 1985 wordt verondersteld dat alle 5.200 huisartsen zullen deelnemen aan nascholing. De kosten kunnen daarvoor worden geschat op:

bureaunkosten	f 5.428.000,—
directe cursuskosten	<u>f 15.360.000,—</u>
na 1985 totaal	f 20.788.000,—

Deze kostenschatting is gebaseerd op 5.200 in Nederland aanwezige huisartsen. Het totaal aantal artsen in Nederland per januari 1977 bedroeg 20.161 en wordt voor januari 1982 geschat op 26.000. Evenals bij de kostenschatting voor huisartsen, wordt voor de hier volgende berekening uitgegaan van een vast aantal artsen, dat voor 1977 wordt geschat op 22.000. Een soortgelijke kostenschatting voor alle artsen kan dan worden gemaakt. Gemakshalve wordt daarbij verondersteld dat de cursuskosten voor de verschillende specialismen dezelfde zijn. Wanneer in 1980 de helft van alle Nederlandse artsen 80 uur nascholing zou volgen dan zou daar

$$11.000 \times \left(\frac{f 12.118.000}{2.600} \right) = f 51.268.461,—$$

bij betrokken zijn. Voor de periode 1980-1985, met een deelnemerspercentage van 75, wordt dat:

$$16.500 \times \left(\frac{f 16.948.000}{3.900} \right) = f 71.703.076,—$$

Als na 1985 alle 22.000 artsen deelnemen, is de jaarlijkse last voor het post-academisch onderwijs in de geneeskunde:

$$22.000 \times \left(\frac{f 20.788.000}{5.200} \right) = f 87.949.230,—$$

Gezien de vooronderstellingen mogen deze getallen niet worden beschouwd als een zuivere schatting. Zij geven slechts een indruk in welke orde van grootte de kosten voor het post-acadisch geneeskundig onderwijs liggen. In dit verband is het goed te vermelden dat in 1976 de totale kosten van de gezondheidszorg 20 miljard bedroegen. Op basis van dit bedrag zouden de kosten van het post-academisch onderwijs in de geneeskunde overeenkomen met 0,26% in 1980; 0,35% tussen 1980 en 1985; en 0,44% na 1985 van de totale kosten van de gezondheidszorg.

Om een indruk te krijgen van de omvang van het post-academisch onderwijs in de geneeskunde zijn bovengenoemde bedragen vergeleken met gegevens van de faculteit der Geneeskunde te Utrecht. In 1977 waren 2.000 studenten aan deze faculteit ingeschreven en bedroeg de begroting f 80.000.000,—. Van dit bedrag werd ongeveer 60%, dat is f 48.000.000,—, besteed aan onderwijs. Het overige werd aangewend voor wetenschappelijk onderzoek, patiëntenzorg en bestuurstaken. Onder patiëntenzorg wordt de zorg voor die patiënten verstaan waarbij volgens de opleidingsprogramma's geen junior of senior co-assistenten ter lering aanwezig zijn. Tot de bestuurstaken worden gerekend bestuur, beheer en administratie. Uitgaande van deze financiële gegevens zou het post-academisch onderwijs in de geneeskunde na 1985 een omvang hebben die overeenkomt met de onderwijslast van 3.660 studenten. Dat is bijna twee maal het aantal studenten van de Utrechtse faculteit der Geneeskunde in 1978.

Huidige financiering

De bestaande nascholingsactiviteiten voor artsen worden van verschillende zijden gefinancierd. Het is niet mogelijk aan te geven hoe de verhouding is tussen de bijdragen van de verschillende bronnen. De zogenaamde Warffum-cursussen, (ook wel Bredenburg- of Kraanven-cursussen genoemd) worden door lokale groepen huisartsen georganiseerd en voor een aanzienlijk deel door de deelnemende cursisten betaald. In een aantal gevallen worden bijdragen verstrekt door farmaceutische industrieën. In enkele gevallen wordt de administratieve ondersteuning geheel of gedeeltelijk verzorgd door de universiteit (medische faculteit). De honorering van de consultants (sprekers) voor deze cursussen loopt sterk uiteen. Niet aangegeven kan worden welk financieel voordeel een specialist, als consultant, heeft door een eventueel toenemend aantal verwijzingen van patiënten nadat hij heeft medegewerkt aan een cursus. Evenmin is het mogelijk aan te geven of een consultant die zelfstandig werkt een zelfde vergoeding ontvangt als een specialist die in dienstverband werkt (bijvoorbeeld bij een universiteit) en de vergoeding als extra inkomen mag behouden. Bij de cursorische activiteiten zoals de Boerhaave-cursussen, de nascholingscursussen voor specialisten aan de verschillende faculteiten en dergelijke, wordt slechts een beperkt bedrag door de deelnemende cursisten betaald. De gevraagde vergoedingen variëren tussen f 50,— en f 125,— per dag, dat is voor vijf dagen f 250,— respectievelijk f 625,—. De werkelijke kosten worden echter geschat op f 850,— per week. Het verschil van f 225,— à f 600,— wordt ondervangen, doordat sprekers geen of geringe vergoedingen ontvangen of doordat de administratieve ondersteuning geschiedt door verschillende op het gebied van de gezondheidszorg werkzame privaatrechtelijke of publiekrechtelijke instellingen. Ook worden aan deze cursussen soms financiële bijdragen verleend door farmaceutische of andere industrieën. In dit kader valt te vermelden, dat het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen enkele jaren geleden aan de medische faculteiten elk één

personeelspost beschikbaar heeft gesteld om het post-academisch onderwijs in de geneeskunde op gang te brengen. Het zal, met waardering voor dit gebaar, duidelijk zijn dat met deze ene post per faculteit het post-academisch geneeskundig onderwijs nauwelijks van de grond kan komen.

Hoe de ontwikkelingen te bevorderen?

Een van de belangrijkste factoren die de ontwikkelingen van het post-academisch onderwijs in de geneeskunde kunnen bevorderen is de *regeling van de financiering*. De voorgestelde regeling, waarbij de kosten van het post-academisch onderwijs in de geneeskunde aan de consument worden doorberekend, zal met zorg moeten worden uitgewerkt. Vooruitlopend op een dergelijke regeling zou het post-academisch geneeskundig onderwijs naar de mening van het overlegorgaan toch reeds nu moeten worden ontwikkeld. Voorgesteld wordt de continuïteit van het post-academisch onderwijs in de geneeskunde te garanderen door de vaste kosten ten behoeve van de infrastructuur (bureaunkosten) in elk geval voorlopig en eventueel permanent te financieren via de begroting van het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen of eventueel via de begroting van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. De directe cursuskosten kunnen zolang geen definitieve regeling tot stand is gekomen worden gedragen door de deelnemende artsen. Hiermee zou gemoeid zijn:

*tot 1980,
11.000 deelnemende artsen*

's Rijks kas	
(bureaunkosten)	f 18.776.153,—
deelnemers directe	
cursuskosten	f 32.492.308,—
totaal	f 51.268.461,—

*1980-1985,
16.500 deelnemende
artsen*

's Rijks kas	
(bureaunkosten)	f 22.964.615,—
deelnemers directe	
cursuskosten	f 48.738.461,—
totaal	f 71.703.076,—

*na 1985,
22.000 deelnemende
artsen*

's Rijks kas	
(bureaunkosten)	f 22.964.615,—
deelnemers directe	
cursuskosten	f 64.984.615,—
totaal	f 87.949.230,—

Zijn de baten de kosten waard?

Hoewel berekend werd dat de totale kosten van het post-academisch onderwijs in de geneeskunde na 1985, wanneer alle artsen jaarlijks nascholing zouden volgen, minder dan 0,5% bedragen van de totale kosten van de gezondheidszorg, het blijft een bedrag van bijna 90 miljoen gulden per jaar. Zijn deze kosten in overeenstemming met de te verwachten voordelen van het te geven onderwijs?

Het is niet mogelijk de baten van het post-academisch onderwijs in de geneeskunde reeds nu in guldens te vertalen. Enkele aspecten en voorwaarden kunnen wel worden gegeven. De nog steeds toenemende snelheid waarmee de (wetenschappelijke) kennis veroudert, vormt een noodzaak voor post-academisch onderwijs om academici (en ook anderen) hun functie op zo goed mogelijke wijze te laten vervullen. Bij de snelle ontwikkeling die de geneeskunde doormaakt geldt dit met name voor artsen. Deze ontwikkelingen hebben ertoe bijgedragen dat een nog steeds toenemend percentage van het Bruto Nationaal Inkomen aan de gezondheidszorg wordt besteed. In 1974 bedroeg dit 7,9%; in 1975 was dat 8,6%; en in 1976 liep dit op tot 8,7%. Dit proces heeft zich ook in andere landen voltrokken en heeft ertoe geleid dat men zich in vele landen en ook in Nederland is gaan beraden op de kostenontwikkeling van de gezondheidszorg en op maatregelen die genomen zouden kunnen worden om dit proces af te remmen. Bij deze beschouwingen wordt ook gelet op de kwaliteit en kwantiteit van de geleverde diensten en de bijbehorende kosten. Methoden om de kwaliteit van de diensten in de gezondheidszorg te meten zijn echter nog niet of nauwelijks ontwikkeld. Het is noodzakelijk dat het onderzoek hiernaar wordt gestimuleerd. Op deze wijze zal het mogelijk zijn problemen

in de gezondheidszorg te signaleren, die vervolgens kunnen worden opgenomen in het onderwijspakket voor het post-academisch onderwijs in de geneeskunde. Voor een aantal problemen is het echter niet noodzakelijk dat zij op bovengenoemde wijze worden aangetoond. De artsen zelf kunnen reeds problemen vaststellen zoals deze zich voordoen bij de vervulling van hun taak als medicus. Het opkomen van de 'medical audit' is hiervan een voorbeeld. De ervaring heeft daarbij geleerd dat verbeteringen bij het verrichten van de werkzaamheden van de artsen slechts gedeeltelijk afhankelijk zijn van het invoeren van nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen. Van minstens even groot belang is het weer verfrissen van de reeds lang bekende feiten en ervaringen. De aan het post-academisch onderwijs in de geneeskunde verbonden kosten zijn slechts te rechtvaardigen wanneer dit onderwijs wordt geëvalueerd op zijn nut ten aanzien van de gezondheidszorg. Het Overlegorgaan Post Academisch Onderwijs Geneeskunde heeft deze consequentie getrokken; in het tweede interimrapport is hier met nadruk op gewezen. Gedeeltelijk zal deze evaluatie parallel verlopen met de reeds genoemde onderzoeken om de kwaliteit van de geleverde diensten in de gezondheidszorg te meten.

Op grond van bovenvermelde overwegingen is het mogelijk, reeds nu en in versterkte mate in de toekomst, door middel van goed verzorgd post-academisch geneeskundig onderwijs een aanzienlijke bijdrage te leveren tot het handhaven of verbeteren van de kwaliteit van de gezondheidszorg en kan invloed worden uitgeoefend op de kosten van gezondheidszorg. In dit kader gezien is het post-academisch onderwijs in de geneeskunde de kosten alleszins waard.

* *
*



Een succes dat niet onvermeld mag blijven

'Wat? Je meent het! Fantastisch . . . Wat een succes! Een co-assistent die overwerkt is. Hoe is het mogelijk? . . .' Dr. Wouters liep handen wrijvend door zijn kamer. 'Dat is iets voor je dagboek, Van Es!'

Ik was te laf om nog iets te zeggen. Eerlijk is eerlijk. Ik was verrekke benieuwd hoe Dr. Wouters zou reageren op mijn mededeling dat Noud overwerkt was, maar deze reactie deed mij ondanks mijn gevoelloosheid verbaasd staan.

Op dat moment kwam er net een secretaresse binnen, die tegen Dr. Wouters iets zei in de geest van 'Dr. Grouwenberg heeft een ongeluk gehad . . .'. 'Oh, fantastisch . . . Geweldig!', was mijn commentaar. Dr. Wouters keek verschrikt mijn richting op. 'Dat is echt iets voor mijn dagboek,' vervolgde ik. Toen grijnsde Dr. Wouters, er heilig van overtuigd, dat beide voorvallen in dit dagboek zouden komen. En hij heeft gelijk gekregen.

Van Joop vernam ik, dat ik als 'co' onbetaalbaar zou zijn. 'Die Van Es moest eigenlijk mijn 'lijf-co' worden', had Dr. Wouters tegen hem gezegd. Voor het eerst beseftte ik dat 'co' ook de afkorting van 'compagnon' is. 'Wouters & Co.' klinkt niet eens zo gek.

Frank vond het maar niets dat ik mij zo onverschillig opstelde ten opzichte van Noud. Ik had hem verteld, dat ik de hele zondag voor het praatje van Noud had zitten werken en dat dat nu allemaal voor niets was geweest. Het was niet verstandig van Noud geweest om het weekend in Duindrecht te blijven. Waarom was hij niet naar zijn vriendin of zijn ouders gegaan? Misschien hadden wij hem eind vorige week te weinig van het nut hiervan overtuigd. Maar ja . . .

Dr. Burghard, de internist bij wie Noud werkt, zou hem thuis nog even opbellen. Hij

was best sympathiek. Misschien voelde hij zich wel een beetje schuldig aan het feit dat Noud overwerkt was.

Ik heb vandaag een dialysepatiënte moeten voorstellen bij de chirurgie-overdracht. Ze krijgt waarschijnlijk een anus praeter. Kun je je voorstellen! Ze zat er wel erg mee in haar maag.

DAGBOEK
VAN EEN
CO-ASSISTENT
(51)

Tijdens de refereeravond bracht Dr. Hartog een verhaaltje over het hypothyreoïd maken van mensen met een agina pectoris. Een volgens mij volstrekt obsoleete behandeling, hij refereerde dan ook aan artikelen uit de vijftiger jaren. Het betekent niets anders dan die mensen op een lager pitje te laten branden. Dat is gewoon een ingreep in het karakter, een vorm van endocriene neurochirurgie. Maar de meesten slikten het als koek. Na afloop van het praatje vroeg ik Dr. Hartog, of er bij de onderzoeken waaraan hij refereerde ook gewerkt was met 'vergelijkingsmateriaal', bijvoorbeeld met enkele mensen die 'gewoon' werden geseedeerd. Dat bleek niet het geval te zijn. Zo'n behandeling kan er bij mij niet in. Dat is geen be- maar mishandeling

Alexander van Es

Van Probleem tot psychiatrie

Hulpverlenersenquête

Voorafgaand aan de bevolkingsenquête had de Visie Commissie van St.-Bavo een eigen enquête onder hulpverleners ingesteld.

Opzet

Het *doel* van de hulpverlenersenquête was drieërlei, namelijk inzicht te krijgen in enerzijds de omvang, anderzijds de aard van de psychosociale problematiek die door de bevolking wordt aangedragen, en te vernemen hoe het hulpverleningssysteem door de mensen die de hulp verlenen wordt ervaren.

De vraag naar de omvang van het optreden van psychische problemen onder de bevolking bleek langs deze weg niet te beantwoorden. De meeste hulpverleners zijn niet in staat aan te geven hoeveel hulpvraag zij in absolute zin tegenkomen; terwijl sommigen strak registreren, ontbreekt die registratie bij anderen geheel. Wel kon antwoord worden verkregen op de vraag naar de aard van de ontmoete problematiek en op die naar eigen ervaringen met het hulpverleningssysteem.

Waar zou men zijn *onderzoekterrein* zoeken? In St.-Bavo wordt vooral voor inwoners van Rotterdam en Gouda gewerkt. Reden om zich te richten tot hulpverleners in een stad. Er is een groot verschil tussen stad en platteland voor wat betreft de aard en het voorkomen van psychosociale hulpbehoefte (zie ook het verslag van de bevolkingsenquête). Debet hieraan zijn onder meer verschillen in arbeidspatroon (gelijkmatige verdeling van het werk over het jaar tegenover seizoenwerk), verschillen

door **R. E. Offerhaus**, zenuwarts



in arbeidsverhoudingen (veel mensen in dienstbetrekking tegenover veel mensen met een vrij beroep en zelfstandige ondernemers) en verschillen in levensbeschouwing (kerkelijke traditie tegenover ontkerkelijkheid).

De leden van de Visie Commissie wilden zelf de interviews doen om zoveel mogelijk informatie uit de eerste hand te hebben. Om te voorkomen dat ze al te ver moesten reizen zouden ze in de Randstad blijven. Om in het eigen werkgebied geen onervulbare verwachtingen te scheppen kozen zij voor Den Haag en/of Haarlem. De laatste stad viel op praktische gronden af: gesprekken in twee gemeenten zouden een te grote belasting vormen. Het werd dus Den Haag.

Maar ook het bezoeken van alle eerstelijns hulpverleners in de residentie zou de commissie nog te zeer belasten. Op basis van gegevens van het gemeentelijke bureau voor de statistiek werden drie *wijken* geselecteerd, die voor wie kijkt naar de verdeling van de diverse sociale klassen, bij elkaar genomen een representatieve doorsnede van de gemeente te zien geven. Die wijken waren:

- het Benoordenhout, een welvarende wijk met een oudere bevolking;
- Morgenstond, een ongeveer vijftien jaar oude wijk met een zeer gemengde bevolking, arm en rijk, oud en jong; en
- de Schilderswijk, een oude arbeiderswijk met veel jongeren en opvallend veel verhuizingen binnen maar ook vanuit de wijk.

Met de *hulpverleners* in deze drie wijken en een aantal ook voor die wijken werkzame tweedelijns gemeentelijke diensten en specialisten op het terrein van de psychosociale hulpverlening nam de commissie schriftelijk contact op. In haar introductiebrief verzocht zij om een gesprek over door de betrokkenen ontmoete psychische problematiek, de hulpverleningsmogelijkheden die zij daarvoor kenden en hun oordeel over die mogelijkheden. Vervolgens probeerde zij telefonisch een afspraak te maken. Door vooraf een brief te sturen bleek men een duidelijke scheiding te hebben bewerkstelligd tussen degenen die in psychische problemen waren geïnteresseerd en degenen bij wie een dergelijke interesse dan wel ervaring op dit terrein in veel geringere mate aanwezig waren.

Er konden groepsgesprekken worden gehouden met het maatschappelijk werk, organisaties van gezinshulp en wijkverpleging, en een aantal wijkagenten. Daarnaast werd een groot aantal individuele gesprekken met huisartsen gehouden. Op het tweede echelon – de gespecialiseerde hulpverlening, werkzaam in de hele stad – werd vrijwel iedereen bezocht: GGD, Gemeentelijke Sociale Dienst,

ziekenhuizen, vrijgevestigde zenuwartsen, vrijwilligers van SOS, JAC, Release en wetswinkel.

Problematiek

In hun gesprekken met hulpverleners kregen de leden van de commissie zeer uiteenlopende problemen voorgeschoteld, van allerlei aard en voorzien van alle mogelijke benamingen.

Opvallend was, dat waar een groot verschil in problematiek tussen de verschillende wijken was verwacht – een verwachting die zou worden ondersteund door de bevolkingsenquête – de hulpverleners die verwachting niet bevestigden. Weliswaar vertoont een bepaalde problematiek zich wel op uiteenlopende wijzen, maar daarmee is niet gezegd dat er in de ene wijk minder problemen zijn dan in de andere. Het alcoholprobleem bijvoorbeeld deed zich naar de indruk van de hulpverleners in het Benoordenhout even sterk voor als in de Schilderswijk; in het eerste geval wordt het alleen binnenskamers gehouden.

Aan de andere kant was er in de Schilderswijk sprake van een duidelijke culturele discrepantie tussen autochtonen en wijkbewoners afkomstig uit de landen rond de Middellandse Zee, terwijl dit probleem zich nauwelijks deed gelden in het eveneens rijkelijk met buitenlanders bedeelde Benoordenhout; het gaat hier in de meeste gevallen dan ook om Canadezen, Amerikanen en Engelsen, mensen met een cultuur gelijk aan de onze.

Tijdens hun gesprekken met de hulpverleners in de wijk kwamen de onderzoekers nogal wat problematiek tegen die zij zelf al in hun theoretische beschouwing hadden vermeld (zie het hoofdstuk 'De Wijk' uit het grote rapport).

Zij opperden daarin de veronderstelling dat de huidige nieuwbouw, zeker in een verstedelijkt milieu, een sterke verarming van het sociale contact met zich brengt. Zo biedt het boven elkaar wonen veel geringere contactmogelijkheden dan het naast elkaar wonen. Daarnaast is er een sterke scheiding van functies, doordat wonen en werken letterlijk een eind bij elkaar uit de buurt worden gehouden, hetgeen ertoe leidt dat

woonwijken geheel van activiteiten worden ontdaan. Ook binnenshuis neemt het activiteitsniveau sterk af; de enige arbeidsintensieve bezigheid van de huisvrouw is nog het koken.

Overigens is het de vraag of de verregaande mechanisering en de op gang zijnde automatisering niet ook in het werkmilieu tot een zodanige mate van verlaging van het activiteitenpatroon zullen leiden, dat ook daar even zichtbaar als in het woonmilieu een afnemende levendigheid en een toenemende verveling zullen gaan optreden.

Het lijkt erop dat er in de samenleving een nieuw soort scheiding is gekomen; de scheidingswand van de klasse mag dan (bijna) zijn opgeheven, die van de leefsituatie lijkt ervoor in de plaats te zijn gekomen. Mét de sociale dwang verdween de sociale geborgenheid.

Mét de enorme toename van de mobiliteit groeiden ook de eenzaamheid en de verveling. Niet-actieven worden geïsoleerd van het actieve deel van de maatschappij. In vergelijking met vroegere cultuurvormen, met hun vaste en zeer dwingende scheidslijnen, is het aantal relatiemogelijkheden op de lange termijn sterk verminderd.

Veel problemen die in deze theoretische schets werden aangeroerd zijn ook door de hulpverleners genoemd: gebrekkige sociale relaties, het niet bijhouden van het levenstempo, klem zettende rolpatronen, gevoelens van zinloosheid, doelloosheid, apathie, depressiviteit. Overheersend, naast duidelijk aanwijsbare conflicten of spanningen vanwege individuele conflictsituaties, was het punt van de eenzaamheid. De problematiek die werd gehoord besloeg, gerangschikt op een *sociale schaal*:

- *macrosociaal*: werkloosheid; woon- en stedenbouwkundige situatie; financiële problemen;
- *mesosociaal*: arbeidsverhoudingen; schoolklimaat; wijkmilieu; discrepanties in normen, zeden en gewoonten;
- *microsociaal*: partnerproblematiek; jeugdproblematiek; vereenzaming;

- *individueel*: ziekte, amputerende operaties, fobieën; uit de persoonlijkheidsstructuur voortvloeiende problematiek.

Tussen al deze problemen leken het meest op de voorgrond te staan:

1. materiële tekorten;
2. conflicten en spanningen in de intermenselijke sfeer;
3. gevoelens van eenzaamheid.

Hulpverleningssysteem

Kenmerkend voor het hulpverleningssysteem in de drie onderzochte wijken bleek het gebrek aan overleg en organisatie.

Vele hulpverleners werken puur op zichzelf, zonder een schijn van notie van wat anderen in de wijk of daarbuiten doen. Er wordt nauwelijks doorverwezen; ook als men ergens niet uitkomt zoekt men geen contact met andere hulpverleners. Men kent een paar systemen die algemeen en effectief functioneren – crisiscentrum, acute opname – maar overheersend is het gevoel dat er geen adequate hulpverleningsmogelijkheden zijn. Er heerst veel onzekerheid over taak en rolopvatting van andere hulpverleners. Dit verschijnsel wordt in de hand gewerkt doordat het werkveld van een bepaalde groep zich soms ongemerkt blijkt te hebben verplaatst en doordat in bepaalde gevallen de opvattingen over eigen taak en rol voor anderen niet herkenbaar zijn c.q. binnen de groep verschillen. Het maatschappelijk werk bijvoorbeeld is zich geleidelijk aan meer gaan richten op de relationele hulpverlening in plaats van op de materiële hulpverlening; in de eerste plaats is dat bij sommige anderen helemaal niet bekend, in de tweede plaats blijken binnen één team soms de standpunten uiteen te lopen over wat de juiste taakstelling zou moeten zijn.

Vrijwel iedereen tobt aan met 'hopeloze' gevallen en heeft het gevoel voor een aantal mensen het eindstation te zijn zonder daarvoor te zijn opgeleid of toegerust. Een erg vaak gehoorde klacht betrof het gebrek aan continuïteit van de zorg; het als uitvloeisel daarvan te beschouwen 'pillenspreekuur' werd alom een wanprodukt genoemd. Een

groot aantal klachten betrof voorts de 'bureau-achtige' benadering van verwezen cliënten. Kwam het tot behandeling of interventie, dan was de rapportage óf afwezig – wat verreweg het meest voorkwam – óf (te) laat dan wel onvolledig en meestal niet te begrijpen.

Conclusies

Een vrijwel volledig gebrek aan samenhang in het hulpverleningspatroon in de drie onderzochte Haagse wijken maakt dat alles en iedereen er langs elkaar heen werkt. Dit leidt tot ernstige stoornissen. In de eerste plaats heeft haast iedere hulpverlener het gevoel een categorie mensen te moeten helpen die hij niet echt – in de zin van effectief probleemoplossend – kan helpen. In de tweede plaats leidt het tekort aan organisatie tot ineffectief –

te vroeg of te laat – doorverwijzen naar de meer gespecialiseerde hulpverlening. De globale indruk van de commissie is dat er minder problemen worden opgelost dan in theorie met de bestaande middelen mogelijk zou zijn geweest. Dat zou kunnen veranderen indien de verschillende hulpverleners per wijk gezamenlijk een *hulpverleningsnetwerk* zouden opzetten. Overleg, rolafspraken en rapportage in een voor allen verstaanbare taal zouden daarbij uitgangspunten dienen te zijn. De hulpverleners in de wijk zouden dus samen moeten afspreken welke vormen van hulpverlening ieder van hen op basis van opleiding, belangstelling en mogelijkheden voortaan op zich neemt. Zelf hadden de commissieleden ondervonden, dat het mogelijk is in een gesprek van één à twee uur een goed beeld te krijgen van de rolopvatting van een hulpverlener met betrekking tot de in

'zijn' wijk voorkomende psychosociale problematiek. Terzijde zij gemeld, dat de onderzoekers na de eerste enquêteperiode vaak ondervraagden verder konden helpen door hen te informeren over in hun wijk voorhanden hulpverleningsmogelijkheden, aangezien zij daarover in die korte tijd meer kennis hadden opgebouwd dan de soms al jaren ter plaatse werkzame hulpverlener.

De slotconclusie van de Visie Commissie naar aanleiding van haar hulpverlenersenquête luidt, dat de bevolking, naast een uitbreiding van het hulpverlenersbestand, met name zit te springen om een duidelijke taakafbakening en organisatie binnen de bestaande hulpverlening. Onder meer op grond van die bevinding maakte de commissie een ontwerp voor de psychosociale hulpverlening in de eerste lijn, dat in de volgende artikelen zal worden beschreven.

Verkeersongevallen eerste halfjaar 1978

Minder doden dan in eerste helft van het vorig jaar

Het Centraal Bureau voor de Statistiek heeft voorlopige gegevens gepubliceerd inzake verkeersongevallen in de eerste zes maanden van dit jaar. Basis voor deze gegevens vormt de registratie van de Dienst Verkeersongevallenregistratie. Het aantal verkeersongevallen op de openbare weg, waarbij een of meerdere personen werden gewond of zijn overleden, bedroeg in die periode 26.600. Ten opzichte van het eerste halfjaar 1977 is dit een stijging van ongeveer 0,4%. De toename van het aantal ongevallen heeft plaatsgevonden in de maanden januari, maart en april terwijl de maanden februari en mei een daling te zien gaven. In de maand juni was het aantal ongevallen gelijk aan dat van vorig jaar. Het aantal ongevallen met dodelijke afloop nam af met bijna 10%: van 1105 in het eerste halfjaar van 1977 naar 995 in de overeenkomstige periode van dit jaar. Met uitzondering van de maanden januari (toename) en april (gelijk) heeft deze daling zich over de hele periode voltrokken. Het aantal personen dat ten gevolge van een verkeersongeval overleed nam eveneens af: van 1240 in het eerste halfjaar 1977 naar 1115 dit jaar. Ook dit is een afname van 10% en ook hier vormen de

Verdeling aantal slachtoffers naar wijze van verkeersdeelname.				
	Def. cijfers jan. t/m juni 1976	Voorl. cijfers jan. t/m juni 1977	Voorl. cijfers jan. t/m juni 1978	Veranderingen in '78 (6 mnd.) t.o.v. 1977 (6 mnd.)
Bestuurders				
personenauto	308	340	357	+ 5%
Passagiers				
personenauto	182	290	155	-47%
Bromfietzers	154	110	103	- 6%
Fietzers	226	210	234	+11%
Voetgangers	190	200	180	-10%
Motorrijders	59	50	50	—
Overigen	19	40	36	-10%
Totaal	1138	1240	1115	-10%

maanden januari en april een uitzondering. In januari en april nam het aantal doden toe met respectievelijk 7 en 3% terwijl de maanden februari, maart, mei en juni dalingen te zien gaven van respectievelijk 15%, 21%, 14% en 15%.

Het aantal personen dat ten gevolge van een verkeersongeval gewond raakte is vrijwel constant gebleven. In de verdeling van het aantal doden naar de wijze van verkeersdeelname traden aanzienlijke veranderingen op (zie tabel).

Arts-ziekte-patiënt

Naar een gezondere geneeswijze

Na jaren ervaring met eigen ziekten – zware diabetes, nefropathie in het eindstadium en blindheid – en met die van vele anderen ben ik tot de conclusie gekomen dat voor de huidige eivolle wereld de tijd gekomen is de relatie arts-ziekte grondig te herzien. Een herziening in het licht van een gezondere geneeswijze, een geneeswijze waarbij zowel de arts als de patiënt zich dienen in te spannen om het werk van de eerste zoveel mogelijk te verlichten, en wel in de geest van het ‘doe het zelf’.

In de tegenwoordige ‘aatom’behandeling van de mens met zijn voors en tegens, is het bijna ondoenlijk een medische behandeling ‘lege artis’ door te voeren. Dat wil zeggen een behandeling die ook rekening houdt met de psychologische en de sociale aspecten van het geval; niet alleen de vakkundige behandeling van een bepaald orgaan, maar die van de *hele mens*. De huidige behandeling confronteert ons met tal van belemmeringen om de arts en de zieke bij elkaar te brengen, belemmeringen vooral voor de zieke, met overbodig tijdverlies, gevaar van infecties in overvolle wachtkamers, ergernissen vanwege de administratieve rompslomp, etc. etc.

Zelfstandige patiënt

De beste oplossing voor de toekomst lijkt mij dat de patiënt zo zelfstandig mogelijk wordt gemaakt. Daarmee wordt precies bedoeld wat er staat: bekwaamheid en intelligentie, sociale en psychologische mogelijkheden van de patiënt, de aard van zijn ziekte enz. dienen in aanmerking te worden genomen. Een griepje, een lichte ontsteking, een

door **Drs. I. de Jong**

De auteur is klinisch psycholoog.
Hij is woonachtig te Zelenika, Joegoslavië.

verkoudheid – men hoeft er niet mee naar de dokter. Van mijn grootvader, arts te Amsterdam, herinner ik me dat hij altijd vertelde dat een griep op twee manieren kan worden behandeld: naar bed gaan, aspirine slikken en limonade drinken – duur veertien dagen, óf geen bijzondere maatregelen treffen, gewoon doorleven – duur twee weken . . . De moraal? Niet te véél aandacht aan jezelf schenken, niet naar de dokter rennen als het niet nodig is. Tegenwoordig belt men voor het minste of geringste ‘de’ dokter op, gaat te bed en neemt, met of zonder medeweten van de arts, sulfatabletten of iets dergelijks. Zonder voldoende kennis van zaken kan dat zeer ongezond zijn. Het vertrouwen in de arts begint echter te tanen, hoofdzakelijk door (sporadische) ‘miskleunen’. Men kan van een patiënt natuurlijk niet verlangen dat hijzelf een operatie verricht, maar hij kan wél leren op de beste manier met zijn eigen ziekte om te gaan. Prachtige *voorbeelden* geven de Nier Stichting en de Diabetesvereniging Nederland. In hun bladen DIA en DIAbc kan men voortdurend goede en vakkundige voorlichting vinden. Het gevolg is, dat nier- en pancreaspatiënten niet voor ieder wissewasje naar de dokter rennen en dat én arts én patiënt minder tijd verliezen. Wanneer de patiënt zijn eigen ziekte wat beter leert kennen en behandelen

kan hij soms belangrijk bijdragen tot de vooruitgang van de medische wetenschap. Hij kan komen tot nieuwe behandelwijzen of een dagboek over zijn ziekte schrijven alsof hij zelf de behandelende arts is en dit aan zijn arts voorleggen. Ik dialyseer thuis, waar mijn vrouw de kunstnier bedient. Dat doen we al vijf jaar en in de loop der jaren hebben we nogal wat opgemerkt. Ik citeer enige alinea's uit een artikel dat ik schreef over de combinatie diabetes-dialyse:

‘. . . Het meest belangrijke aspect is: de juiste controle van de bloedsuikerspiegel. In mijn geval bleek het onmogelijk te zijn een optimale suikerspiegel te verkrijgen door de ‘normale’ toediening van insuline. Elke dialysedag verandert de glucosehuishouding totaal en de kans dat de reacties van het organisme dezelfde blijven is hoogst onwaarschijnlijk. Het is noodzakelijk tijdens de geringste infectie zeer vele malen per dag de bloedsuiker te bepalen. Antibiotica helpen vrijwel niet, als de suiker niet op een redelijk niveau wordt gehouden. In het begin wist ik dat niet en één wijsvinger verloren aan gangreen. Het goed besturen van de suiker in het bloed kan alleen volgens de ‘continue insuline’-methode. In bijna alle ziekenhuizen wordt de hoogte van de suiker te weinig gecontroleerd. ‘. . . Wij stelden vast, dat voor het verlies van het surplus aan vloeistof een bepaalde hoogte van de suikerspiegel gewenst is, een hoogte die meestal niet in overeenstemming is met de officieel goed geachte (80-120 mg/%). Deze hoogte is niet constant. Hij hangt in hoge mate af – hebben we gezien – van de lichamelijke toestand.

Hoe en hoeveel is een dankbaar onderwerp voor verdere research. Verder zagen we het vreemde verschijnsel dat ik vóór de dialyse, met een overgewicht door vloeistof dus, een zéér laag suikerniveau zonder enige moeite kan verdragen (bijvoorbeeld 30 mg/%); na de dialyse daarentegen, bij een mindere hoeveelheid vloeistof in het lichaam dus, heb ik alle verschijnselen van een hypoglycaemie zodra ik onder de 150 mg/% kom.

'We probeerden erachter te komen wat de oorzaak hiervan kan zijn, maar kregen nooit een antwoord op onze vraag. De optimaliteit van de suikerspiegel is volgens onze ervaringen zeer afhankelijk van vele factoren, zoals gewenst vloeistof-verlies-hoeveelheid, lichamelijke toestand, 'flow' van het dialysaat, leeftijd, enz. Momenteel wordt er hard gewerkt aan een adaptering van een 'kunstpancreas' voor dialyserende suikerpatiënten. Wanneer die klaar is wordt het mogelijk alle factoren op hun juiste waarde te schatten.

'... Een ander feit dat in het oog springt is, dat het *niet* zozeer de hoogte van de suikerspiegel is die aanleiding geeft tot onmiddellijke problemen als wel de grootte van de variaties. Het is bij mezelf en bij vele collegae suikerpatiënten gebleken dat vooral de relatieve constantheid van het suikerniveau van belang is. Mij zijn gevallen bekend van mensen die zich peritonaal dialyseren en hoofdzakelijk een niveau van 500 mg/% tijdens de dialyse handhaven. Voor mij bijvoorbeeld geldt een hoogte van 240 mg/%. De hoofdzaak is dat het niveau zo constant mogelijk blijft.

'De bloeddruk varieert met het suikerniveau. Met het bovengenoemde apparaat zal men kunnen zien hoeveel precies ... Het is goed dit precies te weten, want men kan gemakkelijk een zware hypotensie (te lage bloeddruk) krijgen en die op de verkeerde manier bestrijden wanneer men bijvoorbeeld sodium inspuist in plaats van glucose ... De juiste methode is een kwestie van seconden ... Gedurende infecties stolt het bloed sneller, wat erg hinderlijk is. De kleine fibrineklontertjes in de retourleiding van de kunstnier veroorzaken een stijging van de bloeddruk in het apparaat (aderdruk) met als gevolg dat de dialysaatgraad hoger wordt.

Bovendien wordt het moeilijker de bloedsuiker te controleren.'

Genezingsprocessen

Het is niet zo erg belangrijk of het bovenaangehaalde nu wel of niet juist is. Misschien is er van dat alles maar één opmerking die de vaklieden – de artsen – tot nieuwe inzichten brengt. Dat is al de moeite waard. Bovendien heeft een dergelijke behandeling van de eigen ziekte grote psychische en dús fysieke voordelen voor de patiënt. Hoe ik dat bedoel? Als medisch psycholoog heb ik natuurlijk een bepaalde visie op genezingsprocessen in het algemeen, waarbij ik het meest de geestelijke factor heb bestudeerd. Een van de grootste belemmeringen in de genezing van welke ziekte ook is mijns inziens de patiënt zelf, diens egocentrische instelling tegenover de ziekte. Hoe minder hij of zij de ziekte ziet als 'hem/haar toebehorende', hoe minder hij of zij zich ziek voelt en hoe sterker zijn (haar) defensiereacties zullen worden, zijn of blijven. Als de patiënt zijn eigen ziekte probeert te leren kennen uit gesprekken met zijn arts en uit literatuur, zal hij er steeds objectiever tegenover staan en

tenslotte zijn ziekte als 'geval' zien. De medische wereld tendeeft momenteel sterk naar 'totale informatie' van de patiënt. Helaas echter zijn er nog steeds artsen van de oude stempel, artsen die menen dat hun woord wet behoort te zijn voor de patiënt. Deze houding laat geen ruimte voor de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt, terwijl het allerbelangrijkste voor de genezing juist een *actieve inzet van de patiënt* is. Of de patiënt raad krijgt van zijn arts of van zijn groenteboer, uit een Chinese of uit een Amerikaanse encyclopedie, hij dient altijd te wikken en te wegen en de eindbeslissing zelf te nemen. Voor het onnozeste pilletje is hij zélf verantwoordelijk. Vanzelfsprekend kan dit inzicht pas baan breken na een langere of kortere opvoeding van de hele maatschappij en van de individuele patiënten. Een paar miljoen jaar geleden hingen we nog bananen etend in de hoogste boom, een paar duizend jaar geleden konden we nog niet lezen en schrijven ... waarom zouden we op zekere dag niet zo ver kunnen komen dat ieder mens het standpunt inneemt dat hij in laatste instantie zijn eigen arts moet zijn?

Thuisdialyse in de knel

Het aantal thuisdialysepatiënten in Nederland steeg van oktober 1976 tot oktober 1977 van 112 tot 118: 6 meer, een toeneming van 5%. In diezelfde tijd steeg het aantal centrumdialysepatiënten met 142 tot 1.045, een toeneming van 15%. Het bestuur van de Stichting Diatel Noord-Holland, dat deze cijfers noemt in zijn jaarverslag over 1977, spreekt van een uitermate teleurstellende ontwikkeling. Als oorzaken ziet het economische factoren, die de thuisdialyse voor de centra bijzonder onaantrekkelijk maken, en emotionele factoren, die de thuisdialyse voor de patiënt onaantrekkelijk maken.

Voordelen

In theorie heeft de thuisanalyse een aantal in het oog springende voordelen. De patiënt is beter gemotiveerd, doordat hij actief in de behandeling wordt betrokken; dieetfouten komen daardoor bijvoorbeeld veel minder voor. De revalidatie is beter, doordat de patiënt een grotere vrijheid geniet met betrekking tot het tijdstip waarop hij de behandeling wil laten plaatsvinden en doordat die behandeling verhoudingsgewijs vaker plaatsvindt: de patiënt kan de dialyse aan zijn werkzaamheden aanpassen, de behandeling duurt korter. De

medische complicaties zijn geringer, doordat de selectie streng is. De kosten zijn aanzienlijk lager dan bij een behandeling in een centrum, doordat geen beroepskrachten behoeven te worden ingeschakeld. De capaciteit van de thuisdialyse in in wezen onbeperkt.

Uit eigen middelen

De twee belangrijkste voordelen van de thuisdialyse, namelijk de grote capaciteit en de geringe kosten, worden echter tenietgedaan – schrijft het Diatelbestuur – door de zeer ingewikkelde procedure op het gebied van de woonaanpassing. Het is regel dat de goedkeuring voor woningaanpassing minstens een jaar op zich laat wachten.

Ter illustratie:

over de aanvraag voor financiering en de goedkeuring van de woningaanpassing ten behoeve van de twee patiënten die in de loop van 1976 thuis konden worden geïnstalleerd

was op het moment dat het jaarverslag werd geschreven, midden 1978, nog geen uitsluitsel verkregen; de aanvraag dateert van eind 1976.

Voorheen was het mogelijk een en ander door middel van leningen bij de Nier Stichting te financieren, maar met de invoering van de AAW (die geen kosten met terugwerkende kracht vergoedt) is die mogelijkheid weggefallen. De gelden die Diatel in beide zojuist genoemde gevallen heeft voorgeschoten zullen dus naar het zich laat aanzien ook niet meer door de overheid worden vergoed. In de praktijk komt het erop neer, dat alleen die patiënten die de woningaanpassing uit eigen middelen kunnen betalen nog voor thuisdialyse in aanmerking komen.

Daarbij komt dat de vergoeding die voor thuisdialyse wordt betaald sinds 1976 niet meer is aangepast. Onderwijl verdubbelde de vergoeding voor ziekenhuisdialyse van f 325,— tot f 665,— per dialyse. Als gevolg van deze gang van zaken is op de thuisdialyse verlies geleden.

Onvolkomen selectie

Zou op het economisch vlak in goed overleg met de verantwoordelijke autoriteiten nog wel een oplossing kunnen worden bereikt, al zal er de nodige tijd mee heengaan, ernstiger noemt het bestuur het feit dat de motivering voor thuisdialyse bij de patiënten uitermate gering is. In het verleden is het meermalen voorgekomen dat door onvolkomenheden in de selectieprocedure een onaanvaardbare druk op de partner werd gelegd; de thuisdialyse moest dan worden beëindigd.

Niet alleen in Diatel-Amsterdam, waar zich in 1977 geen geschikte kandidaten voor thuisdialyse aanmeldde, maar ook in andere opleidingscentra neemt het aantal geschikte kandidaten af. Een zelfde ontwikkeling tekent zich af in de ons omringende landen.

Gezondheidsraad bepleit meer ‘zelfdialyse’

De helft van de ruim 1.300 kunstnierpatiënten in ons land zou zich zelf moeten behandelen in een ‘diatel’ of een ziekenhuis. Een kwart zou thuis de kunstnier kunnen hanteren. Het resterende kwart zou passief kunnen worden behandeld in poliklinieken. Dit betekent dat de ‘zelfdialyse’ moet worden gestimuleerd.

Aldus de Gezondheidsraad in een nog niet vrijgegeven advies aan de staatssecretaris van Volksgezondheid. Delen van het advies werden bekend gemaakt door het hoofd van de afdeling Ziekenhuiswezen van de Geneeskundige Hoofdinspectie, Dr. C. Dudok de Wit. Deze sprak tijdens een jubileumbijeenkomst van de Nier Stichting Nederland, die dit jaar tien jaar bestaat.

De Gezondheidsraad vindt, dat het kernprobleem bij de opvang van nierpatiënten het achterblijven van het aantal transplantaties blijft. Al in 1972 werd geraamd dat er jaarlijks 400 transplantaties nodig zijn. Op het ogenblik wordt nog niet de helft daarvan gehaald, doordat er te weinig

nieren beschikbaar zijn.

Daarnaast kampen de (zeven) Nederlandse transplantatiecentra met financiële problemen. De tariefcommissie academische ziekenhuizen wil de minister van Onderwijs daarom voorstellen voor niertransplantaties een bijzonder tarief vast te stellen, aldus Dr. Dudok de Wit.

Ook volgens Ir. A. J. de Boef, voorzitter van de Nier Stichting, vormen de niertransplantaties nog een belangrijk probleem. Hij bepleitte een kostendekkend tarief voor de transplantaties. Zou de overheid zo’n

tarief goedkeuren, dan zou zijns inziens een belemmering voor uitbreiding van het aantal niertransplantaties zijn weggenomen.

Prijs voor Diatel-Amsterdam

Tijdens de jubileumbijeenkomst werden twee prijzen van de Nier Stichting uitgereikt. Eén prijs, een plaquette, ging naar het dialysecentrum Diatel-Amsterdam. De andere prijs ontving Prof. Dr. H. A. Valkenburg, epidemioloog te Rotterdam.

Tentoonstelling ‘Pincet en Penseel’

‘Collectie-Van der Meulen’ in Domus Medica

Binnenkort zal gedurende een zestal weken een ‘Pincet en Penseel’-tentoonstelling worden gehouden in Domus Medica te Utrecht. Daar wordt dan de ‘collectie-Van der Meulen’ geëxposeerd. De tentoonstelling, ingericht tot medio december 1978, zal worden geopend op dinsdag 31 oktober aanstaande te 16.30 door KNMG-voorzitter Ch. J. Maats. Belangstellenden – in het bijzonder de leden van ‘Pincet en Penseel’ – zijn bij deze opening uiteraard van harte welkom.



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-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

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

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

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

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

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

Stichting Beroepspensioenfonds Artsen (SBA)

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

Jaarverslag 1977

Inschrijvingen

Het aantal inschrijvingen na voltooiing van de beroepsopleiding is vergeleken met 1976 verder gestegen maar iets lager dan eind 1977 werd geschat (550).

	in opleiding gekomen 1977	1976	geregistreerd / erkend 1977	1976
Amsterdam UvA	57	63	63	37
Amsterdam VU	67	63	63	74
Groningen	85	82	77	70
Leiden	60	50	47	1
Maastricht	19	18	17	14
Nijmegen	72	58	60	16
Rotterdam	60	59	65	53
Utrecht	77	79	81	88
Totaal	497	472	473	353

Het aantal inschrijvingen op grond van de overgangsbepaling (oud curriculum) is verder afgenomen en bedroeg in 1977: 184 tegen 340 in 1976.

In de tweede helft van 1977 zijn circa 1.800 artsen die op grond van artikel III zijn ingeschreven en die voor 1 mei 1973 – de aanvang van de registratie van huisartsen – het artsexamen hebben afgelegd en die niet als gevestigd huisarts te boek stonden, aangeschreven om te weten te komen welke hun medische activiteiten sedert 1 mei 1973 zijn geweest met de vraag of zij hun registratie wensten te handhaven. De HRC is de ledenadministratie van de KNMG dankbaar voor de hierbij verleende administratief-technische hulp.

Tegelijkertijd heeft de HRC zich beraden over de interpretatie van de woorden 'regelmatig als huisarts' werkzaam zijn (artikel 1122, lid 1), met andere woorden onder welke werkomstandigheden kan iemand worden geacht het huisartsenvak nog voldoende bij te houden, zodat de inschrijving kan worden gehandhaafd. Aan het einde van het verslagjaar was zowel de informatieverzameling als het beraad over de criteria voor handhaving van de registratie nog gaande. (Bij het opstellen van dit verslag zijn de door de HRC te hanteren richtlijnen juist gepubliceerd in MC nr. 17/1978 van 28 april.)

De samenwerking met de Universitaire Huisarts Instituten

In het voorjaar van 1977 hebben collega Stoffels en de secretaris een bezoek gebracht aan alle afdelingen beroepsopleiding van de acht Universitaire Huisarts Instituten. De HRC-delegatie werd overal bijzonder vriendelijk ontvangen, waarbij alle aspecten van de beroepsopleiding aan de orde kwamen. De indruk werd bevestigd dat bij alle instituten met grote inzet, enthousiasme en toenemende deskundigheid aan de beroepsopleiding wordt gewerkt.

Het aantal huisartsopleiders blijft een knelpunt, te meer waar bij meerdere instituten (behalve Utrecht en Nijmegen die reeds een vol jaar opleiding in de huisartspraktijk kennen) de tendens bestaat om naar minimaal negen maanden voor een huisartsopleider over te schakelen. In Maastricht is dit van meet af aan het geval geweest. Steeds meer wordt de grote betekenis van deze periode in de huisartspraktijk ingezien en wordt meer aandacht besteed aan de training van de opleiders.

De secretaris was te gast op de Interstavendag die in mei door het Maastrichtse Instituut was georganiseerd.

De stage in een verpleegtehuis heeft een vaste plaats verworven onder meer te Rotterdam.

Het College Huisarts Geneeskunde heeft deze stage (en ook die in het algemene perifere ziekenhuis) in studie genomen, ten einde meer zicht te krijgen op de doelstellingen en de waarde van deze stages in het kader van de gehele opleiding en te komen tot het stellen van nadere eisen.

Ook aan de stages bij instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en het medisch maatschappelijk werk zal nadere aandacht moeten worden besteed.

Het aantal stages op grond van het zogenaamde 'experimenteer-artikel' bleef beperkt tot drie. Het zou naar de mening van de HRC aanbeveling verdienen ook de hiervoor genoemde stages in dit licht te bezien om tot een evaluatie van deze stages te komen.

Van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde, sectie beroepsopleiding werd een advies ontvangen over de voorzieningen die minimaal aanwezig moeten zijn in de praktijk van een huisartsopleider. Het is de bedoeling van de HRC dat dit advies wordt besproken met de huisartsopleiders en dat het daarna zal worden gehanteerd door de Visitatie Commissies.

Visitaties

In 1977 werden van de Visitatie Commissies 110 visitatierapporten ontvangen. In bijna alle gevallen volgde erkenning als huisartsopleider door de HRC, soms, na overleg met de Visitatie Commissie, op bepaalde voorwaarden. De eerste huisartsopleider die zelf een beroepsopleiding heeft gevolgd, werd als opleider erkend. Verwacht wordt dat in de naaste toekomst een aanzienlijke versterking van het corps van huisartsopleiders tot stand zal komen door het beschikbaar komen van jonge huisartsen die de beroepsopleiding hebben gevolgd.

Rechtspositie arts-assistenten in opleiding tot huisarts

Tegen het midden van het jaar kwam een rapport hierover gereed, opgesteld door een werkgroep, ingesteld op initiatief van de HRC, in overeenstemming met het periodiek overleg IOH-KNMG-LHV-NHG waaraan ook werd meegewerkt door een functionaris van de LAD en een vertegenwoordiger van het LOVAA. Dit rapport geeft een overzicht van de bestaande regelingen, die zeer heterogeen van aard zijn, en gaat in op ernstige bezwaren op het gebied van: het inkomen (stagevergoeding + lening) en de aanpassing daarvan aan de stijgende kosten van levensonderhoud; de onzekere en onvoldoende sociale voorzieningen; en de onderwijskundige bezwaren.

Het rapport verkreeg de instemming van het College Huisartsgeneeskunde, de Universitaire Huisarts Instituten, de besturen van LHV en NHG en het LOVAA en het hoofdbestuur van de KNMG, die het rapport toezond aan de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne met een verzoek tot nader overleg dat tot verbetering van de rechtspositie van de arts-assistent moet leiden.

Samenwerking met het College Huisartsgeneeskunde

In de loop van het verslagjaar had behalve over het voorgaande onderwerp enige malen overleg plaats met het college, meestal door het bijwonen van elkaars vergaderingen door de beide secretarissen.

In een gezamenlijk overleg met de Militair Geneeskundige Raad werd afgesproken dat contractartsen met een zesjarig contract, die tevoren de beroepsopleiding tot huisarts hebben gevolgd, zich in hun vijfde contractjaar tot de HRC zullen wenden om na te gaan wat er kan worden gedaan opdat zij na dat jaar hun inschrijving kunnen behouden. De raad zegde hierbij haar medewerking toe.

Aan het eind van het jaar werd besloten het besluit over registratie van artsen met buitenlandse diploma's met een jaar te verlengen, gehoord de HRC. Het is verheugend dat de Nederlandse regering steeds krachtiger steun verleent aan het voorbereiden van maatregelen die moeten leiden tot onderlinge erkenning van specifieke beroepsopleidingen tot huisarts die in andere lidstaten der EG bestaan.

Beroepzaken

In 1977 geen.

Samenstelling HRC

Het hoofdbestuur heeft in zijn vergadering van 5 februari 1977 op verzoek van de HRC besloten ontheffing te verlenen van de bepalingen betreffende de leden en plaatsvervangende leden die in 1977 en in 1978 zouden moeten aftreden. Aan het einde van het verslagjaar was de samenstelling als volgt:
W. J. Waal, voorzitter (LHV) plv. lid J. W. Jacobze
P. C. Stoffels, lid (NHG) plv. lid J. L. Dulfer
A. van der Laan, lid (NHG) plv. lid Dr. H. A. M. Hoevenaars
Prof. Dr. W. Brouwer, lid (Med. Fac.) plv. lid Prof. Dr. K. J. van Deen
P. M. J. v.d. Haagen, lid (LHV) plv. lid J. F. A. Idema
Dr. F. H. Weisz, lid (Med. Fac.) plv. lid Dr. H. L. A. Vlamings
L. E. M. Valk, lid (LSV) plv. lid F. S. K. Scholl
Dr. F. J. G. Oostvogel, lid (LAD) plv. lid Dr. C. Leering
J. I. van der Leeuw, secretaris.

Vergaderingen en secretariaat

De Huisarts Registratie Commissie vergaderde in 1977 zes maal. De Commissie van Uitvoering vergaderde drie maal, waarvan één maal met de secretarissen van de Visitatie Commissies en coördinatoren van de beroepsopleiding.
De secretaris werd op voortreffelijke wijze bijgestaan door Mw. M. J. Zweers-Westenberg, aan wie de HRC veel dank verschuldigd is voor haar toewijding en inzet.



Jaarverslag 1977

In het jaar 1977 heeft de Sociaal Geneeskundige Registratie Commissie viermaal vergaderd en wel op 14 maart, 13 juni, 10 oktober en 12 december.

1. Samenstelling van de SGRC

Eind 1977 heeft de samenstelling van de SGRC enige wijziging ondergaan. Afgetreden als lid zijn: H. C. van Hesteren, die werd opgevolgd door het plaatsvervangend lid Dr. C. J. Jonkman, in wiens plaats nog geen opvolger werd benoemd; R. A. Francken plv. vertegenwoordiger van de LAD die werd opgevolgd door A. L. Bouma; Dr. J. N. Meesters, plv. lid tak arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, waarvoor nog geen opvolger werd benoemd; W. van

Meeuwen, plv. lid tak verzekeringsgeneeskunde, waarvoor nog geen opvolger werd benoemd.

Begin 1978 was de SGRC als volgt samengesteld:

Dr. A. E. Leuftink, <i>voorzitter</i> Mw. Mr. P. Swenker, <i>secretaris</i>	
<i>Vertegenwoordigers ANVSG</i> Dr. C. J. Jonkman te Oosterbeek	<i>plaatsvervangende leden</i> vacature
<i>Vertegenwoordiger LAD</i> Dr. A. E. Leuftink te Hoog Keppel	A. L. Bouma te Haarlem
<i>Vertegenwoordigers arbeids- en bedrijfsgeneeskunde</i> Dr. H. J. B. Hoek te Alkmaar Dr. J. Stumphius te Vlissingen	vacature H. J. Crucq te Emmen
<i>Vertegenwoordigers jeugdgezondheidszorg</i> Dr. C. K. J. Kaaijk te Vries Dr. H. P. Verbrugge te Santpoort	J. P. Schulting te Hilversum Mw. E. L. M. Harder-Buwalda te Den Haag
<i>Vertegenwoordigers verzekeringsgeneeskunde</i> Dr. G. van Maanen te Oosterbeek Dr. A. Nap te Amsterdam	Th. W. J. Derksen te Malden vacature
<i>Vertegenwoordigers algemene gezondheidszorg</i> S. Lelie te Middelburg P. Staverman te Den Haag	T. landheer te Diepenveen vacature
<i>Vertegenwoordigers tak bijzondere vormen van sociale geneeskunde</i> Mw. D. C. Bekkers te Maarssen Dr. D. P. Huiskens te Den Haag	vacature vacature

Samenstelling van commissies van deskundigen per ultimo 1977

<i>Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde</i> V. G. van der Veen, voorzitter J. S. Knip, secretaris Dr. A. Kesteloo Dr. J. J. Kolk Dr. H. A. van Leeuwen B. G. Stalmeier H. Wieringa	<i>plaatsvervangende leden</i>
<i>Jeugdgezondheidszorg</i> M. A. J. M. van Bakel, voorzitter J. Lanning, secretaris C. P. Cornel	Mw. G. M. Feenstra-Warmelink Mw. C. M. Fikkens-Witte W. van Koldam
Mw. E. L. M. Harder-Buwalda Mw. G. J. C. Makkink	
<i>Verzekeringsgeneeskunde</i> E. L. Smits, voorzitter Dr. G. van Maanen, secretaris W. van Meeuwen W. J. L. Mreijen Dr. A. Nap D. de Pater	Mr. L. H. van Dellen Mw. E. Hissink C. Lageweg W. P. J. Woittiez

Algemene gezondheidszorg
Dr. S. Santema, secretaris
T. Landheer
W. H. van Dijk
Dr. R. J. van Zonneveld

*Bijzondere vormen van
sociale geneeskunde*
Dr. P. Huiskens, secretaris
Mw. D. C. Bekkers
Dr. H. A. van Geuns.

De basiscursus

Eind 1976 was binnen de SGRC ongerustheid ontstaan over de inhoud en omvang van de basiscursusprogramma's van de verschillende instituten c.q. universiteiten. Geconstateerd was dat tussen deze programma's onderling in toenemende mate een divergentie optrad, terwijl voorts de beoordeling van de inhoud bemoeilijkt werd door het uiteenlopend gebruik van terminologie.

Met inachtneming van de zienswijze van het CSG dat bij de beoordeling van de programma's niet de gelijkheid maar gelijkwaardigheid ervan voorop dient te staan, heeft de SGRC uit haar midden een werkgroep ingesteld die de praktische mogelijkheden diende te onderzoeken om op korte termijn weer tot een grotere homogeniteit met betrekking tot deze programma's te komen. Uitgangspunt van de SGRC daarbij was dat voor alle basiscursussen in beginsel eenzelfde structuur dient te gelden, zowel met betrekking tot de onderwerpen welke worden behandeld als ook met betrekking tot de tijd die aan de verschillende onderwerpen wordt besteedt. Voorts dat bij de opstelling van het programma aan de cursusleider voldoende ruimte moet worden gelaten om flexibel op situaties welke zich voordoen te kunnen reageren.

De werkgroep is op basis van onderlinge vergelijking van de bestaande basiscursusprogramma's gekomen tot de opstelling van een 'model basiscursus', dat na bespreking met de betreffende cursusleiders is aangeboden aan de SGRC. De SGRC heeft besloten in afwachting van de in de toekomst door het CSG nader vast te stellen opleidingseisen, dit 'model' als leidraad te hanteren bij de toetsing door haar van de programma's.

Opleiding tot sociaal-geneeskundige d.m.v. een assistentschap bij een hoogleraar sociale geneeskunde

In dit verslagjaar is voor éénmaal gebruikt gemaakt van de mogelijkheid welke het besluit no 1-1974 in art. A3 sub b geeft om door middel van een assistentschap gedurende twee jaar bij een hoogleraar in de sociale geneeskunde een 'verklaring A' te verkrijgen, welke gelijk staat met het gevolgd hebben van de basiscursus.

Voorts waren drie sociaal-geneeskundigen in opleiding door middel van een assistentschap bezig met het volgen van de vervolgopleiding algemene gezondheidszorg.

Buitenlandse opleidingen sociale geneeskunde

Reeds enige malen in het verleden hebben de SGRC verzoeken bereikt van sociaal-geneeskundigen in opleiding om vrijstelling van een gedeelte van de Nederlandse opleiding tot sociaal-geneeskundige te verkrijgen in verband met door hen in het buitenland gevolgde cursussen. Het betrof hier onder meer de te Antwerpen gegeven International Course in Health Development.

In 1977 betrof het een verzoek om vrijstelling van de basiscursus in verband met het volgen van de cursus Maatschappelijke Gezondheidszorg aan de VU te Brussel. De SGRC had eind 1977 het verzoek nog in studie. Uitgangspunt bij het eventueel verle-

nen van een (gedeeltelijke) vrijstelling is, dat iedere buitenlandse cursus in concreto wordt beoordeeld en getoetst aan de hier ten lande geldende eisen met betrekking tot de opleiding, waarbij de SGRC enige terughoudendheid op zijn plaats acht. Anderzijds kan de SGRC er begrip voor opbrengen dat het tekort aan opleidingsplaatsen en de daarmee gepaard gaande wachtlijsten Nederlandse sociaal-geneeskundigen in opleiding ertoe brengt elders een gedeelte van de opleiding te volgen.

Registratie in twee takken van sociale geneeskunde

In dit verslagjaar is tweemaal de vraag gesteld aan de SGRC over de mogelijkheid van gelijktijdige registratie in twee takken van sociale geneeskunde als bedoeld in art. 1072 van het Huishoudelijk Reglement van de KNMG. De SGRC is van mening dat uiterste terughoudendheid moet worden betracht bij het toepassing geven aan dit artikel en heeft zich op het standpunt gesteld dat de sociaal-geneeskundige die meent voor inschrijving in twee verschillende takken in aanmerking te komen, in beginsel een keuze zal moeten maken voor registratie in één der takken. Dit geldt ook voor degenen die reeds in één der takken bij de SGRC is geregistreerd.

Positie adviserend geneeskundigen werkzaam bij ziekenfondsen

In 1976 reeds had de SGRC het verzoek bereikt van de Vereniging van Adviserend Geneeskundigen bij Ziekenfondsen (VAGZ) de mogelijkheid te onderzoeken om inschrijving in de tak algemene gezondheidszorg te realiseren voor die adviserend geneeskundige, die na het volgen van de vervolgcursus algemene gezondheidszorg gedurende twee jaar praktisch werkzaam is geweest bij een ziekenfonds. Deze kwestie is onderwerp van uitvoerig beraad geweest binnen de SGRC, geadviseerd door de commissies van deskundigen, tak verzekeringsgeneeskunde en algemene gezondheidszorg. Tevens heeft een bespreking plaats gehad met een delegatie van de VAGZ. Van de zijde van de VAGZ is onder meer aangevoerd dat de vervolgcursus in de tak algemene gezondheidszorg meer beantwoordt aan hetgeen deze adviserend geneeskundigen bij de uitoefening van hun functie nodig hebben, mede gezien de wijzigingen welke zich in de laatste jaren met betrekking tot het functioneren van de ziekenfondsen hebben voltrokken. De SGRC heeft zich in eerste aanleg niet aan de indruk kunnen onttrekken dat de werkzaamheden van de adviserend geneeskundigen bij ziekenfondsen niet voldoende alle facetten welke inherent zijn aan een functie in de algemene gezondheidszorg bevatten. Hoewel een opleiding in een bepaalde tak van de sociale geneeskunde niet altijd volledig kan beantwoorden aan de eisen welke de functie stelt, is de SGRC tot de conclusie gekomen dat het opleidingspakket van de vervolgcursus verzekeringsgeneeskunde te weinig tegemoet komt aan de wensen van de adviserend geneeskundigen bij ziekenfondsen. De vraag is dan ook bij de SGRC gerezen of het niet in de rede ligt in dit opleidingspakket zodanige wijzigingen c.q. aanvullingen aan te brengen dat het meer beantwoordt aan de wensen van de adviserend geneeskundigen werkzaam bij ziekenfondsen. Aan het einde van dit verslagjaar was de kwestie nog in studie bij de SGRC.

Registratie jeugdgezondheidszorg

Tijdstip

In 1977 is wederom gebleken dat soms aanzienlijk tijdsverschil ligt tussen de afgifte van de zogeheten 'B-verklaring' ten bewijze van het doorlopen van de cursus van de vervolgopleiding jeugdgezondheidszorg enerzijds en de feitelijke aanvang van de scholing in de praktijk onder supervisie anderzijds. Indien dit tijdsverschil meer dan drie maanden bedraagt zal bij een volledige dagtaak registratie eerst kunnen geschieden twee jaar na de feitelijke aanvang van de scholing in de praktijk. Voorts dient de

sociaal-geneeskundige in opleiding er rekening mede te houden, dat indien later dan drie maanden na beëindiging van de scholing in de praktijk een aanvraag bij de SGRC tot inschrijving wordt ingediend, als registratiedatum wordt vastgesteld het tijdstip van de aanvraag.

Gedeeltelijke dagtaak

Ook dit verslagjaar bleek dat de sociaal-geneeskundigen in opleiding tijdens de scholing in de praktijk werkzaam waren voor minder dan een halve dagtaak. De sociaal-geneeskundige in opleiding op deze basis werkzaam, zal voor de inschrijving in het register niet in aanmerking komen en dient teneinde aan de gestelde eisen te beantwoorden, de dagtaak tot tenminste 50% uit te breiden.

De opleiding tot verzekeringsgeneeskundige en de huisartsenstage

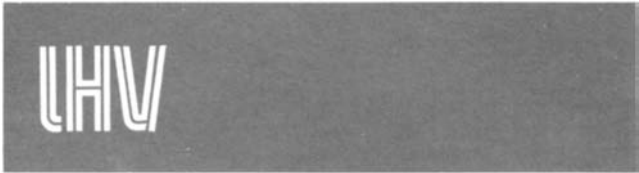
In toenemende mate bereiken de SGRC verzoeken om onthefing van de verplichting 13 weken stage te lopen bij een huisarts in het kader van de opleiding tot verzekeringsgeneeskundige. Het betrof hier met name sociaal-geneeskundigen in opleiding die – weliswaar korter dan twee jaar – ervaring hadden als huisarts, dan wel de specifieke beroepsopleiding tot huisarts hadden gevolgd. Op advies van de betreffende commissie van deskundigen heeft de SGRC zich tot het CSG gewend met het verzoek een uitspraak te doen over de interpretatie van c.q. wijziging in de opleidingseisen in die voege dat door de SGRC vrijstelling kan worden verleend aan degenen die deze specifieke beroepsopleiding hebben gevolgd, dan wel langer dan 13 weken als huisarts hebben gepraktiseerd. Aan het eind van dit jaar was hierover nog geen besluit van het CSG gevallen.

Bijzondere vormen van sociale geneeskunde

Nadat in 1976 de tuberculosebestrijding als bijzondere vorm van sociale geneeskunde was erkend, bereikte de SGRC begin 1977 het verzoek van het CSG haar standpunt te bepalen omtrent de erkenning van de ‘medische milieukunde’ als bijzondere vorm van sociale geneeskunde. De SGRC overwoog dat, gezien het feit dat het werkgebied van de sociaal-geneeskundige zich steeds meer uitbreidt, ook op kleinere deelgebieden, de tak bijzondere vormen de mogelijkheid geeft een eigen plaats te geven aan die groepen van sociaal-geneeskundigen die een specifieke van de vier andere takken afwijkende vorm van sociale geneeskunde beoefenen. Tevens overwoog de SGRC dat het wellicht wenselijk ware na te gaan of ‘categorieën’ van sociaal-geneeskundigen die, indertijd bij het ontbreken van de zogenaamde vijfde tak zijn geregistreerd in een der vier andere takken aanspraak zouden kunnen maken op erkenning als bijzondere vorm van sociale geneeskunde. De SGRC stond positief tegenover de erkenning van de bijzondere vorm medische milieukunde, maar stuitte anderzijds op een aantal praktische problemen van organisatorische aard, met name betreffende de vertegenwoordiging van deze bijzondere vorm in de SGRC respectievelijk commissie van deskundigen.

Inschrijvingen in het register van erkend sociaal-geneeskundigen

Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde	7
Jeugdgezondheidszorg	11
Verzekeringsgeneeskunde	13
Algemene gezondheidszorg	12
Bijzonder vormen van sociale geneeskunde	9
Totaal	52



van het Centraal Bestuur

Toelichting op de concept-Statuten

Nadere toelichting bij punt 4 van de agenda van de ledenvergadering van de LHV, te houden op 3 november 1978.

In het vorige nummer van Medisch Contact (MC nr. 41/1978, blz. 1307) kon wegens plaatsgebrek slechts een gedeelte van de toelichting op de concept-Statuten worden gepubliceerd. Hieronder zal nader worden ingegaan op het karakter van het nieuwe Huishoudelijke Reglement en op enige vraagpunten waarover de ledenvergadering te zijner tijd een beslissing zal moeten nemen.

7. Huishoudelijk Reglement

In het Huishoudelijk Reglement zullen naast de relatie met KNMG en zusterverenigingen dié bepalingen moeten worden opgenomen die nadere uitwerking van de Statuten zijn. Dit betreft met name onderwerpen die niet wettelijk verplicht statutaire inhoud zijn.

8. Vraagpunten die niet juridisch-technisch, maar beleidsmatig van aard zijn

a. Belangenbehartiging van controlerende artsen

In de huidige doelstelling van de LHV is ook het behartigen en bevorderen van maatschappelijke belangen in de ruimste zin van de Nederlandse controlerende artsen opgenomen, voorzover zij niet in volledig dienstverband zijn. Moet deze bijzondere doelstelling gehandhaafd blijven? Er zijn drie categorieën controlerende artsen, namelijk: a. artsen die alleen controles doen; b. artsen die dat ook doen naast een niet volledig dienstverband; en c. huisartsen die ook controles doen.

Alle maatschappelijke belangen van deze artsen worden nu reeds door de LHV behartigd omdat zij mede in overleg met de verzekeringsinstanties de tarieven vaststelt. De vraag is nu of ook de specifiek functionele belangen van de controlerende artsen door de LHV moeten worden behartigd.

b. Einde lidmaatschap bij neerleggen van de praktijk

Volgens de voorgestelde, aan het bestuurskorps nog toe te zenden, tekst van art. 5 van de concept-Statuten, is men geen lid meer indien men niet meer als huisarts functioneert. In het huidige Huishoudelijk Reglement is de mogelijkheid opengelaten dat het lidmaatschap eindigt en wel desgewenst bij het neerleggen van de praktijk. Indien men rustende artsen toch de gelegenheid wil laten om desgewenst lid van de LHV te blijven, dan zal een nieuwe

categorie leden moeten worden ingevoerd: rustende leden (met een aparte contributie). Veel oud-leden van de LHV zouden een dergelijk lidmaatschap toejuichen omdat zij het als bijzonder onaangenaam ervaren dat zij na het neerleggen van de praktijk geen lid meer kunnen zijn van hun voormalige beroepsorganisatie.

c. Limitering herkiesbaarheid leden van het Centraal Bestuur

Volgens het huidige Huishoudelijk Reglement zijn bestuursleden onbeperkt herkiesbaar en bestaat er geen leeftijdsgrens voor functies in het Centraal Bestuur. Dient daar verandering in te komen?

d. Tegemoetkomingen, onkostenvergoedingen en afvloeiingsregelingen

Moet het recht hebben op deze zaken een plaats krijgen in de Statuten of in het Huishoudelijk Reglement? Een vaststellen van deze rechten in de Statuten geeft meer rechtszekerheid aan de rechthebbenden.

e. Adviserende bestuursleden

Moeten de namen van de organisaties die adviserende bestuursleden hebben afgevaardigd alle met name in de Statuten worden genoemd? Men kan ook kiezen voor vastlegging in de Statuten van KNMG/LSV en LAD (en eventueel LVSG) en voor vaststelling in het huidige Huishoudelijk Reglement van de andere adviserende bestuursleden.

f. Afgevaardigden

Met betrekking tot de afgevaardigden bepaalt de wet dat indien in de Statuten bepaald is dat de ledenvergadering zal bestaan uit afgevaardigden, deze dan door en uit de leden moeten worden gekozen, dat de wijze van hun verkiezing (rechtstreeks of getrapt) en dat het aantal van de afgevaardigden (tenminste een maatstaf waarnaar het aantal kan worden bepaald) in de Statuten moeten worden vastgelegd. Momenteel staat in het Huishoudelijk Reglement van de LHV dat afgevaardigden worden aangewezen. Op grond van het bepaalde in de wet zullen afgevaardigden in de toekomst moeten worden gekozen. De ledenvergadering zal zich erover moeten uitspreken of men nog wil vasthouden aan het feit dat, indien er in een district apotheehoudende leden zijn, er dan ook minimaal één apotheehoudende afgevaardigde van dat district op de ledenvergadering moet zijn. Wellicht zal de ledenvergadering besluiten hier een minimum aantal apotheehoudende leden per district te noemen, voordat er recht bestaat op een apotheehoudende afgevaardigde.

g. Stemrecht

In de wet is bepaald dat alle leden die niet zijn geschorst ieder één stem hebben. Indien een ledenvergadering niet bestaat uit leden, maar uit afgevaardigden betekent dat alle afgevaardigden één stem hebben. Voorts is in de wet mogelijk gemaakt dat Statuten aan bepaalde afgevaardigden meer dan één stem kunnen toekennen.

In het huidige Huishoudelijk Reglement van de LHV is bepaald dat bij stemming over specifieke belangen van

apotheehoudende huisartsen alleen stemmen mogen worden uitgebracht door apotheehoudende afgevaardigden.

Daar de wet stelt dat alle afgevaardigden één stem hebben en zij dat stemrecht steeds ten volle moeten uitoefenen, kan de strekking van de voornoemde bepaling van het Huishoudelijk Reglement *niet* gehandhaafd blijven.

Indien een dergelijke bepaling in de Statuten zou worden opgenomen, zouden de Statuten strijdig zijn met de wet. De prealabele vraag is of de ledenvergadering van oordeel is of er nog steeds specifiek apotheehoudende belangen zijn waarover alleen door apotheehoudende afgevaardigden mag worden gestemd.

Indien de ledenvergadering zulks van oordeel is, dan zijn er twee *alternatieven* om de strekking van de huidige bepalingen van het Huishoudelijk reglement te handhaven.

1. Bepaalde afgevaardigden (apotheehoudende afgevaardigden) hebben meer dan één stem, bijvoorbeeld twee stemmen. Hiermee zou men de strekking van de huidige bepalingen uit het Huishoudelijk Reglement kunnen handhaven, echter de afgevaardigden met meer dan één stem hebben het recht over alle onderwerpen die aan de ledenvergadering worden voorgelegd meer dan één stem uit te brengen, dus ook over de niet-specifieke belangen van apotheehoudende huisartsen.

2. Er zou ook gekozen kunnen worden voor het invoeren van een afdeling van de ledenvergadering, die geheel en alleen zal bestaan uit apotheehoudende afgevaardigden.

Aan de concept-Statuten zou dan een nieuw artikel kunnen worden toegevoegd, waarin is bepaald dat de ledenvergadering een afdeling kent die geheel en alleen bestaat uit apotheehoudende afgevaardigden. Het aantal apotheehoudende afgevaardigden kan in een ander artikel van de Statuten worden geregeld.

In die afdeling worden de besluiten genomen met betrekking tot de specifieke belangen van apotheehoudende huisartsen, waaromtrent anders in de gewone ledenvergadering zou worden besloten. De vergaderingen van die afdeling zouden bijeenroepen kunnen worden door het Centraal Bestuur, en de leiding over de vergaderingen berust bij de voorzitter van het Centraal Bestuur.

Gevolgen van kiezen van alternatief 2

I. Dreiging 'Staat binnen de Staat'. Deze apotheehoudende afdeling heeft dan wel niet een eigen bestuur, de afdeling gaat wel eigen vergaderingen beleggen en kan daar besluiten nemen over onderwerpen die weliswaar alleen de apotheehoudende arts betreffen, doch die ook de andere leden kunnen aangaan, omdat het belang van de vereniging ermee gemoeid kan zijn.

II. Het is niet ondenkbaar dat ook andere categorieën leden van de LHV zullen vragen om een eigen afdeling. Te denken valt hierbij aan de samenwerkende huisartsen, huisartsen in dienstverband, huisartsen niet in dienstverband, enz. De LHV is dan geen 'dochter' meer van de KNMG, maar zelf ook als het ware 'moeder' geworden.

III. Toegang tot de vergaderingen van de afdeling. Moet

toegang alleen mogelijk zijn voor de apotheekhoudende afgevaardigden of ook voor de andere afgevaardigden en gewone leden? In de wet wordt alleen gesteld dat alle niet geschorste leden toegang hebben tot de ledenvergadering. Over het recht op toegang tot afdelingsvergaderingen rept de wet niet. Het lijkt juist in de Statuten op te nemen dat alle niet geschorste leden ook toegang hebben tot de afdelingsvergaderingen.

IV. Dient er een apart jaarverslag aan deze afdeling te worden uitgebracht? De wet rept slechts van het uitbrengen van een jaarverslag door het Centraal Bestuur aan de ledenvergadering. Het lijkt echter een logische zaak dat het Centraal Bestuur, wat de behartiging van de apotheekhoudende belangen betreft, verantwoording aflegt aan de apotheekhoudende afdeling.

V. Bevoegdheden afdeling. Wie ziet erop toe dat in de vergaderingen van de afdeling alleen over apotheekhoudende belangen wordt gestemd en beslist, en wie bepaalt wat apotheekhoudende belangen zijn en wat niet? In eerste instantie uiteraard het Centraal Bestuur, doch kan de afdeling – niet zijnde de ledenvergadering – zich boven het Centraal Bestuur stellen en toch over een bepaald onderwerp beslissen? Moet er niet een schorsingsrecht aan het Centraal Bestuur worden toegekend en een vetorecht aan de ledenvergadering?



Kort verslag bestuursvergaderingen

Kort verslag van de bestuursvergaderingen gehouden op 29 juni 1978 en 13 juli 1978 in de Domus Medica te Utrecht.

De actuaris heeft in een nota een uitgebreide uiteenzetting gegeven over de back-serviceduur en -financiering. In volgende vergaderingen zal dit gecompliceerde punt wederom aan de orde worden gesteld.

In een toelichting gaat de directeur in op het gevoerde en te voeren beleggingsbeleid. De ter beschikking komende middelen zullen worden belegd in vastrentende waarden; het procentueel belang in aandelen zal hierbij worden gehandhaafd. Het beleggingsadvies wordt goedgekeurd.

In voorgaande vergaderingen en in vergaderingen van de Financieel Economische Raad is uitvoerig overleg gepleegd om tezamen met de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten met Shell Pensioenfonds te participeren in onroerend goed. Inmiddels is door de adviseurs een positief advies uitgebracht. De aan deze samenwerking onderliggende overeenkomst wordt goedgekeurd. De eerste concrete aanbieding van Shell Pensioenfonds wordt geaccepteerd. Het betreft hier een project te Antwerpen.

Een aantal verzoeken om toepassing van de hardheidsclausule wordt behandeld.

Vergadering deelnemersraad

Overeenkomstig artikel 15, vijfde lid van de statuten van de stichting delen wij u mede, dat de vergadering van de deelnemersraad van het pensioenfonds waarin het jaarverslag 1977 wordt besproken, wordt gehouden op dinsdag 21 november 1978 in één der zalen van Hoog Brabant, Radboudkwartier in Hoog Catharijne te Utrecht (nabij het Centraal Station). De vergadering vangt aan om 19.15 uur en is toegankelijk voor deelnemers en pensioenge-rechtigden, die als toehoorder aanwezig kunnen zijn. Het jaarverslag 1977 wordt aan iedere deelnemer, gewezen deelnemer en pensioengerechtigde op aanvraag toegezonden (Postbus 3047, Utrecht).

Namens het bestuur, W. J. Waal, secretaris



Puntenverslag vergaderingen dd. 25-5 en 20-7-1978

Puntenverslag van de vier en vijftigste en extra-vergadering, gehouden op 25 mei 1978 en 20 juli 1978 in het gebouw van de Maatschappij te Utrecht.

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

In voorgaande vergaderingen en in vergaderingen van de Financieel Economische Raad is uitvoerig overleg gepleegd om tezamen met de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen en met het Shell Pensioenfonds te participeren in onroerend goed. De leden van de Financieel Economische Raad hebben inmiddels een positief advies uitgebracht. Het bestuur hecht zijn goedkeuring aan de samenwerkingsovereenkomst met Shell Pensioenfonds. Tot ondertekening van de overeenkomst zal worden overgegaan. Tevens accepteert het bestuur de aanbieding van Shell Pensioenfonds om met Shell te participeren in onroerend goed projecten in Antwerpen.

De actuaris geeft een toelichting op een nota, die uitgebracht is over de back-service. De nota zal in bestuurskring diepgaand worden bestudeerd en te zijner tijd aan de orde worden gesteld.

De Landelijke Specialisten Vereniging zal bij het Departement van Sociale Zaken een aanvraag indienen tot wijziging van de verplichtstellingsbeschikking. Deze wijziging is noodzakelijk om het automatisme van de aanpassingscoëfficiënt in de ondergrens van het bruto-beroepsinkomen te brengen.

Ook zal een aanvraag tot aanvulling van het pensioenreglement uitgaan naar het Departement van Sociale Zaken inzake de pensioenopbouw na de 65-jarige leeftijd (mannen) respectievelijk 60-jarige leeftijd (vrouwen).

De leden van de Commissie 'Premiedruk' brengen verslag uit over de vergaderingen die inmiddels hebben plaatsgevonden. Een verzoek om toepassing van de hardheidsclausule wordt behandeld.

Vergadering deelnemersraad

Overeenkomstig artikel 15, vijfde lid van de statuten van de stichting delen wij u mede, dat de vergadering van de deelnemersraad van het pensioenfonds waarin het jaarverslag 1977 wordt besproken, wordt gehouden op dinsdag 28 november 1978 in één der zalen van het Jaarbeurscongrescentrum, Jaarbeursplein te Utrecht. De vergadering vangt aan om 19.15 uur en is toegankelijk voor deelnemers en pensioengerechtigden, die als toehoorder aanwezig kunnen zijn. Het jaarverslag 1977 wordt aan iedere deelnemer, gewezen deelnemer en pensioengerechtigde op aanvraag toegezonden (Postbus 3047, Utrecht).

Namens het bestuur,

Dr. F. G. C. Buyse, secretaris



- J. M. E. H. Schoonbrood, Geneinde 138, Maastricht.
- Mw. A. Schutte-Weis, Verl. Grachtstraat 34, Groningen.
- W. J. Sikkens, Legedijk 20, Wirdum.
- H. J. Simonsz, Legmeerstraat 27^I, Amsterdam.
- H. E. B. J. Sinninghe Damsté, Boxbergerweg 24, Diepenveen.
- Mw. Th. M. Slegers, Meijhorst 14-67, Nijmegen.
- H. v.d. Stal, Egelantierstraat 56, Badhoevedorp.
- E. A. v. Steensel van der Aa, van Suttnerstraat 28, Rijswijk.

Kindermishandeling bestáát.
Hoe lang nog.

Kindermishandeling, dat praten we liever niet over in Nederland. Dat is jammer. Want met dood zwijgen help je geen enkel probleem uit de wereld. Aan het probleem van kindermishandeling kan een hoop gedaan worden. Ook door u.

SIRE Publicatie-aangeboden door dit blad in samenwerking met de Stichting Ideo-Beeldme.

Hoe dat staat te lezen in een speciale folder. Die komt u aanvragen bij de Nederlandse Vereniging tegen Kindermishandeling, Koningplein 27 in Den Haag, telefoon: 070-6319223.

- T. I. Tan, Vogelwaarde 33, Haarlem.
- T. H. Tjiook, Ln. v.d. Helende Meesters 149, Amstelveen.
- H. J. M. Kruis, Rijnsburgerweg 77 A, Leiden.
- E. W. Kummer, Singravenlaan 27, Enschede.
- K. E. Lameris, West Vlisterdijk 21, Vlist.
- D. J. van Lammeren, Past. Schelstraeteweg 5, Nijmegen.
- Mw. H. M. Laseur-van Leeuwen, Heytinge 7, Zuidlaren.
- P. van Leeuwen, Jac. v. Lennekade 229^{II}, Amsterdam.
- Mw. J. A. Leeuwenburgh-van Erkel, Vleutenseweg 104, Utrecht.
- K. P. Lettinga, Tichelkamp 23, Bergum.
- F. Linnebank, Fagelstraat 1, Leiden.
- P. J. B. te Lintelo, Appelstraat 95, 's-Gravenhage.
- C. H. C. Maas, Oude Antwerpse Postbaan 92, Bosschenhoofd.
- J. H. A. M. van der Maas, Julianastraat 6, Simpelveld.
- L. v.d. Meide, Pauwenstraat 26, Voorschoten.
- L. C. H. M. Mensen, Kard. v. Rossumplein 1, 's-Hertogenbosch.
- H. R. Michels, Ratelaar 38, Krimpen a/d IJssel.
- Mw. M. C. Modijefsky-van der Wiel, Voermanstraat 274, Gorkum.
- H. Naafs, Vletweide 170, Bunnik.
- J. H. Oldenzijl, Zuiderdiep 110, Nw. Buinen.
- M. P. P. M. Olieslagers, Koolwitjeshof 5, Nijmegen.
- J. H. Olthof, van Woustraat 56^{III}, Amsterdam.
- Mw. A. G. IJ. Ornee-Zijlstra, Nw. Blekerstraat 25 A, Groningen.
- R. Pekelharing, Boisotkade 1, Leiden.
- Mw. M. H. Pelt, de Lairesselaan 89, Rotterdam.
- Mw. C. P. J. M. Peters, Zwanenveld 21-37, Nijmegen.
- Mw. A. M. A. J. Ponsioen, Beverweg 84, Nijmegen.
- H. J. v.d. Reijden, Lindengracht 47, Amsterdam.
- J. J. M. Richter, Lankhorst 54-62, Nijmegen.
- H. G. G. Rienks, Cliffordstraat 18^I, Amsterdam.
- W. F. M. de Roest, Sportlaan 2, Heerjansdam.
- B. H. Röling, van Assendelftshof 2, Leiden.
- Mw. A. A. M. Rijpkema-Kuijer, Diefdijk 7, Schoonrewoerd.
- P. Sanders, Wibautstraat 210^{II}, Amsterdam.
- J. L. Schoen, Hoogte Kadijk 44 hs, Amsterdam.

INHOUD OFFICIEEL	
Huisartsen Registratie Commissie:	
Jaarverslag 1977 HRC	1334
Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie:	
Jaarverslag 1977 SGRC	1335
LHV, van het centraal bestuur:	
Toelichting op de concept-statuten	1337
Stichting Pensioenfonds huisartsen:	
Kort verslag bestuurvergadering	1339
Vergadering deelnemersraad	1339
Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten:	
Puntenverslag vergaderingen dd. 25-5 en 20-7-1978	1339
Vergadering deelnemersraad	1340
KNMG:	
Personalía	1340