medisch contact

Nr. 26 – 25 juni 1976

redactioneel

In dit nummer:

- **In een extra ledenvergadering der L.S.V. is het rapport gepresenteerd van de Gemeenschappelijke Commissie Intercollegiale toetsing. De afgevaardigden hebben bij die gelegenheid het centraal bestuur gemachtigd realisering van de aanbevelingen waarmee het rapport wordt samengevat ter hand te nemen, de discussie erover binnen de medische staven te bevorderen, een centraal landelijk begeleidingsorgaan mee te helpen instellen, tenslotte het rapport in bredere kring bekendheid te geven.**

- **'De arts kan de herkenbare strohalm blijven, de laatste hand. Al kan hem dat in een overgestructureerde, overgespecialiseerde maatschappij fataal worden', aldus J. Ridderikhoff aan het slot van zijn overpeinzingen met betrekking tot de positie en de rol van de artsen in de huidige veranderende samenleving: 'Quo vadis aesculapius?'**

- **Het derde en laatste artikel in de serie 'Sociale wetenschappen en geneeskunde' van de hand van de socioloog Drs. H. ten Kroode en de psycholoog Drs. Kwee S.K. Thans een proeve van een opzet van sociaal-wetenschappelijk onderwijs in het medisch curriculum.**



Uit de boekerij der K.N.M.G.

Boek: Jac. Ruffen, 't Boek van de vroetwyfs in 't welcke . . . alle heymelijckheden van de vrouwen en in wat gestalte de mensch . . . groeyet . . . t'Amstelredam, by Jan Jacobsz Bouman, 1664. – Een afbeelding uit het tweede boeck, vierde capitel: 'Hoe 't kind sit, rust. . . in 's moeders lichaem'. Ruffen (ca 1500 – Zürich 1558) schreef zijn 'Hebammenbuch' in 1554. De eerste Nederlandse uitgave is van 1591.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven aan de redactie 830
Inzenders: H. G. A. Naber, A. W. Klinkert-Blokhuis, Prof. Dr. J. Bastiaans c.s.

L.S.V.-ledenvergadering kreeg rapport Intercollegiale Toetsing gepresenteerd 833

Quo vadis aesculapius?, door *J. Ridderikhoff* 836

Sociale wetenschappen en geneeskunde (slot). Proeve van een opzet van sociaal-wetenschappelijk onderwijs in het medisch curriculum, door *Drs. H. ten Kroode en Drs. Kwee S. K.* 839

Universitaire berichten 844

Uit de Ziekenfondsraad 845

OFFICIEEL 847

Inhoudsopgave officieel 860

MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

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

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

Uitgeverij

Tijl Media B.V.,
Texelstraat 76-80,
Amstelveen,
telefoon: 020-433851,
telex: 15230.

Abonnementen

Voor niet-leden van de K.N.M.G. *f* 69,—; buitenland *f* 80,—; losse nummers *f* 2.— (exclusief BTW). Opgave van abonnementen uitsluitend bij de uitgever.

Advertenties

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

Adreswijziging

Leden der K.N.M.G. uitsluitend aan de afdeling Ledenregister der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht. Niet-leden uitsluitend aan de uitgever.

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: 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.

MIDTRIMESTER ABORTUS

Als lezer van Medisch Contact kan ik me niet meer inhouden mijn mening te geven over de twee artikelen in het nummer van 4 juni 1976 (M.C. nr. 23/1976) over de abortus bij verder gevorderde zwangerschappen.

Wat mij vooral moedeloos maakt, is hoe men zonder enige merkbare emotie schrijft over het afbreken van menselijk leven. In geen van beide artikelen komt ook maar even het belang van de foetus naar voren. Slechts eenmaal – in het commentaar van collega Loendersloot – wordt hij een 'kind' genoemd, verder praat men over 'vrucht' en 'zwangerschapsprodukt'.
Dat men een zwangerschap afbreekt in de allereerste periode – niet dat ik dit goedkeur – het is tenminste niet wreed. In het tweede trimester evenwel moet men aannemen, dat dit kind wel gevoel en pijn heeft. Men kan zich spiegelen aan het 'zwangerschapsprodukt' bij de buideldieren, bijvoorbeeld de kangoeroe. Dit wordt voortijdig geboren, wegens het ontbreken van een cervix uteri en wordt verder grootgebracht in de buidel als in een couveuse. Niemand zal zo'n kangoeroejong geen kangoeroe noemen of gevoel en zintuigen betwisten.

Wat nu betreft de embryotomie volgens Finks (door collega Loendersloot c.s. 2.739 keer in vier jaar uitgevoerd): Zonder totale narcose van de moeder en dus ook niet van het kind, onder een plaatselijke anesthesie wordt dit kind uiteengerukt en de schedel verbrijzeld en in stukken en brokken naar buiten gehaald. Een scène volkomen gelijk en even doortastend als de berechting van een ernstige misdadiger, die gevierendeeld werd, destijds, in meer radicale tijden. Bij jeugdige primigravidae beveelt collega Loendersloot evenwel de methode hypertonisch zout aan. Precies dezelfde methode waarmee slakken en ander ongedierte worden verdelgd met een handje zout. De gaskamers van de Nazi's waren in al hun duivelachtigheid meer humaan dan dit.
Ik meen, dat we ons niet moeten verbazen als de laatste restjes van respect voor de medische stand worden weggevaagd. Ontstellend vind ik het, hoe collega Van den Bergh en collega Loendersloot zichzelf of elkaar complimentjes maken hoe zij hun bedrijf met een voorbeeldig laag complicatiepercentage uitoefenen, afgezien dan van een enkele over het hoofd geziene tweeling en 17.695 + 2.739 vernietigde mensenlevens. Dit kunnen onmogelijk allen echte noodsituaties zijn. Ook de 11 voorbeelden die collega Van den Bergh vermeldt zijn geen onontkoombare dwangsituaties in verhouding tot de waarde van een mensenleven.
Geheel in het raam van deze amorale mentaliteit passen ook de excursies, die men kinderen laat maken in abortusklinieken om hen te wijzen op de gevaren van onvoldoende anticonceptie en ongewilde, voortijdige zwangerschap. Het zou mijns inziens meer zinvol zijn om deze kinderen dan rond te leiden in een kraamkliniek!

Geachte Redactie: Ik ben blij dat ik mijn verontwaardiging en afkeer over dit geschrijf in uw al te gastvrij blad mag luchten. Ik sta hierin niet alleen. Waar is de leiding van het bestuur van de K.N.M.G.? Waar is het geweten van de bovengenoemde aborteurs? Welke zijn uw eigen richtlijnen?

Maastricht, 8 juni 1976

H. G. A. Naber,
orthopedisch chirurg

ABORTUS

Als voorzitster van de open werkgroep Volksgezondheid van de Wetenschappelijke Stichting van de politieke partij D '66, die zich met inspraak in verscheidenheid met de hulp van integere deskundige medewerkers reeds vanaf 1970 onder meer met het abortusvraagstuk en de daarop betrekking hebbende ingediende initiatiefwetsontwerpen bezighoudt; echter ook als vrouw, moeder en grootmoeder, meen ik een waarschuwende stem te mogen laten horen tegen onwaardige acties, verkettering, verdachtmaking en onverdraagzaamheid uit welke hoek ook. Dit in verband met de op handen zijnde behandeling van de door het parlement nu zélf ingediende initiatiefwetsontwerpen. Dit slechts kan een einde maken aan een reeds te lang bestaande toestand van rechtsonzekerheid, die de grondoorzaak is van vele kwalijke of verontrustende ontwikkelingen – onder andere de Bloemenhove-affaire – waarvan velen zich nu pas rekenschap schijnen te geven, met al gevolg vele onbekookte reacties.
Het blijkt dat er een ernstig misverstand bij velen bestaat, die menen dat het om 'voor' of 'tegen' abortus gaat in plaats van om een keuze tussen *legale* en *illegale* abortus. In onze volksvertegenwoordiging heeft men oprecht gepoogd deze ernstige gevoelige en tere kwestie boven de partijpolitiek uit te tillen, met als laatste bewijs de handreiking tussen P.v.d.A. en V.V.D. Het zou beschamend, onverstandig ook zijn om de abortus-

Doorlezen op blz. 832

INTERCOLLEGIALE TOETSING

De specialisten hebben er blijkbaar een fijne neus voor om belangrijke zaken met betrekking tot de praktijkvoering op de agenda voor een ledenvergadering te onderkennen. Dit zou men althans kunnen concluderen uit de grote opkomst voor de extra L.S.V.-ledenvergadering van 10 juni jl. In deze ledenvergadering werd een rapport gepresenteerd van de Gemeenschappelijke Commissie Intercollegiale Toetsing ingesteld door de Geneeskundige Vereniging tot bevordering van het Ziekenhuiswezen en door de Landelijke Specialisten Vereniging. Menigeen bleek speciaal voor de bespreking van alleen dit rapport naar Utrecht te zijn gekomen, kennelijk beseffend dat het hier ging - zoals de voorzitter van de Gemeenschappelijke Commissie, collega A. J. Simons, al benadrukte - om een Europese primeur, waarvan de conclusies, aanbevelingen en basisvoorwaarden verderop in dit nummer vanaf blz. 833 zijn te lezen.

Het rapport Intercollegiale Toetsing gaat uit van het volgende: 'Nu verreweg de meeste specialisten functioneren in stafverband, is de individuele specialist niet alleen verantwoordelijk voor zijn eigen persoonlijke werk, maar draagt hij ook als lid van de medische staf samen met de andere stafleden een collectieve verantwoordelijkheid voor het niveau van het medisch handelen. Vanuit dit collectief verantwoordelijkheidsbesef is de behoefte gegroeid aan een collectieve bewaking c.q. verbetering van de kwaliteit van het medisch handelen. Bovendien maakt de toenemende gecompliceerdheid hiervan enigerlei gereglementeerde vorm van onderlinge toetsing noodzakelijk'. Aldus het uitgangspunt van de Gemeenschappelijke Commissie, die zich daarbij op het standpunt stelt dat toetsing - zeker wat de uitvoering ervan betreft - een exclusieve aangelegenheid is voor de medische professie.

Men kan zich afvragen - zoals dat gebeurt in het advies van de Beraadsgroep Kwaliteits- en Doelmatigheidstoetsing in Algemene Ziekenhuizen van de Sectie Ziekenhuizen van de Nationale Ziekenhuisraad over de positie en de verantwoordelijkheid van de ziekenhuisleiding ten aanzien van het medisch en overig beroepsmatig handelen in algemene ziekenhuizen - onder wiens directe dan wel indirecte verantwoordelijkheid de toetsing van dat medisch en overig beroepsmatig handelen in de ziekenhuizen dient plaats te vinden. 'Is het een zaak van de beroepsbeoefenaars die zich buiten de verantwoordelijkheid van de ziekenhuisleiding afspeelt, of gaat het om een activiteit waarvoor aan de leiding van een ziekenhuis verantwoording moet worden afgelegd? Zo ja, hoe verhouden zich dan de bijzondere verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar en de algemene verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar en de algemene verantwoordelijkheid van de ziekenhuisleiding tot elkaar?' aldus genoemde N.Z.R.-beraadsgroep. De Gemeenschappelijke Commissie van de Geneeskundige Vereniging en van de L.S.V. gaat er van uit, dat via de contractuele relatie ziekenhuis/specialist voldoende garanties moeten worden geboden, opdat aan deze vorm van kwaliteitsbewaking van het medisch handelen ook daadwerkelijk aandacht wordt en kan worden geschonken.

Tussen de fase van het vaststellen van definities, het ontwerpen van reglementen en de toepassing daarvan ligt nog een lange weg

Het reglement voor de intercollegiale toetsing, waarvan het rapport een proeve geeft, dient door het ziekenhuisbestuur te worden goedgekeurd. De opvattingen van de Gemeenschappelijke Commissie en de N.Z.R.-beraadsgroep lopen hier parallel. Ook met betrekking tot de instelling en taak van een landelijk centraal begeleidingsorgaan bestaan bij de commissie en de beraadsgroep gelijke opvattingen. Hieruit moge blijken dat alle betrokkenen zich positief opstellen ten aanzien van de vorming van intercollegiale toetsingscommissies aan algemene ziekenhuizen.

Toch mag niet worden verwacht dat nu binnen korte tijd overal dergelijke commissies zullen gaan functioneren. Tussen de fase van het vaststellen van definities, het ontwerpen van reglementen en de toepassing daarvan ligt nog een lange weg. Hiervoor zijn verschillende redenen: de materie is uiterst complex en het opstellen van maatstaven waarmee de in de praktijk verleende zorg kan worden vergeleken is niet eenvoudig. Het rapport van de Gemeenschappelijke Commissie wijst daar ook op. Maar minstens even belangrijk is - wil de regeling niet beperkt blijven tot een dode letter of formele aangelegenheid - dat de specialist niet alleen de noodzaak van toetsing inziet, maar het tevens als een vanzelfsprekende aangelegenheid beschouwt dat hij van al zijn handelen verantwoording aflegt tegenover zijn beroepsgenoten. Een dergelijke attitude moet worden aangeleerd en kan slechts worden ontwikkeld in een sfeer van onderling vertrouwen. Begrippen als veroordeling, rechtspraak of straf horen in een intercollegiale toetsing niet thuis. Daarvoor zijn andere instanties of dienen andere wegen te worden bewandeld. Dit behoeft overigens geenszins te betekenen dat toetsing van medisch handelen dan devalueert tot een vrijblijvende aangelegenheid en al evenmin dat er geen individuele missers of fouten aan het licht zouden kunnen komen. De wil om een goede zorg aan de zieke te verlenen geldt als de enige drijfveer voor het instellen van onderlinge toetsing; ontbreekt die wil dan hoort men niet in de curatieve sector thuis.

B.

wetgeving opnieuw als inzet van de verkiezingen te maken, al wordt hier wel eens op gespeculeerd. De leden van het parlement staan straks wederom voor een moeilijke beslissing, waaraan zij terecht zwaar tillen, die ons àllen raakt en beroert, waarmee ook het aanzien van ons land in de wereld gemoeid is.
Een politieke beslissing is de enige oplossing! Met zéér verstrekkende gevolgen voor de vrouw, de artsen, de hulpverleners, maar ook voor de man (wat wel eens vergeten schijnt te worden), voor de opgroeiende jeugd in een voor hen zéér moeilijke tijd met een voor velen onzekere toekomst. Slechts in een óók politiek gezien niet vertroebelde of onzindelijke sfeer, zowel binnen als buiten ons parlement, kan een verantwoord democratisch besluit tot stand komen.
En voor deze sfeer zijn wij allen aansprakelijk en verantwoordelijk!
In een werkelijke democratie behoort een minderheid niet met ongepaste middelen zijn wil op te leggen aan een meerderheid, en dient een meerderheid zéér ernstig rekening te houden met de belangen en opvattingen van een minderheid. Hopelijk kan dan ook het wetsontwerp dat de meeste stemmen haalt door een verstandige amendering misschien ook aanvaardbaar worden voor een minderheid.
In feite hoeft niemand tegen haar wil een abortus te ondergaan. Moeilijker ligt het voor de deskundige hulpverleners, die recht hebben op een houvast en waarborgen voor de kwaliteit van de hulpverlening zélf. Dit ook om excessen te voorkomen! Daarom kan niet langer getalmd worden met een behandeling van de ingediende wetsontwerpen, omdat de oude strafwet achter de feiten aanholt, met alle kwalijke gevolgen van dien.
En juist nú kan de vrouw tonen wat echte emancipatie betekent, door haar voorbeeld, door zich te onthouden van kwetsende of aanstootgevende acties, uitlatingen of gedrag bij het verdedigen van in haar ogen gerechtvaardigde belangen, in respect voor de meningen van haar medemens. Dat geldt voor elke vrouw, gehuwd of ongehuwd, jong of oud, ongeacht maatschappelijke positie, functie, ontwikkeling, achtergrond of levensovertuiging. Juist omdat zij als 'levenschenkende' en als opvoedster of verzorgster van het kind, de mens van de toekomst in een zich snel veranderende wereld met grote eigentijdse problemen zo'n haast onevenredig groot aandeel in de betrokkenheid bij de uiteindelijke beslissing heeft.
Emancipatie betekent niet 'het verloochenen van haar waarde als vrouw, noch het verloochenen van haar eigenwaarde'. Maar wij allen als burgers hebben de plicht om in een sfeer van begrip en van goede wil een oplossing te vinden voor een scheefgegroeide situatie, die reeds te lang heeft voortgeduurd.

Hattem, Pinksteren 1976

A. W. Klinkert-Blokhuis

ABORTUSWETGEVING

Ondergetekenden, medici en medische studenten, verklaren hierbij met nadruk het volgende:

De in onze maatschappij gegroeide praktijk van de abortus provocatus is mogelijk door een veranderde interpretatie van de bestaande wet. Het is onaanvaardbaar dat in geval van een klacht over een medische behandeling de justitie ingrijpt, op grond van deze verouderde wet, zónder inschakeling van de inspectie van de Volksgezondheid. Dit schept een ongezonde onzekerheid ten aanzien van het medisch handelen. Het is nu duidelijker dan ooit, dat de wetgeving aan de gegroeide maatschappelijke verhoudingen moet worden aangepast.

Prof. Dr. J. Bastiaans, psychiater, Leiden
Dr. P. G. Bekkering, huisarts, Velp
G. R. van den Berg, psychiater, Amsterdam
Dr. J. van Bilderbeek, gynaecoloog, Amstelveen
T. van Bilderbeek-Lankester, arts-seksuologe, Amstelveen
C. L. van Blaaderen-Stok, psychiater, Amsterdam
M. E. Boer-Meisel, gynaecologe, Amsterdam
G. M. de Boer, psychiater, Amsterdam
W. Boissevain, huisarts, Velp
W. de Bruin, huisarts, Amsterdam
B. van Dantzig-van Amstel, psychiater, Amsterdam
Dr. F. P. Wibaut, arts-seksuoloog, Amsterdam
Prof. Dr. H. J. Dokter, huisarts, Rotterdam
Prof. Dr. A. C. Drogendijk jr., gynaecoloog, Rotterdam
Prof. Dr. C. van Emde Boas, psychiater-seksuoloog, Amsterdam
C. Ferwerda, gynaecologe, Amsterdam
L. G. Fransman, arts, Amsterdam
Prof. Dr. L. Giel, psychiater, Groningen
Dr. K. Gill, huisarts, Zwammerdam
Prof. Dr. V. van Hal, gynaecoloog, Leiden
Mevr. J. Klomp, gynaecologe, Amsterdam
Prof. Dr. G. Ladee, psychiater, Rotterdam
L. H. Levie, arts-seksuoloog, Amsterdam
Prof. Dr. D. J. de Levita, kinderpsychiater, Amsterdam
Dr. I. A. Mochtar, kinderarts, Amsterdam
Dr. J. P. C. Moors, huisarts, Rosmalen
G. Nijpels, namens arts-assistentengroep Amsterdam
Dr. J. J. van Oenen, sociaal-psychiater, Amsterdam
W. Piet, gynaecoloog, Amsterdam
J. J. Poggemeier, psychiater, Amsterdam
B. S. Polak, huisarts, Amsterdam
E. Posthuma, arts, Heemstede
H. Rengelink, arts, Amsterdam
Prof. Dr. M. A. J. Romme, psychiater, Maastricht
B. Rijnink, arts-seksuoloog, Den Bosch
Prof. Dr. J. A. M. Schouten, psychiater, Amsterdam
Prof. Dr. N. W. de Smit, sociaal-psychiater, Amsterdam
Dr. L. I. Swaab, gynaecoloog, Amsterdam
Dr. P. E. Treffers, gynaecoloog, Amsterdam

Adhesiebetuigingen aan:

G. Nijpels, arts
Overtoom 423
Amsterdam

Varia

Gevolgen abortus – De Stichting ter Eerbiediging en Bescherming van Menselijk Leven en de Stichting Medische Zwangerschapsonderbreking Nederland (Stimezo) zullen tezamen onderzoek laten doen naar de vroege en de late gevolgen van abortus provocatus. Als in ons land toegepaste methoden die bij het onderzoek in studie zullen worden genomen noemt de Stichting ter Eerbiediging en Bescherming van Menselijk Leven: het gebruik van een I.U.D., de 'morning after-pill', de overtijdmethode, de 'month after-pill', de zuigcurettage, de ingreep met behulp van de Finkstang, abortus door inspuiting van een hypertone zoutoplossing, de 'kleine' keizersnede en de toediening van prostaglandine. De Stichting ter Eerbiediging en Bescherming van Menselijk Leven wil ook onderzoek laten doen naar de houdbaarheid van de bewering, dat het ongewenste kind door de ongewenste zwangerschap zowel lichamelijk als geestelijk slechtere levenskansen heeft.

Medische hulp voor Mozambique – Minister Pronk van Ontwikkelingssamenwerking heeft besloten *f* 501.000,— ter beschikking te stellen voor extra medische hulp aan Mozambique. Voor dat geld kunnen een half miljoen malariapatiënten worden behandeld, terwijl voorts een miljoen Mozambiquanen er een half jaar lang medicijnen ter voorkoming van malaria voor kunnen krijgen. De extra hulp is in het bijzonder bestemd voor die gebieden waar kortgeleden overstromingen hebben plaatsgehad.

L.S.V.-ledenvergadering kreeg rapport Intercollegiale Toetsing gepresenteerd

In extra ledenvergadering der Landelijke Specialisten Vereniging, donderdag 10 juni j.l. gehouden in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht, is het rapport gepresenteerd van de Gemeenschappelijke Commissie Intercollegiale Toetsing der Geneeskundige Vereniging tot bevordering van het Ziekenhuiswezen en van de L.S.V. In deze opmerkelijk goed bezochte ledenvergadering heeft een eerste discussie plaats gevonden over dit omvangrijke rapport, een gedachtenwisseling die uitmondde in de goedkeuring van de afgevaardigden het centraal bestuur te machtigen realisering van de aanbevelingen waarmee het rapport wordt samengevat ter hand te nemen, de discussie erover binnen de medische staven te bevorderen, een centraal landelijk begeleidingsorgaan mee te helpen instellen, tenslotte het rapport in bredere kring bekendheid te geven.
Het centraal bestuurslid A. J. Simons, voorzitter van de Gemeenschappelijke Commissie presenteerde het rapport met een toelichtende inleiding. Hij sprak aldus:

Het rapport dat u vandaag wordt aangeboden, is het resultaat van acht maanden denkwerk. Een resultaat dat weliswaar niet volmaakt is en ook niet voor 100% de mening van ieder commissielid persoonlijk weergeeft, doch waarvan ik toch durf te zeggen dat het er mag zijn. Dat klinkt wat onbescheiden.
Een dergelijk fundamenteel rapport, waarin een totaalvisie wordt gegeven op een complete basisstructuur voor intercollegiale toetsing is buiten de Verenigde Staten nog nergens in Europa door een artsenorganisatie tot stand gebracht. Er is derhalve sprake van een primeur en ik constateer met voldoening dat het de L.S.V. is die deze Europese primeur heeft gebracht. Ik zeg dit bepaald niet uit zelfgenoegzaamheid, doch om in de gelegenheid te zijn reeds in het begin – en niet aan het eind van mijn inleiding – mijn oprechte dank te brengen aan de leden van de commissie, zonder wier buitengewone ijver, toewijding, kritische zin en niet aflatend enthousiasme dit rapport niet tot stand zou zijn gekomen.
Te constateren dat met dit rapport een Europese primeur wordt gebracht is van belang, omdat de L.S.V. hier aan alle belanghebbenden in de ziekenhuiswereld, aan de overheid en aan de buitenwereld duidelijk laat blijken, dat zij als een moderne professionele beroepsorganisatie niet alleen poogt doch ook in staat is om een belangrijke ontwikkeling in de medisch specialistische geneeskunde op gang te brengen.
Op wat voor velen een hoog ideaal mag toeschijnen, wordt in dit rapport gemikt. Ook al lijkt dat ideaal misschien wel te hoog, niets rechtvaardigt naar het oordeel der commissie het vertragen van de verwezenlijking, stap voor stap, van dit ideaal: namelijk te komen tot een structuur voor een verantwoorde toetsing van het medisch handelen in algemene ziekenhuizen.
In het rapport nu wordt nadrukkelijk gekozen voor een totaalopzet van de intercollegiale toetsing. Het is een opzet zoals de commissie meent dat deze op den duur, dat wil zeggen in het verloop van een bepaald tijdsverloop, moet zijn. Immers de intercollegiale toetsing, zoals deze uit de inhoud van dit rapport naar voren treedt, zal niet op korte termijn in volle omvang als op slag in de algemene ziekenhuizen kunnen worden gerealiseerd. Het is een rapport 'for the years to come'. Men staat aan het begin van een lange weg. Een weg waarbij men moet denken in een termijn van jaren van geleidelijke groei.
Daaruit volgt al dat er overgangsfasen nodig zijn waarin: a) een nieuwe generatie van specialisten zal opgroeien voor wie het werken met deze materie en vanzelfsprekendheid zal zijn. b) de huidige generatie de tijd moet krijgen zich vertrouwd te maken met de materie en het toch een onderdeel van denken en werken te laten worden.
Het rapport is daarom duidelijk op de toekomst gericht, een toekomst waarin de intercollegiale toetsing door specialisten en medische staven als een vanzelfsprekend onderdeel van hun dagelijkse arbeid wordt erkend en toegepast.
Beïnvloeding uit, ja zelfs druk vanuit de buitenwereld heeft stellig enigerlei rol gespeeld bij het tot stand komen van dit rapport, maar ik meen dat wij niet alleen ermee aangeven dat wij die druk vanuit de samenleving in zekere zin weerstaan, doch tevens dat wij met dit rapport een adequaat en modern antwoord geven waarbij onze partners in de gezondheidszorg, de ziekenhuiswereld, de geldgevers en de overheid deze deskundigheid zullen erkennen. Zeer nadrukkelijk gaan wij van het principe uit dat het de professie zelf is die zichzelf toetst.

Immers de broodnodige medische specialistische deskundigheid voor de toetsing ligt nu eenmaal alleen en uitsluitend bij de medische specialisten.
Doch daarvoor dienen zij dan ook wel verantwoordelijkheid te dragen; niet alleen de verantwoordelijkheid die iedere specialist ten opzichte van zijn eigen werk persoonlijk draagt, doch tevens een collectieve verantwoordelijkheid die een medische staf moet dragen voor de medische arbeid in een ziekenhuis. En last but not least een algemene verantwoordelijkheid ten opzichte van de buitenwereld, dat wil zeggen ten opzichte van de reeds vermelde partners in de gezondheidszorg, de overheid, de N.Z.R., financiers (ziekenfondsen en verzekeraars) en de samenleving als geheel. Die verantwoordelijkheid zult u dan ook expliciet in het rapport hebben zien vermeld.
In die verantwoordelijkheid is de motivering te vinden waarom de commissie de intercollegiale toetsing van het medisch handelen noodzakelijk acht. Namelijk een noodzakelijkheid tot collectieve bewaking van de kwaliteit van het medisch handelen.
In de opdracht die aan de commissie is verstrekt wordt gevraagd wegen aan te geven om te komen tot een gereglementeerde vorm van toetsing van medische arbeid in algemene ziekenhuizen. Het rapport sluit dan ook aan bij datgene wat in een modern stafcontract en stafreglement is te vinden. Het is met name daarom dat u er onder andere een proeve van een reglement voor een toetsingscommissie in aantreft, een proeve die volledig kan aansluiten bij een bestaand stafreglement.
Uit het rapport spreekt ook een aantal bewuste beperkingen. In de eerste plaats wordt slechts gesproken over intercollegiale toetsing in algemene ziekenhuizen. Dat wil niet zeggen dat dit proces ook niet in academische ziekenhuizen en categorale inrichtingen op gang moet worden gebracht.
Voorts: al is de intercollegiale toetsing van de specialisten nu nog een op zichzelf staande zaak, men dient niettemin er rekening mee te houden dat die toetsing in de toekomst aansluiting zal vinden bij toetsing van andere groepen binnen het ziekenhuis. Op den duur zal de toetsing van het medisch handelen een deel zijn van de toetsing van het totale ziekenhuisgebeuren, van wat men thans met het begrip 'hospital audit' pleegt te omschrijven.
Wanneer men bedenkt dat de methodiek van de intercollegiale toetsing zoals die in het rapport is geschilderd uit de triniteit 'structuur, proces en resultaat' is samengesteld, dan volgt daar onmiddellijk uit dat deze niet los kan worden gedacht van wat Burkens noemt: de toetsing van de aangewende middelen. Anders gezegd de utilisation review. Er liggen duidelijke verbindingslijnen, met name bij de structuur en het proces van de intercollegiale toetsing met die utilisation review. Men doet er goed aan te bedenken dat waar het de toetsing van de aangewende middelen betreft ook anderen dan uitsluitend representanten van de medische professie daarmee bemoeienis zullen hebben.
Sprekende over middelen wil ik nog een ogenblik stil staan bij een andere essentiële pijler, namelijk de kwaliteit van de geboden

zorg. Zoals u in het rapport kunt lezen wil de commissie daaronder verstaan de mate van overeenkomst tussen de werkelijk geboden zorg en daaraan te stellen eisen. Anders gezegd: de opgestelde criteria en normen. Het rapport dient er in wezen toe, wegen aan te geven hoe die mate van overeenkomst moet worden vastgesteld en voorts om middelen te vinden om verbeteringen van de kwaliteit te verkrijgen.
Methoden zijn daarom vereist om de kwaliteit van het eigen werk te objectiveren en te meten. Daartoe is grote zorgvuldigheid nodig. Men mag immers van een medicus eisen dat hij voldoende kennis bezit en dat die kennis op een zorgvuldige wijze wordt toegepast, ook als het gaat om de beoordeling van de door die medicus toegepaste zorg. Dat er aan die zorg grenzen zijn is reeds van vele zijden vastegesteld. Immers de ons ten dienst staande middelen bepalen de hoogte van de eisen, normen, criteria die wij menen te mogen stellen. Hiermee is de kwaliteit gekoppeld aan de economische mogelijkheden en die zijn zoals wij allen weten nu bijna gebaseerd op een schaarstemodel.

Wel meen ik dat de L.S.V. – en in het bijzonder allen die zich met kwaliteitstoetsing bezig houden – nauwlettend erop moeten toezien dat de criteria en normen die wij bij de kwaliteitsbeoordeling zullen aanleggen niet te zeer in nadelige zin worden beïnvloed door van buiten opgelegde en door economische factoren bepaalde beperkingen.
De filosofie van het rapport is omschreven in hoofdstuk 2, genaamd 'uitgangspunten'. Bij één daarvan wil ik nog even stilstaan omdat blijkbaar nog steeds hardnekkige misverstanden dienaangaande leven. Het gaat namelijk om het zogenaamde rechtbankkarakter van de intercollegiale toetsing. Met niet genoeg nadruk moet gezegd worden dat de gedachte aan een rechtbank misplaatst is. Het doel der toetsing is immers een collectieve en continue educatie, een peilverbetering, bewaking van dat peil, onderzoek naar dat peil. Als ik collega Drion mag citeren dan is alleen het tuchtrecht bedoeld om uitglijdende vakbroeders in het rechte spoor te krijgen.
Men zou in een niet collectief en individueel geval van toetsing hoogstens kunnen spreken, niet van een rechtszitting maar van een rechtzetting, waarbij in een incidenteel geval ook incidentele verbeteringen kunnen worden aangebracht die bijna altijd weer aanleiding geven tot collectieve procedureverbeteringen. En daar is het ons toch ook om te doen.
Een enkel woord wil ik nog wijden aan de basisvoorwaarden voor de toetsing. U vindt ze omschreven in hoofdstuk 5. Ik leid eruit af dat deze basisvoorwaarden een goede toetssteen vormen voor het functioneren van een medische staf. Ik meen te mogen zeggen dat het in ons land langzamerhand niet alleen gemeengoed doch ook noodzakelijk is dat in een ziekenhuis de medische specialisten zich organiseren op basis van deze minimumeisen. Ik wil nog verder gaan door te zeggen dat ik mij niet kan voorstellen dat zonder een dergelijke minimumorganisatie wel op een verantwoorde wijze kan worden gewerkt.
In dit opzicht kan dit rapport dus niet alleen werken als stimulans voor toetsing doch wellicht ten overvloede nog als stimulans voor stafvorming en verbetering der staffunctie.

Veel is in de commissie gesproken en gedacht over de rapportage. Van de toetsingscommissie zal immers worden gevraagd over zijn onderzoekingen periodiek te rapporteren. Dit moet weer niet gezien worden als een rapportboekje van het individuele staflid doch als een periodiek verslag der werkzaamheden van de toetsingscommissie. Het spreekt mijns inziens vanzelf dat gezien de verantwoordelijkheden die stafleden individueel en de staf als geheel jegens het bestuur hebben middels een periodiek verslag in een gemitigeerde vorm aan het ziekenhuisbestuur wordt gerapporteerd, zonder dat nu allerlei detailinformatie wordt gegeven. Het is immers de bedoeling dat het ziekenhuis weet dat er en wel op een juiste wijze, door de staf aan toetsingsarbeid wordt gedaan.
Het toetsingsgebeuren staat nog in de kinderschoenen. Ervaring is nog onvoldoende opgedaan, hier en daar zijn voorzichtige stappen in de goede richting gezet. Veel hulp, vele adviezen, veel onderzoek zal er nog nodig zijn. Niet in het minst heeft daarom de opbouw van een begeleidingsorgaan ter coördinatie van de toetsing een hoge prioriteit. Dat orgaan zal de noodzakelijke hulp moeten bieden, de adviezen moeten geven, de criteria ordenen en de uit de staven zich ontwikkelende criteria beoordelen en rangschikken. Maar in eerste instantie zijn het de specialisten en de ziekenhuisstaven zelf aan wie in dit rapport wordt gevraagd het werk in gang te zetten.
Zowel bij de uitgangspunten in het rapport, de beschrijving der toetsingsmethoden doch vooral in hoofdstuk 4A wordt de materie aangedragen waarvoor ik uw bijzondere aandacht vraag. In hoofdstuk 4A met name wordt een bruikbaar overzicht gegeven van onderwerpen die voor de toetsing in aanmerking komen. Op grond van de talrijke suggesties die daarin worden aangereikt moet het voor elke medische staf, mits goed georganiseerd, mogelijk zijn een begin te maken met de intercollegiale toetsing en deze in fasen op te bouwen.
Ik hoop van ganser harte dat de zo straks volgense discussie daartoe een vlotte start moge zijn.

*
* *

In de extra ledenvergadering van de Landelijke Specialisten Vereniging, donderdag 10 juni j.l. gehouden te Utrecht, zijn bij acclamatie twee nieuwe centraal bestuursleden benoemd: Dr. P. Buys, internist te Gouda, en Dr. Tj. L. A. de Bruïne, vrouwenarts te Haarlem.

De ledenvergadering heeft voorts ingestemd met de intentieverklaring inzake de opzet van een gestructureerd plaatselijk overleg tussen ziekenfondsen enerzijds en directies van ziekenhuizen en medische staven anderzijds (zie blz. 859 van dit nummer van Medisch Contact).

Het rapport voert tot de volgende conclusies en aanbevelingen:

Conclusies en aanbevelingen

I. De bewaking van de kwaliteit van het medisch handelen kan weliswaar niet los gezien worden van de bewaking van de kwaliteit der totale zorg in een ziekenhuis, doch het verdient aanbeveling de realisering van deze beperkte vorm van kwaliteitsbewaking niet afhankelijk te stellen van de effectuering van het totaal. Daarvoor zijn verschillende redenen:

1e. Op grond van de daartoe vereiste specifieke deskundigheid zal het alleen de medische professie kunnen zijn die de toetsing van het medisch handelen met vrucht kan doen.
2e. In vrijwel alle algemene ziekenhuizen is een structuur, in de vorm van een medische staf, aanwezig. In verschillende ziekenhuizen komt een toetsingsproces bovendien op gang.

II. Toetsing van het medisch handelen is in wezen een evaluatieproces waarbij de in werkelijkheid verleende medische zorg wordt gemeten, vergeleken en beoordeeld aan de hand van zorgvuldig opgestelde maatstaven, die door de betrokkenen (i.c. de leden van de betrokken medische staf of de beroepsgenoten in het algemeen) zijn aanvaard.

III. Opzet van de intercollegiale toetsing is dat een specialist, een specialisme of meerdere specialismen binnen een medische staf inzicht wordt geboden in de kwaliteit van zijn of hun medisch handelen. Het is derhalve voor de arts een educatief proces, gericht op kwaliteitsverbetering.

IV. De intercollegiale toetsing moet gericht zijn op het indien nodig in gang zetten van een veranderingsproces, dat op haar beurt weer aan toetsing onderhevig moet zijn. Het

is derhalve een zowel cyclisch als cybernetisch gebeuren.

V. In beginsel gaat het bij de toetsing van het medisch handelen vooral om het toetsen van de zgn. intrinsieke aspecten, dat wil zeggen aspecten die duidelijk gebonden zijn aan de specifieke beroepsuitoefening. In de praktijk zullen het – zeker bij de start van het toetsingsproces in een ziekenhuis – vaak de zgn. extrinsieke aspecten zijn die de aandacht krijgen, met name omdat ten aanzien van de intrinsieke aspecten op dit moment nog vaak valide criteria ontbreken. Bovendien zal bij het verloop van een onderzoek van intrinsieke onderwerpen nog al eens blijken dat ook (of zelfs eerst) zaken van meer extrinsieke aard onder de loep moeten worden genomen.

VI. In het algemeen zal door de staf aan de hand van een voorstel (programma) van een speciale commissie (de I.T.C.) jaarlijks moeten worden vastgesteld welke onderwerpen moeten worden onderzocht. In het rapport worden zowel voorbeelden van onderwerpen als van de wegen waarlangs deze kunnen worden onderzocht, aangegeven.

VII. De voor de toetsing van het medisch handelen benodigde maatstaven (criteria) kunnen zowel centraal door experts als lokaal (binnen de medisch staf) worden opgesteld. De laatste werkwijze biedt het voordeel dat de afstand tussen theorie en praktijk zeer gering is, of anders gezegd: de kans klein is dat de criteria niet haalbaar blijken te zijn. Een bezwaar kan zijn dat de lokaal reeds aanwezige zorg verward wordt met optimale zorg. Dit bezwaar kan ondervangen worden door inschakeling van deskundigen van buitenaf.

VIII. *Basisvoorwaarden*
Hoewel de wil tot toetsing reeds bij vele staven in algemene ziekenhuizen aanwezig is, komt het proces toch onvoldoende van de grond omdat met name methodische kennis ontbreekt.
Alleen al daarom is de instelling van een Centraal Begeleidingsorgaan (C.B.O.) – zoals ook reeds aangegeven in de gemeenschappelijke intentieverklaring van Geneeskundige Vereniging en L.S.V. – urgent. Ook voor de stimulering van de intercollegiale toetsing is dit orgaan noodzakelijk. Tenslotte kan zo'n landelijk orgaan in voorkomende gevallen ten aanzien van een onderzoek de distantie en know-how leveren waarover men op dat moment lokaal niet beschikt.

IX. Het C.B.O. moet zodanig zijn samengesteld dat het geacht moet kunnen worden het vertrouwen te genieten van de medische staven, de overheid en de financiers van de gezondheidszorg. Het zal de beschikking moeten krijgen over een aantal fulltime professionals, die onder leiding staan van een directeur, die zelf van oorsprong klinisch specialist is. Het C.B.O. zal voorts ten nauwste, en geïnstitutionaliseerd, moeten samenwerken met de wetenschappelijke verenigingen der erkende specialismen.

X. De toetsing vloeit voort uit de verplichting die de arts tegenover zijn patiënt, zichzelf, zijn collegae waarmee hij in stafverband samenwerkt, en het ziekenhuis heeft om werk van goede kwaliteit te leveren.

XI. Daarnaast heeft de zorgverlenende instelling welke als rechtspersoon de middelen voor de lokale zorgverlening bijeenbrengt, coördineert en exploiteert, een meer algemene publieke verantwoordelijkheid tegenover de samenleving voor de bereikbaarheid, de beschikbaarheid en de kwaliteit van de betreffende zorgverlening in zijn totaliteit.

XII. Het is gewenst dat deze respectievelijke verantwoordelijkheden van medisch specialist, medische staf en van het ziekenhuis, niet op een vrijblijvende manier worden gedragen. Het is daarom noodzakelijk dat de verplichtingen over en weer ook worden vastgelegd in een door de medische staf in overleg met de directie opgesteld reglement voor de intercollegiale toetsing in het ziekenhuis. Dit reglement maakt deel uit van het stafreglement en wordt als zodanig goedgekeurd door het bestuur van het ziekenhuis.

XIII. In een dergelijk reglement moeten tenminste de volgende punten worden vastgelegd:

- het verplicht deelnemen;
- de rapportage;
- het beschikbaar stellen van middelen van de zijde van het ziekenhuis;
- de te volgen procedure;
- de relatie met de medisch-directeur.

XIV. Het is dringend noodzakelijk de medisch-directeur als adviserend lid bij de intercollegiale toetsing te betrekken. De medisch-directeur moet zelfstandig – bijvoorbeeld op grond van klachten van patiënten over de kwaliteit van het medisch handelen – onderwerpen voor onderzoek kunnen aandragen.

XV. De commissie beveelt tenslotte haar opdrachtgevers aan op de kortst mogelijke termijn dit rapport aan de respectievelijke ledenvergaderingen ter goedkeuring voor te leggen; en vervolgens bij goedkeuring onverwijld stappen te ondernemen om:

- tot oprichting van een Centraal Begeleidingsorgaan te komen;
- de medische staven dringend te adviseren op basis van in het rapport aangegeven wegen het toetsingsproces op gang te brengen.

Naald- en stempelbanden

Aangepaste naaldbanden Medisch Contact

Verkrijgbaar zijn inmiddels aan het nieuwe formaat van Medisch Contact aangepaste naaldbanden, waarin 26 nummers van een lopende jaargang van Medisch Contact op simpele wijze kunnen worden gebundeld. Wil men gedurende de gehele jaargang de binnenkomende nummers samenbundelen, dan zal men over twee naaldbanden moeten beschikken.

Stempelbanden Medisch Contact 1975

Uiteraard blijft de iets kleinere vaste band (stempelband), waarin de jaargang 1975 kan worden ingebonden, gehandhaafd. Hiervoor heeft men één band per jaargang nodig, indien tevoren het advertentiegedeelte uit de losse nummers wordt genomen.

Naaldbanden en stempelbanden kunnen uitsluitend worden besteld door overmaking van respectievelijk f 18,50 en f 13,50 per band op postgiro 5 80 83 van de K.N.M.G., Lomanlaan 103, Utrecht.

Quo vadis aesculapius?

door *J. Ridderikhoff*

An deinen Tugenden wirst du zugrunden gehen
Nietzsche

In het bestaan van de mensheid is het nog niet zo lang geleden, dat waarzeggerij, sterrenwichelarij en geneeskunst zo niet hand in hand gingen dan toch wel dicht bij elkaar lagen. Indien ik de vele artikelen over de toekomstige geneeskunde(kunst) of gezondheidszorg lees, vraag ik mij af of de hedendaagse medicus zich daar nu al zo ver van heeft verwijderd. In een overweldigende vloed – en de stroom rijst al meer en meer – worden ons op vergaderingen, symposia in medische en niet-medische publiciteitsmedia oplossingen aangeboden voor de zorg(ver)wekkende situatie in en rondom de volksgezondheid. Ministers en andere politici, medici, sociologen en wie eigenlijk niet, buigen zich over het probleem alsof het een nog net niet uitgestorven diersoort is die nu in de zorgende handen van het World Life Fund is terechtgekomen.
Tientallen oplossingen worden ons aangeboden, echter vrijwel zonder uitzondering in de vorm van een toekomstig gedachte geneeskunde, geënt op gegevens en waarden van gisteren of in het beste geval van heden. Men gaat daarmee voorbij aan de stroomversnelling waarin de westerse cultuur zich bevindt en de rol die de geneeskunde speelt.

Want zijn wij – geneesheren – ons wel bewust welke rol wij geacht worden te spelen? Nee, ik bedoel niet de rol die wij onszelf hebben aangemeten: de boodschapper halverwege Zeus en Hades, de intermediair tussen leven en dood, en bovendien behept met een wijsheid welke die van Pallas Athene in een vaal daglicht stelt. (Bescheidenheid is zelden het sterkste punt van medici geweest.) Nee, ik bedoel de ambivalente rol tegenover die groep waar wij ontzag voor moeten en kunnen hebben: onze patiënten.
In onze technocratische maatschappij zijn er verwachtingspatronen opgeroepen, waarmee de man, de vrouw, het kind naar ons toekomt. En juist dit verwachtingspatroon en onze reactie daarop (wij kunnen deze verwachtingen immers lang niet altijd waarmaken) vertonen nu duidelijke veranderingen.
Enerzijds zal de patiënt nu iets anders van zijn arts verwachten dan twintig, dertig jaar geleden. Hij eist nu van ons snelle genezing, verlossing van kwalen, bevrijding van spanningen en pijnen, kortom hij eist een stuk welzijn. Anderzijds zal de arts, die – historisch gezien – nog maar sinds korte tijd tot de hogere hiërarchie van de maatschappij behoort, daaraan meer invloed op de sociale feiten menen te moeten ontlenen en dus meer normerende waarden te laten gelden. Het technisch kunnen heeft andere ethische normen opgeroepen. Onder invloed van veranderingen in wereldbeeld, overbevolking, milieubederf en gewijzigde inzichten in het wetenschappelijk bedrijf is een ethische herwaardering afgedwongen. De arts dient andere, meer plausibele redenen aan te voeren voor een weigering tot dienstverlening dan alleen zijn beroepscode. Wij verwachten ook niet van de automonteur dat hij weigert de auto te repareren, omdat het zo'n goede bijdrage is voor de milieubescherming. Artsen zijn geen patriarchale heilsbrengers.

Het verwachtingspatroon van de patiënt

Hoe is de mens – onze patiënt – in de loop van een eeuw zo veranderd? Een summiere schets verduidelijkt enigszins wat ik bedoel.

Toen in de tweede helft van de vorige eeuw het industriekapitalisme opkwam, werd een steeds groter deel van de bevolking opgenomen in de besluitvorming, in de medezeggenschap in gemeenschap of bedrijf. Aanvankelijk nog zeer geleidelijk, maar na 1870 (Frans-Duitse oorlog) werd een toenemend deel van de bevolking boven zijn bestaansminimum uitgetild. Een bestaansminimum, dat voor 95% van de bevolking eeuwenlang had bestaan. Een bestaan waarin dagelijks brood, geboorte, ziekte en dood op gelijk niveau met elkaar wedijverden. Waarin het 'moderne' woord 'consumptie' alleen maar bestond uit de drank voor vader. We zien de opkomst van de bourgeoisie die zijn belangrijkste basis vond in rationalisatie en zich dáárin slechts kon waarmaken, zijn welvaart daarin op kon richten. Met de rationalisatie sloot men tegelijkertijd zeer grote groepen uit: groepen die – ook al wegens de economische en sociale omstandigheden – niet of nauwelijks aan enige vorm van onderwijs konden deelnemen.
Deze ideologie was, samen met het kapitalisme, gedoemd uitgehold en overleefd te worden. Belangrijk uit deze fase is, dat de gegoede burgerij had geleerd haar welvaart op harmonische wijze in de levensstijl te moeten opnemen.
Na de eerste, maar meer na de tweede wereldoorlog werd het overgrote deel van de bevolking opgenomen in de welvaart. Als een storm, ja, als een orkaan heeft het geïndustraliseerde kapitalisme zijn zegeningen en zijn kwellingen uitgestort over een nagenoeg weerloze massa. De plotseling tot welvaart gekomen arbeider staat – zonder tijd van aanpassing – onvoldoende beschermd (tegen: reclame, afbetaling, indringende, vaak éénzijdige informatie etc.) in het leven. Het aanpassingsvermogen van de mens wordt tot het uiterste getoetst, om ook in de meeste gecompliceerde samenlevingsvormen het evenwicht in stand te houden tussen zijn persoonlijkheidsstructuur en het veranderde cultuurpatroon. Bovendien zal een dichter wordende, verouderende bevolking stimuleren tot sociale structuurveranderingen. Zij dwingt tot verdere opvoering van de produktiviteit en tot verhoogde organistorische doelmatigheid, met andere woorden tot een verzwaring van de technisch-organisatorische eenheden. Dit vooral in opgevoerde, geïndustrialiseerde gebieden binnen sterk geürbaniseerde centra.
Dit brengt een gemassificeerde anonieme maatschappij voort, waarin autoriteitsverlies, agressie, wantrouwen en vooroordelen welig bloeien. Idealen lopen stuk op harde feiten. Vertrouwen ook in eigen ideaal ontbreekt en ervoor in de plaats zoekt men zijn kracht in de verkapte agressiviteit, gericht op het neerhalen van gezag en daardoor vermeerdering van het wantrouwen tegenover de ander. Wantrouwen tegen de kennis van de arts, tegen zijn persoon;

maar ook de arts, die zijn tegenspeler wantrouwt.

Wat dreef en drijft onder het mom van schijnbaar voor de hand liggende logica zovelen naar stelsels met a-humane of anti-humane inslag? Een 'Unbehagen in der Kultur'? Maar anders dan door Freud beschreven. Of men kiest liever de gebonden onvrijheid boven de ongebonden vrijheid. Iedere vorm van 'zich uitleven' leidt tot meer of mindere onvrijheid van de ander en verscherpt het wantrouwen. We leven in 'l'ère du soupçon'. De welvaart ging en kon ook niet hand in hand met de daarbij behorende adaequate levensstijl gaan. Kunnen we niet met Zahn zeggen: 'Mit der neuen Gütern, die zur Verwendung der Freizeit heute bereit stehen, darum zu ihr gehören und von ihrem Begriff nicht zu trennen sind, trifft die Freizeit die Menschen genauso plötzlich und unvorbereitet wie seinerzeit der Beginn der industriellen Revolution im Produktionssektor'. De massa staat nu alles ter beschikking, we leven in 'the age of mass-consumption', zoals Henry Ford reeds zeventig jaar geleden voorspelde. En is het dan niet denkbaar, nee logisch, dat daartoe ook de medische consumptie behoort?
Bij gebrek aan een andere ideologie kopen we ons 'welzijn'. Tenslotte pleiten politici, vakbondsleiders en sociale voorzieners etc. voor meer 'welzijn', wat vaak neerkomt op het bezit van kapitaal. Met ons kapitaal kopen we het beste wat te krijgen is. Ook medische begeleiding en verzorging. Daartoe behoren optimale huisartsen-, specialistische en ziekenhuisverzorging.
Dat in deze jacht op welzijn storingen optreden is een te voorspellen zaak. Men kan altijd wel verband aantonen tussen maatschappelijke dysfunctie en 'ziekte' (ziekte dan meestal gezien in de zin van storingen in het welzijn). We belanden in een vicieuze cirkel waar de jacht om meer 'welzijn' inhoudt dat men meer geld moet verdienen om dit te kopen: maar men bekoopt het met psycho(sociale) storingen en ziekten, waarvoor men weer geld nodig heeft om tot hernieuwd 'welzijn' te komen. Men kan dit beschouwen als één van de grondpeilers waarop een scala van kwalen tot de arts komt.
De vraag derhalve is niet hoe de arts zich moet transformeren in dit patroon, maar hoe lang het duurt voordat het overgrote deel van de bevolking in een harmonisch evenwicht komt tussen vertrouwen en wantrouwen, tussen zijn persoonlijk milieu en de maatschappij. Voorlopig ziet het er sociaal noch economisch naar uit. Het is een rijpings- of misschien een degeneratieproces dat niemand in de hand heeft, politici noch medici, ook al omdat wij allen in hetzelfde cultuurpatroon leven en denken.

Gezondheid en geneeskunde

Vanaf het verschijnen op de aarde tot op de huidige dag heeft de mens zich beziggehouden met zijn rol in de samenleving. The survival of the fittest. Enerzijds in zijn sociaal gedrag – het recht van de sterkste, lichamelijk of geestelijk – anderzijds in zijn organisch functioneren of zo men wil: gezondheid. Iedere dysfunctie hiervan wordt in ernstige mate als storend ondervonden, door de maatschappij of (in het tweede geval) door het individu. Enerzijds (sociaal) uit zich dat in onder andere criminaliteit, anderzijds (individu, gezondheid) in ziekte. De dysfuncties zijn veelal niet van elkaar te (onder)scheiden en worden dan ook vaak – mijns inziens abusievelijk – onder één noemer gebracht. Het individu zal gezondheid als een normale zaak beschouwen en slechts voor ziekte zoekt hij hulp – liefst bij een deskundige. Daarvoor wordt dan de dokter aangezien. Voor het individu heeft deze dokter dan ook duidelijke voordelen (voor wie van de twee het meest, laten we onbesproken). De samenleving heeft zijn uiterste best gedaan om via veel geld en veel goede en kwade woorden een fiks aantal deskundigen in ziektekunde voort te brengen. De kosten worden gezien als een verzekeringspremie voor de al eerder genoemde optimale medische verzorging. Voor al dat – vele – geld verwacht men verzorging van de wieg tot het graf, bij ongevallen, ziekten, invaliditeit, verminkingen etc. Daarnaast moet de medicus zich echter niet te buiten gaan aan betutteling in het leven van het individu.
Het doet dan ook volslagen onlogisch aan, als men verzucht dat de preventie niet van de grond komt. Preventie zou inhouden dat we 'gezond' moeten leven, moeten afzien van allerlei consumpties die ons door de (groot)winkelstand en de publiciteits- en reclamemedia als ideaal worden voorgehouden. Mijn bewondering dan ook voor collega Meinsma, die tegen beter weten in voortgaat met zijn antirookcampagne ondanks de jaar op jaar somberder cijfers. Acties verzanden in nietszeggende leuzen (trimacties etc.), waarschuwingen worden alleen toegedacht aan de buurman.
Artsen spelen hier in zoverre slechts een rol dat ze ons moeten behoeden voor onheilen, ziekten en dood. En daarbij is het allerbeste nog niet goed genoeg. Iedere kleine stoornis is voldoende om de arts te raadplegen. Vele artsen gooien daar dan nog een schepje boven op, door de consumptie (en het inkomen van de arts) te bevorderen met onderzoek en het laten slikken van pillen uit voorzorg. De mensen zullen in vrees en beven ophouden te leven uit angst om dood te gaan.
Iedereen, die schade heeft opgelopen aan zijn eigendom, zal het als zijn volste recht beschouwen een restitutio ad integrum te verkijgen van zijn verzekeringsmaatschappij. Het vervelende geval doet zich echter voor, dat steeds meer mensen steeds meer restitutie vragen voor feitelijke of vermeende psychische, sociale of somatische onheilen. Dit alles met het gevolg dat én sociale wetgeving en geneeskunde én in het algemeen alle dienstverlenende bedrijfstakken niet meer aan de vraag kunnen voldoen en failliet dreigen te gaan. Enerzijds de eis tot het allerbeste en allermeeste, anderzijds de weerzin om de steeds meer stijgende premies op te brengen. Enerzijds dus de toenemende consumptie, niet alleen in de breedte maar nog meer in de diepte, anderzijds het kostenvraagstuk. Niet zozeer de loop naar de huisarts zal toenemen als wel de druk op hem om tot gespecialiseerde geneeskunde te geraken – tot het beste van het beste. Toeloop vooral dus naar de – dure – specialisten en het – dure – ziekenhuis. Van 1963 tot 1972 stegen de kosten van de gezondheidszorg, uitgedrukt in procenten van het bruto nationaal inkomen van 4,5 tot 7,0%. Of anders gezegd: in 1953 waren de kosten voor de gezondheidszorg 197 miljoen gulden, in 1972 10,6 miljard gulden. We kunnen veilig aannemen, dat de volgende tien jaar een nog sterkere stijging te zien zullen geven.

De dokter en de (over)levenden

Colin Clark becijferde reeds vele jaren geleden het toenemende percentage mensen in de dienstverlenende bedrijven. Daarnaast en daardoor ontstaat een indrukwekkende differentiatie van beroepen in een steeds onduidelijker georganiseerde maatschappij. De specialisatie op allerlei gebied wordt zo ten top gedreven dat wij niet meer op gelijk

niveau kunnen praten. Indien we dan denken aan de in 1896 (!) door de bioloog Cope gestelde wet: 'Survival of the unspecialised', lijkt er in toenemende mate een verminderde overlevingskans voor deze vorm van samenleving.

En nu we het daar toch over hebben: wat gebeurt er biologisch met ons?
In de plaats: doordat de civilisatie dezelfde nadelige gevolgen heeft als de domesticatie bij onze huisdieren, door gebrek aan beweging, ondoelmatige voeding en verschillende andere oorzaken, functioneren zowel bij de mens als bij de huisdieren vele organen aanzienlijk slechter. Dit vermindert de weerstand van het individu voor de meeste ziekten. In 15.000 jaar tijd heeft de cariës zich van vrijwel nihil tot ruim 95% van de bevolking uitgebreid.
De tweede factor, erger dan de ziekte, is de dokter. In het mesolithicum, toen de mens zich een vaste woonplaats koos en landbouw ging beoefenen, heeft ook de dokter zijn intrede in onze maatschappij gedaan en van dat moment af zien wij het aantal ziekteverschijnselen hand over hand toenemen. Oorzaak en gevolg zullen we maar buiten beschouwing laten.
We moeten echter bedenken, dat genezing van de patiënt biologisch gezien hooguit gunstig is voor de dokter zelf. De diabetesmorbiditeit is verzesvoudigd, voor epilepsie, reumatiek en vele andere ziekten geldt hetzelfde. Het aantal biologisch minderwaardige mensen dat de leeftijd van de procreatie bereikt, neemt hand over hand toe. 'Maar laten we daar dan iets aan doen', hoor ik U zeggen, 'laat ons ingrijpen voor het te laat is'. Maar hoe zou U willen ingrijpen? Toch een streng doorgevoerde eugenetica? Ik geloof daar niet in. Het is de tragiek van de mens, dat juist zijn beste eigenschappen, zijn erbarmen met hen die zwak in het leven staan, hem noodlottig zullen worden.

Het doet irreëel aan, als artsen – waarschijnlijk een van de weinige groepen die het minste begrip van de gezondheid hebben – een symposium wijden aan het begrip 'gezondheid' en daarbij stellen: 'Zowel de sterfte aan welvaartsziekte als het aantal aangeboden psychosociale klachten neemt de laatste jaren toe. Dit ondanks de enorme stijging van het aantal artsen en geneeskundige voorzieningen.' Dit duidt eens te meer op het volslagen onbegrip dat er bij velen op geneeskundig terrein heerst. De geneeskunde wil nog te veel vanuit haar traditionele denkpatroon oplossingen aanbieden, die niet – meer – op haar terrein liggen. De bittere ernst waarmee men 'welvaartsziekten' wil bestrijden doet enigszins ridicuul aan, indien we bedenken dat diezelfde welvaart via geneeskundige manipulaties naar eigen hand wordt gezet. De geneeskundigen kunnen slechts als leden van een typerende consumptiemaatschappij meedenken en meestructureren met alle andere gespecialiseerde groeperingen van deze samenleving.
In de Structuurnota Gezondheidszorg worden de hervormingen aangegeven die noodzakelijk moeten worden geacht om het doelmatig functioneren van de voorzieningen in samenhang met elkaar te bevorderen en de kostenontwikkeling te beheersen. Die noodzaak, waarover wordt gesproken, blijkt dan gebaseerd te zijn op de exorbitante kostenstijgingen in de gezondheidszorg. Deze zijn dan echter weer het gevolg van een samenleving die zich steeds verder verwijdert van haar natuurlijke grondpatroon.

'Wij zullen de meesters en de bezitters van de natuur worden', zegt Descartes. Het fundamenteel wetenschappelijk onderzoek moet ons de (haar!) structuren aangeven. Onze technologen structureren voor ons bestwil de arbeid, de produktie, het vermaak, het milieu, ja zelfs ons denkpatroon. Nu al aanvaarden we oplossingen voor doelen die we niet kennen en zelfs niet kunnen kennen.
We kunnen trends waarnemen, die zich langs lijnen der geleidelijkheid aan ons voordoen: de veranderingen in morbiditeitspatronen, de verschuivingen van 'huis- naar 'ziekenhuisgeneeskunde', etc. Maar geen sterveling voorspelt ons of deze trends rechtlijnig voortgaan. Van sommige hopen we van wel, van andere niet; vaak uitsluitend gebaseerd op 'wishful thinking'. Toch maken we plannen die over tien, twintig jaar zullen worden gerealiseerd voor een maatschappij die evenveel op de onze lijkt als de huidige op die van voor de tweede wereldoorlog.

Misschien zijn we daarbij dan toch terug bij de artsen, die in niet zo lang vervlogen dagen de waarzegging en sterrenwichelarij beoefenden. De Nederlandse artsen die, 'afgaande op algemeen aanvaarde indicatoren van de kwaliteit der gezondheidsvoorzieningen (zoals bijvoorbeeld zuigelingensterfte, perinatale sterfte, levensverwachting in jaren, tuberculeuze mortaliteit en morbiditeit en vaccinatiepercentages van zuigelingen en kleuters) hebben meegeholpen de Nederlandse gezondheidszorg een niveau te doen bereiken dat door vele andere met ons vergelijkbare landen niet wordt geevenaard. De artsen ook, die – naar ik hoop – in deze tumultueuze tijden, met 'Umwertungen aller Werte', hun identiteit zullen blijven behouden. Artsen, die door de door welzijnsjacht opgejaagde mens, als een rustpunt, als een baken worden ondervonden.

De arts kan de herkenbare strohalm blijven, de laatste hand. Al kan hem dat in een overgestructureerde, overgespecialiseerde maatschappij fataal worden. Of om met Nietzsche te spreken: 'An deinen Tugenden wirst du zugrunde gehen'.

Overdrukken 'Huisarts waarheen'

Wegens gebleken grote belangstelling is van de discussienota van de Commissie Eerste Echelon over de plaats van de medicus in het eerste echelon, zoals eerder afgedrukt in Medisch Contact nr. 5 van 30 januari 1976, een extra oplage overdrukken aangemaakt.

Geïnteresseerden kunnen exemplaren hiervan tegemoet zien na overmaking van *f* 5,— per exemplaar (bij bestellingen van 20 of meer exemplaren *f* 2,50 per stuk) onder het motto 'Huisarts waarheen?' op postgironummer 5 80 83 van de K.N.M.G., Lomanlaan 103 te Utrecht.

Sociale wetenschappen en geneeskunde (slot)

Proeve van een opzet van sociaal-wetenschappelijk onderwijs in het medisch curriculum

door *Drs. H. ten Kroode* en *Drs. Kwee S.K.*

Als onderdeel van een project 'Sociale Wetenschappen en Geneeskunde' (S.W.&G.) werd in december 1973, november 1974 en mei 1975 een drietal conferenties gehouden. Voorts werd onderzoek verricht en werkte men voorstellen voor het medisch leerplan uit.
Initiatiefnemers waren Drs. H. van Oosterzee, hoofd Bureau Vormingswerk/Studium Generale R.U. Utrecht, en Drs. H. ten Kroode en Drs. Kwee S.K., respectievelijk als socioloog en als psycholoog aan het Instituut voor Medische Psychologie en Psychotherapie van dezelfde universiteit verbonden.
Vandaag het laatste van drie artikelen die zij op verzoek van de redactie voor Medisch Contact schreven. Na stukken over de conferentieopzet en de uitkomsten ervan, nu tot slot een programmavoorstel met betrekking tot de sociale wetenschappen in het medisch curriculum.
Het materiaal van de drie conferenties zal over enige maanden in eigen beheer als boek worden uitgegeven.

1. Onderwijskundige veronderstellingen

Voordat wordt overgegaan tot het geven van een voorbeeld van een medisch curriculum waarin een sociaal-wetenschappelijk programma is ingebouwd, is het belangrijk aan te geven welke overwegingen in zo'n programma-opbouw hebben meegespeeld.

1. In de opbouw van het programma zit niet de overweging volledig te willen zijn; het onderwijs is *exemplarisch* en bevat een keuze uit een veelheid van mogelijkheden.
De hoeveelheid kennis in de medische wetenschap is zo veelomvattend, dat het ondoenlijk is in het onderwijs te streven naar volledigheid. Als opleider wordt men gedwongen keuzes te maken met betrekking tot de te onderwijzen materie. In dit geval is het leren informatie te verwerken, dus het leren te leren, belangrijk geworden. Juist de sociale wetenschappen hebben zich diepgaand beziggehouden met dit vraagstuk.

2. Als onderwijsmethode wordt uitgegaan van relevante problemen die vaak voorkomen in de gezondheidszorg (*probleemgericht).*
'De praktijk van de medische beroepsuitoefening wordt vooral gekenmerkt door het feit dat problemen moeten worden opgelost, of althans verlicht, problemen op het vlak van gezondheid en ziekte van personen, van populaties of van de gehele gemeenschap. Probleem oplossend werken staat derhalve in de praktijk centraal'. (Wijs Onderwijs. Nota van de afdeling Onderwijsontwikkeling der faculteit geneeskunde van de R.U.-Utrecht, 1972, p. 49). Dit pleit voor een probleemgeoriënteerde onderwijsmethode, waarin het kennen van en het oefenen met de probleemoplossingscyclus bovenaan staat.

3. Naar aanleiding van deze problemen zullen theorieën en begrippen worden behandeld (*inductief).*
Een inductieve onderwijsmethode begint bij ervaringen van de student, observaties van de werkelijkheid door de student, om van daaruit te zoeken naar het algemene, het generaliseerbare, het essentiële. Het is belangrijk, in het onderwijs te beginnen bij waar de student in zijn ontwikkeling op dat moment is. Daarbij wordt zelf verworven kennis het langst vastgehouden. Een combinatie of afwisseling met een deductieve onderwijsmethode is gewenst, alleen al vanwege de efficiëntie. 'Er dient gestreefd te worden naar een evenwicht tussen inductieve en deductieve methoden. En wel op deze wijze dat nieuwe kennisgebieden worden geïntroduceerd bij de studenten langs inductieve weg – waarna een versnelde theorieoverdracht langs deductieve methode moet worden bewerkstelligd – afgerond en aangevuld met opnieuw een inductieve fase als 'proof of the pudding' (Wijs Onderwijs 1972, p. 33).

4. Er zal zoveel mogelijk gestreefd moeten worden naar *geïntegreerd* onderwijs, dat wil zeggen integratie van klinische en pre-klinische vakken én integratie van de sociaal-wetenschappelijke vakken met de bio-medische/fysisch-chemische vakken.
Het onderwijs wordt veelal nog gegeven vanuit afzonderlijke vakgebieden. Integratie van kennis wordt nu nog overgelaten aan de student, van wie wordt verondersteld dat hij deze integratie zelf tot stand zal kunnen brengen. Bij een deel der studenten lukt deze integratie wel, bij een deel na veel en langdurig vallen en opstaan, bij een deel helemaal niet. Indien geïntegreerde kennis een doel is van het medisch onderwijs, moet in het onderwijs zelf duidelijker en explicieter de kennis op een geïntegreerde manier worden overgedragen.

5. Reeds vanaf het eerste jaar zal een confrontatie moeten plaatsvinden met *praktijksituaties,* waar problemen worden opgelost en waar zich eventueel nieuwe problemen voordoen.
Uitgaande van eigenschappen van het onderwijs zoals ze hierboven zijn geformuleerd: exemplarisch, probleemgericht, inductief en geïntegreerd, volgt dat er reeds vanaf het eerste jaar een kennismaking met praktijksituaties dient te worden ingebouwd. Zo'n kennismaking kan beperkt blijven tot één of twee instellingen per jaar (exemplarisch). Daar dient de leersituatie gericht te zijn op het volgen van de behandeling van een bepaald probleem, vanaf het begin tot aan het einde. Vooral de keuzemomenten en het tot stand komen van beslissingen is hierin van

belang (probleemgericht). De student dient de gelegenheid te hebben om *deel te nemen* aan de behandeling, rekening houdend met zijn voorlopig nog beperkte deskundigheid (inductief). De presentatie en de aanpak van het probleem wordt zoveel mogelijk multidisciplinair gedaan, waarbij verschillende invalshoeken aan bod kunnen komen (geïntegreerd).

6. In het eerste jaar zal weinig, in de volgende jaren steeds meer geoefend worden in *vaardigheden* om deze problemen op te lossen.
Het spreekt vanzelf dat in de latere studiejaren meer kennis en vaardigheid wordt verondersteld bij de student dan in de eerste studiejaren. Hier wordt echter uitgegaan van het idee van een *spiraliserend curriculum* waarin dezelfde kernthema's ieder jaar terugkomen, maar een uitbreiding en verdieping krijgen. Dit moet gedacht worden in combinatie met de eigenschappen van het onderwijs genoemd in het vorige punt.

7. Als onderwijsvorm kan het best worden uitgegaan van de *kleine groep*, omdat ervaring met en verduidelijking van groepsdynamische processen van belang zijn als oefening voor het werken in multidisciplinaire teams.
De laatste tijd wordt zeer veel aandacht besteed aan allerlei soorten trainingen ten behoeve van het goed kunnen samenwerken in een team. Men kan deze ontwikkeling niet alleen afdoen met de kwalificatie: 'modeverschijnsel'. Voor een groot deel is deze trend ook een antwoord op de noodzaak om meer in teams te werk te gaan, omdat vraagstukken in onze samenleving te complex zijn geworden om te worden opgelost door één persoon. Indien opleiden ook anticiperen is op toekomstige ontwikkelingen, dan is het noodzaak in het onderwijs reeds vroeg te beginnen met een groepsgewijze aanpak.

8. Bij het maken van een keuze uit relevante problemen zal *aansluiting bij onderzoek* dat op het instituut wordt verricht een zekere prioriteit hebben.
Een eigen onderzoekprogramma is voor iedere discipline noodzakelijk om tot ontwikkeling te komen. Zo ook met de sociale wetenschappen. Het brengen van eigen onderzoek in het onderwijs is zowel voor de docent als voor de student stimulerend. Voor de docent omdat hij meer betrokken is bij het onderwerp, voor de student omdat hij daarmee inzicht krijgt in de methoden van het wetenschappelijk onderzoek en de daarbij behorende problemen.

Het is goed te bedenken dat bij het opstellen van het programma sociale wetenschappen met de voorgaande acht punten zoveel mogelijk rekening is gehouden.

2. Een programma sociale wetenschappen voor voor het gehele curriculum

Vooropgesteld moet worden dat het door ons opgestelde programma voor het medisch curriculum één programma is, niet hét programma. Het is samengesteld naar aanleiding van datgene wat er al in de medische faculteiten aan sociale wetenschappen wordt gegeven, wat daarvan bevalt en wat er zonder al te grote veranderingen in het curriculum kan worden gebracht. Het past dus binnen het huidige medisch curriculum van 6 jaar.
Bij elkaar hebben wij beschreven:

a. de doelstelling van de sociaal-wetenschappelijke vakken in het betreffende jaar;
b. de onderwerpen of probleemgebieden die het best kunnen worden behandeld om die doelstelling te bereiken;
c. de universitaire en niet-universitaire instellingen op het terrein van de gezondheidszorg waarbinnen mogelijkheden worden geboden om met praktijksituaties in aanraking te komen;
d. de sociaal-wetenschappelijke begrippen en theorieën die in dat jaar naar aanleiding van de doelstelling het best kunnen worden behandeld; en tenslotte
e. de medisch-biologische, fysisch-chemische en klinische vakken waarmede in dat jaar wellicht een integratie tot stand kan worden gebracht. Het is spijtig dat wij ons inhoudelijk over dit laatste punt nauwelijks kunnen uitspreken, omdat wij hierover op de conferenties geen gesprekken hebben kunnen voeren met beoefenaren van deze natuurwetenschappelijke vakken.

1E JAAR

Doelstelling

Doelstelling in het bieden van een inleiding in de psychologische en sociologische aspecten van de gezondheidszorg naar aanleiding van een oriëntatie in de taken en problemen die allerlei instellingen in de (geestelijke) gezondheidszorg hebben, in welke instellingen artsen veel werk verrichten.

Probleemgebieden

Voor deze inleiding, in feite in de vakken medische psychologie en medische sociologie, lenen zich uitstekend:

- de problemen rond ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (W.A.O.);
- de problemen bij gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (G.V.O.) én preventie;
- de problemen van gehandicapten, bejaarden en chronisch zieken in onze samenleving;
- allerlei problemen waar minderheidsgroepen in onze samenleving mee te maken hebben.

Kenmerkend voor deze probleemgebieden is dat zij behandeld kunnen worden zonder dat er een diepgaande medisch-biologische kennis bij noodzakelijk is. Vereist is wel dat rondom de problemen onderzoeksmateriaal voorhanden is, dat bij de behandeling als 'opstap' naar een aantal sociaal-wetenschappelijke begrippen en theorieën kan worden gebruikt.
Om deze probleemgebieden goed te kunnen behandelen zal samenwerking met andere vakken, met name de huisartsgeneeskunde en de sociale geneeskunde, noodzakelijk zijn.

Instellingen:

De bedoelde probleemgebieden treft men aan bij:

- instellingen die de Ziektewet en de Wet op de arbeidsongeschiktheid uitvoeren, zoals het G.A.K. en de G.M.D.'s;
- schoolartsendiensten;
- verzorgingstehuizen;
- revalidatie-inrichtingen;
- bejaardenhuizen;
- (kleuter)dagverblijven;
- psychiatrische ziekenhuizen.

Sociaal-wetenschappelijke begrippen en theorieën

Bij deze probleemgebieden en (hulp-

verlenings)instellingen is het noodzakelijk op elementaire wijze wetenschapstheorie te geven. Kennisname van de verschillende werkmodellen en theoretische uitgangspunten met betrekking tot de begrippenziekte en gezondheid kan wellicht als startpunt dienen.
Daarna ligt het voor de hand enige theorieën uit de arbeidspsychologie en arbeidssociologie te behandelen en deze eventueel te vergelijken met bevindingen uit de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde.
Met betrekking tot de problemen bij gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en de problemen bij minderheidsgroepen is het belangrijk aandacht te besteden aan de sociale psychologie; aan de begrippen 'attitude', 'attitudevorming' en 'attitudeverandering'; èn aan de theorieën over minderheidsgroepen, etikettering en stigmatisering.
Omdat als belangrijkste onderwijsvorm de werkgroep is gekozen, kan in het eerste jaar de groepservaring worden gekoppeld aan enige theorieën over groepsvorming en groepsprocessen. Er kan getoetst worden of dergelijke theorieën ook opgaan voor de eigen groep.

Integratie
met medisch-biologische vakken

Om allerlei problemen beter te kunnen verduidelijken is het wenselijk dat de klinische vakken al in het eerstejaars onderwijs worden betrokken. Hoe vroeger er aandacht aan onder meer de pathologie wordt besteed, des te beter lijkt het ons. De aanwezigheid van deze vakken in het eerste jaar is een voorwaarde om een integratie van het onderwijs te kunnen bewerkstelligen. Beide vakgebieden – de medisch-biologische wetenschappen en de sociale wetenschappen – moeten gepresenteerd en gedoceerd worden vanuit de behandelde probleemgebieden en hulpverleningsinstellingen, waarbij van meet af aan het onderwijs wordt gegeven volgens de principes van de probleemoplossende methode en van de systeemtheorie.

2E JAAR

Doelstelling

Doelstelling van het sociaal-wetenschappelijk onderwijs in het tweede jaar is het bieden van een algemene oriëntatie op de relatie hulpverlener-hulpvrager, in het bijzonder de arts-patiëntrelatie, waarbij reeds enige vaardigheidsoefening in het hanteren van deze relatie.

Probleemgebieden

In een aantal medische opleidingen bestaat reeds voor het kandidaatsexamen een verplichte stage huisartsgeneeskunde. De studenten zijn gedurende veertien dagen bij een huisarts, gaan met hem mee op visites en zijn bij hem in de spreekkamer. Zij zien de arts dan in relatie met zijn patiënten en ervaren onder andere:
- wat de problemen zijn met de begeleiding chronisch zieken (thuis);
- wat probleemgezinnen, probleempatiënten en gezinsfactoren zijn;
- wat de verschillende dimensies zijn van waaruit een klacht kan worden begrepen;
- wat de problemen zijn die behoren bij de verschillende fasen in de groei en ontwikkeling van de mens, van zuigeling tot grijsaard;
- wat de huisarts doet met de seksuele problemen die hij voorgelegd krijgt.

De student observeert in een dergelijke stage niet alleen de patiënten maar ook de arts. Hij herkent de communicatiepatronen die min of meer horen bij de arts-patiëntrelatie en hij kan er na afloop met de arts over spreken.

Instellingen

Niet alleen de huisartsenpraktijk maar ook de poliklinieken van een algemeen ziekenhuis zijn uitstekend geschikt om meer te weten te komen over de arts-patiëntrelatie. Door middel van rollen- en simulatiespelen kan de student beurtelings als arts en als patiënt ook ervaring opdoen in de eigen (practicum)groep. Hierin is het tevens mogelijk om te oefenen met probleemoplossende methoden.

Sociaal-wetenschappelijke
begrippen en theorieën

Het accent van het tweedejaars programma ligt op de arts-patiëntrelatie. Naar aanleiding van de noodzakelijke gesprekstraining – en vaardigheidsoefening dus – is het belangrijk dat de studenten eerst iets meer weten van communicatietheorieën, gespreksmodellen en interactieconcepten. Bij dit laatste denken wij ook aan sociologische en sociaal-psychologische begrippen als: 'sociale positie', 'rol', 'macht', 'sociale relatie', en dergelijke.
In hun stageperiode bij een huisarts of op een polikliniek zullen de studenten merken hoezeer problemen vaak samenhangen met de leeftijd en hoe belangrijk het gezin van de patiënt is. Het verdient aanbeveling reeds in dit jaar enige ontwikkelingspsychologische theorieën en begrippen te behandelen, die dan kunnen worden aangevuld met elementaire gezinssociologie. Direct daarop en in verband ermee kunnen tevens de ontwikkelingspsychologie en interactionele aspecten van de seksuologie ter sprake worden gebracht.
Met betrekking tot gegevensverzameling en het leggen van relaties tussen gezondheidsstoornissen en niet-lichaamsvariabelen moet nu reeds de epidemiologie en daarmee verbonden enige onderzoeksmethodologie en statistiek worden onderwezen.

Integratie
met medisch-biologische
en klinische vakken

Integratie kan bereikt worden door sociale wetenschappen te integreren in de overdracht van diagnostische principes. Als geen ander vak is de huisartsengeneeskunde een voorbeeld van integratie. Hetzelfde geldt alhoewel minder duidelijk voor de sociale geneeskunde, waarvan het onderdeel epidemiologie juist de relatie tussen somatische en niet-somatische variabelen onderzoekt.

3E JAAR

Doelstelling

Doel is het bieden van een oriëntatie die expliciet is gericht op de hulpvrager/patiënt in en met zijn omgeving.

Probleemgebieden

De patiënt of hulpvrager staat centraal. Elke arts kent gezinnen waarbinnen 'identified patients' bestaan, dat zijn degenen die naar de dokter 'gestuurd' worden, die in crisiscentra terechtkomen. Bij crisisinterventie blijkt steeds dat het niet het individu is dat in het crisiscentrum komt, maar dat zijn gehele omgeving, meestal het gezin, in de moeilijkheden zit. Het is belangrijk dat

studenten in praktijksituaties daarmee worden geconfronteerd.
Een ander, moeilijker grijpbaar probleemgebied wordt gevormd door al die kwalen en ziektes die eigenlijk lichamelijke vertalingen zijn van al of niet bewuste psychische en sociale problemen.
Riskante gewoonten, waaronder veel roken en fors alcoholgebruik en een voortdurende behoefte weer iets te eten vormen nog een belangrijk probleemgebied.
Tenslotte is er nog het afwijkend gedrag, de problemen rond normaal en abnormaal en daarmee verbonden het begrippenpaar 'ziek'-'gezond'.

Instellingen

Situaties waarin men dergelijke probleemgebieden vaak aantreft zijn:

- de klinieken en poliklinieken van algemene ziekenhuizen;
- de consultatiebureaus voor alcoholisten en druggebruikers (bijvoorbeeld het drugteam);
- de Medisch Opvoedkundige Bureaus, waar vaak kinderen worden behandeld die thuis voor het lastige kind (de 'identified patient') doorgaan;
- Sociaal Psychiatrische Diensten en bureaus voor maatschappelijk werk;
- crisiscentra en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (P.A.A.Z.)

Sociaal-wetenschappelijke begrippen en theorieën

In verband met problemen die een patiënt in zijn directe omgeving heeft, is het belangrijk ruime aandacht te besteden aan gezinsinteracties en aan gezinssociologie. De ontwikkelingspsychologie, waarvan in het vorige jaar enige concepten zijn aangereikt en besproken, moet in dit jaar uitvoeriger aan de orde komen. De studenten moeten ook op de hoogte worden gebracht van crisisinterventietechnieken.
Met betrekking tot de problemen rond afwijkend gedrag en daarmee samenhangend de begrippenparen 'normaal'-abnormaal', 'gezond''ziek' is meer kennis noodzakelijk van de sociologie, de sociale antropologie en de pathopsychologie.

Integratie met medisch-biologische en klinische vakken.

In dit jaar kan al een begin worden gemaakt met de behandeling van de klinische vakken in relatie tot de (medisch-biologische en fysisch-chemische én sociaal-wetenschappelijke) baissvakken. In feite betekent dat een vervanging van de klassieke grens tussen de co-schappen en de kennisverwervende jaren daarvoor. Met klinische vakken bedoelen we in dit geval de zogenaamde grote vakken als chirurgie, inwendige geneeskunde, gynaceologie, neurologie en psychiatrie.
Een ander belangrijk samenwerkingsverband is dat met kindergeneeskunde en huisartsgeneeskunde.
Het is zaak dat bij de behandeling van de sociale wetenschappen in relatie tot de klinische vakken de stof met veel onderzoeksgegegevens en casuïstiek wordt verduidelijkt.

4e JAAR

Doelstelling

Doelstelling van het vierdejaars programma is het verschaffen van kennis van hulpverleningsmethoden en therapieën, waarbij tegelijkertijd aandacht moet worden besteed aan de onderlinge relaties tussen hulpverleners.

Probleemgebieden

De te behandelen probleemgebieden zijn min of meer dezelfde als het vorige jaar, waarbij het accent tóén meer lag op problemen die te maken hebben met het ontstaan van ziektes en nú meer op de hulpverlening en de therapie.

Instellingen

Dezelfde instellingen als die van het vorige jaar.

Sociaal-wetenschappelijke theorieën en begrippen

In de eerste plaats moeten de studenten kennis nemen van de theorieën die de basis vormen voor de belangrijkste psychotherapeutische en psychosociale hulpverleningstechnieken. Hieronder verstaan wij de psycho-analytische theorieën, de leertheorieën en de communicatie- en interactietheorieën. Daarna zullen de studenten kennis nemen van de belangrijkste therapeutische en hulpverleningsmethoden en -strategieën die toepassingen van de sociale wetenschappen zijn.

Integratie met medisch-biologische en klinische vakken

In de vorige twee jaren is al een begin gemaakt met een integratie van de 'grote' klinische vakken en de pre-klinische basisvakken met inbegrip van de sociaal-wetenschappelijke vakken. In het vierde jaar moet die integratie worden uitgebouwd naar alle vakken waarin de studenten in het vijfde en zesde jaar klinische vaardigheden oefenen, dus naar alle vakken waarin co-schappen worden gelopen.

5e EN 6e JAAR

Doelstelling

Doelstelling is de integratie van kennis, vaardigheden en attitude vanuit de sociale wetenschappen met de klinische kennis en vaardigheden.

Probleemgebieden

In de kliniek werken mensen met allerlei opleidingen van allerlei disciplines. De co-assistent moet met hen samenwerken. Hij ervaart aan den lijve de

NIET ROKEN

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

problemen die dat geeft. Ook ervaart hij de specifieke problemen die te maken hebben met het besloten terrein dat een kliniek, een ziekenhuis, is. Te midden van patiënten, verpleegkundigen, artsen en laboratoriumpersoneel moet de co-assistent zijn eigen beroepshouding zien te vinden. Tegelijkertijd is hij gedwongen om in contact met een patiënt alle voorgaande kennis en vaardigheden te integreren.

Instellingen

De afdelingen waar de student zijn co-schappen loopt.

Sociaal-wetenschappelijke vakken

Het is aan te bevelen dat een co-assistentengroep kort vóór het begin van de co-schappen een sociale vaardigheidstraining meemaakt, die twee doelen heeft. In de eerste plaats een sociale vaardigheidstraining gericht op het therapeutische werk: een training in therapeutisch gedrag eigenlijk en daarmee een vorm van herhalingsoefening voor vaardigheden waarin de studenten gedurende de vorige jaren ook al geoefend zijn. In de tweede plaats een training gericht op de onderlinge relaties binnen de assistentengroep.
Deze sociale vaardigheidstraining wordt daarna in zekere zin gecontinueerd in de vorm van begeleidingsbijeenkomsten waar problemen in de kliniek, persoonlijke en relationele moeilijkheden op het (nieuwe) werk kunnen worden besproken.
Het is raadzaam dat de studenten in deze periode van het curriculum aandacht besteden aan een vak als ziekenhuiswetenschappen. Tenslotte is het noodzakelijk dat zij nauwkeurig kennissnemen van de werkwijzen en methodieken van de paramedische beroepen en van het maatschappelijk werk in het ziekenhuis. Bij deze training horen inhoudelijk onderwerpen als gesprektechnieken, (nogmaals) crisisinterventie en stervensbegeleiding.

3. Consequenties

Uitgaande van een programma voor de sociale wetenschappen in het medisch curriculum als hiervoor beschreven volgt nu een poging te berekenen welke consequenties dit heeft in materieel en personeel opzicht, alsmede de hoeveelheid tijd die het programma in het curriculum inneemt.

Tabel 1. Consequenties voor een jaar waarvan 210 uur studententijd wordt besteed aan sociale wetenschappen.

	studenten-tijd	docenten-tijd	wet. medew.-posten	stud. ass.-eenheden
tentamen voorbereiden en uitwerken	65 uur	90 uur		
colleges	30 uur	30 uur		
voorbereiding op colleges	15 uur	30 uur		
			2 posten	150 eenheden
praktica voor 20 groepen van ± 12 studenten	50 uur	1.000 uur		
voorbereiding en nazorg voor de praktica	50 uur	2.000 uur		
Totaal	210 uur	3.150 uur		

1. De studententijd besteed aan de sociale wetenschappen bedraagt 10%-15% van de studententijd per jaar. Dit is dus 170-250 uur per jaar. (zie documentatiemap 2e conferentie Sociale Wetenschappen en Geneeskunde, 20 november 1974, pag. 48, punt 3).

2. In het onderwijs wordt onderscheid gemaakt tussen uitvoering en voorbereiding/nazorg door de docent. De verhouding uitvoering : voorbereiding/nazorg is voor colleges 1:1; voor praktica 1:3.

3. Een wetenschappelijk medewerker zou niet meer dan 50% van zijn tijd (dat is 900-1.000 uur) aan onderwijswerkzaamheden mogen besteden. Hij heeft namelijk ook nog taken op de gebieden onderzoek, beleid/organisatie en dienst-/hulpverlening.

4. Bij de praktica komt men tot een docententijd die veel meer is dan twee medewerkers zouden kunnen opbrengen, zodat men daar studentassistenten moet inschakelen om de prakticumgroepen te begeleiden. Men kan er wel van uitgaan dat ongeveer 20% van de docententijd nodig voor praktica (inclusief voorbereiding en nazorg) voor rekening komen van de wetenschappelijke medewerkers en dat 80% van de begeleiding gebeurt door getrainde student-assistenten.

5. Een student-assistent éénheid staat voor vier halve werkdagen.

6. De colleges kunnen worden gebruikt niet alleen om sociaalwetenschappelijke informatie te geven, maar juist ook om tezamen met andere vakken een geïntegreerd onderwijs te brengen.

In *tabel 1* vindt men een berekening voor een jaar waarvan 210 uur studententijd besteed wordt aan sociale wetenschappen.
Bovenstaande berekening dient vermenigvuldigd te worden met het aantal jaren waarin men de sociale wetenschappen wil inbouwen in het curriculum, uitgaande van 210 uur onderwijsbelasting van de student per jaar.
Daarnaast behoort een afdeling of instituut vanzelfsprekend over de nodige materiële middelen te beschikken zoals bibliotheek, audiovisueel onderwijsmateriaal en technisch/administratief personeel, etc.

4. Organisatorische structuur

Men is het erover eens dat de sociale wetenschappen dienen te opereren vanuit een eigen *zelfstandige afdeling* binnen de medische faculteit met de status van vakgroep. Dit is een voorwaarde voor het ontwikkelen van een eigen identiteit op onderwijs en wetenschappelijk gebied. Hoewel de sociale wetenschappen in de gezondheidszorg meer gericht zijn op de toepassing van verworven inzichten, is het voor een wetenschappelijke onderwijsinstelling noodzakelijk het eigen vakgebied door middel van onderzoek verder te ontwikkelen. Een eigen vakgroep met een eigen wetenschappelijk-onderzoeksprogramma geeft die mogelijkheid.
In een vakgroep Sociale Wetenschap-

pen in Gezondheidszorg (of Geneeskunde), kortweg *Swing* zullen psychologen, sociologen, andragogen, maatschappelijk werkenden en artsen een plaats dienen te vinden. De medewerkers hebben in de vakgroep ook een basis om intervakgroep en interfacultaire samenwerkingsverbanden aan te gaan. Het is tevens van belang dat zo'n vakgroep een eigen hulp- en dienstverlenende taak heeft teneinde de directe wisselwerking tussen de praktijk van de gezondheidszorg en het wetenschappelijk onderwijs en onderzoek te waarborgen.

Het is wenselijk een goede *coördinatie* en samenwerking te bevorderen tussen de vakgroep SWING en de in de andere vakgroepen en/of klinieken werkzame sociale wetenschappers. Men was het er op de conferenties over eens dat een goede samenwerking met de klinieken dient te worden nagestreefd, omdat het onderwijs in de sociale wetenschappen zich ook richt op de klinische werkzaamheden van de arts. Het zou niet vreemd moeten zijn indien patiënten/cliënten uit de klinieken ook ingeschakeld zouden worden in het onderwijs en het onderzoek van de sociale wetenschappen. Tenslotte zou zo'n vakgroep SWING tevens een taak moeten hebben in het post-academiaal onderwijs ten behoeve van werkers in de gezondheidszorg en zou waar mogelijk moeten worden samengewerkt met de H.B.O.-opleidingsinstellingen.

Universitaire berichten

Promoties

J. D. M. Gökemeyer promoveerde aan de Rijksuniversiteit Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld 'Hyperreactiviteit van de luchtwegen'. Een onderzoek naar de bepalende factoren voor de bronchusobstructieve reacties door exogene prikkelende stoffen en de relatie met de reactie na huisstofinhalatie'. Promotores: Dr. K. de Vries en Prof. Dr. N. G. M. Orie.

W. L. Jongebloed promoveerde aan de Rijksuniversiteit Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: 'An ultrastructural study of the caries process'. Promotores: Prof. Dr. J. Arends en Prof. Dr. I. Molenaar.

F. Lion promoveerde aan de Katholieke Universiteit Nijmegen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: 'Vitamin, a metabolism in retinal function'. Promotores: Prof. Dr. S. L. Bonting en Dr. F. J. M. Daemen.

M. Lopes Cardozo promoveerde aan de Rijksuniversiteit Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: 'De behandeling van het costoclaviculair compressie syndroom door resectie van de eerste rib. Een na-onderzoek bij 200 geopereerde patiënten'. Promotor: Prof. Dr. J. N. Homan van der Heide.

L. D. J. Maljers promoveerde aan de Rijksuniversiteit Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: 'Hemipelvectomie. Een literatuurstudie en analyse van de in Nederland geopereerde patiënten'. Promotor: Prof. Dr. F. Duyfjes.

J. W. Mulder promoveerde aan de Rijksuniversiteit Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: 'Velopharyngeal function and speech. Electromyography, pharyngoscopy and speech analysis in subjects with normal speech, patiënts with rhinolalia aperta and patiënts treated with a pharyngeal flap'. Promotores: Prof. Dr. A. J. C. Huffstadt en Dr. H. J. de Jongh.

K. D. Njio promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: 'Electronen-microscopisch onderzoek naar de ontwikkeling van de ratte-melkklier in vivo en in vitro'. Promotor: Prof. Dr. A. van den Hooff.

B. W. Ongerboer de Visser promoveerde aan de Rijksuniversiteit Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: 'The jaw reflex, blink reflex and cutaneous silent period in masseter muscles: a clinical and electrodiagnostic study'. Promotor: Dr. H. A. C. Kamphuisen.

P. Pevet promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: 'Correlations between pineal gland and sexual cycle. An electron microscopical and histochemical investigation on the pineal gland of the hedgehof, mole, mole-rat and white rat'. Promotor: Prof. Dr. Ariëns Kapper.

D. A. Piers promoveerde aan de Rijksuniversiteit Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: 'Aspecten van schildkliercarcinoom. Retrospectief onderzoek RTH/TSH/T3 relaties. Promotor: Prof. Dr. H. Doorenbos.

J. J. M. Sauter promoveerde aan de Rijksuniversiteit Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: 'Xerophthalmia and measles in Kenya'. Promotor: Dr. S. Franken.

W. J. Schudel promoveerde aan de Rijksuniversiteit Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: 'Opgenomen . . ., opgegeven? Een exploratief onderzoek naar het gebruik van bedden in psychiatrische ziekenhuizen'. Promotor: Prof. Dr. R. Giel.

R. M. van Soesbergen promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: De plasmaconcentratie van ionogeen calcium en magnesium en de hydroxyproline uitscheiding in de urine bij bijschildklierafwijkingen'. Promotor: Prof. Dr. J. Vreeken.

E. Ch. M. J. Wolters promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: Corticosteroids and neuromuscular transmission. An experimental approach to the treatment of myasthenia with corticosteroids'. Promotor: Prof. Dr. W. A. Den Hartog Jager.

N. van Zandwijk promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: 'Pulmonary injury elicited by blood, an experimental study'. Promotor: Dr. A. S. Groen.

UIT DE ZIEKENFONDSRAAD

1. Enquête klinisch-chemische laboratoria

In januari 1975 verzocht Dr. Ir. T. de Vries (auteur van de dissertatie 'Het klinisch-chemisch laboratorium in economisch perspectief') aan de Ziekenfondsraad een subsidie. Door middel van bezoeken aan een aantal gecentraliseerde laboratoria in de Verenigde Staten en Duitsland en aan een aantal Nederlandse laboratoria wilde hij de mogelijkheden tot centralisatie van klinisch-chemische laboratoria onderzoeken.

Het ziekenhuislaboratorium heeft in de achter ons liggende tien jaren een imponerende groei doorgemaakt. Ter illustratie daarvan dienen de volgende cijfers: In 1965 bedroeg de totale produktie van alle Nederlandse ziekenhuislaboratoria circa 60 miljoen zogenaamde Spaanderpunten (benaming ontleend aan puntenwaardering door Dr. J. Spaander); in 1970 was dit aantal gegroeid tot circa 120 miljoen, terwijl de produktie in 1975 ongeveer 275 miljoen Spaanderpunten bedroeg. De kostenontwikkeling was minstens zo spectaculair: in 1965 circa *f* 45 miljoen, in 1970 circa *f* 120 miljoen en in 1975 circa *f* 350 miljoen. De oorzaak van een dergelijke groei ligt in een combinatie van twee factoren, namelijk de steeds toenemende vraag naar laboratoriuminformatie van de zijde van de artsen en het steeds meer beschikbaar komen van hoogontwikkelde analyse-apparatuur.

De Commissie Verstrekkingen van de Ziekenfondsraad heeft zich door een begeleidingscommissie over het verzoek van de heer De Vries laten voorlichten. Deze begeleidingsgroep waarin ook deskundige adviseurs namens de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie zitting hadden, kwam tot de conclusie dat een nader onderzoek in Nederland alsook een onderzoek in het buitenland, een zinvolle aangelegenheid is. Het onderzoek in Nederland zal ten doel hebben na te gaan hoe verschillende produktiefactoren zich verhouden en waar de problemen liggen. Het onderzoek zal plaatsvinden middels een schriftelijke enquête onder de klinisch-chemische laboratoria. De relevantie van het onderzoek in het buitenland ligt hierin dat bezien kan worden op welke wijze gelijkluidende capaciteitsproblemen aldaar worden benaderd en/of zijn opgelost en dient derhalve te worden gekoppeld aan het onderzoek in Nederland. Beide onderzoeken kunnen parallel lopen: de enquête in Nederland zal een inzicht moeten geven in de aangewende apparatuur, de spreiding daarvan over Nederland, de bezettingsgraad, de productie, enz; parallel aan dit onderzoek zal een onderzoek in het buitenland plaatsvinden ten aanzien van dezelfde problematiek. Uit het totale onderzoek zullen voor het in de toekomst te voeren beleid conclusies moeten kunnen worden getrokken. Dit geldt zowel voor de externe als de interne organisatie van de klinisch-chemische laboratoria (normeringen personeelsbestand, aanschaffing van apparatuur, enz.).
Op advies van de Commissie Verstrekkingen, die met de voorgestelde procedure accoord gaat, besloot de Ziekenfondsraad in zijn vergadering van 26 mei jl. aan Dr. De Vries een subsidie van *f* 13.000,— te verlenen.

2. Inventarisatie ambulante geestelijke gezondheidszorg

Met de financiering van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in Nederland zijn jaarlijks grote bedragen gemoeid. Om daarvan een indruk te geven: alleen al voor de ruim 30 sociaal-psychiatrische diensten (S.P.D.-en) bedroeg in 1974 het totaalbedrag aan goedgekeurde begrotingen *f* 65 miljoen. De vaststelling van de budgettaire ruimte voor een groot deel van deze krachtens de A.W.B.Z. te betalen voorzieningen – met name de hulpverlening door S.P.D.-en en medisch-opvoedkundige bureaus (M.O.B.'s) – geschiedt door de voorzitter van de Ziekenfondsraad op voorstel van een Adviescommissie ambulante geestelijke gezondheidszorg (Adviescommissie A.G.G.). Deze Adviescommissie baseert zijn voorstellen tot nu toe op de sedert 1962 door het departement van Volksgezondheid en de geneeskundige hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid gehanteerde 'vuistregels'. Deze vuistregels zijn echter mede door de daarmede sedert vele jaren opgedane ervaring dringend aan vernieuwing toe; voor de M.O.B.'s ontbreken bovendien beleidscriteria.
Naast genoemde diensten functioneren er echter nog vele andere instellingen (niet gefinancierd door de A.W.B.Z.) als: bureaus voor levens- en gezinsvragen, instituten voor multidisciplinaire psychotherapie, consultatiebureaus voor alcohol en drugs en dergelijke.
Zowel door de Ziekenfondsraad als door de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg worden ter vervanging van de bestaande 'vuistregels' nieuwe criteria nodig geacht voor het uitbrengen respectievelijk beoordelen van de jaarlijkse adviezen. Criteria, die de betrokken instanties in staat stellen taken en activiteiten aan te wijzen die in het kader van de A.W.B.Z. zullen worden gefinancierd en om vast te stellen de wijze waarop deze financiering zal plaatsvinden. In verband hiermede besloot de Ziekenfondsraad een bedrag van *f* 184.500,— ter beschikking te stellen ten laste van de A.W.B.Z. tot uitvoering van de taakinventarisatie A.G.G., zulks overeenkomstig een uitvoerige door genoemde vereniging opgestelde nota.

3. Normen erkenning ziekenhuizen

De Ziekenfondsraad besloot voorts aan de staatssecretaris van Volksgezondheid in overweging te geven normen voor de erkenning van ziekenhuizen vast te stellen volgens een door de Commissie Erkenningen van de raad opgesteld advies. Deze normen hebben betrekking op de doelstelling van de inrichting, de organisatie, het personeel, de administratie, de controle, de materiële voorzieningen, de zorg voor de patiënten, de zorg voor overledenen, de hygiëne, de voeding, algemene veiligheidsmaatregelen en de wettelijke aansprakelijkheid. Verder omvat een bijzondere paragraaf normen voor functies en diensten, bouw en outillage.

4. Jeugdtandverzorging

Met betrekking tot de jeugdtandverzorging besloot de Ziekenfonfdsraad aan staatssecretaris Hendriks te adviseren het 'Besluit integrale tandheelkundige hulp' zodanig te wijzigen, dat voor verzekerde kinderen die door omstandigheden buiten hun schuld niet in de gelegenheid zijn geweest in het kalenderjaar waarin zij de 13-jarige leeftijd hebben bereikt zich aan het voorgeschreven selectie-onderzoek te onder-

werpen, alsnog een dergelijk onderzoek mogelijk wordt gemaakt; zulks tot uiterlijk één jaar na het verstrijken van vorenbedoeld kalenderjaar. Dit om te voorkomen, dat deze kinderen – hoewel hun gebitstoestand wel aanleiding tot integrale hulpverlening zou hebben gegeven – nimmer aanspraak meer zouden kunnen maken op deze hulp als in bovengenoemd Besluit bedoeld.
Voorts besloot de raad aan de Stichting tot verzorging van het kindergebit te Tiel een éénmalig subsidie van *f* 93.000,— te verlenen ter dekking van een tekort, ontstaan doordat de stichting de ter plaatse werkende dienst voor schooltandverzorging te hulp is gekomen bij een soepele overgang van het project kleutertandverzorging ten behoeve van de kinderen die naar de basisschool waren overgegaan..

5. Rapport commissie-Becht

Ten slotte kwam de vraag ter sprake wat de raad te doen stond met het rapport van de commissie-Becht (zie M.C. nr. 21/1976, blz. 666).

Ter verduidelijking diene nog, dat de commissie-Becht weliswaar op verzoek van staatssecretaris Hendriks door de Ziekenfondsraad is ingesteld, maar dat de raad – aldus voorzitter Dr. De Kort – voor de inhoud van het rapport geen enkele verantwoordelijkheid draagt. Het rapport is dan ook niet namens de raad uitgebracht. De rapportering heeft – overeenkomstig de wens van de staatssecretaris – rechtstreeks aan deze bewindsman plaatsgehad. Niettemin was het Presidium van de Ziekenfondsraad van mening, dat aan de raad de gelegenheid moet worden geboden het rapport te bespreken. Zulks aan de hand van een door het secretariaat van de raad op te stellen nota.

De leden van de commissie-Becht zijn bereid desgewenst in de raadsvergadering het rapport toe te lichten. Hierop volgde een suggestie uit de vergadering om het rapport eerst door een commissie uit de raad te laten bestuderen c.q. daarover te laten rapporteren. Door voor- en tegenstanders van een dergelijke procedure werd ter vergadering uitvoerig van gedachten gewisseld. Bij stemming bleek een kleine meerderheid voor instelling van de commissie ad hoc te zijn; elke groepering uit de raad zou daarin met twee man moeten worden vertegenwoordigd. Aldus werd besloten.

Overdrukken 'Huisarts waarheen'

Wegens gebleken grote belangstelling is van de discussienota van de Commissie Eerste Echelon over de plaats van de medicus in het eerste echelon, zoals eerder afgedrukt in Medisch Contact nr. 5 van 30 januari 1976, een extra oplage overdrukken aangemaakt.

Geïnteresseerden kunnen exemplaren hiervan tegemoet zien NA overmaking van *f* 5,— per exemplaar (bij bestellingen van 20 of meer exemplaren *f* 2,50 per stuk) onder het motto 'Huisarts waarheen?' op postgironummer 5 80 83 van de K.N.M.G., Lomanlaan 103 te Utrecht.



M.C.-artikelenserie gebundeld

Gezondheidszorg op de Nederlandse Antillen

Voorradig is een – beperkte – oplage bundels van de artikelenserie zoals die over de gezondheidszorg op de Nederlandse Antillen in een reeks afleveringen van Medisch Contact in 1975 is gepubliceerd.

Al gaat het hier om een kwantitatief nogal beperkte bevolkingsgroep en een beroepsgroep van slechts een 150 artsen, de relatief wat grotere aandacht die in Medisch Contact werd gevraagd voor dat stukje koninkrijk in de West leek alleszins gerechtvaardigd vanwege de specifieke problematiek daar, voortvloeiend uit het koloniale verleden, de geografische situering en de bijzondere relatie met Nederland (Groningen) met betrekking tot het medisch onderwijs.
Op veelvuldig verzoek uit met name deze onderwijskringen is overgegaan tot bundeling van de betreffende artikelenserie.

Geïnteresseerden kunnen deze bundels tegemoet zien na overmaking van *f* 12,50 per exemplaar onder het motto 'Nederlandse Antillen' op postgironummer 5 80 83 van de K.N.M.G., Lomanlaan 103 te Utrecht.

medisch contact

Nr. 26 – 25 juni 1976

officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Lomanlaan 103, Utrecht. Telefoon 030-885411 (twaalf lijnen).

Dagelijks Bestuur	Dr. J. L. A. Boelen, voorzitter, Dr. H. W. A. Sanders, ondervoorzitter, C. F. A. Heyen, L. Th. G. Rozeman, Mevr. E. Smit, leden; S. van Randen (voorzitter L.H.V.), Z. S. Stadt (voorzitter L.A.D.) en Dr. C. H. van Erk (ondervoorzitter L.S.V.), adviserende leden.
Secretariaat	J. Diepersloot, secretaris-generaal; secretarissen: Drs. P. Brandes, Mr. W. B. van der Mijn, Dr. H. Roelink, Mr. B. Schultsz; N. G. Huetink, hoofd van de administratie.
Bureau voor waarneming en vestiging	Van 08.00 tot 16.30 uur: Mej. J. de Graaf, tel. 030-885411.
Afdeling comptabiliteit	J. A. Alst; Postgironummer der K.N.M.G.: 58083; AMRO-bank nummer; 45 64 48 969.
Ledenregister	N. W. G. Pastoor (ook voor alle mutaties).
Afdeling buitenland	Mr. B. Schultsz; Mej. M. Th. van der Meulen, secretaresse.
Stichting Ondersteuningsfonds (O.F.)	H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.
Landelijke Huisartsen Vereniging (L.H.V.)	Mr. N. de Graaff, directeur; Mevr. M. J. Blok, chef de bureau.
Landelijke Specialisten Vereniging (L.S.V.)	Mr. H. J. Overbeek, directeur; Mej. G. A. C. Enzerink, secretaresse.
Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (L.A.D.)	Mr. W. G. van der Putten, directeur; Mevr. J. C. Steenbrink, secretaresse.
Centraal college voor de erkenning en registratie van medische specialisten (C.C.)	W. J. de Jager, secretaris; Mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.
Specialisten Registratie Commissie (S.R.C.)	Dr. L. P. H. J. de Vink, secretaris; Mevr. G. G. A. Brunger, secretaresse.
College voor Sociale Geneeskunde (C.S.G.)	Mr. B. Schultsz, secretaris; Mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.
Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (S.G.R.C.)	Mr. P. Swenker, secretaris; Mevr. H. Ciuráns y Lledo-Heetebrij, secretaresse.
College voor Huisartsgeneeskunde (C.H.G.)	Dr. H. Roelink, secretaris; Mej. L. Beljaars, secretaresse.
Huisarts Registratie Commissie (H.R.C.)	J. I. van der Leeuw, secretaris; Mevr. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.
Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (O.L.M.A.)	Drs. S. Duursma, directeur; Mevr. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse.
Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (S.B.A.)	J. M. G. Hoes, directeur; Mej. Mr. H. van Boxtel, directiesecr. tel. 030-887021 en 885411.

Mededelingen van de Commissie Geneeskundige Verklaringen

Vrijstelling van motorrijtuigenbelasting

De Algemene Ledenvergadering van de K.N.M.G. op 24 oktober 1975 heeft besloten, dat de afdelingsvertrouwensartsen niet langer beschikbaar zullen zijn voor het afgeven van verklaringen ten behoeve van personen die op grond van invaliditeit vrijstelling vragen van het betalen van motorrijtuigenbelasting. Hoewel deze taak gedurende vele jaren door de afdelingsvertrouwensartsen (veelal contre coeur) is vervuld, is het in wezen geen voor deze genoemde categorie artsen eigenlijke taak, zoals die is neergelegd in het Besluit en Rapport inzake Geneeskundige Verklaringen (Het zogenaamde 'Groene boekje').

De Commissie Geneeskundige Verklaringen heeft zich tezamen met de Rijks Geneeskundige Dienst (R.G.D.) bereid verklaard de belastingdienst bij te staan en te adviseren inzake het vinden van een oplossing. Daartoe is uit de artsen, die met de R.G.D. een overeenkomst hebben voor het verrichten van geneeskundige controles bij ziekteverzuim van ambtenaren een lijst van ongeveer 180 artsen (ongeveer even groot als het aantal afdelingsvertrouwensartsen) samengesteld met een evenwichtige spreiding over het gehele land.

Op deze wijze kan worden bereikt dat, in tegenstelling tot hetgeen in het verleden is geschied, vanuit een centraal punt beter met deze gecontracteerde artsen kan worden overlegd, zodanig dat de normen en criteria die aan deze vrijstelling moeten worden gesteld landelijk zoveel mogelijk op dezelfde wijze worden gehanteerd, hetgeen een juiste rechtsbedeling ten goede komt.
Nadat de betrokken patiënt door de gecontracteerde arts is gezien, zal deze op de wijze, zoals dat in het 'groene boekje' is aangegeven, in een aantal gevallen contact met de behandelend huisarts of specialist nodig hebben. Daarbij kan hij dan, gebaseerd op zijn onderzoek, gerichte en relevante vragen stellen, waarop de behandelend geneesheer van zijn kant gerichte en relevante antwoorden kan geven met inachtneming van zijn beroepsgeheim en de vertrouwensrelatie die hij met zijn patiënt heeft.

Door middel van deze nieuwe regeling is, zoals gezegd, beter inzicht mogelijk in het hanteren van de te stellen criteria en normen. Dit is noodzakelijk, omdat men zich in het verleden wellicht onvoldoende (of juist te veel en vandaar de bezwaren van de afdelingsvertrouwensartsen) gerealiseerd heeft dat een voor betrokkene gunstig advies niet zelden als een katalysator werkt om een beroep te doen op de algemene bijstandswet of de W.A.O. voor het verkrijgen van een auto of van leefkilometers. Een afwijzende beslissing van deze instanties op grond van een advies van hun medische adviseurs bij toegestane vrijstelling van belasting is vaak moeilijk voor betrokkenen te begrijpen.

Inmiddels heeft het Centraal Bureau Motorrijtuigenbelasting ons bericht dat het benodigde aantal artsen dat dit werk moet overnemen bereid is gevonden. Met ingang van 1 juni 1976 zijn deze artsen bevoorraad met de gebruikelijke formulieren, die, behoudens de noodzakelijke veranderingen in opdruk, dezelfde zijn als tot dusver werden gehanteerd. Met de contractartsen hebben reeds voorlichtende bijeenkomsten plaatsgevonden. *De aanvragers krijgen nu van het Centraal Bureau Motorrijtuigenbelasting te horen dat zij een medische verklaring moeten tonen en krijgen meteen daarbij de naam opgegeven van de contractarts uit hun rayon, die voor het afgeven van deze geneeskundige verklaring in aanmerking komt.*

Hoewel ten overvloede moge eraan worden herinnerd dat het afgeven van geneeskundige verklaringen in dezen over eigen patiënten op gronden zoals aangegeven in het 'groene boekje' niet wordt toegestaan, terwijl het eveneens onjuist is dat de oordelende instanties, indien in een enkel geval toch een dergelijke verklaring wordt afgegeven, deze accepteren als zijnde een valide bijdrage aan het bewijsmateriaal.

Het functioneren van de afdelingsvertrouwensartsen

Tot slot nog een algemene, maar niet minder belangrijke opmerking over het functioneren van deze afdelingsvertrouwensartsen. In principe is deze functie indertijd ingesteld als een noodoplossing. Het beleid van de Commissie Geneeskundige Verklaringen is er op gericht dat de afdelingsvertrouwensartsen gaan functioneren volgens hun *eigenlijke* taak, zoals die in het 'groene boekje' is aangegeven. Dat betekent, dat hij in afnemende mate zal behoeven te functioneren voor het afgeven van geneeskundige verklaringen. In toenemende mate zal hij echter ten behoeve van alle artsen binnen de afdeling moeten functioneren als een soort ombudsman op het gebied van het afgeven van geneeskundige verklaringen en de regels zoals die in het 'groene boekje' zijn weergegeven.

De duidelijk afgenomen belasting op het gebied van het afgeven van geneeskundige verklaringen (ruim 50% in het algemeen) maakt het thans ook mogelijk om bij het aantrekken van nieuwe afdelingsvertrouwensartsen deze weer te recruteren uit het corps van actief functionerende medici. Tot dusver kwam het in toenemende mate voor dat deze taak werd toebedeeld aan rustende artsen. Velen van hen hebben met grote toewijding hun taak vervuld, maar de ervaring leert dat de juiste beoordeling van de situatie moeilijker wordt naarmate men langer uit de praktijk is. Ook wordt de Commissie Geneeskundige Verklaringen zo nu en dan geconfronteerd met verklaringen door afdelingsvertrouwensartsen afgegeven, welke volgens de regels van het 'groene boekje' niet door hen mogen worden verstrekt. Met name wordt hierbij gedacht aan het afgeven van geneeskundige verklaringen omtrent woningtoewijzingen, welke als regel door de G.G.D. of door de gemeentearts moeten worden afgegeven.
Bovendien willen wij u er op wijzen dat ingevolge de reglementswijzigingen, aangenomen op de laatste Algemene Vergadering, de functie van de afdelingsvertrouwensartsen, welke voor onbepaalde tijd is aangegaan, thans reglementair moet worden beëindigd bij het bereiken van de 70-jarige leeftijd.

Wanneer binnen een afdeling gekomen moet worden naar een nieuwe afdelingsvertrouwensarts, is het zinvol er op te wijzen dat de Commissie Geneeskundige Verklaringen te allen tijde bereid is afdelingsvertrouwensartsen die met problemen zitten te begeleiden en te adviseren, terwijl de commissie het eveneens op prijs stelt om op de hoogte te worden gebracht van situaties, waarbij op landelijk of lokaal niveau wordt gehandeld in strijd met de regels zoals die in het 'groene boekje' zijn neergelegd.

Aanpassing tekst Besluit en Rapport inzake Geneeskundige verklaringen

Degenen, die beschikken over een Besluit en Rapport inzake Geneeskundige Verklaringen in de vorm van een uitgave vóór de herziene zesde uitgave van 1976 worden verzocht aan het eind van het hoofdstuk B 8 de volgende tekst toe te voegen: 'Vanaf 1 juli 1976 geldt dit laatste niet voor de vrijstelling van motorrijtuigenbelasting. Het afgeven van deze verklaringen moet in het kader van hetgeen op blz. 32 is aangegeven als taak van de A.V.A. als een oneigenlijke taak worden beschouwd. Het behoort tot de verantwoordelijkheid van de instellingen een c.g. of k.g. aan te wijzen'.

Dr. H. Roelink, voorzitter
Mevr. L. Beljaars, secretaris

---

van het centraal bestuur L.A.D.

Arbeidsovereenkomsten en arbeidsbemiddeling

Het bureau der L.A.D. adviseert met betrekking tot (concept) ***arbeidsovereenkomsten voor artsen*** *(en dus ook voor medische specialisten). Het centraal bestuur raadt artsen die een dienstverband overwegen en artsen die met arbeidsrechtelijke problemen worden geconfronteerd aan zich in een zo vroeg mogelijk stadium tot het bureau der L.A.D. te wenden.*

Het bureau der L.A.D. maakt een aanvang met ***arbeidsbemiddeling*** *tussen werkgevers en (potentiële) artsen in dienstverband. Werkgevers die vacatures voor artsen in dienstverband kennen en artsen die belangstelling voor vacatures hebben, kunnen zich derhalve met het bureau der L.A.D. in verbinding stellen.*

De aangeduide dienstverlening beperkt zich niet tot leden der K.N.M.G. c.q. L.A.D.

van het centraal bestuur L.A.D.

Jaarverslag 1975

Inleiding

Dit jaarverslag beoogt, naast het vermelden van feitelijkheden, informatie te verschaffen over de beleidsvoornemens van het centraal bestuur.
Als opzet is gekozen, in de eerste plaats de categorale groepen van artsen in dienstverband en daarna de algemene verenigingszaken aan de orde te stellen. Bij de categorale groepen valt op, dat slechts een deel van de bij de L.A.D. aangesloten groepen wordt besproken; de reden hiervan is gelegen in de omstandigheid dat de vraagstukken van deze beperkte groep zich bij het centraal bestuur in 1975 hebben aangediend dan wel dat deze voldoende relevant zijn om in het bestek van een jaarverslag vermeld te worden.
Voorts is nagelaten om de – overigens zeker niet onbelangrijke – individuele vraagstukken van L.A.D.-leden, die met name op arbeidsrechtelijk terrein liggen, ter sprake te brengen, daar deze in de vertrouwelijke sfeer zijn behandeld; in dit verband is wel vermeldenswaard dat het bureau in een – ten opzichte van voorgaande jaren – opmerkelijk aantal gevallen betrokken is geweest in ontslag – en conflictkwesties met betrekking tot medisch directeuren van ziekeninrichtingen.

1. Artsen in dienstverband in particuliere ziekeninrichtingen

a. Collectieve regeling van arbeidsvoorwaarden

Onderhandelingen over de C.A.O.-ziekeninrichtingen
De in 1974 aangevangen onderhandelingen over de C.A.O.-ziekeninrichtingen hebben zich gehele jaar 1975 voortgezet, evenwel niet zonder moeilijkheden. Begin maart verraste het bestuur van de Nationale Ziekenhuisraad (N.Z.R.) de deelnemers in het C.A.O.-overleg (C.O.A.Z.) met de mededeling, dat de directeuren buiten de werkingssfeer van de C.A.O. dienden te vallen en dat een commissie onder leiding van Mr. J. J. Dieleman een rapport over de salarissen van directeuren had opgesteld. Deze mededeling is teruggevoerd naar het centraal bestuur, dat als prealabele voorwaarde voor deelname aan het C.A.O.-overleg had gesteld dat de C.A.O. zonder uitzondering voor alle artsen in dienstverband bij particuliere ziekeninrichtingen zou moeten gelden.
De argumenten voor deze stellingname waren onder meer, dat de homogeniteit van het hoger personeel als werknemer (bijvoorbeeld medisch specialisten, andere academici en directieleden) alsmede de functionele verhouding ten opzichte van elkaar niet gedogen dat een rechtspositioneel onderscheid wordt gemaakt, voorts, dat juist alle hogere functionarissen, en niet op de laatste plaats de directeuren, een valide rechtspositie nodig hebben en dat, indien de medisch directeuren zouden worden uitgezonderd, de representativiteit van de L.A.D. zou worden aangetast. Dit standpunt werd unaniem door de leden van het centraal bestuur, de vertegenwoordiger van de Geneeskundige Vereniging niet uitgezonderd, onderschreven en op de ledenvergadering in november 1974 gefiatteerd; ook het dagelijks bestuur van de L.S.V. had verklaard dit standpunt te steunen.
Naar aanleiding van het N.Z.R.-besluit heeft het centraal bestuur overleg gepleegd met het bestuur van de Geneeskundige Vereniging, welke vereniging een aanmerkelijk deel van de medisch directeuren tot haar leden telt. Dit bestuur bracht naar voren, dat het het L.A.D.-standpunt niet kon delen, omdat de C.A.O. niet te rijmen is met de werkgeversfunctie van de directeur en dat dit standpunt reeds het vorige jaar met de overige leden van het Centrum voor Ziekenhuisdirecteuren met het bestuur van de N.Z.R. was vastgesteld.
Het overleg heeft behalve een betrekkelijk begrip voor elkaars argumenten geen direct uitsluitsel opgeleverd. Het centraal bestuur heeft besloten om vooralsnog op de 'Allen of niet'-stellingname te blijven staan en de mening van de L.A.D.-leden hierover te peilen (zie het bijzonder ledencongres)

Ondertussen hadden de werknemersorganisaties in het C.O.A.Z., die het L.A.D.-standpunt eensgezind steunden, de onderhandelingen met de N.Z.R. opgeschort. De eenzijdig genomen beslissing van de N.Z.R. had een vertrouwensbreuk veroorzaakt. De opschorting heeft ruim drie maanden geduurd. In de maand juni hebben de werknemersorganisaties de onderhandelingen heropend, stellende, dat hun standpunt ten opzichte van de werkingssfeer gehandhaafd zou blijven.
In vele (vaak) moeizame en lange vergaderingen werd eind 1975 bereikt, dat de

tekst van de C.A.O. vrijwel gereed was. Indien de C.A.O. door partijen getekend zal worden en algemeen bindend zal worden verklaard, zal deze een eind maken aan de uiteenlopende secundaire arbeidsvoorwaarden in de sector van de intramurale gezondheidszorg.

De verhouding tussen de L.A.D. en de overige werknemersorganisaties.
Een opvallend kenmerk aan het overleg over de C.A.O.-ziekeninrichtingen is de samenstelling van de werknemerspartij; deze bestaat uit de zogenaamde landelijke vakbonden en een aantal (representatieve) categorale beroepsorganisaties. Deze samenstelling is noodzakelijk om de C.A.O. een zo groot mogelijke werkingssfeer te geven.
De categorie 'hoger personeel' heeft zich gebundeld in de Federatie van Verenigingen van Hogere Functionarissen in Ziekeninrichtingen (F.H.Z.), waarin de L.A.D. als verreweg de grootste vereniging participeert. De overige verenigingen zijn: het Nederlands Instituut van Psychologen; de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers; de Vereniging van Geestelijke Verzorgers in Ziekenhuizen, terwijl de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie als waarnemer bij de vergaderingen aanwezig is. De verenigingen van ziekenhuiseconomen en van verpleegkundig directeuren hebben medio 1975, kennelijk gezien hun stellingname in het Centrum van Ziekenhuisdirecteuren betreffende de werkingssfeer der C.A.O., deelname afgewezen.

De verhouding tussen de F.H.Z.-verenigingen is zonder voorbehoud steeds voortreffelijk geweest. In het samenwerkingsprotocol is vastgesteld, dat de aangesloten verenigingen niet op basis van een met het ledental samenhangende stemverhouding tegenover elkaar staan; de verenigingen zullen elkaars belangen respecteren en deze in goed overleg bespreken.
Minder gemakkelijk zijn de verhoudingen tussen de in het C.A.O.-overleg deelnemende werknemersverenigingen gebleken. Bij de aanvang van het overleg was het duidelijk dat landelijke en categorale verenigingen aan elkaar moesten wennen en elkaars belangen moesten leren onderkennen.
Ultimo 1975 kan evenwel worden geconstateerd dat een positief verlopend proces was opgetreden. Niettemin bleef de noodzaak bestaan om de procedureregels in het overleg formeel vast te leggen. Dat dit nog niet gerealiseerd is, is minder te wijten aan de intentie van betrokkenen dan aan de prioriteitsstelling van het tot stand brengen van de C.A.O.-tekst.

De toekomst van de C.A.O.
Hoewel bereikt is, dat ten opzichte van de C.A.O. een eigen arbeidsvoorwaardenbeleid – dit is een niet aan het door rijksoverheid of bedrijfsleven gekoppeld beleid – geldt en dat de macht van het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (C.O.Z.) inzake de uitkomsten voorlopig geneutraliseerd lijkt te zijn, zal nog de nodige zorg besteed moeten worden aan de rechtspositie van de directeuren, alsmede aan de acceptatie van de C.A.O. door de L.A.D.-leden en voorts aan de consequenties voor de personen of instanties die bij deze C.A.O. direct of indirect financiële belangen hebben.
Het centraal bestuur is bovendien van mening, dat het professioneel functioneren van specialisten en overige artsen in dienstverband gewaarborgd moet zijn alvorens tot ondertekening van de eerste C.A.O. overgegaan kan worden. Aan de tweede C.A.O., die in tegenstelling tot de eerste C.A.O. ook de salariëring zal regelen, dient voorts, indien toepassing mogelijk blijkt, een functiewaarderingsmethodiek ten grondslag te liggen die aan de functie en positie van de arts in het ziekenhuis recht doet.

b. Medisch specialisten in dienstverband

Dienstverband
Ook in 1975 zette de toename van de interesse van specialisten voor het dienstverband zich voort. Opvallend was de belangstelling van de kant van de kinderartsen en in mindere mate van de internisten.
De voorzitter heeft in zijn jaarrede gewaarschuwd voor een te grote mate van optimisme over de voordelen van het dienstverband. Vooral het optreden van het C.O.Z. ten opzichte van de arbeidsvoorwaarden – zowel in de fase vóór het aangaan van het dienstverband als ook tijdens de duur van het dienstverband –

blijft deze kritische opstelling voeden. Zolang het C.O.Z. het criterium aanhoudt, dat de praktijkomzet de kosten van het dienstverband te allen tijde en onder alle omstandigheden moet dekken, zal deze discriminatoire opstelling betreffende de specialisten vergeleken met andere werknemers in loondienst in het ziekenhuis de ambitie om in dienstverband te gaan zo niet verhinderen dan toch wel sterk vertragen.
Over deze belemmeringen is overleg gevoerd met het C.O.Z. zelf en het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne in aanwezigheid van de L.S.V. en het Gemeenschappelijk Overleg van Ziekenfondsorganisaties (G.O.Z.); dit overleg was eind 1975 nog niet afgerond.

Lidmaatschap
Het huidige organisatiecriterium der K.N.M.G. houdt in, dat de specialist in dienstverband lid wordt van de L.A.D.; de L.A.D. heeft zich tot nu toe in haar taak tot belangenbehartiging beperkt tot de rechtspositionele aspecten. De behoefte deed zich gevoelen, dat ook aandacht besteed zou worden aan het functioneren van specialisten in dienstverband. Daartoe hebben L.S.V. en L.A.D. een werkgroep ingesteld die gerapporteerd heeft dat het organisatiecriterium moet veranderen: naast het lidmaatschap van de L.A.D. dient de specialist in dienstverband ook lid te worden van de L.S.V. Deze vereniging heeft zich intensief ingezet voor de functionele belangen van de specialist. Het centraal bestuur heeft zich achter de gedachte van de werkgroep geschaard en de opdracht gegeven deze gedachte uit te werken.

Commissie Specialisten in Dienstverband
Een andere ontwikkeling betreft de Commissie Specialisten in Dienstverband; deze is omgezet in een gemeenschappelijke L.S.V./L.A.D.-commissie.
Na het uitbrengen van het eerste interimrapport heeft de commissie zich tot taak gesteld zich over de overgebleven zaken te buigen (arbeidsbelasting; opleidingsaspecten; beschikbaarheid; taakomvang; stafbezetting; waarneming; relatie tussen medische staf, directie en bestuur).

c. Assistent-geneeskundigen

Tijdelijke compensatieregeling
De tijdelijke regeling voor compensatie voor nacht- en weekeindediensten, verricht door assistent-geneeskundigen in opleiding tot specialist, zoals deze in 1974 voor de tweede maal tussen N.Z.R. en L.A.D. is vastgesteld, werd ook in deze versie niet door de N.Z.R. geëffectueerd. In februari 1975 werd de N.Z.R. gesommeerd, ultimo maart aan te geven wanneer en hoe de regeling zou worden uitgevoerd. Omdat de N.Z.R. daartoe niet bij machte bleek, is besloten om met de achterban overleg te plegen. Het bijzonder ledencongres nam een motie aan, die het bestuur maande om vóór de ledenvergadering in november de kwestie van de effectuering met alle betrokken instanties te bespreken. Dit gesprek heeft op 29 oktober plaatsgevonden en wel met representanten van C.O.Z., L.S.V. en N.Z.R.; het bleek, dat de N.Z.R. reeds vóór de hervatting van de onderhandelingen wist dat het C.O.Z. geen afstand zou doen van de vigerende wachtassistentennorm. Voorts dient, volgens het C.O.Z., eerst de kosten/baten-verhouding in een opleidingspraktijk duidelijk te worden. Dit laatste nu zal door L.S.V. en N.Z.R. bezien worden.
Uit bovenstaande geschiedenis heeft het centraal bestuur lering getrokken, zowel betreffende zijn eigen stellingname als over de positie van zijn overlegpartners; het vertrouwen in de N.Z.R. werd, zoals meerdermalen elders geconstateerd, helaas beschaamd. De instantie, die de koorden van de beurs in handen heeft, is ook in 1975 buiten schot gebleven.

Landelijke Vereniging van Assistent-Geneeskundigen
Op 24 april 1975 vond een bijeenkomst met het hoofdbestuur der L.V.A.G., 37 assistent-geneeskundigen, aangewezen door de (junior) wetenschappelijke verenigingen en representanten van de L.A.D. plaats. In de discussie werden de mogelijkheden besproken om de L.V.A.G. een structuurwijziging te doen ondergaan; deze wijziging zal moeten leiden tot een betere regeling van de functionele belangen van de assistent-geneeskundigen en tot een geïnstitutionali-

seerde samenwerking met de L.A.D. De evaluatie van het gesprek zal in 1976 plaats vinden.

Commissie Assistent-Geneeskundigen
De Commissie Assistent-Geneeskundigen heeft, onder voorzitterschap van Prof. Dr. J. F. Rang, een interimrapport gepubliceerd, waarin een aantal verkenningen over de (rechts)positie van de assistent-geneeskundigen vervat staan. De L.A.D. heeft deelgenomen in een gezamenlijke K.N.M.G.-reactie op het interimrapport, welke reactie zich in toto positief opstelde. De commissie werd eind 1975 geconfronteerd met de wens van de staatssecretaris om op korte termijn een inventarisatie van de verschillende meningen in de commissie te verschaffen. Het vermoeden is gerechtvaardigd, dat de inventariserende rapportage in april 1976 – dit is ongeveer $2\frac{1}{2}$ jaar na het instellen van de commissie – zal worden aangeboden.

2. Artsen in universitair dienstverband

a. De honorering van het medisch-wetenschappelijk corps

Nadat de Taakgroep Universiteit naar aanleiding van de circulaire-Klein van 5 november 1974 een memorandum over de honorering van het medisch-wetenschappelijk corps annex een toelichting – met instemming van het centraal bestuur – had uitgebracht (zie Medisch Contact nr. 5/1975) zijn vertegenwoordigers van L.A.D. en Centraal Overleg Stafconventen Academische Ziekenhuizen (C.O.S.A.Z.) aanwezig geweest bij een hoorzitting d.d. 16 april 1975 van de vaste kamercommissies van Onderwijs en Wetenschappen en van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.
Tijdens de hoorzitting is onder meer gewezen op het dreigende vertrek van de pre-klinische artsen, het toenemend aantal part-timers en de concurrentiepositie van de academische ziekenhuizen ten opzichte van de niet-overheidsziekenhuizen.
Op 12 juni 1975 werd onder auspiciën van de K.N.M.G. een gesprek met staatssecretaris Klein gevoerd, waarin aan de orde kwamen de consequenties van de circulaire op de kwaliteit van het medisch onderwijs en onderzoek, de patiëntenzorg in de academische ziekenhuizen en de personele voorzieningen, alsook de – door de L.A.D. bestreden – scheiding tussen pre-klinici en klinici. De staatssecretaris berichtte, dat de uitwerking van de circulaire nog een lange tijd zou vergen.

b. Het rapport over de enquête onder universitair werkzame artsen

De gegevens uit de enquête die de Taakgroep Universiteit in de maanden november en december 1974 onder de universitair werkzame artsen heeft gehouden, zijn door het Buro Veldkamp verwerkt in een rapport. Dit rapport is op 11 december 1975 door het centraal bestuur in aanwezigheid van de leden der Taakgroep besproken; besloten is om het rapport in een andere redactionele opzet te publiceren. De uitkomsten van de enquête kunnen van groot belang zijn bij de stellingname der L.A.D. ten opzichte van de honoreringsvoorstellen van de staatssecretaris van Onderwijs en Wetenschappen.

c. De taak, plaats en functie van de academische ziekenhuizen

De discussienota over: 'De toekomstige taak, plaats en functie van de academische ziekenhuizen', opgesteld door Dr. H. Roelink, heeft grote bezwaren opgeroepen bij de leden van de Taakgroep Universiteit. Met name werd betreurd, dat de nota – die ten onrechte de instemming van de L.A.D. suggereert – onvoldoende onderbouwd was en dat voor publikatie de L.A.D. niet was geraadpleegd.

d. De sector wetenschappelijk onderwijs der Centrale van Hogere Functionarissen bij Overheid en Onderwijs

Na een langzame start in 1974 heeft de sector wetenschappelijk onderwijs zich ontplooid tot een geïnstitutionaliseerd forum over de belangen van het wetenschappelijk corps. Veel aandacht is besteed aan de rechtspositie, de salariëring van hoogleraren en van jonge academici alsmede de verlenging van de W.U.B., welke zaken aan de orde komen in het Centraal Overlegorgaan Personeelszaken Wetenschappelijk Onderwijs.
De C.H.A. heeft op instigatie van het sectorbestuur en in nauw overleg met de L.A.D. geweigerd aanwezig te zijn bij de C.O.P.W.O.-vergadering van 24 september, alwaar de circulaire-Klein van 5 november 1974 ter discussie werd gesteld; de reden hiertoe was gelegen in het feit, dat hoewel de C.H.A. vooraf om

verduidelijking en concretisering van de circulaire had gevraagd – en deze niet had gekregen – de circulaire toch op de agenda werd geplaatst; aan een discussie over vage plannen werd geen behoefte gevoeld.
De levensvatbaarheid van de sector wordt echter ondermijnd door een apathie onder de belanghebbenden als groep. Zo deze niet zal verdwijnen, dan zal de toekomst der sector afhankelijk zijn van het invoeren van professionalisering van de vertegenwoordigers in de overlegorganen.

3. Sociaal-geneeskundigen

a. Structurele aspecten

Een visie over de toekomstige plaats van de sociale geneeskunde in het systeem van de Nederlandse gezondheidszorg is nu meer dan ooit noodzakelijk, aldus het centraal bestuur; de structuurnota-Hendriks, die de contouren tekent voor de komende veranderingen, geeft deze niet dan wel onvoldoende aan. Ook het rapport van de K.N.M.G.-commissie 'Eerste Echelon' faalt in het aangeven van de gewenste verhouding tussen sociaal-geneeskundigen en andere artsen. Een A.N.V.S.G./L.A.D.-commissie is ingesteld om een aanvulling op de structuurnota te schrijven welke de hierboven gesignaleerde leemte zal moeten opvullen.
Het centraal bestuur meent, dat ook de interesse van de overheid voor de opleidingscapaciteit van sociaal-geneeskundigen verhoogd moet worden; cijfers zijn voorhanden die het nijpende probleem betreffende de wassende stroom van artsen voor de poorten der opleidingsinstellingen aantonen.

b. Sociaal-geneeskundigen voor de tuberculosebestrijding

In het verslagjaar is een aanvang gemaakt met de opleiding van sociaal-geneeskundigen voor de tuberculosebestrijding. De Salaris- en Pensioencommissie heeft het door de overheid voor deze categorie vastgestelde honoreringsniveau op zijn merites getoetst; de commissie en met deze het centraal bestuur konden instemmen met het aanvangssalaris, doch de uitloop en de lengte van de tijdsduur die betrokkene verplicht is om na diens opleiding in dienst van de werkgever te blijven werden weinig bevredigend geacht.

c. Geneeskundig inspecteurs en artsen werkzaam bij de arbeidsinspectie

Gesignaleerd werd, dat het opvullen van de vacatures zowel bij de geneeskundig inspecteurs van de Volksgezondheid alsook bij de artsen werkzaam bij het Directoraat-Generaal-Arbeid en bij de Arbeidsinspectie niet naar wens verloopt. De toegenomen taakbelasting en het gelijk gebleven salarisplafond zijn hier debet aan. Via de C.H.A. is de minister van Binnenlandse Zaken verzocht om een taakonderzoek in te stellen. De minister heeft laten weten een dergelijk taakonderzoek niet opportuun te achten. Deze kwestie zal het centraal bestuur ook in 1976 blijven bezighouden.

d. De pensioenpositie van bedrijfsartsen

De ongelijke pensioenvoorzieningen voor bedrijfsartsen hebben het centraal bestuur ertoe gebracht, dat het akkoord ging met het verzoek van de Nederlandse Vereniging van Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde mee te werken aan het tot stand komen van een verplichte deelname in het Pensioenfonds voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen. Aan het eind van 1975 was nog niet duidelijk of de representatieve werkgeversorganisatie dit streven zal ondersteunen.

4. Artsen werkzaam in de ambulante geestelijke volksgezondheid

Parallel aan de ontwikkelingen in de intramurale gezondheidszorg is in de sector van de ambulante geestelijke volksgezondheidszorg het initiatief genomen om tot een uniforme regeling van de arbeidsvoorwaarden te komen. De Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, die blijk geeft tot een werkgeversorganisatie te willen uitgroeien, heeft een concept-rechtspositiereglement opgemaakt, dat in een nader overleg, en niet op de laatste plaats door druk zijdens de L.A.D., is aangepast aan moderne inzichten in het arbeidsrecht. Voorts is aandacht besteed aan de zorgwekkende positie van de psychiaters in dienstverband bij de Stichting Geestelijke Volksgezondheid Noord-Holland, die door hun werkgever in vele opzichten worden achtergesteld ten opzichte van de psychologen.

5. Huisartsen in dienstverband

De L.H.V./L.A.D.-commissie Huisartsen in Dienstverband heeft haar eerste interimrapport, gefiatteerd door de betrokken centraal besturen ter publikatie vrijgegeven op 14 maart 1975 (zie Medisch Contact nr. 25/1975, blz. 774 e.v.). Het interimrapport bevat een afspiegeling van de kwetsbare plaats van de huisarts in dienstverband bij een wijkgezondheidscentrum als ook een model van een arbeidscontract.
De pensioenvoorziening voor de huisartsen in dienstverband en met name de verplichte deelname in de Stichting Pensioenfonds Huisartsen bleef het centraal bestuur met zorgen vervullen. Contacten met de L.H.V. ten einde deze zaak gezond te maken hebben door een kennelijke onwil van laatstgenoemde nog geen concrete resultaten opgeleverd. Het centraal bestuur heeft meegedeeld te overwegen om de langslepende kwestie eenzijdig aan te pakken.

6. Bijzonder ledencongres

Zoals hiervoor al aangegeven hebben drie kwesties geleid tot een – voor de L.A.D. unieke – gebeurtenis: het bijzondere ledencongres op 20 september 1975. Besproken werden:

- de tijdelijke compensatieregeling voor assistent-geneeskundigen;
- de C.A.O.-ziekeninrichtingen;
- de positie van het medisch-wetenschappelijk corps.

Het congres is intensief voorbereid en ingeleid door opvallende slogans in Medisch Contact; pre-adviezen zijn opgesteld door kleine werkgroepen en gebundeld in een congresboekje. Naast het grote aantal schriftelijke reacties was de mate van opkomst en de inbreng der aanwezigen voor het centraal bestuur een aansporing om op de ingezette koers te blijven varen. Het congres nam een motie aan betreffende de follow-up van de compensatieregeling (vide het gestelde onder punt 1.c.) en nam een afkeurende motie aan over de dreigende sluiting van het Herseninstituut. Het standpunt over de werkingssfeer van de C.A.O.-ziekeninrichtingen werd op een enkele uitzondering na onderschreven.
Belangstellenden kunnen het verslag van deze bijzondere meeting op aanvraag bij het secretariaat verkrijgen.

7. De relatie met N.C.H.P. en C.H.A.

Op 25 april nam het centraal bestuur het principebesluit om het lidmaatschap van de N.C.H.P. per de eerste dag van 1976 te beëindigen en te bezien of daarna een andersoortige relatie mogelijk zou zijn. Het geringe rendement en de stijgende contributielasten waren reeds lange tijd voorwerp van zorg voor het centraal bestuur. In een later stadium werd dit principebesluit door de algemene ledenvergadering op 15 november 1975 gefiatteerd, hetgeen met name naar voren kwam door de keuze uit de aangeboden vier alternatieve begrotingen; de begroting die geen voorziening gaf voor de contributie N.C.H.P., doch wel voor een derde jurist ten burele van de L.A.D., werd met een zekere meerderheid der stemmen aanvaard. Niettemin werd sympathie betreffende de doelstelling der N.C.H.P. en solidariteit met de N.C.H.P. uitgesproken.
Ten opzichte van de C.H.A. was een gelijkvormige attitude gerechtvaardigd, evenwel in mindere mate. Het centraal bestuur bleef ongerust over de stijgende lasten.

8. Buitenlandse betrekkingen

De in 1974 opgerichte werkgroep van junior ziekenhuisartsen (hieronder wordt voorlopig verstaan assistent-geneeskundigen) heeft in 1975 geprobeerd om in twee bijeenkomsten een bundeling van de Europese assistent-geneeskundigen te bewerkstelligen. Een belangrijk motief hiervoor was het besluit van de Europese Ministerraad om de richtlijnen voor de vrije uitwisseling van artsen in E.E.G.-landen goed te keuren. Tijdens deze bijeenkomsten kwam duidelijk naar voren dat de arbeidsvoorwaarden van de assistent-geneeskundigen in de verschillende Europese landen sterk different zijn.
Naast deze nieuwe ontwikkeling heeft de L.A.D. geparticipeerd in het Comité Permanent en de Fédération Européenne des Médecins de Collectivités.

9. De L.A.D. als vereniging

a. Door de toenemende problemen waarmee het centraal bestuur werd geconfronteerd is in 1975 intensief en frequent vergaderd.

De algemene ledenvergadering kwam bijeen op 15 november 1975. De ledenvergadering heeft goedgekeurd dat de heer F. M. T. Rasker, assistent-geneeskundige, als lid aan het centraal bestuur werd toegevoegd. Als opvolger van de heer Dr. C. K. J. Kaaijk werd de heer A. L. Bouma, jeugdarts benoemd en als opvolger van de heer E. van Luyt werd benoemd J. Stevens, directeur G.G. en G.D. De heer K. Visser werd opnieuw benoemd tot lid van het centraal bestuur.

Het centraal bestuur was per ultimo 1975 als volgt samengesteld: Z. S. Stadt, voorzitter, J. J. R. Buirma, ondervoorzitter, K. Visser, ondervoorzitter, J. H. van Dalen, penningmeester, Dr. C. K. J. Kaaijk, secretaris, W. C. de Boer, Dr. K. A. Dicke (plv. Dr. B. Löwenberg), J. M. C. Douze, Dr. E. van Leer, D. Schotanus, Dr. P. G. Vertin, J. H. de Waal Malefijt, E. van de Weg en adviserende leden.

De L.A.D. werd in het hoofdbestuur der K.N.M.G. vertegenwoordigd door: Z. S. Stadt, J. J. R. Buirma (plv.), K. Visser (plv.). In het centraal bestuur der L.H.V. door: Dr. P. G. Vertin, J. H. de Waal Malefijt (plv.). In het centraal bestuur der L.S.V. door: W. C. de Boer, K. Visser (plv.).

De Salaris- en Pensioencommissie bestond uit: M. C. de Haan, voorzitter, Dr. C. K. J. Kaaijk, T. Landheer, Dr. Th. H. Rozijn, D. Schotanus, B. Sangster, Dr. W. G. van der Putten.

De Taakgroep Universiteit werd gevormd door: Z. S. Stadt (voorzitter), Dr. K. A. Dicke, Dr. E. van Leer, W. C. de Boer, Mevr. Dr. A. J. van Beusekom-Kits van Heijningen, M. van Blankenstein, Dr. G. A. Charbon, Dr. S. G. Th. Hulst, F. M. T. Rasker, Dr. Th. H. Rozijn.

In het hoofdbestuur der A.N.V.S.G. had namens de L.A.D. zitting: Dr. C. K. J. Kaaijk, Dr. P. G. Vertin (plv.); in het hoofdbestuur der V.M.W.O.: J. M. C. Douze, W. C. de Boer (plv.). In het hoofdbestuur der L.V.A.G.: Z. S. Stadt, Mr. J. J. Witteveen.

De Commissie Specialisten in Dienstverband werd gevormd door: K. Visser (voorzitter), W. van Berkel, Dr. A. H. Waterman, Mr. J. J. Witteveen, A. M. van der Heijden (L.S.V.), Dr. K. L. J. Hoefnagels (L.S.V.), Dr. D. J. van Dijk (L.S.V.), Mr. H. J. Overbeek (L.S.V.).

De Commissie Huisartsen in Dienstverband werd gevormd door: M. C. de Haan, J. J. R. Buirma (plv.), Mr. W. G. van der Putten, F. Pasdeloup (L.H.V.), S. van Randen (plv.), Mr. N. de Graaff.

De L.A.D.-vertegenwoordiging in de Bedrijfscommissie voor het ziekenhuiswezen werd gevormd door Mr. J. J. Witteveen (lid) en K. Visser (plv. lid):
In het centraal bestuur der C.H.A. had zitting namens de L.A.D.: J. Stevens. In de ledenvergadering der C.H.A. hadden zitting: Dr. C. K. J. Kaaijk en Mr. W. G. van der Putten.
In de ledenvergadering der N.C.H.P. hadden zitting: E. van de Weg en Mr. J. J. Witteveen.
Het centraal bestuur werd in het C.O.A.Z. vertegenwoordigd door: Mr. W. G. van der Putten en Mr. J. J. Witteveen.

Buitenlandse aangelegenheden werden verzorgd door: W. C. de Boer, L. de Boer, Dr. E. van Leer en Mr. J. J. Witteveen. Werkgroep junior artsen door B. Sangster en Mr. W. G. van der Putten.

In het sectorbestuur W.O. der C.H.A. nam deel: Mevr. Dr. A. J. M. van Beusekom-Kits van Heijningen.

In de F.H.Z. was de L.A.D. vertegenwoordigd door: Z. S. Stadt, Mr. J. J. Witteveen, Mr. W. G. van der Putten.

De L.A.D.-vertegenwoordiging in het College voor Sociale Geneeskunde bestond

uit: E. van de Weg, D. Schotanus, H. Voorzanger (plv.), J. J. R. Buirma (plv.). De Taakgroep Sociale Geneeskunde werd gevormd door: J. J. R. Buirma, Dr. C. K. J. Kaaijk, Dr. P. G. Vertin, E. van der Weg, Dr. J. H. Baaij, W. H. van Dijk, H. T. Kijlstra, Mr. W. G. van der Putten.

De vertegenwoordiging der L.A.D. in de commissie Assistent-Geneeskundigen ('Commissie-Rang') bestond uit: F. M. T. Rasker, Mr. J. J. Witteveen, K. Visser (plv.).

In het College voor Ziekenhuisvoorzieningen namen namens de L.A.D. zitting: H. Voorzanger, K. Visser (plv.).

b. Het bureau der L.A.D. werd eind 1975 uitgebreid met een derde jurist: Mr. F. W. du Marchie Servaas. In de vacature die zal ontstaan door het beëindigen van het dienstverband van Mr. J. J. Witteveen werd voorzien door de aanstelling van Mevr. Mr. P. Swenker. De beslissing om het bureau uit te breiden was ingegeven door de toenemende vraag naar rechtshulp.
Medio 1975 werd als secretaresse aan het bureau toegevoegd Mevr. J. C. Steenbrink naast Mevr. B. A. Wijnkoop en Mevr. M. van Brussel-Teunissen.

Het aantal bezoeken dat in het kader van rechtsbijstandverlening werd afgelegd door leden der L.A.D. was over 1975: 210.

Het aantal leden van de L.A.D. bedroeg per ultimo 1975: 6.400.

Voor het centraal bestuur, dat dit verslag op 23 april 1976 voor publikatie vrijgaf:

J. H. van Dalen, secretaris

uit de afdelingen

Op de agenda's voor de afdelingsvergaderingen stonden de volgende voordrachten vermeld:

Alphen en omstreken	Prof. Dr. G. A. Lindeboom, onderwerp: 'De lepra in de oude Nederlandse kunst' en Dr. G. J. Bremer, huisarts, onderwerp: 'Geen oorzaak voor de klachten gevonden'.
Amsterdam	Dr. E. F. Jacobi, oud-directeur van Artis, onderwerp: 'Galapagos, de betoverde Archipel, Dierenrijk en Darwin'.
Apeldoorn en Omstreken	Dr. G. Mik, psychiater, onderwerp: 'Jeugdpsychiatrie'.
Arnhem en Omstreken	Dr. A. J. van der Eb, onderwerp: 'Virussen, genen en kanker'.
Assen en Omstreken	Drs. J. Huisman, onderwerp: 'Psychogeriatrie'.
Bergen op Zoom – Roosendaal en Omstreken	J. B. Bedaux, onderwerp: 'De arts en zijn diagnostiek in de schilderkunst'.
Breda en Omstreken	Dr. P. C. J. van Loon, onderwerp: 'Aan de noodrem'.
Deventer en Omstreken	A. Jonker, arts, onderwerp: 'Enkele aspecten van de geriatrie'.
Drente's Z.O.-hoek	J. Diepersloot, secretaris-generaal der K.N.M.G. en Dr. S. G. Martijn, directeur Prov. Raad voor de Volksgezondheid in Drente, onderwerp: 'Toekomstige gezondheidszorg, landelijke en regionale aspecten'.

Eindhoven	A. J. Dolmans, arts, onderwerp: 'Adipositas' en Dr. H. Sluzewski, chirurg, onderwerp: 'Langs de rand van de afgrond in het buitenland'.
Emmeloord en Omstreken	W. van Bork, zenuwarts, onderwerp: 'Depressie, een dans om de vijfhoek'.
Friesland-Noord	Dr. D. L. Westbroek, onderwerp: 'Over niertransplantatiepatiënten'; en W. Hiddema, onderwerp: 'Stand van zaken in de jeugdpsychiatrische kliniek'; en J. P. Hilwerda, onderwerp: 'Relatieproblemen bij resocialisatie'; en Dr. K. Gorter, onderwerp: 'Afwijkingen in het E.E.G. en psychiatrisch ziektebeeld'; en A. D. J. Deinum, onderwerp: 'Anamnese: 'Hy docht hwat raer'.
Gooi- en Eemland	H. de Jongste, arts, onderwerp: 'Geschiedenis en toekomst van de sportgeneeskunde in Nederland'; en Dr. W. Mosterd, cardioloog, onderwerp: 'Cardiologische aspecten van sportbeoefening'; en Dr. G. P. H. Hermans, onderwerp: 'Sporttraumata en preventie'.
Haarlem en Omstreken	J. L. A. Boelen, voorzitter van de K.N.M.G., onderwerp: 'De arts op weg in de samenleving'; en Dr. J. C. J. Burkens, onderwerp: 'Intercollegiale kwaliteitsbewaking, kwaliteitsvergelijking en kwaliteitsverbetering van het medisch handelen'.
Heerenveen en Omstreken	Prof. Dr. R. Luyken, onderwerp: 'Nationale en internationale voedingsproblemen, veranderde inzichten'.
Leiden en Omstreken	Onderwerp: 'Vereist de ontwikkeling van de gezondheidszorg in Nederland een vorm van dienstverband?' Inleiders: Prof. Dr. M. J. de Groot, Prof. Dr. A. Querido en L. E. M. de Valk.
Maastricht en Omstreken	Prof. Dr. W. Brouwer, onderwerp: 'Over de participatie van de medische faculteit Maastricht in de gezondheidszorg'.
Oostelijk Groningen	J. M. Rijkmans, vertrouwensarts, onderwerp: 'Kindermishandeling'.
Oude IJssel	Otto Dicke, tekenaar, onderwerp: 'De tekentaal van het kind'; en o.l.v. A. F. A. N. de Vreese, arts en W. F. Snellenberg, fysiotherapeut, onderwerp: 'Sportfysiotherapie'.
Utrecht	H. Albracht, Mevr. M. Berents-Muinen, Mevr. S. G. J. van Herwaarden, W. Smit en F. Weidema, ingeleid door J. A. Stoop, onderwerp: 'Verpleegtehuis, wat is dat?'
De Vecht en Omstreken	Dr. P. P. de Vriese, K.N.O.-arts, onderwerp: 'De perifere facialis paralyse'.
Walcheren	'Bespreking ambulancevervoer Midden Zeeland'.
Woerden en Omstreken	W. J. Hefting, orthopaedisch chirurg, onderwerp: 'Het wel en wee van arthroplastieken'.
Zaanland	M. Vinkenburg, onderwerp: 'Nieuwste aspecten van de behandeling van het gemetastaseerd Mamma-Ca'.
Zutphen	Ir. S. Swierstra, onderwerp: 'Voordracht over zijn ervaringen in Afrika'.

mc

van het bureau voor

waarneming en vestiging

Kilometervergoeding

Het dagelijks bestuur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft in zijn vergadering van 18 mei 1976 besloten de kilometervergoeding voor het gebruik.van een auto te brengen van *f* 0,36 op *f* 0,46 per kilometer en wel met ingang van 1 april 1976.

Dr. H. Roelink, directeur

van het centraal bestuur L.S.V.

Intentieverklaring

Intentieverklaring inzake opzet van een gestructureerd plaatselijk overleg tussen de ziekenfondsen enerzijds en directies van ziekenhuizen en medische staven anderzijds.*

1. Op initiatief van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft overleg plaatsgevonden tussen het Gemeenschappelijk Overleg van Ziekenfondsorganisaties, de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband, de Landelijke Specialisten Vereniging en de Nationale Ziekenhuis Raad, om te komen tot een gestructureerd plaatselijk overleg tussen de ziekenfondsen enerzijds en de onderscheiden medische staven en ziekenhuizen anderzijds. Een dergelijk overleg kan, uitgaande van ieders eigen verantwoordelijkheid, enerzijds het functioneren van elk der drie groeperingen bevorderen, anderzijds de gezamenlijke doelstelling – kwaliteits- en kostenbewaking – positief beïnvloeden.

2. Voor de ziekenfondsen – vanuit hun wettelijke opdracht tot het zo economisch mogelijk doen werken van de sociale ziektekostenverzekering – zijn een uitstekende ingang de gegevens die landelijk, regionaal en plaatselijk door middel van het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen (L.I.S.Z.) worden vergaard. Van medische staven en directies van ziekenhuizen mag een positieve reactie worden verwacht op de vraag van de ziekenfondsen om gezamenlijk de L.I.S.Z.-gegevens te analyseren en daaraan conclusies te verbinden.
Voor de ziekenhuisdirecties staat daarbij een doelmatige organisatie van het ziekenhuis op de voorgrond. Een overleg als bovenbedoeld zal positief en stimulerend kunnen werken op de inzet van de ziekenhuizen om in samenwerking met allen die daarin werken een zo efficiënt mogelijke bedrijfsvoering te effectueren.
De leden van de medische staf van het ziekenhuis zal een permanent en gestructureerd overleg met directie en ziekenfondsen behulpzaam kunnen zijn bij hun streven naar kwaliteitsbewaking en kostenbewust handelen. Uit dit overleg kan de medische staf de overtuiging krijgen dat hij in dit streven gesteund wordt door een goed lopende organisatie en duidelijke gegevens ook over de economische implicaties van het medisch handelen.

3. Gezien het feit dat de ziekenfondsen beschikken over de L.I.S.Z.-gegevens, ligt het voor de hand dat zij plaatselijk het initiatief ontwikkelen voor het plaatselijk overleg. Een dergelijk overleg zou bijvoorbeeld als volgt kunnen plaatsvinden:
Er vinden regelmatig gesprekken plaats waarbij vertegenwoordigd zijn van het ziekenfonds: de directie en de adviserend geneeskundigen en van het ziekenhuis: de directie en de medische staf. Deze gesprekken zijn er op gericht om aan de hand van de beschikbare gegevens – waarbij behalve aan L.I.S.Z.-materiaal ook aan de S.M.R.-gegevens wordt gedacht – gezamenlijk uit te maken wat een nader onderzoek verdient en hoe en door wie dat dan het best kan geschieden. Een en ander vanzelfsprekend binnen de mogelijkheden van de deelnemende partijen.
Er zouden bijvoorbeeld nadere gesprekken kunnen plaatsvinden tussen de adviserend geneeskundigen en de leden van de medische staf over medische gegevens. Over bedrijfsmatige gegevens zou tussen het ziekenfonds en de directie van het ziekenfonds nader overleg kunnen worden gevoerd.
De resultaten van deze nadere gesprekken komen vervolgens in het eerder genoemde overleg met de bedoeling daaruit conclusies te trekken en zonodig consequenties te verbinden. Het kan wenselijk zijn dat de gezamenlijke staven c.q. interstafraden en/of het gezamenlijk overleg van ziekenhuizen ter plaatse hieraan deelnemen. Een en ander wordt gezien als een continu proces.

4. Gezien de verantwoordelijkheid die de in de aanhef van deze verklaring genoemde organisaties voelen en het belang dat zij aan het tot stand komen van een plaatselijk overleg als hierboven bedoeld, hechten, hebben deze organisaties besloten gezamenlijk een landelijke begeleidingscommissie in het leven te roepen,

* Uit praktische overwegingen wordt voorshands uitsluitend gedacht aan algemene ziekenhuizen en aan niet-psychiatrische categorale ziekenhuizen.

waarop men plaatselijk in voorkomende gevallen via de eigen landelijke organisatie een beroep kan doen wanneer er onverhoopt problemen bij de uitvoering van een en ander rijzen.

De landelijke organisaties vertrouwen dat op basis van deze intentieverklaring plaatselijk de volledige medewerking aan de totstandkoming van dit overleg zal worden gegeven.

Utrecht, 11 juni 1976

Gemeenschappelijk Overleg van Ziekenfondsorganisaties
Nationale Ziekenhuisraad
Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband
Landelijke Specialisten Vereniging

van de H.R.C.

Nieuwe inschrijvingen

De Huisarts Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst heeft in haar register ingeschreven per:

4 mei 1976 (Universitair Huisartsen Instituut Maastricht):

Hoogervorst, C. S., Henri Dunantstraat 259, Brunssum
Mevrouw M. A. C. Hoogervorst-Ernst, Henri Dunantstraat 259, Brunssum
A. V. Kappers, Keerberg 89, Voerendaal
W. M. H. Nieuwdorp, Eisenhowerstraat 675, Sittard
H. W. M. Peeters, Kerkstraat 21, Nuth
J. L. Yntema, Salviaplein 1, Kerkrade

4 mei 1976 (Universitair Huisartsen Instituut Rotterdam):

C. M. Baarda, Steven Hoogendijkstraat 12 a, Rotterdam
A. H. Both, Landgraafstraat 27, Sliedrecht
F. J. H. van Eijk, Bleulandweg 104, Gouda
Mej. C. C. van Kooten, Zuidhovenlaantje 8, Dordrecht
Mej. M. W. Molendijk, Bellevoysstraat 92a, Rotterdam
Mej. M. A. van Peski, Alettastraat 12, Rotterdam
P. Sluis, Buizerdstraat 252, Maassluis
D. P. M. Snel, Sparrendal 190, Maassluis

13 mei 1976 (Universitair Huisartsen Instituut Utrecht):

A. G. M. de Beer, Molenstraat 21, Roosendaal
A. van den Berg, Bizetstraat 2, Nieuwegein
H. C. J. G. van Berkum, Hoffmannlaan 439, Tilburg
J. Brouwer, Stadhouderslaan 30, Utrecht
J. A. M. de Gouw, Kerkveld 22, Nieuwegein
W. J. D. Hofhuis, Bikbergerweg 35, Huizen (N.H.)
P. Klinkhamer, Regentesselaan 69, Utrecht
Mevr. C. A. Leydens-Arendse, Nieuwe Maanderbuurtweg 1264, Ede.

inhoud officieel

Van het Hoofdbestuur:
Mededelingen van de Commissie Geneeskundige Verklaringen **848**

Van het Centraal Bestuur L.A.D.:
Arbeidsovereenkomsten en arbeidsbemiddeling **849**
Jaarverslag 1975 ..... **850**

Uit de afdelingen:
Voordrachten **857**

Van het Bureau voor Waarneming en Vestiging:
Kilometervergoeding **858**

Van het Centraal Bestuur L.S.V.:
Intentieverklaring **859**

Van de H.R.C.:
Nieuwe inschrijvingen **860**

Nr. 26 – 25 juni 1976