



redactioneel

- Opnieuw veel ruimte voor het laatste jaarverslag van de Geneeskundige Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid, die onder meer constateert dat wat betreft het management in de gezondheidszorg en de epidemiologische benadering van de volksgezondheid er in ons land sprake is van een zekere achterstand, vooral in vergelijking met andere landen, met name de Engelssprekende landen.
- In de tweede aflevering van de heren B. H. Posthuma en J. van der Zee over 'Tussen eerste en tweede echelon' wordt ingegaan op een literatuuronderzoek onder auteurs die zich hebben bezig gehouden met verwijzen op macroniveau. Daarbij worden verschillende onderzoeken naast elkaar geplaatst. Een conclusie: 'Hoewel de gepresenteerde selectie van literatuur geen representatief beeld van de verschillende stromingen geeft en wellicht onze eigen impliciete voorkeur voor de 'aanbod schept vraag-hypothesen' weergeeft, zijn de argumenten voor laatstgenoemde stelling ons inziens sterker dan voor het tegendeel'.
- In de artikelenserie over sportgeneeskunde deze week een bijdrage over recreatiesport van A. G. M. F. Brok, hoofd van de afdeling bedrijfsgeneeskunde van de GG en GD te Utrecht en lid van het bestuur van de Vereniging voor Sportgeneeskunde. 'Trim u fit', 'Bewegen is fijn', 'Beweeg, maar beweeg verstandig', allemaal uitdrukkingen die volgens Brok gelukkig steeds meer worden gehoord. En dat is wel eens anders geweest, want . . . 'Het was meer regel dan uitzondering dat de goedwillende trimmer, die in zijn eentje in het park aan het hollen was, werd nageroepen met de kreet: 'Ze hebben hem al!'.



In het hofje van het ziekenhuis De Weezenlanden te Zwolle is deze vissenfontein opgesteld. Het kunstwerk, in brons uitgevoerd, is in 1968 gemaakt en meet in totaal 1.68 meter hoog.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven	134
<i>Inzender: Dr. A. Appels met naschrift van B. C. Witsenburg</i>	
Jaarverslag 1976 Geneeskundige Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid. Achterstand gezondheidszorg op gebied van management en epidemiologie	137
Tussen eerste en tweede echelon-II Verwijzing, opnemingen en verpleegduurcijfers op macroniveau, door B. H. Posthuma en J. van der Zee	142
Theoretische cursus bevolkingsonderzoek 1978	146
Sportmedische facetten IX. Een bijdrage over recreatiesport, door A. G. M. F. Brok	147
Uitspraak Raad van Beroep: Huisartsen gebruikten onjuiste middelen tegen praktijkuitoefening van collega ..	150
Geschiedenis der geneeskunde. Stadsvroedvrouwen en stadsvroedmeester te Enkhuizen in het begin van de 19e eeuw. II: Stadsvroedvrouwen, door Prof. Dr. A. C. Drogendijk Sr	151
Universitaire berichten	152
OFFICIEEL	153
Inhoudsopgave officieel	164



MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

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

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

Uitgeverij

Tijl Media BV
Texelstraat 76-80,
Amstelveen,
telefoon: 020-433851,
telex: 15230.
Afd. facturering 020-470221

Abonnementen

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

Advertenties

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

Afleveringswijze

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

Opplage: 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.

BEVOLKINGSONDERZOEK

Ondermijnt bevolkingsonderzoek de gezondheid?

In Medisch Contact van 16 december 1977 heeft Witsenburg op een pregnante wijze betoogd dat bevolkingsonderzoek zich richt op statistische afwijkingen van bijvoorbeeld bloeddruk of cholesterol, die (nog) geen betekenis hebben voor de subjectieve beleving van gezondheid. Bevolkingsonderzoek zou daarom mensen afhankelijk maken van het gezondheidszorgsysteem. De verantwoordelijkheid van de gezondheid wordt daardoor op de verkeerde plaats gelegd. Daarom ondermijnt bevolkingsonderzoek de gezondheid. Witsenburgs artikel tilt de discussie over de (on)zin van bevolkingsonderzoek naar een niveau waarop een discussie echt kan beginnen. Die discussie zal op een aantal vragen dienen in te gaan, o.a.:

1. Is het mogelijk om met behulp van bevolkingsonderzoek de incidentie van de ziekte te verlagen en zo ja tegen welke prijs (behandeling van false positives; financiële kosten; somatische bij-effecten)?
 2. Wat zijn de psychologische bij-effecten van bevolkingsonderzoek? (toename of afname van angst en hypochondrie; afhankelijkheidsbeleving; gedragsveranderingen; veranderingen in leefgewoonte?)
 3. Wat zijn de meer sociologische bij-effecten van bevolkingsonderzoek? Komt onder de aesculaap de zinspreuk van de politie 'vigilant ut quiescat' te staan? Vrij vertaald: Gaat u rustig slapen, wij bewaken uw huis en bloeddruk.
- In Witsenburgs artikel lopen deze vragen door elkaar en wordt de zinvolheid van het screenen op hypertensie nauwelijks belicht vanuit de eerste epidemiologische vraagstelling en springen de (negatieve) antwoorden direct over op het psychologisch en sociologisch niveau. In twee screeningsonderzoeken heb ik als psycholoog proberen na te gaan of deze vorm van hulpverlening dusdanige negatieve psychologische bij-effecten had dat zij opwogen tegen de mogelijke voordelen. Het eerste onderzoek betrof screenen als methode voor preventie in de geestelijke gezondheidszorg. Dit werd uitgevoerd bij Delftse studenten. De thematiek van dit onderzoek is nogal verschillend van de somatische

screeningsactiviteiten, waarover Witsenburg zich zorgen maakt. Daarom blijft dit verder onbesproken op de opmerking na, dat wij bij twee onderzoeken onder de participanten geen aanwijzingen gevonden hebben voor negatieve bij-effecten (Appels, 1975). Het tweede onderzoek betrof de Kaunus-Rotterdam Intervention Study (KRIS). In dit cardiovasculair screeningsprogramma waren vier testen opgenomen om na te gaan of er bepaalde psychologische bij-effecten aan dit bevolkingsonderzoek waren en zo ja in welke richting die gingen (vermeerdeerde, verminderde hypochondrie, angst, zelfvertrouwen, vertrouwen in artsen, etc.). Vooruitlopend op het onderzoeksverslag, dat binnenkort aan het tijdschrift Sociale Geneeskunde zal worden aangeboden, kunnen we nu reeds zeggen dat de KRIS-studie ons geen aanwijzingen heeft gegeven, dat dit programma dusdanige psychologische bij-effecten heeft gehad, dat zij zouden opwegen tegen de mogelijke winst.

Zo er al sprake was van verschuivingen op psychologische testen, die hypochondrie, angst, afhankelijkheid, tobben, probeerden te meten, dan ging deze eerder in een positieve dan in een negatieve richting. Ons is eerder opgevallen hoe nuchter mensen in het algemeen het programma genomen hebben.

Toegegeven moet worden dat op de psychologische testen wat af te dingen was omdat het hier om gevoelens en gedragingen gaat, die niet zo gemakkelijk te meten zijn en omdat wij bij het opstellen van dit onderzoek geen erg duidelijk beeld hadden van wat nu precies onderzocht moest worden. Maar indien de psychologische effecten die zijn welke Witsenburg vermoedt dat ze zijn, dan hebben wij daar geen spoor van gevonden (Appels, de Haas, Schuurman, 1978).

Wat anders is het met betrekking tot het meer sociologisch bezwaar. Het medisch systeem zou een activiteit ondernemen die als zodanig afhankelijk (en dus onzelfstandig, verminderd verantwoordelijk) maakt. Ook hiervan heb ik nooit sporen teruggevonden. Maar goed, psychologie is geen sociologie. Mensen kunnen in de waan gebracht worden gelukkig, zelfstandig, vol eigen verantwoordelijkheid te leven in een systeem dat er van buitenaf heel wat anders

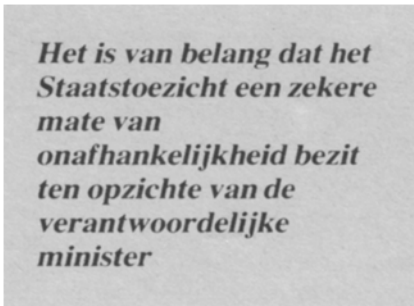
Doorlezen naar blz. 136

JAARVERSLAG HOOFDINSPECTEUR

Zoals gebruikelijk besteedt Medisch Contact ook dit jaar weer ruime aandacht aan het jaarverslag van de Geneeskundig Hoofdinspecteur (blz. 137), een gebruik dat door de redactie in 1972 is geïntroduceerd. Ditmaal legt 'het visitekaartje van de Hoofdinspectie' (zoals het hoofdinspecteur zijn jaarverslag wel eens heeft genoemd) de vinger op een paar opmerkelijke ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg. Een daarvan is de achterstand die de epidemiologie in ons land in vergelijking met de Engelssprekende landen heeft opgelopen. Terecht wijst collega Drion erop, dat dit te merkwaardiger is daar op een deelgebied – namelijk de bestrijding van de infectieziekten – Nederland nog steeds op kop gaat. Het is dan ook te betreuren dat, zoals wij reeds eerder schreven, in het voorstel van Wet Voorzieningen Gezondheidszorg de openbare gezondheidszorg zo summier aan de orde wordt gesteld. Een gemiste kans.

Maar er is hoop. Tijdens een recent gehouden persconferentie, waarop de nieuwe minister van Milieuhygiëne en Volksgezondheid, Dr. L. Ginjaar en zijn staatssecretaris voor gezondheidszaken, Mw. Mr. E. Veder-Smit, zich aan de publiciteitsmedia voorstelden, hebben deze bewindslieden verklaard zich bij hun beleid in het bijzonder te willen richten op het handhaven en verbeteren van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Nauw samenhangend met het begrip 'kwaliteit' is de stand van zaken met betrekking tot de opleiding inzake management in de gezondheidszorg. Ook hier wijst Drion op de achterstand van Nederland vergeleken bij de Angelsaksische wereld. Een van de voorwaarden om deze achterstand in te halen is de oprichting van een School voor Openbare Gezondheidszorg, zoals de hoofdinspecteur terecht in zijn inleiding opmerkt.

Wij zijn geneigd aan deze en vergelijkbare uitlatingen van de geneeskundige hoofdinspecteur meer waarde te hechten dan aan uitspraken van een willekeurige hooggeplaatste geneeskundige ambtenaar. Toen Thorbecke het ontwerp van Wet regelende het Geneeskundig Staatstoezicht van 1865 in de Staten-Generaal verdedigde, zei hij onder meer dat de ambtenaren van het geneeskundig staatsbestuur 'niet hebben te besturen maar te onderzoeken waar en waardoor de volksgezondheid nadeel lijdt, aan te wijzen welke middelen ter verbetering kunnen worden gebezigd en wijders te waken voor de handhaving van de wetten en verordeningen die in het belang van de volksgezondheid zijn vastgelegd.' In wezen is er aan die adviserende



Het is van belang dat het Staatstoezicht een zekere mate van onafhankelijkheid bezit ten opzichte van de verantwoordelijke minister

taak van het Staatstoezicht tot op heden niets veranderd. Van belang daarbij is, dat het ten opzichte van de verantwoordelijke minister een zekere mate van onafhankelijkheid bezit. In zijn inleiding op het Jaarverslag 1976 stelt de hoofdinspecteur, dat er in de afgelopen tijd nogal is gediscussieerd over de betekenis van die onafhankelijkheid. Ook in dit blad is dit onderwerp meerdere malen aan de orde geweest. In het volgende nummer van Medisch Contact zal de hoofdinspecteur er een uitvoerige beschouwing aan wijden. Zonder nu op deze bijdrage in te gaan willen wij daaraan de notie ontleenen, dat ter hoofdinspectie zozeer waarde wordt gehecht aan de eigen onafhankelijkheid dat van die zijde de suggestie wordt gedaan de jaarverslagen (waaruit het beleid

van het Staatstoezicht duidelijk spreekt) in het parlement ter discussie te doen stellen.

Naast de adviserende taak is het vooral de toezichthoudende taak die het werk van de geneeskundige inspectie voor een belangrijk deel bepaalt. Ook voor het vervullen van deze taak is de onafhankelijkheid een belangrijke voorwaarde. Hier is de kwaliteit van de zorg direct in het geding.

Het is een bekend feit, dat binnen de medische professie de opvatting heerst dat de bewaking van de kwaliteit een exclusieve verantwoordelijkheid van die professie op grond van haar deskundigheid is en dat de overheid slechts de voorwaarden dient te scheppen waaronder deze kwaliteitsbewaking effectief kan verlopen. Het is evenzeer een gegeven, dat de overheid uiteindelijk verantwoordelijk is voor het welzijn van haar burgers, dus ook voor hun gezondheid. Kwaliteitsbewaking houdt dan tevens een vorm van toezicht op het geneeskundig handelen in – een van de redenen waarom allerwege wordt getracht de intercollegiale toetsing van de grond te krijgen. Daarvoor is een landelijke organisatie nodig. Deze is slechts mogelijk, indien de overheid de middelen daartoe beschikbaar stelt. Diezelfde overheid evenwel zal de garantie willen hebben dat de aan te wenden middelen ook doeltreffend zullen worden besteed, dat wil zeggen zullen leiden tot een effectieve kwaliteitsbewaking. In deze setting is het van groot belang, dat ten aanzien van de kwaliteitsbewaking een belangrijke stem wordt gegeven aan een onafhankelijk orgaan, dat het vertrouwen van zowel professie als overheid geniet. Indien de betrokken bewindslieden zich, zoals zij zeggen, primair willen bezighouden met de kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg, dient het Staatstoezicht op de Volksgezondheid als onafhankelijk orgaan nadrukkelijk aanwezig te zijn.

B.

uitziet. Wordt het medisch systeem door het organiseren van bevolkingsonderzoek een beredderende, vervreemdende kloek? Het kan zijn. Maar ik geloof het niet. Mensen zijn geen kuikens. Ook al waakt de politie, ik doe 's nachts mijn deur toch op slot. De Delftse en de Rotterdamse participanten bleven erg nuchter. Bevoogding kan niet alleen spreken uit wat we met mensen doen, maar ook uit wat we van hen verwachten dat ze gaan doen.

Deze twee tegenwerpingen betekenen geen pleidooi voor bevolkingsonderzoek. Zij illustreren slechts de bewijslast die Witsenburg zichzelf opgelegd heeft en de noodzaak om de vragen uit elkaar te houden en deze voor ieder type bevolkingsonderzoek apart te beantwoorden. De antwoorden op de vraag of bevolkingsonderzoek de incidentie van een ziekte echt verlaagt, zullen doorslaggevend moeten zijn in de kwestie wanneer bevolkingsonderzoek zinvol is. Het is daarom wel jammer dat enkele van de belangrijkste bevolkingsonderzoeken, die op dit moment lopen, zo zijn opgezet dat wij deze vraag niet kunnen beantwoorden.

Maastricht, januari 1978

Dr. A. Appels,
Medische Psychologie
Rijksuniversiteit Limburg

Literatuur

A. Appels, Screenen als methode voor preventie in de geestelijke gezondheidszorg, Amsterdam (Swets en Zeitlinger), 1975
A. Appels, W. de Haes, J. Schuurman, Psychologische bij-effecten van screeningsprogramma's. De Kaunas-Rotterdam Intervention Study (KRIS) VI, Ned. Tijdschr. Soc. Geneesk., in voorbereiding

Naschrift:

Als Dr. Appels in zijn laatste alinea stelt, dat doorslaggevend moet zijn, of de incidentie van ziekte door bevolkingsonderzoek echt wordt verlaagd, heeft hij reeds gekozen voor de prioriteit van de cijfers. Maar als we zoeken naar een gezondheidszorg waarin het individu centraal staat en niet zijn ziekte, zullen ook niet de ziektecijfers op zich bepalend kunnen zijn voor wat in die gezondheidszorg thuishoort en wat niet. En als Dr. Appels schrijft dat psychologische afhankelijkheid hem niet is gebleken, vraag ik me af, of psychologische factoren niet nog veel moeilijker te meten en te interpreteren zijn dan de somatische. Als tenslotte mensen zich nú laten behandelen omdat zij bij zichzelf een signaal van mogelijke ongezondheid hebben bespeurd of als mensen straks behandeld worden nadat een screening voor die signaalfunctie heeft gezorgd, dan is er een verschuiving in de gezondheidsbeoordeling opgetreden, van zelf-oordelen naar anderen-laten-oordelen. Dit lijkt me een kwestie van willen zien of niet, van belangrijk vinden of onbelangrijk vinden, maar zal zich dicht bij ten allen tijde aan bewijs door meting onttrekken.

B. C. Witsenburg



Scruples

Ik begin serieus te geloven, dat ik helemaal niet geboren ben om arts te worden. Het beroep begint mij zelfs wat tegen te staan. Misschien had ik beter geschiedenisleraar, archeoloog of geoloog kunnen worden. Ik geloof, dat ik ook nooit een goed arts zal kunnen zijn. Daarvoor ben ik te veel mond en te weinig oor. Ik wil nog te veel spreken en te weinig luisteren. De dingen die ik wil zeggen kan ik niet meer kwijt. Tijd om mij in de geschiedenis te verdiepen heb ik nauwelijks meer, mijn grootste hobby laat ik in de steek. Andere mensen helpen ligt me ook niet zo. Echt steun geven kan ik niet. Ik heb te veel aandacht voor het decor. Andere dingen boeien mij veel meer.

Woensdag heb ik een praatje voor de verpleging van ons paviljoen over icterus. Zo'n voordracht interesseert mij veel meer. Ik heb er ook de hele middag aan gewerkt, omdat ik graag iets overbreng op anderen. Die icterus op zich interesseert mij geen donder, maar het is – hoe dan ook – veel interessanter en sensationeler dan anemie, waarover Frank het laatst had. Wit en moe worden we allemaal wel eens, maar zo geel als een Chinees . . . Heel langzaam probeer ik dan naar de climax – de vermoedelijke diagnose van de vrouw die ik bespreek is een levensbedreigende tumor – te werken; daarna relaiveer ik ons westerse gezondheidsmodel om tijdens de bespreking van het Griekse gezondheidsmodel een tweede climax te bereiken. Om het geheel aardig te omlijsten haal ik er nog wat gegevens over de alternatieve geneeskunde bij. Het is jammer dat ik maar een klein bordje en een röntgenbak ter beschikking heb. Maar ik zal mij van mijn beste kant tonen en een voortreffelijke foto laten zien, waar zelfs een kind steil van achterover zal slaan.

Of die verpleegsters en verplegers er iets van blijven onthouden, maakt mij werkelijk niets uit. Wanneer ze het maar begrijpen, daar gaat het mij om. Om het óverbrengen van informatie. Misschien moet je dit dagboek ook wel zo zien.

Morgenavond heb ik weer nachtdienst. Wanneer het tegenzit, werk ik twee dagen en een nacht achter elkaar. Behoorlijk vermoeiend dus, maar wel interessant; dat is zeker.

Verder moet ik hard gaan werken aan de ontslagbrief van de heer L., mijn eerste patiënt, die werd opgenomen in verband met een pre-infarct maar die daarnaast ook nog rugklachten had. Dat pre-infarct was een kwestie van een paar pilletjes Inderal. Voor die rugklachten heb ik zes wervelkolomfoto's laten maken (geen bijzonderheden), een thoraxfoto (geen bijzonderheden) en een serie maagfoto's; op die laatste foto's was een hernia te zien. 'Ah . . . eindelijk hebben wij de boosdoener'. Maar laat nu verdomme die rugpijn op dezelfde dag als die waarop de maagfoto's werden gemaakt voorbij zijn. Dus mijnheer L. werd ontslagen. De avond voor zijn vertrek neem ik afscheid van hem. In die paar minuten dat wij elkaar zien begint hij weer te klagen over . . . 'krampen in de rug'. Nou, het is mooi geweest; dat komt niet in de ontslagbrief te staan.

DAGBOEK
VAN EEN
CO-ASSISTENT
(14)

Gistermiddag is Noud langsgeweest. Hij gaat maandag bij ons beginnen. Hij was een beetje zenuwachtig (ik geloof dat er vier peuken in de asbak lagen nadat hij was weggegaan, maar dat kan een vals positieve uitslag zijn omdat Peter ook nog is langsgeweest), maar lang niet zo erg als ik. Ik heb hem alles zo goed mogelijk uitgelegd, tot en met de plaats van stoel waarop hij tijdens de papieren visite als co dient plaats te nemen.

Alexander van Es

Achterstand gezondheidszorg op gebied van management en epidemiologie

Ter inleiding van zijn jaarverslag 1976 merkt de Geneeskundige Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid onder meer het volgende op:

In dit verslagjaar kreeg de verhouding tussen de Geneeskundige Inspectie en het departement veel aandacht. Het is namelijk gebleken dat onduidelijkheid ten aanzien van de positie van de inspectie het vertrouwen in de inspectie bij de instellingen en beroepsbeoefenaren kan ondergraven. De situatie die op dit punt gegroeid was, was voor de inspectie aanleiding, na uitvoerige commissoriale voorbereiding, een advies terzake aan de staatssecretaris aan te bieden. In dit advies werd, na afweging van de onderscheiden mogelijkheden wat betreft de onderlinge relatie, tot de conclusie gekomen dat de onafhankelijke positie zoals bedoeld in de Gezondheidswet de beste constructie is om zowel de politieke verantwoordelijkheid van de minister en staatssecretaris te waarborgen als een optimaal functioneren van de geneeskundige inspectie te garanderen. Ook staatsrechtelijk blijkt het mogelijk, met behoud van de politieke verantwoordelijkheid van de minister, de geneeskundige inspectie een eigen onafhankelijke verantwoordelijkheid te geven voor de taken die haar in de Gezondheidswet zijn opgedragen. Deze onafhankelijkheid en handelingsvrijheid dient haar beperking te vinden in het door de minister vastgestelde beleid. Ten aanzien van de uitvoering van dat beleid kan de minister aanwijzingen geven aan de inspectie met een voor deze algemeen bindend karakter, echter met dien verstande dat het ter discretie van de (hoofd)inspecteur is in individuele gevallen van de algemene aanwijzingen af te wijken indien de omstandigheden hem hiertoe nopen.

Over deze visie ten aanzien van de positie en taakvervulling van de geneeskundige inspectie werd met de leiding van het departement overeenstemming bereikt.

Verschuiving

In het vorige jaarverslag van de Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid werd gewezen op de verschuiving die optreedt in de taak van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid nu structuur en wijze van functioneren van het zorgverleningsapparaat steeds meer aandacht krijgen in onze samenleving. Dit betekent niet dat minder aandacht wordt geschonken aan de volksgezondheid en het niveau van zorgverlening. In tegendeel, nog steeds vormen deze beide aspecten een hoofdtak voor de Geneeskundige Inspectie, conform haar primaire opdracht ingevolge de gezondheidswet. Duidelijk is dat de taak van de inspectie ook in dit opzicht zwaarder is geworden door de grotere nadruk die steeds meer gelegd wordt op normering, bewaking en toetsing van de kwaliteit van de zorgverlening. Echter, de steeds nadrukkelijker bemoeienis vanuit de beleidsinstanties met het sterk gegroeide en uiterst gecompliceerde apparaat van de gezondheidszorg laat ook de Geneeskundige Inspectie niet onberoerd. Steeds meer wordt haar tweede wettelijke taak, de advisering aan bewindsman en directeur-generaal aangaande de totale problematiek der zorgverlening, uitgebreid en verdiept. Er is ook dit jaar aanleiding aandacht te schenken aan enige aspecten die betrekking hebben op meer dan één bepaald deel van de totale gezondheidszorg. Deze aspecten komen bovendien, vanuit de geneeskundige inspectie gezien, steeds duidelijker naar voren, nu de inspectie zelf – zoals hierboven werd aangegeven – steeds meer betrokken raakt bij de advisering betreffende het gezondheidszorgbeleid. Dit beleid gaat zeer duidelijk in de richting van structureren, beheren, plannen en organiseren van de totale gezondheidszorg en de deelgebieden daarin. Dit geldt niet alleen voor het beleid van de overheid, doch evenzeer voor uitvoerende en ondersteunende instellingen in het veld voor de zorg. Overal wordt steeds weer nadruk gelegd op organisatie en beheer, dus management van de gezondheidszorg. Op het gebied van de volksgezondheid komt een

ander aspect sterk naar voren, o.a. in verband met de verschuiving in het ziektepatroon van de infectieziekten van vroeger naar de chronisch-degeneratieve ziekten die nu domineren. De noodzaak wordt nu duidelijk meer kennis te vergaren over de factoren die de verspreiding van deze ziekten in de bevolking bepalen.

Achterstand

Wat betreft de beide hierboven genoemde aspecten, die ogenschijnlijk weinig met elkaar van doen hebben, namelijk het management in de gezondheidszorg en de epidemiologische benadering van de volksgezondheid kan men zich niet aan de indruk onttrekken dat in ons land van een zekere achterstand sprake is op deze gebieden. Vooral in vergelijking met andere landen, met name de Engelssprekende landen, blijkt deze achterstand. Op het gebied van de epidemiologie in het algemeen bestaan zeker grote lacunes. Dit is des te merkwaardiger, gezien het feit dat ons land op bepaalde deelgebieden van epidemiologisch georiënteerde gezondheidszorg – internationaal gezien – voorop loopt. De resultaten van de tuberculosebestrijding in ons land, gebaseerd op een sluitende epidemiologische werkwijze, zijn nog steeds de beste ter wereld. Het vaccinatieprogramma met een bereik van ruim 95% van de doelgroep, wordt eigenlijk nergens overtroffen. Ondanks deze voorbeelden, die bovendien niet alleen staan, is toch het begrip epidemiologie, onbegrijpelijkwerwijze, niet geworden tot een expliciete, algemeen toegepaste en wetenschappelijk uitgebouwde doctrine. Van de 8 medische faculteiten in ons land beschikken er zegge en schrijve twee over een leerstoel voor epidemiologie (daarnaast heeft de Landbouwhogeschool in Wageningen een buitengewoon hoogleraar). Dit feit alleen al is illustratief voor de achterstand op epidemiologisch gebied. Sinds het verschijnen van de Structuurnota Gezondheidszorg (1974) waarin de term 'openbare gezondheidszorg' met enige

nadruk werd gehanteerd is er een continue discussie over de inhoud van dit begrip, dat toch niets meer – maar ook niets minder! – inhoudt dan wat in andere landen al sinds lang als ‘public health’ of ‘community health’ bekend is: de collectief gerichte preventieve zorg.

Opleidingen

Zoals reeds gesteld doet de behoefte aan deskundige managers zich voelen in alle sectoren van de gezondheidszorg en op alle niveaus. Evenals dat geldt voor de ontwikkeling van de epidemiologische expertise op het gebied van de volksgezondheid, is ook op het gebied van de opleidingen voor management in de gezondheidszorg sprake van een achterstand vergeleken met – alweer – de Engelssprekende landen. De opleidingen op dit gebied zijn in ons land beperkt gebleven tot enkele beroepsgroepen. Voor artsen voorzien de opleidingen sociale geneeskunde nauwelijks in de specifieke behoefte aan opleiding in management, er is dan nog een opleiding voor leidinggevende verpleegkundigen, een cursus ziekenhuisbeleid etc.

Voor de meeste andere disciplines die momenteel in steeds grotere mate bij het beheer van de gezondheidszorg worden betrokken bestaan echter geen gerichte gespecialiseerde opleidingen. Dit geldt voor de juristen, economen, gedragswetenschappers, ingenieurs, financieel deskundigen, etc., die – bij welke instantie of instelling dan ook – werkzaam zijn op het gebied van de gezondheidszorg. Van een overkoepelende post-academische opleiding in gezondheidszorg-management voor alle disciplines tezamen is geen sprake, ondanks het lyrisch woordgebruik dat alom gehanteerd wordt zodra zaken als multidisciplinaire samenwerking ter sprake komen.

Het voorbeeld van de Angelsaksische landen toont echter dat het wel degelijk mogelijk is vertegenwoordigers van de hierboven genoemde disciplines in een gezamenlijke opleiding – met behoud van de rijkdom van hun sterk variërende achtergronden – nader te professionaliseren in gezondheidszorg-management. Het voorbeeld waarnaar men zich in ons land zou kunnen richten en wat betreft de ontwikkeling van de epidemiologie en wat betreft de ontwikkeling van managers voor de gezondheidszorg is het instituut dat in de Engelssprekende landen bekend staat als School of Public Health (en dat in Franssprekende landen reeds voerde tot het oprichten van ‘Ecoles de Santé Publique’).

Sociaal-geneeskundigen

Wat de postacademische opleiding tot sociaal-geneeskundige betreft, blijkt het vrij starre schema van differentiëring in vier, nu

vijf takken, niet meer geheel in overeenstemming met de maatschappelijke behoeften, terwijl ook de opleidingen te weinig terugkoppeling hebben met het veld, met de werkgever.

Gezien de telkens veranderende maatschappelijke structuur met zich steeds wijzigende behoeften aan sociaal-geneeskundige deskundigheid zal gestreefd moeten worden naar een soepeler systeem, dat het aan de sociaal-geneeskundige beroepsbeoefenaren ook mogelijk moet maken al naar gelang van de functie over te schakelen naar een andere deskundigheid. Het systeem van korte applicatiecursussen met aantekeningen op het sociaal-geneeskundig diploma zou hier een oplossing kunnen bieden. Dergelijke applicatiecursussen die aanpassing moeten geven aan de zich steeds wijzigende eisen van de maatschappij vergen van de instituten die belast zijn met de opleidingen een grote diverse deskundigheid. Alleen hierom al is een concentratie van het postacademische sociaal-geneeskundig onderwijs gewenst zo niet noodzakelijk.

Geen civiel effect

Ten aanzien van de ontwikkeling van de artsenopleiding in het algemeen passen enige kritische opmerkingen. De ontwikkeling waar hierop wordt gedoeld is gegroeid uit de wens vanuit de huisartsenkringen tot een specifieke beroepsopleiding te komen met een eigen registratie. Kennelijk was men niet bereid de verregaande consequenties daarvan onder ogen te zien. Deze ontwikkeling had onder meer tot gevolg dat thans het artsdiploma feitelijk geen civiel effect meer heeft. Met het artsdiploma zelf – men spreekt horribele dictu van basisarts-diploma – kan men geen stap vooruit. Men is niet verder gekomen dan de basis, het fundament, maar voor de bovenbouw is de financiering niet vastgesteld. Het nieuwe artsdiploma – anders dan de wetenschappelijke universitaire doctoraal diploma's, een vakdiploma – geeft echter in wezen geen bevoegdheid om een geneeskundig vak zelfstandig uit te oefenen. De brede, echter nu reeds enige jaren gekanaliseerde instroom van medische studenten moet thans drie smallere specialisatiekanalen passeren waarvan de gezamenlijke capaciteit kleiner is dan die van het aanvoerkanal. Het gevolg is een stuwmeer van wachtende ‘basisartsen’ voor wie door de specifiek gerichte opleiding buiten het medisch zorgverleningssysteem nauwelijks emplot te vinden is.

Buitenlandse artsen

In 1976 werd aan 53 buitenlandse artsen de bevoegdheid verleend tot uitoefening van de geneeskunst. Dit aantal ligt ongeveer op hetzelfde niveau als vorig jaar en is dus lager

dan een aantal jaren terug. In 1977 zal het aantal verleende bevoegdheden ongetwijfeld toenemen door het van kracht worden van de richtlijnen van de EEG betreffende de vrije circulatie van artsen uit de 9 lidstaten.

In het verslagjaar bestond contact met een Nigeriaanse commissie, die o.a. Nederland bezocht voor oriëntatie betreffende de gezondheidszorg, doch ook als opdracht had te proberen Nigeriaanse artsen die in Europa en Amerika waren opgeleid te bewegen naar hun eigen land terug te keren. Ook de WHO geeft veel aandacht aan de verontrustende ‘brain drain’ ten koste van de ontwikkelingslanden. Ondanks dat stellen de artsen uit die landen die in Nederland werden opgeleid in het kader van de ontwikkelingssamenwerking alles in het werk hier te blijven. Enige van hen hebben zelfs naturalisatie aangevraagd. Inmiddels gaat het recruterende van Nederlandse artsen voor de ontwikkelingslanden nog steeds door!

Ziekenhuizen

Reeds jarenlang neemt het aantal ziekenhuizen regelmatig af, door fusie en door sluiting van kleinere inrichtingen. In 1976 zette deze ontwikkeling zich voort en daalde het aantal ziekenhuizen met 6 tot 237. Ondanks een toename van het aantal opnames met ruim 3% daalde het totaal aantal verpleegdagen opnieuw, evenals het gemiddelde bezettingspercentage. De oorzaak hiervan ligt in de nog steeds verdergaande verkorting van de gemiddelde opnameduur. Vergelijking met de situatie in omringende landen toont aan dat deze opnameduur in ons land nog steeds langer is dan absoluut noodzakelijk te achten is. Te verwachten is dus dat de opnameduur zich ook in de toekomst zal voortzetten en zal leiden tot steeds lagere bezettingspercentages, ondanks toename van het totaal aantal opnames. Bij onderzoek en uit de literatuur bleek een aanzienlijke verlenging van de opnameduur tengevolge van ziekenhuisinfecties. Afgezien van de grote problemen die dit voor de patiënt met zich brengt, zijn ook de consequenties hiervan voor de kosten van de opname van groot belang. Een goed georganiseerde hygiënische bewaking van het totale ziekenhuisgebeuren is daarom noodzakelijk, allereerst vanwege de belangen van de patiënten. Ten aanzien van de kosten van de hygiënische bewaking kan gesteld worden dat deze zich zelf betaalt door het reduceren van het aantal verpleegdagen dat anders tengevolge van ziekenhuisinfecties onnodig toeneemt. Een belangrijk gebeuren was het verschijnen van het rapport ‘Intercollegiale toetsing in algemene ziekenhuizen’, waarin methoden van toetsing en de onderwerpen die daaronder kunnen vallen worden behandeld. Grote waardering dient uitgesproken te worden voor dit initiatief van de specialisten en

ziekenhuisdirecteuren gezamenlijk. Zoals reeds vroeger werd betoogd, kan de overheid geen kwaliteitsnormen opstellen. Dit is de taak en de verantwoordelijkheid van de professie zelf. Wel kan de overheid de normen door de professie opgesteld overnemen en in een wettelijk kader plaatsen.

Verpleeghuizen

In dit jaarverslag wordt een overzicht gegeven van de ontwikkeling van het verpleeghuiswezen gedurende een 14-tal jaren, dus de periode waarin deze sector van de gezondheidszorg volledig werd uitgebouwd. Gesteld kan worden dat de oorspronkelijke opzet van het verpleeghuis, als voorziening tussen het ziekenhuis en het eigen huis c.q. bejaardenhuis, aan de bedoeling heeft voldaan.

Een steeds duidelijker indicatiestelling tot opname wordt gehanteerd en het functioneren van staf en personeel werd steeds beter afgestemd op de behoeften van de patiënten. Voortdurende evaluatie blijft echter nodig om, daar waar nodig, tot gewenst geachte verbetering te komen; dit geldt zowel ten aanzien van het functioneren binnen het verpleeghuis als voor de samenwerkingsverbanden met ziekenhuizen, eerstelijnsvoorzieningen en bejaardenoorden.

De in vroegere jaren geformuleerde desiderata betreffende de minimumcapaciteit en de ruimtelijke vormgeving van het verpleeghuis bleken adequaat te zijn en behoeften weinig bijstelling. Hetzelfde geldt voor de normen die opgesteld worden voor de beddenbehoefte. Nu de aanwezige beddenscapaciteit de behoefte gaat naderen, verdient het aanbeveling te komen tot afbouw van de AWBZ financiering van verpleging in niet-erkende huizen. Door het invoeren van de dagbehandeling in 1977 wordt deze afbouw des te urgenter. Per regio zal bezien dienen te worden hoe dit gerealiseerd kan worden.

Verpleegkunde

Zoals steeds in de afgelopen jaren, werd ook in het verslagjaar veel aandacht besteed aan de opleidingen voor en de structuur van de verpleegkundige zorgverlening. Op vele niveaus vinden gesprekken plaats met alle betrokkenen betreffende deze voor de gezondheidszorg uitermate belangrijke problematiek.

Wat betreft de verpleegkundige aspecten van de maatschappelijke gezondheidszorg werd in het verslagjaar aandacht besteed aan de grote lijnen die aan het werk ten grondslag liggen. Hierbij is de plaatsbepaling van de verpleegkunde in de eerstelijnsgezondheidszorg van groot belang.

Dit betreft de eigen inbreng van de verpleegkundige die verduidelijking behoeft

nu de gestructureerde samenwerkingsverbanden met andere disciplines toemenen. Deze verduidelijking dient te stoeien op een onderbouwde theoretische visie op de verpleegkunde als zodanig, verder toegespitst op de eerstelijnszorg.

Vanuit deze optiek werd aandacht gegeven aan de ontwikkeling van de leidinggevende verpleegkundige taak in de grotere verbanden, zoals de hoofdeenheden van het kruiswerk. Een belangrijk aspect van deze leidinggevende taak is de samenwerking met de districtsverpleegkundigen en de hoofdverpleegkundigen.

De personeelsproblemen in de uitvoerende sector van het kruiswerk blijven de aandacht vragen. Het aantal niet volledig bevoegde wijkverpleegkundigen neemt helaas nog steeds toe. Verheugend is dat op een aantal plaatsen begonnen kan worden met de part-time opleiding tot verpleegkundige in de maatschappelijke gezondheidszorg.

Paramedische beroepen

Het aantal paramedische beroepen werd uitgebreid met één, namelijk het beroep van radiologisch laborant. Voortgang werd gemaakt met de besprekingen voor de erkenning van logopedisten, chiroprodisten en arbeids-ergotherapeuten. Bij de eindexamens fysiotherapie werd ook dit jaar weer een verbetering van het percentage geslaagden bereikt, hetgeen tot voldoening stemt. Anderzijds rijst de vraag of de opleidingscapaciteit niet te groot is in verhouding tot de aantallen fysiotherapeuten voor wie de gezondheidszorg emplooi kan bieden. In 1975 waren al meer dan 5400 fysiotherapeuten werkzaam en op een bepaald ogenblik zal toch een verzadiging van de behoefte bereikt worden. Dit klemmt des te meer aangezien steeds groter wordende aantallen buitenlandse fysiotherapeuten alhier werkzaam zijn, voornamelijk in de grensprovincies. Naast de paramedische beroepen en buiten de voor die beroepen geldende wettelijke regeling ligt een steeds breder wordend veld van andere gezondheidszorgberoepen, de zogenaamde assisterende beroepen. Hieronder vallen de operatie-assistenten, dokters- en tandartsassistenten, ECG-laboranten etc. Nadere regeling van deze beroepen is, om reden van kwaliteitsgaranties van de gezondheidszorg, van belang te achten.

Verkeersongevallen

Het aantal verkeersongevallen in 1975 met persoonlijk letsel was geringer dan in 1974. Ook het aantal dodelijke ongevallen liep beduidend terug van 2546 in 1974 naar 2321 in 1975. Helaas zette deze tendens zich niet voort in 1976, in welk jaar weer een toename

viel te constateren.

De grote getallen gewonden en doden ten gevolge van het verkeer blijven een merkwaardige paradox van de moderne levenswijze in onze maatschappij. Enerzijds een gigantisch individueel leed ten gevolge van dood of verminking, met ongehoorde kosteneffecten voor de gehele samenleving, waarvan echter een zeer groot deel te voorkomen zou zijn; anderzijds een grote preventieve inspanning om een ziekte met een uiterst geringe frequentie als bijvoorbeeld phenylketonurie te voorkomen.

Uit de gegevens van de registratie van het ambulancevervoer in alle provincies blijkt dat de hulp die tijdens het ambulancevervoer aan de patiënten wordt verleend duidelijk voor verbetering vatbaar is. In het algemeen komt deze hulpverlening vrijwel niet boven het niveau van E.H.B.O. uit. Geavanceerde reanimatietechnieken worden vrijwel niet toegepast, hoewel een verbetering te zien valt bij de door de GGD beheerde ambulancediensten.

Ondanks de continue bedreiging van de mens door traumata blijft de traumatologie een achtergebleven deel van de hulpverlening.

Verloskunde

Het geboortecijfer daalde opnieuw gedurende het verslagjaar, doch de daling was geringer dan in vorige jaren. Het percentage ziekenhuisbevallingen nam opnieuw toe en liep op tot 55% in 1975, met evenredige afname van de huisbevalling. Het aandeel van de huisartsen in de verloskunde blijft nog steeds verminderen. Het gemiddelde aantal bevallingen per huisarts bedraagt nu ongeveer 10. Op zich zelf zegt dat gemiddelde natuurlijk weinig, doch de vraag rijst welk aantal bevallingen een huisarts minimaal per jaar moet doen om nog beschouwd te kunnen worden als een ervaren verloskundige. Het is gewenst dat de professie zich hierover uitsprekt zodat regels gesteld kunnen worden. Een zeer lichte stijging trad op bij de perinatale sterfte: 13,9‰ in 1975, 14‰ in 1976. Conclusies kunnen hier niet uit worden getrokken.

Bij de kraamzorg werd in het verslagjaar, voor het eerst na jarenlange teruggang, een toename van het aantal verzorgingen gerapporteerd. Een belangrijke reden hiervoor is — o.a. — de sterke toename van het aantal poliklinische bevallingen, die door kraamzorg thuis worden gevolgd. Het valt wat betreft de kraamzorg te hopen dat deze ontwikkeling zal worden voortgezet. Aan de poliklinische bevalling dienen in ieder geval stringente eisen te worden gesteld met betrekking tot de continuïteit van de verzorging. Indien echter aan deze eisen wordt voldaan lijkt een poliklinische bevalling met kraamzorg thuis een bevredigender oplossing dan volledige hospitalisatie van bevalling en kraambed.

Ongevallen

In de leeftijdsklasse tot 19 jaar zijn er ieder jaar 1400 dodelijke ongevallen. Aanmerkelijk groter is het aantal jeugdigen dat jaarlijks als gevolg van een ongevalsletsel in een ziekenhuis opgenomen moeten worden: 30.000. Voor de eerste levensjaren ligt de nadruk op ongevallen in en om de woning. De belangrijkste categorieën hiervan zijn: vallen, verbrandingen, verstikking, vergiftiging en verdrinken. Voor de preventie van deze huisongevallen zijn twee factoren van belang: betere veiligheidsverlichting en betere productieveiligheid (babywiegjes, speelgoed, flessensluitingen etc.). In de leeftijd van 5-14 jaar zijn huisongevallen veel minder belangrijk en krijgen de verkeersongevallen de overhand.

Besmettelijke ziekten

De wijziging van de Besmettelijke Ziektenwet, die per 1 januari 1976 van kracht werd, gaf weinig problemen wat betreft de aangifte van infectieziekten. De nieuwe aangifteprocedure lijkt een positieve invloed gehad te hebben op de bereidheid tot melden. Ook van de betrekkelijk grote groep infectieziekten, waarvoor in het verslagjaar een aangifteplicht ontstond op grond van de nieuwe wet, werden grote aantallen gevallen aangegeven. In hoeverre de aangegeven aantallen overeenstemmen met de werkelijke incidentie is niet bekend. Bij mazelen kon dat wel worden nagegaan, door vergelijking met de cijfers van deze ziekte afkomstig van het Peilstationproject. Uit deze vergelijking bleek dat van mazelen slechts een geringe fractie werd aangegeven. De waarde van de peilstations voor de morbiditeitsregistratie werd ook hierdoor weer duidelijk aangetoond. 1976 was het derde opeenvolgende jaar dat geen enkel geval van kinderverlamming werd aangegeven.

In verband met het steeds kleiner aantal gevallen van pokken dat tijdens de W.H.O.-eradicatiecampagne in de laatste haard in Afrika werd gevonden hebben 3 Nederlandse laboratoria het variola virus waarover zij beschikten vernietigd. Alleen het RIV blijft nog over dit virus beschikken. Het aantal gevallen van malaria dat aangegeven wordt neemt regelmatig toe onder invloed van de steeds frequentere contacten van Nederlanders met tropische gebieden. In bijna al deze gevallen blijkt dat malaria prophylaxe of niet of onvoldoende werd toegepast. Helaas deed zich weer een dodelijk geval voor van een infectie met malaria tropica, opgelopen in West-Afrika. Niet genoeg kan er de nadruk op worden gelegd dat een falciparum infectiemalaria tropica – een zeer gevaarlijke ziekte is, die dikwijls dodelijk verloopt en waartegen prophylaxe een afdoende bescherming geeft.

Wat betreft de statistische gegevens aangaande de geslachtsziekten die in dit jaarverslag worden gerapporteerd dient de

aandacht te worden gevestigd op 4 gevallen van blenorhoea neonatorum die werden aangegeven. In geen der gevallen werd de prophylaxe volgens Credé toegepast. Het lijkt onverdedigbaar deze simpele en veilige voorzorgsmaatregel niet toe te passen, zeker niet nu de frequentie van gonorrhoea aanzienlijke waarden bereikt. Eenzelfde opmerking geldt het feit dat bij 2 zuigelingen congenitale syphilis werd gevonden. Hoe langer hoe meer blijkt dat serologisch onderzoek op syphilis tijdens de zwangerschap verwaarloosd wordt; vooral bij een tweede of latere zwangerschap komt dit voor. De behandelend arts of verloskundige gaat er in vele gevallen kennelijk van uit dat een negatief resultaat van het serologisch onderzoek tijdens de eerste zwangerschap een syphilitische infectie later uitsluit. Deze gedachtengang is niet juist. Bij iedere zwangerschap ongeacht de pariteit behoort het uitvoeren van serologisch onderzoek tot het onmisbare routineonderzoek. Het voorkomen van aangeboren syphilis dient in ons land te worden beschouwd als het gevolg van een kunstfout.

Tuberculosebestrijding

De artsen in opleiding voor de vijfde tak sociale geneeskunde, die gericht is op de tuberculosebestrijding, voltooiden hun theoretische scholing en begonnen hun praktische activiteiten in de tuberculoseconsultatiebureaus. Het is te hopen dat opnieuw kandidaten voor deze opleiding kunnen worden aangetrokken om op deze wijze het afnemend artsenbestand voor de consultatiebureaus te kunnen aanvullen.

Dat instandhouding van een het gehele land verzorgende tuberculosebestrijding noodzakelijk is, blijkt opnieuw uit de mortaliteits- en morbiditeitscijfers betreffende tuberculose voor het verslagjaar. Beide categorieën vertoonden in 1975 een, zij het geringe, stijging vergeleken met het voorgaande jaar. Op zich is dit zeker niet verontrustend, doch het is duidelijk dat van een snelle verdere afname van de tuberculose gedurende de laatste jaren geen sprake is. De tuberculose-mortaliteit steeg van 182 in 1974 naar 199 in 1975. De morbiditeit steeg van 2119 naar 2230, of te wel van 16 per 100.000 inwoners naar 17 per 100.000. Een in belangrijkheid toenemende factor is het aantal tbc-gevallen bij buitenlanders, dat met 473 in 1975 nu meer dan 20% van de totale incidentie vertegenwoordigt. Elf gevallen van niet-primaire aandoeningen van hersenvliezen en centraal zenuwstelsel werden vermeld, hetgeen een nogal verontrustend hoog aantal is. In 1975 kwamen 6 explosies voor. In sanatoriumafdelingen werden 227 patiënten behandeld, meer dan eenderde hiervan (79) waren buitenlanders. In totaal werden in het verslagjaar 5678 personen in behandeling genomen; meer dan de helft hiervan onderging een prophylactische behandeling.

Medisch tuchtrecht in 1976

Uit het jaarverslag van de Geneeskundige Hoofdsinspecteur van de Volksgezondheid blijkt, dat van de vijf colleges voor medisch tuchtrecht in eerste aanleg 265 beslissingen werden ontvangen (Groningen 10, Zwolle 3, Amsterdam 142, 's-Gravenhage 71, en Eindhoven 39). In 43 gevallen werd door de colleges in eerste aanleg een maatregel opgelegd, bestaande uit 25 × een waarschuwing, 8 × een berisping, 8 × een schorsing en 2 × een ontzegging van de bevoegdheid. In hoger beroep werden 3 beslissingen waarbij een maatregel was opgelegd gewijzigd in vrijspraak, zodat 40 maatregelen gehandhaafd bleven.

Wat betreft de hoedanigheid van klagers moge worden verwezen naar het volgende overzicht:

Klacht ingediend door	aantal klachten	aantal maatregelen
Patiënt	151	16
Echtgeno(o)t(e) van patiënt	36	4
Ouder(s) van patiënt	40	7
Kind(eren) van patiënt	11	4
Andere familie van patiënt	9	2
Inspecteur	8	6
Anderen	10	1
Totaal	265	40

De hoedanigheid van beroepsbeoefenaren tegen wie een klacht werd ingediend is in het onderstaande overzicht weergegeven.

Beroepsbeoefenaren	Aantal klachten	Aantal maatregelen
ARTSEN	239	33
van wie		
– eigen huisarts	58	10
– waarnemend huisarts	24	5
– specialist	111	14
– assistent specialist	6	0
– sociaal geneeskundige	25	1
– overige artsen	15	3
TANDARTSEN	22	6
VROEDVROUWEN	4	1
TANDHEELKUNDIGEN	0	0
Totaal	265	40

De categorie 'overige artsen' bestaat uit geneesheer-directeuren van inrichtingen voor gezondheidszorg (4), artsen in een abortuskliniek (2), artsen werkzaam voor- of verbonden aan een strafinrichting (3), niet gespecialiseerde artsen werkzaam in een

ziekenhuis (3), GG en GD-artsen (3). Ten opzichte van het vorig verslagjaar is het klachtenpatroon enigszins gewijzigd. De klachten tegen huisartsen (eigen dan wel waarnemend) zijn afgenomen van 97 in 1975 naar 82 in 1976. Het aantal klachten tegen specialisten vertoont een opgaande lijn (91 in 1975, 111 in 1976). De behandelde zaken tegen beide artsen werkzaam in een abortuskliniek hebben veel aandacht gekregen vanwege het feit, dat de beslissingen van het desbetreffende college (Amsterdam) in het openbaar zijn uitgesproken. Van de mogelijkheid tot het in het openbaar uitspreken van beslissingen wordt door de colleges in eerste aanleg in het algemeen een schaars gebruik gemaakt. Slechts wanneer het algemeen belang ermee is gediend, vindt een openbare uitspraak plaats. In de onderhavige zaken betrof het een klacht van de regionale geneeskundige inspecteur van de volksgezondheid tegen de artsen wegens grove onzorgvuldigheden en nalatigheden bij het verrichten van abortus provocatus. Van belang hierbij is het uitgangspunt van het college voor wat betreft de beoordeling van de klachten. Het college heeft zich op het standpunt gesteld, dat het verstoren van zwangerschap op zichzelf niet zonder meer als een laakbare handeling, die het vertrouwen in de stand der geneeskundige ondermijnt, behoeft te worden beschouwd. De klachten zijn overigens gegrond bevonden.

Aard van de klachten met tussen haakjes het aantal opgelegde maatregelen

- niet of te laat komen op verzoek	19	(4)
- onjuiste behandeling	75	(12)
- geen of onvoldoende zorg	55	(8)
- onvoldoende of te late informatie aan patiënt	12	(1)
- onheuse bejegening	16	(1)
- niet of te laat verwijzen naar specialist	12	(4)
- onjuiste of op onvoldoende grond afgegeven verklaring of rapport	28	(1)
- onjuiste declaraties	2	(2)
- schending beroepsgeheim	3	(2)
- onzedelijk gedrag ten opzichte van patiënt	1	(0)
- overige klachten	42	(5)
Totaal	265	(40)

Evenals vorig jaar is het aantal niet te rubriceren klachten tamelijk hoog. De klachten in deze categorie zijn veelal van uiteenlopende aard hetgeen moge blijken uit de volgende bloemlezing. Een aantal van deze klachten was niet duidelijk geformuleerd. De klager bleek in deze gevallen niet in staat voldoende duidelijk te maken wat zijn klacht behelsde, zelfs niet nadat hem door het college hiertoe een tweede gelegenheid was geboden. Enige

Totaal overzicht van de beslissingen van alle tuchtcolleges tezamen (1976)				
Klacht ingediend door:	Inspecteur	Patiënt	Anderen	Totaal
Waarschuwing	1	11	11	23
Berisping	-	2	6	8
Boete	-	-	-	-
Schorsing	3	3	1	7
Ontzegging bevoegdheid	2	-	-	2
Afgewezen zonder nader onderzoek	-	46	15	61
Afgewezen ongegrond	2	77	68	147
Gegronde (geen maatregel)	-	3	1	4
Niet ontvankelijk resp. niet voor behandeling vatbaar	-	4	4	8
Tijdens behandeling ingetrokken	-	5	-	5
Totaal	8	151	106	265

klachten hadden geen zinnige achtergrond. Zo werd een arts aangeklaagd wegens poging tot vergiftiging van patiënt, een andere arts werd verweten, dat hij bij patiënt zendapparatuur in de neus zou hebben aangebracht. Een aantal klachten in deze categorie had betrekking op de behandeling in inrichtingen voor gezondheidszorg. Sommige waren gericht tegen vervroegd ontslag uit ziekenhuis, één klacht had betrekking op onvoldoende opvang in ziekenhuis en één klacht handelde over een ziekenhuisopname, welke volgens patiënt ten onrechte zou hebben plaatsgevonden. In één geval werd een arts aangeklaagd, omdat hij zonder toestemming sectie had verricht. De klacht werd gegrond bevonden en de arts werd de maatregel van berisping opgelegd. Verder waren enige klachten gericht tegen handelingen van een arts die zich in de marge van de beroepsuitoefening afspeelden. Zo werd een arts verweten, dat hij niet had medegewerkt aan het toewijzen van een woning aan de patiënt, terwijl 2 x een klacht was ingediend, omdat de arts dwang uitgeoefend zou hebben tot werkhervatting van patiënt. Tenslotte nog een opmerkelijke zaak. Dit betrof een klacht tegen een arts die bij een operatie niet de nodige zorgvuldigheid had betracht. Na constatering van de gevolgen hiervan door een andere arts, was de arts niet verder met patiënt in contact getreden,

omdat hem volgens zijn zeggen door of vanwege de verzekeringsmaatschappij waarbij het risico voor wettelijke aansprakelijkheid voor beroepsfouten was ondergebracht, op het hart zou zijn gedrukt geen handelingen te verrichten waaruit erkenning van schuld op te maken zou zijn. Het college heeft de arts de maatregel van waarschuwing opgelegd. Uit de zaak blijkt het gevaar van verzakelijking van de arts-patiënt relatie tengevolge van bepalingen van de zijde van verzekeraar.

Ook in 1976 hebben enige colleges gebruik gemaakt van de mogelijkheid beslissingen te publiceren. Het college te Amsterdam heeft 7 beslissingen bekend gemaakt en het college te 's-Gravenhage 2 beslissingen. Het centraal college heeft één beslissing gepubliceerd. Dit betrof overigens een zaak waarvan de beslissing door het college in eerste aanleg eveneens was gepubliceerd. Nagegaan is in hoeveel zaken in het verslagjaar klager resp. verweerder zich van rechtskundige bijstand hebben voorzien. Het aantal zaken waarbij alleen klager een advocaat had ingeschakeld bedroeg 33, dit is 12½ % van het totaal aantal beslissingen. In 43 zaken had uitsluitend verweerder gebruik gemaakt van rechtskundige bijstand (16%). Verder bedroeg het aantal zaken waarbij zowel klager als verweerder zich van rechtskundige bijstand hadden verzekerd 13 (5%).

Tussen eerste en tweede echelon

Begripsafbakening en algemene beschouwing
over onderzoek op macroniveau naar verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers

II. Verwijzingen, opnemingen en verpleegduurcijfers op macroniveau

Doelstelling en verantwoording

De laatste vijf jaar is op het gebied van onderzoek naar de invloed van structurele factoren als aard en omvang van klinische voorzieningen op verwijs- en opnameratio's per bevolkingseenheid een indrukwekkende hoeveelheid studies gepubliceerd.

De belangrijkste groep publikaties is afkomstig uit het Economisch Instituut der Rijksuniversiteit Leiden (onder leiding van Prof. Dr. B. M. S. van Praag), welk instituut met veel methodische vakbekwaamheid hard op weg is een serie bruikbare wiskundige modellen voor de gezondheidszorg te construeren. De conclusie die de Leidse onderzoekers trekken in hun belangrijkste rapport: 'Het ziekenhuis in de gezondheidszorg', over de invloed van de omvang van de klinische voorzieningen en de huisartsendichtheid op het aantal opnamen per 1.000 inwoners, zien er solide en gefundeerd uit; de aanvallen van verschillende zijden (Hoogendoorn 1975), Gruyters en Slikker (1975 a+b) worden zo afdoende en krachtig afgeslagen dat men zich de vraag kan stellen of het niet een zekere verspilling van tijd en inspanning kan worden genoemd nogmaals deze platgetreden paden op te gaan. Waarom niet eenvoudigweg de door de Leidse werkgroep gevonden relaties instemmend weergegeven en overgegaan tot de overgebleven vraagstukken: de invloed van praktijk-, huisartsen- of patiëntenkenmerken op verwijs- en opnamecijfers? Welnu, er waren toch enkele overwegingen om een stukje 'modellenbouw' en macro-analyse in ons onderzoek in te lassen, zoals vaker bij het bedrijven van wetenschappelijk onderzoek het

In een drietal artikelen geven de auteurs een samenvatting van de openingshoofdstukken uit hun rapport: 'Tussen eerste en tweede echelon' deel I: 'Begripsbepaling en algemene beschouwing over onderzoek op macroniveau naar verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers'.

In een eerste bijdrage (MC nr. 4/1978, blz. 105) behandelden zij het verwijzen als wetenschappelijk begrip; ook gingen zij in op het aggregatieniveau. Dit tweede artikel zal gewijd zijn aan een literatuuronderzoek onder auteurs die zich hebben beziggehouden met verwijzen op macroniveau. Verschillende onderzoeken worden hierbij naast elkaar geplaatst.

Dit artikel zal worden gevolgd door een kritische bespreking van de studies van de werkgroep-Van Praag.

door B. H. Posthuma en J. van der Zee

Drs. B. H. Posthuma, econoom, is medewerker van het Instituut voor Sociaal Medische Wetenschap aan de Rijksuniversiteit te Groningen (directeur Prof. Dr. H. H. W. Hogerzeil).

Drs. J. van der Zee, socioloog, is verbonden aan het Nederlands Huisartsen Instituut te Utrecht (directeur C. P. Bruins).

geval is: een mengeling van theoretische en opportunistische motieven. Om met de laatste categorie te beginnen: de in de tijd dat dit onderzoek werd opgezet versijnde gemeentelijke cijfers uit het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen waren eigenlijk te mooi om te laten liggen. Hoe aardig zou het niet zijn, als we met dit nieuwe materiaal van recenter datum (1974) de bevindingen van Van Praag e.a. konden bevestigen. De overwegingen van theoretische aard werden gevoerd door de kritische kanttekeningen die hier en daar bij het rapport van Van Praag zijn geplaatst. Met name vonden wij het niet geheel en

al terecht, dat bijvoorbeeld de *inhoud* van de kritiek van Gruyters en Slikker in het vuur der discussie verloren dreigde te gaan. Bovendien werden wij getroffen door het gegeven dat de relatie tussen (gemiddelde) praktijkgrootte en verwijs- of opnamecijfers nergens elders werd teruggevonden. Tenslotte kwamen wij niet goed uit de voeten met de in het onderzoek gebruikte kernbegrippen 'vraag' en 'aanbod'.

Kortom, voldoende redenen om van de gelegenheid gebruik te maken en op basis van de in het LISZ-jaarboek 1974 gepubliceerde gegevens, aangevuld met enkele zich onder handbereik bevindende andere gemeentekenmerken, enkele schattingspogingen te wagen. De noodzaak hiertoe werd versterkt, doordat in de publikatie 'Het ziekenhuis in de gezondheidszorg' – in tegenstelling tot de eerder verschenen studie 'Vraag- aanbodrelaties in de sector gezondheidszorg' (1973) – geen schattingen van verwijscijfers¹ zijn gepubliceerd (noot 1: zie volgende blz.) In onze opzet zijn deze echter essentieel.

Vóórdat we de publikaties van de Leidse werkgroep en de reacties

daarop kritisch beschouwen, geven we eerst een overzicht van elders gepubliceerde relevante literatuur.

Recente literatuur

De sterk stijgende kosten in de sector gezondheidszorg – kosten die voor een belangrijk deel bestaan uit door ziekenhuizen in rekening gebrachte verpleegprijzen – hebben onderzoek op dit terrein een belangrijke prikkel gegeven. Het is immers voor een onderzoeker in dit veld bevredigender en spectaculairder zijn publikaties te kunnen afronden met een besparing van x miljoen gulden of dollars dan met een abstract percentage verklaarde variantie.

Het brandpunt van dergelijke onderzoeken wordt gevormd door de invloed van klinische voorzieningen op verschillen in frequentie van ziekenhuisopnamen en verwijscijfers. Binnen dit terrein zijn echter, zoals in de volgende paragraaf zal worden geïllustreerd, verschillende benaderingen mogelijk.

Enkele relevante onderzoeken

Naast de onderzoeken van de Leidse werkgroep bespreken we een vijftal onderzoeken die elk in zekere zin karakteristiek zijn voor een bepaalde benadering van onze centrale vraagstelling: 'In welke mate worden verwijs-, opname- en verpleegdurencijfers beïnvloed enerzijds door aard en omvang van de beschikbare klinische voorzieningen en

anderzijds door bevolkingskenmerken, en welke is de relatie tussen laatstgenoemde factoren?'

Men kan in de literatuur *twee duidelijk verschillende benaderingen* onderscheiden: de eerste stroming heeft als motto: 'Toegenomen aanbod van klinische faciliteiten schept toenemende vraag naar klinische hulp', de tweede stroming stelt dat toename van de vraag (bijvoorbeeld door veranderingen in de mentaliteit van de bevolking) voorafgaat aan de toename van het aanbod.

Gelukkig is er nog een derde groep auteurs, die zich de vraag stelt of aan te tonen is welk van beide stromingen het dichtst de werkelijkheid benadert. Een voorbeeld van een dergelijk auteur is de Amerikaan Harris, die door middel van de techniek der pad-analyse (een techniek geschikt om causale ketens te construeren) aantoonde dat de 'aanbod schept vraag'-hypothese voor zijn onderzoeksmateriaal beter met de werkelijkheid overeenkomt dan de 'vraagstijging gaat vooraf aan toename aanbod'-hypothese.

Harris stelt, dat als vergroting van de vraag naar bedden leidt tot een sterke toename van het aanbod en het gebruik van ziekenhuisbedden, de relatie tussen aanbod en gebruik zal verdwijnen als men in het model een initiële waarde voor de vraag naar ziekenhuisbedden invoert (twee variabelen maten in dit onderzoek deze initiële vraag: de bezettingsgraad der onderhavige ziekenhuizen in 1960 en het gemiddelde aantal patiënten per dag per 1.000 inwoners). Wanneer daarentegen de toename van het aantal bedden wordt gerealiseerd los van de behoefte, de noodzaak daaraan, om vervolgens een vergroting van de vraag te scheppen, dan zal een relatie tussen aanbod en gebruik blijven bestaan, ook met als verklarende variabele de initiële waarde van de vraag naar bedden. Vervolgens zal dan, indien de vergroting van de vraag door toename van het aanbod wordt gerealiseerd doordat de beslissingen van artsen over opname en duur wijzigen, de relatie tussen aanbod en gebruik verdwijnen als in het model interveniërende variabelen, die een afbeelding zijn van deze toename in opnamefrequentie en ligduur, worden ingevoerd. Harris' resultaten bevestigen de laatste redenering. Men kan zich hierbij nog wel afvragen of meting van de toename van bedden aan de hand van een proportionele stijging, waar afgezien wordt van de

omvang van het beginniveau, de resultaten niet beïnvloedt. Tenslotte is stijging in een gebied met een hoog voorzieningenniveau wel iets anders dan stijging in een gebied waar nog een zekere achterstand valt in te halen, zoals Philipsen laat zien voor de relatie tussen groei in omvang (beddental) en complexiteit (specialismen) van algemene ziekenhuizen in Nederland over de periode 1956-1966. Philipsens studie heeft niet rechtstreeks te maken met de vraagstelling aangaande de relatie tussen beddenaanbod, verwijzingen en bedgebruik, omdat bij hem als onderwerp van onderzoek de interne verhouding tussen omvang en complexiteit van ziekenhuizen fungeert. De resultaten van zijn onderzoek bevestigen het *primaat der complexiteit*: toename van specialismen gaat vooraf aan uitbreiding van omvang. Wanneer men deze organisatorische veranderingen in een breder kader – in dit geval de verstedelijking van de samenleving. – beziet, dan vindt men dat het beddental van ziekenhuizen ongeveer voor alle urbanisatie-categorieën evenredig toeneemt, maar dat wat de toename van het aantal specialismen betreft en van een zekere inhaalstijging in de 'Nederlandse provincie' sprake is.

Het onderzoek van de Amerikaan Anderson is niet zozeer gekozen vanwege de bijdrage tot de oplossing van een theoretisch dilemma (de onderzoeker gaat er zonder nadere adstructie van uit dat toegenomen aanbod toegenomen vraag creëert) maar omdat hij in zijn gecompliceerd model dit toegenomen aanbod (beddental, specialistendichtheid) probeert te verklaren uit de veranderingen binnen het sociale systeem, waarvan de medische voorzieningen een onderdeel vormen. Nu moet men zich van Andersons 'social systems model' ook weer niet al te veel voorstellen: als exogene variabelen (de niet verder verklaarde oorzakelijke variabelen) noemt hij het percentage negers, het percentage Spaanse-Amerikanen (hij onderzoekt regionale verschillen in Nieuw-Mexico), het percentage personen in stedelijke gebieden en de aantallen huisartsen en specialisten tien jaar voor de onderzoeksdatum (1964). Als zogenaamde endogene, onafhankelijke variabelen (die op hun beurt weer worden verklaard uit de bovengenoemde exogene groep) noemt

1. Wel wordt door de werkgroep in haar artikel over het macrorekenmodel (1976) een publikatie over verwijscijfers aangekondigd en enkele resultaten al vermeld:

- De huisarts fungeert als drempel van het tweede echelon; hoe kleiner de huisartspraktijk, hoe minder er wordt verwezen.
- Bij een groot aanbod van specialisten is het verwijsspercentage relatief hoog.
- In dichtbevolkte gebieden wordt relatief veel verwezen, evenals in gebieden met veel bejaarden.
- Het verwijsgedrag van huisartsen is niet onafhankelijk van het verzekeringssysteem.
- Er is sprake van autonome, niet met andere variabelen samenhangende trendmatige stijging van het verwijsspercentage.

hij het percentage bejaarden, het percentage ouder dan 25 jaar en met meer dan 12 jaar opleiding, het percentage met een inkomen van minder dan \$ 3.000, het aantal huisartsen per 100.000 inwoners in 1974, het aantal specialisten per 100.000 inwoners in 1974 en het aantal ziekenhuisbedden per 1.000 inwoners. Afhankelijke variabele is het aantal verpleegdagen per 1.000 inwoners. Al deze variabelen bij elkaar geven natuurlijk zeer vele uitkomsten. Het zou te ver voeren deze alle te vermelden; we volstaan met een enkele greep: Er is een negatieve wisselwerking tussen aantallen huisartsen en specialisten. In de VS (in Nieuw-Mexico) is er een sterk verband tussen verstedelijking, opleidingsniveau, specialistendichtheid tien jaar terug, beddental enerzijds en de huidige specialistendichtheid per 1.000 inwoners anderzijds, terwijl huisartsen meer voorkomen in plattelandsgedebieden zonder ziekenhuisbedden, waarbij het aantal huisartsen van 1964 in veel mindere mate voorspellend is voor de huisartsendichtheid in 1974. Anderson spreekt ook van een duidelijke substitutie (niet alleen in tijd maar ook regionaal): in verstedelijkte, rijkere gebieden met inwoners met een hoog opleidingsniveau verdwijnt de huisarts en verschijnt de specialist. Ook ziet men een negatieve relatie tussen ziekenhuisbedden en huisartsendichtheid en een positieve relatie tussen beddental, inkomensniveau, percentage bejaarden (toegenomen vraag!) en specialistendichtheid. Uiteindelijk worden *opnamen* dan weer *beïnvloed door beddental en specialistendichtheid en verpleegduur door beddental en percentage bejaarden*. In die zin sluit Andersons studie zeer wel aan bij de door Van Praag en vele anderen gevonden relatie tussen bedaanbod en bedgebruik.

Zoals gezegd, het is ons inziens een verdienste dat ook achterliggende factoren van invloed op beddental, specialisten- en huisartsendichtheid, worden bestudeerd, het is echter wat overdreven om dit nu een sociale systeembenadering te noemen. In dat geval zou men medische consumptie en ziektegedrag of bedgebruik in verband moeten brengen met een grote reeks van andere gedragsvormen en al deze vormen van

afwijkend of ziektegedrag moeten kunnen verklaren uit de sociale structuur, die dan wel wat gefundeerder mag worden geïndiceerd dan met de gebruikelijke percentages stedelingen, zwarten, armen, dommen en ouden van dagen. Er bestaat een studie, waar deze veel ruimere opzet inderdaad gekozen is, namelijk de wat oudere studie van *Drop*. Het onderzoek bestaat uit drie delen, waarvan twee gedeelten zijn gepubliceerd (1971, 1972 a en b). In de eerste publikatie (1971) wordt een brede scala van per gemeente verkrijgbare statistische gegevens (volkstelling 1960) omtrent afwijkend (van blanco stemmen tot agressieve misdrijven) en ziektegedrag gereduceerd tot een tweetal gedragsdimensies, namelijk 'vluchtgedrag' en 'agressief gedrag'. Helaas is over ziektegedrag veel minder veelzijdig materiaal verkrijgbaar; alleen sterftecijfers, besmettelijke ziekten, opnamen in algemene ziekenhuizen en psychiatrische inrichtingen, en afkeuringen uit militaire dienst. Het eerste gedragstype (vluchtgedrag) is kenmerkend voor forensengemeenten in het westen des lands en bevat variabelen als: echtscheiding, niet stemmen, laag huwelijks- en geboortecijfer, emigratie, migratie en opnamen in psychiatrische ziekenhuizen wegens neurosen, terwijl de gemeenten in het zuiden des lands en de grote steden hoog scoren op de tweede factor, die bestaat uit criminaliteit (agressieve misdrijven, vermogensmisdrijven), ongeldige stemmen en de *opnamecoëfficiënt in ziekenhuizen*. Vervolgens (1972) wordt onderzocht wat de invloed van zogenaamde cijfers producerende instanties is op de gevonden gedragsfrequenties. Het gaat hier bijvoorbeeld om de relatie politiesterke-criminaliteit, opnamecapaciteit van ziekenhuizen en opnamecoëfficiënt, aanwezigheid van bureaus voor alcoholisme en het aantal verslaafden, afstand tot psychiatrische inrichtingen en opnamecoëfficiënt aldaar. *Drop* vindt dat de gevonden ziektegedrag-variabelen: cijfers voor doodgeboorte, zuigelingensterfte, sterfte aan hart- en vaatziekten en kwaadaardige nieuwvormingen en afkeuringen militaire dienst *niet* (1960) worden beïnvloed door het aantal huisartsen, wijkverpleegsters of beschikbare ziekenhuisbeddagen. Opnamen in ziekenhuizen en

inrichtingen worden *wel* sterk beïnvloed door de maximale opnamecapaciteit, maar *niet* door de huisartsendichtheid (*Drop* 1971, p. 91 e.v.). Gemeentelijke opnamecijfers in psychiatrische inrichtingen worden sterk beïnvloed door de afstand van gemeente tot inrichting. De invloed van urbanisatiegraad – los van de maximale opnamecapaciteit – is sterk en positief voor de opnamecoëfficiënt in algemene ziekenhuizen en minder sterk (wel significant) voor de opnamecoëfficiënt in psychiatrische inrichtingen. Het derde onderzoeksdeel, waar zowel de afwijkende gedragsdimensies als de omvang van de cijfers producerende, orde handhavende, instanties moeten worden verklaard uit een veelheid van veranderingen van de structuur der samenleving (met name uit de steeds verder gaande arbeidsdeling en de toenemende complexiteit) is, helaas, nog niet gepubliceerd.

De enige duidelijke aanhanger van de 'toegenomen vraag schept groter aanbod school' in recente literatuur is eigenlijk *Belleman*, medewerker van het Nationaal Ziekenhuis Instituut. Zijn redenering is als volgt: algemene maatschappelijke processen (hij baseert zich op Zola en Illich) hebben als effect gehad dat het begrip 'ziekte' een veel ruimere betekenis heeft gekregen. Een toenemend deel van het ongedefinieerde gebied van lichamelijk onwelbevinden wordt als ziekte betiteld, in die zin dat hiervoor medische hulp wordt ingeroepen. Gezondheid en ziekte zijn steeds centraler komen te staan in de belevingswereld van mensen en dat alles resulteert in een sterk toenomen medische consumptie. Deze toename richt zich het eerst op de huisarts, die een (constant blijvend) gedeelte van zijn patiënten zelf behandelt, maar de rest doorstuurt naar hogere echelons, waar ook alweer een constant percentage wordt opgenomen. De beginvraag neemt toe; de hulpverleners hebben een soort van constante verwijs- dan wel opnameneiging, maar door de stijging van de beginvraag bij de huisarts ontstaat er een volumestijging in de vraag naar specialistische hulp, waaraan wordt beantwoord door een toename van specialisten en bedden. *Belleman* baseert zijn onderstellingen – die in onderhavige studie overigens niet worden getoetst – op de volgende zaken:

- a. het aantal verwijzingen per 1.000 ziekenfondsverzekerden stijgt sneller dan het aantal opnamen (verwijzingen van 330,75 in 1960 tot 456,73 in 1974 = 38% stijging; opnemingen van 80,2 in 1960 tot 108,6 in 1974 = 32% stijging);
- b. de verhouding opnamen-verwijzingen blijft ongeveer constant (23,6 opnamen/100 verwijzingen in 1960; 22,6 opnamen/100 verwijzingen in 1974);
- c. de toename in gebruik van klinische voorzieningen vindt voornamelijk en het sterkst plaats op het gebied van de minder ingrijpende verrichtingen (gebruik operatiekamer met een stijging van 60% voor de meest complexe diagnostische verrichtingen en van 500% voor de minst complexe; idem voor therapeutische ingrepen (67% stijging hoogste categorie, 600% stijging (1960-1974) voor de minst ingewikkelde therapeutische ingrepen);
- d. in de weinige studies waar het handelen van de huisarts onderwerp van onderzoek is (hij noemt de onderzoeken van Buma, Bramlage, Van Es en Pijlman) wordt ongeveer 75% van de gevallen zelf behandeld en voor 25% specialistische hulp ingeroepen (in de drie studies varieert dit percentage overigens van 21% tot 30%);
- e. transversale verschillen in verwijs- en opnamefrequenties (zoals de verschillen tussen leeftijds- en geslachtscategorieën van patiënten of urbanisatiegraad van de gemeente) vertonen overeenkomst met de (in andere) studies gemeten verschillen in prevalentie van nieuwe aandoeningen in de huisartsenpraktijk (medische

consumptie stad hoger dan platteland, vrouwen bezoeken vaker huisarts dan mannen; Belleman, hfdst. 3).

Kortom, verwijzen en opnemen zijn een functie van een veranderde mentaliteit en veranderd morbiditeitspatroon van de bevolking, waardoor meer 'lichtere pathologie' bij de huisarts komt en waardoor bijgevolg ook de selectienormen omlaag gaan. Nu is een (Markov-achtige) beslistkundige benadering van selectieprocessen van eerste- naar tweedelijns gezondheidszorg en verder een op zichzelf interessante visie. Zij staat als louter formele benadering lijnrecht tegenover een zienswijze waar de (intrinsieke) kwaliteit van het medisch handelen het selectieproces stuurt en is als zodanig verfrissend te noemen. Bovendien vindt men hier voorbeelden in de literatuur (het door Zola beschreven experiment, waar een groep kinderen langs KNO-artsen werd gestuurd met de vraag of tonsillectomie geïndiceerd was; de kinderen voor wie dit het geval was werden uit de groep gelaten, het restant werd met dezelfde vraag naar de volgende KNO-arts gestuurd, enz.; iedere keer werd eenzelfde fractie uitgekozen voor een operatie).

Toch is het de vraag of de door Belleman aangehaalde voorbeelden zijn betoog wel voldoende steunen. Zo is het bijvoorbeeld niet verantwoord uit de inderdaad vrijwel constant gebleven relatie opnemen-verwijzen over het totaal generaal van alle verwijs- en opnamecijfers, conclusies te trekken over beslisprocessen bij individuele huisartsen en specialisten. Immers:

1. dit totale gemiddelde is samengesteld, zelfs op het hoogst geaggregeerde niveau, uit *afnamen*²⁾ (zelfs monotoon dalende afnamen) bij chirurgie, kindergeneeskunde, dermatologie en *toenamen* bij oogheelkunde en psychiatrie, twee specialismen met buiten normale patronen vallende verwijs- en opnamecijfers;

2. gesteld dat de 'mentaliteit van de bevolking' enigszins te indiceren zou zijn met 'urbanisatiegraad van de woongemeente', dan zou ook in transversale studies de relatie tussen aanwezigheid of omvang van het voorzieningenapparaat en opnamecoëfficiënt (of verhouding opnemen-verwijzen) moeten verdwijnen bij invoering van deze urbanisatie-variabele.

Onze eigen onderzoeksresultaten echter bevestigen de conclusies van Kruidenier (1967, 1977), namelijk dat afstand en omvang enerzijds en urbanisatiegraad anderzijds, van elkaar onafhankelijke bijdragen leveren aan verschillen tussen gemeentelijke verwijs- en opnamecijfers.

Conclusies

Hoewel de gepresenteerde selectie van literatuur geen representatief beeld van de verschillende stromingen geeft en wellicht onze eigen impliciete voorkeur voor de 'aanbod schept vraag-hypothesen' weergeeft, zijn de argumenten voor laatstgenoemde stelling ons inziens sterker dan voor het tegendeel.

Men zou echter de kanttekening kunnen maken dat het, *tenzij men van het bestaan van evidente onderconsumptie en een omvangrijk reservoir van latente behoeften uitgaat* – maar, paradoxaal genoeg, wijzen Bellemans eigen cijfers over het gebruik van de operatiekamer in het ziekenhuis niet in deze richting –, eigenlijk voor het voeren van beleid niet eens zoveel terzake doet hoe de causale relaties tussen vraag en aanbod liggen.

Gruyters en Slikker (1975 a) roepen protesterend uit dat men natuurlijk het aantal opnamen kan verminderen door ziekenhuizen te sluiten, gelijk men het aantal verkeersongevallen op een kruispunt tot nul kan reduceren door dat kruispunt op te breken, maar het is een feit dat men *als* men concludeert dat het kwalitatieve niveau der klinische consumptie te zeer is gedaald naar verhouding tot het niveau der geboden zorg (hetgeen het geval is wanneer zaken die op een lager niveau kunnen worden afgehandeld te hoog terecht komen), het volume der zorg kan beperken, ongeacht of het hier een autonome vraagstijging of een door toegenomen aanbod gegenereerde consumptietoename betreft.

Literatuur

Anderson, James G.
A social systems model of hospital utilization.
Health Services Research, 11, 1976, p. 271-287.

Belleman, S. J. M.
Ontwikkelingen in de vraag naar specialistische hulp.
NZI, Utrecht, 1977.

2. Belleman, p. 42:

- interne geneeskunde: van 33,5 (1960) naar 29,7% (1974) = 11%;
- kindergeneeskunde: van 68,7% (1960) naar 51,3% (1974) = 25%;
- chirurgie: van 37,7% (1960) naar 28,1% (1974) = 25%;
- dermatologie: van 6,4% (1960) naar 3,8% (1974) = 41%

KNO blijft constant, er is een toename bij oogheelkunde (+ 29%) en zenuw-zielsziekten (+ 13%).

Drop, Maria J.
Kenmerken van gemeenten en verschillen in
afwijkend en ziektegedrag.
Leiden, NIPG, 1971.

Drop, Maria J.
Kenmerken van gemeenten en verschillen in
afwijkend en ziektegedrag: dimensies in
coping behavior.
Sociologische Gids, 17, 1972(a), p. 368-392.

Drop, Maria J.
De geldigheid van geregistreeerde
frequenties van afwijkend en ziektegedrag.
Maandblad Geestelijke Volksgezondheid,
27, 1972(b), p. 2-11.

Gruyters, J. W. en D. Slikker.
Gezondheidszorg en modellenbouw.
Medisch Contact, 30, 1975(a), p. 48-56.

Gruyters, J. W., D. Slikker en M. Knapen
Het rapport-Van Praag.
Medisch Contact, 30, 1975(b), p. 1298-1299.

Harris, Daniel M.
An elaboration of the relationship between
general hospital bed supply and general
hospital utilization.
Journal of Health and Social Behavior, 16,
1975, p. 163-172.

Hoogendoorn, D.
Het rapport-Van Praag.
Medisch Contact, 30, 1975, p. 1045-1047.

Kruidenier, H. J.
Een onderzoek naar de factoren die de
hoogte van het verwijsperscentage
beïnvloeden.
Utrecht, LISZ, 1976.

Kruidenier, H. J.
Afstand tot ziekenhuis van invloed op
verwijspatroom.
Inzet (1), 1977, p. 32-99.

LISZ
Jaarboek 1974.
Utrecht, 1976

Philipsen, H.
De omvang en complexiteit van algemene
ziekenhuizen.
in: De gewone ervaring leert al anders.
Afscheidsbundel ter nagedachtenis aan A.
N. J. den Hollander, Samson, Alphen a/d
Rijn, 1977.

van Praag, B. M. S.
Ontwikkeling van een macro-rekenmodel
gezondheidszorgsysteem.
Leiden/Leidschendam, 1972.

van Praag, B. M. S. van der Gaag, J. en F. F.
M. Rutten
Vraag-aanbodrelaties in de sector
gezondheidszorg.
Leiden, 1973.

van Praag, B. M. S.

Naschrift bij kritiek van Hoogendoorn en
Gruyters en Slikker
Medisch Contact, 30, 1975, p. 1056-1060 en
p. 1299.

van Praag, B. M. S.
Vier (ziekenhuisbedden) per duizend
(inwoners) is voldoende.
Lezing symposium Stichting Studiecentrum
Ziekenhuiswetenschappen najaar 1975,
gepubliceerd in de bundel: Planning,
ordening en regionalisatie in de
gezondheidszorg,
Lochem, 1976.

Rutten, F. F. H., van der Gaag, J. en B. M.
S. van Praag
Het ziekenhuis in de gezondheidszorg.
Leiden, 1975.

Rutten, F. F. H. en J. van der Gaag
Het macro-rekenmodel.
Tijdschr. v. Soc. Geneesk., 54, 1976, p.
710-715.

Zola, I. K.
De medische macht.
Meppel, 1973.

Theoretische cursus bevolkingsonderzoek 1978

Het Centraal College voor
bevolkingsonderzoek op tuberculose
deelt mede dat voor het verkrijgen van
de bevoegdheid tot het verrichten van
röntgenologisch bevolkings- en
groepsonderzoek op tuberculose een
bijzondere opleiding is vereist
bestaande uit: a. praktische opleiding;
b. theoretische cursus; c. cursus
fundamentele stralingshygiëne.

ad. a De duur van deze opleiding is
afhankelijk van de opleiding en
ervaring van de betrokken arts op het
gebied van het röntgenologisch
borstsonderzoek en kan variëren van
156 dagen tot 30 dagen, een en ander ter
beoordeling door het Centraal College.

ad. b De theoretische cursus
bevolkingsonderzoek zal, (bij
voldoende deelname en bijzondere
omstandigheden voorbehouden)
gegeven worden op de woensdagen 24
en 31 mei a. s. in het gebouw van de
Stichting Hogere School voor
Gezondheidszorg, Leidseweg 83 te
Utrecht. Voor deze cursus zal Dr. R.
Vanderschueren spreken over de
röntgendiagnostiek van

niet-tuberculeuze longafwijkingen, en
Dr. T. v. d. Werf over het
röntgenonderzoek van hart- en
bloedvaten, terwijl Dr. H. A. van
Geuns een college zal houden over de
vroege diagnose van longtuberculose
en mw. M. A. Baas de doelstelling,
organisatie en resultaten van het
massa-onderzoek op tuberculose in
Nederland zal belichten.
De aan deze cursus verbonden kosten
bedragen f 75,— voor de twee
cursusdagen tezamen. De collegetijden
zijn van 9.00-13.00 uur en van
14.00-16.30 uur.

ad. c De cursus fundamentele
stralingshygiëne is in 1970 van
overheidswege verplicht gesteld voor
iedere arts die met bepaalde

röntgenapparaten werkt of gaat werken
en wordt, meestal eenmaal per twee
jaar, georganiseerd door het Dr. J. A.
Cohen Instituut voor Radiopathologie
en Stralenbescherming te Leiden. De
eerstvolgende cursus zal waarschijnlijk
in 1979 worden gehouden.
Zij die de *theoretische cursus* willen
volgen dienen zich *vóór 1 mei a. s.* op te
geven bij het secretariaat van het
Centraal College voor
bevolkingsonderzoek op tuberculose,
p.a. mevr. A. S. Noordanus-Ackers,
Soestdijkseweg 165, Bilthoven,
telefoon 030-783935.

Op dit adres worden eveneens nadere
inlichtingen verstrekt over het
verrichten van het röntgenologisch
massa-onderzoek op tuberculose.



'Beweeg, maar beweeg verstandig'

Een bijdrage over recreatiesport

De recreatiesport is jarenlang het stiefkind geweest van de Nederlandse sportwereld. De belangstelling was gericht op de georganiseerde sport en bovenal op de topsport.

Successen van onze sportmensen streelden ons nationaal zelfbewustzijn, soms tot in het bizarre toe. De eenvoudige recreant kreeg echter geen of verkeerd gerichte belangstelling. Het was meer regel dan uitzondering dat de goedwillende trimmer, die in zijn eentje in het park aan het hollen was, werd nageroepen met de kreet 'ze hebben hem al!', wat velen de lust tot verdere activiteit ontnam.

Gelukkig is er nu een kentering te zien. Zowel overheid als sportwereld beginnen belangstelling te krijgen voor de recreatiesport. Het ministerie van CRM heeft zelfs, in samenwerking met de Nederlandse Sportfederatie, vorig jaar de actie 'Sport Real' van start doen gaan met het doel de recreatiesport te bevorderen, doch men zette zich hierbij zo krampachtig af tegen de georganiseerde sportwereld, dat de actie mislukte, omdat een aantal essentiële voorwaarden voor succes over het hoofd was gezien en de gemakzucht van de doorsnee Nederlander ernstig was onderschat. Het is nu veelal nog een negatieve motivatie – een doorgemaakt hartinfarct bijvoorbeeld – die maakt dat de Nederlander zijn leefpatroon verandert en meer gaat bewegen. Toch is bewegen noodzakelijk, daar is menigeen nu wel van overtuigd. Velerlei argumenten worden steeds krachtiger herhaald en met reden. Wat tot nu toe over de morbiditeit van hart- en vaatziekten bekend is, maakt dat het streven naar een goede conditie krachtig dient te worden gestimuleerd om de risicofactoren voor het krijgen van een infarct of vasculair accident te

door **A. G. M. F. Brok, arts**



A. G. M. F. Brok was vanaf zijn afstuderen, eind 1963, tot 1 maart 1977 in diverse functies als militair arts werkzaam o.a. als medisch begeleider van de nationale militaire voetbalselectie. Vanaf eind september 1974 was hij belast met de functie van Hoofd Sport Medisch Centrum bij de landmacht. Voor zijn stimulerende en coördinerende activiteiten ten behoeve van de sportgezondheidszorg – binnen de krijgsmacht in het bijzonder – ontving hij op 8 november 1975 de aanmoedigingsprijs voor sportgeneeskunde. Sedert 1 maart 1977 is hij Hoofd van de afdeling Bedrijfsgeneeskunde van de GG en GD te Utrecht. Hij is sinds november 1976 lid van het bestuur van de Vereniging voor Sportgeneeskunde.

verminderen.

Daarnaast is bewegen fijn; een toename van de fysieke conditie gaat tevens gepaard met een toename van de 'mentale conditie'. Reeds de klassieke spraken over 'Mens sana in corpore sano' en recente onderzoeken hebben de waarde van deze uitspraak alleen maar bevestigd. Zo vindt men bij een toename van het lichamelijke uithoudingsvermogen een toename van

de stress-tolerantie, terwijl ook de emotionele stabiliteit toeneemt¹. Daarnaast geeft fysieke inspanning een geestelijke ontspanning, welk therapeutisch effect tot nu toe veel te weinig op zijn waarde is geschat. Toch kan bewegen – na jaren van inertie – vooral voor ouderen enige risico's inhouden als zij niet enigszins medisch worden begeleid. De Vereniging voor Sportgeneeskunde heeft al op grote schaal de folder 'Beweeg, maar beweeg verstandig' verspreid, waarin tal van adviezen zijn verwerkt. Speciaal op de trainingsadviezen voor recreanten en eventuele risico's die aan bepaalde vormen van training zijn verbonden, wil ik in deze bijdrage nader ingaan.

Training en trainingsadviezen

Hoewel er natuurlijk talrijke methoden zijn om door sportbeoefening de conditie te verbeteren komt de Amerikaan Kenneth Cooper toch de eer toe een trainingsprogramma te hebben ontwikkeld dat de ongetrainde recreant in staat stelt zonder hulp van een gediplomeerd oefenmeester een alleszins redelijke en meetbare conditieverbetering te bewerkstelligen. In zijn boeken 'Aerobics' en 'New Aerobics' gaat Cooper van het principe uit, dat training voor de ongeoefende er in de eerste plaats op gericht dient te zijn de zuurstofopname te verbeteren, omdat het lichaam beter functioneert, naarmate meer zuurstof ter beschikking staat. Er dient derhalve op een dusdanige wijze te worden getraind, dat vooral die organen verbeteren, die met de zuurstofopname en het zuurstoftransport te maken hebben. Het blijkt nu dat de *dynamische*

spierarbeid, welke *frequent* en met *toenemende intensiteit*, gedurende relatief korte perioden (20-30 minuten), wordt verricht in dit opzicht veruit het meest effectief is. Kortom, de trainingsprikkel dient vaak, kort en krachtig te worden toegediend. Bij het Coopertrainingsprogramma kan men per keer punten verdienen en als men 30 punten per week scoort, wordt een hoeveelheid trainingsarbeid verricht, die effect sorteert en meetbaar is. Deze vooruitgang in trainingstoestand is o.a. te meten met de Coopertest. Bij deze test wordt in 12 minuten een zo groot mogelijke afstand afgelegd. Het aantal meters dat hierbij wordt gelopen, geeft een indruk van de mate van getraindheid. De Coopertest dient regelmatig te worden herhaald, omdat aldus is na te gaan of en in hoeverre een duidelijke vooruitgang is geboekt. De opzet en uitvoering van het Cooper trainings- en testprogramma zijn verrassend eenvoudig en ontleen vooral hieraan hun grote praktische waarde, omdat de recreant die aan zijn conditie wil werken een aantal maatstaven in handen krijgt waarop hij zich kan richten. De Nederlandse Hartstichting en de Nederlandse Sport Federatie hebben de ideeën van Cooper dan ook overgenomen en op grote schaal verspreid in de folder 'Trim U fit'². Van wetenschappelijke zijde is overigens nogal wat kritiek geuit op de ideeën van Cooper. Vooral de test moest het ontgelden. Men vond deze methode te onnauwkeurig om een goed instrument te zijn voor conditiemeting. Ik acht dit discutabel. Niet alleen hebben ook andere onderzoekers een hoge correlatiecoëfficiënt gevonden in verhouding tot meetmethoden in het laboratorium, doch bovenal speelt mee dat de Coopertest tegelijkertijd bij grote groepen mensen is af te nemen, terwijl iedere andere methode om de maximale zuurstofopname te bepalen het nadeel heeft dat zij kostbaar is, veel tijd kost en slechts in speciaal daarvoor ingerichte laboratoria is te meten. Slechts de methode volgens Astrand, waarbij de maximale zuurstofopname wordt voorspeld, kan in 6 minuten worden afgehandeld en wordt om deze reden vaak op Sport Medische Adviescentra toegepast. Ook hier kan echter slechts een deelnemer per keer worden getest, terwijl ook deskundig personeel aanwezig moet zijn in tegenstelling tot de Coopertest, waarbij alleen een vierhonderd meter baan en een chronometer nodig zijn³.

Toch kan over het Coopertrainingsprogramma nog een kanttekening worden gemaakt: In de folder 'Trim u fit' treft men velerlei vormen van dynamische spierarbeid-trainingsschema's aan. Het nadeel van bijvoorbeeld wandelen en fietsen is echter dat men meestal niet een dusdanige hoeveelheid trainingsarbeid verricht dat objectieve verbeteringen meetbaar worden. Wel voelt men zich subjectief beter. Dit ontbreken van objectieve verbeteringen is toe te schrijven aan de omstandigheid dat noch bij wandelen, noch bij fietsen (verkeer) een hartfrequentie wordt bereikt van 130 slagen per minuut. Bekend is echter dat – wil een trainingseffect meetbaar worden – de trainingsprikkel dusdanig sterk moet zijn dat de polsfrequentie zeker 130 slagen per minuut bedraagt⁴. Het meest effectief uit het oogpunt van training is daarom hardlopen in de buitenlucht, omdat dan een intensiteit wordt bereikt die tot meetbare veranderingen leidt, want de polsfrequentie stijgt zeker tot 160-180 slagen per minuut, zelfs als men in een constant tempo loopt.

Trainingseffect

Indien men het trainingsprogramma gedurende een aantal maanden met voldoende intensiteit volhoudt, treedt een flinke, meetbare conditieverbetering op. Vooral in de eerste weken is deze verbetering spectaculair, hetgeen uitermate stimulerend werkt. Later wordt het moeilijker winst te boeken, want de verbetering verloopt niet lineair. Daarom ook moeten topsporters iedere dag veel zware trainingsarbeid verrichten om één centimeter hoger te springen of een seconde te winnen; de trainingswinst wordt hier slechts na zware inspanning bevochten. Naast een subjectief welbevinden is een aantal objectieve bevindingen meetbaar. Zo neemt de spiermassa toe, verbetert de coördinatie van de spieren en wordt door de toegenomen capillarisatie een groter lokaal uithoudingsvermogen gevonden. Men raakt niet meer zo snel vermoeid en ook gaat de spierpijn ontbreken die de eerste dagen zeer hinderlijk kan zijn. Dit komt doordat de spier nu vrijwel volledig aeroob kan werken, terwijl juist in het begin veel energie anaeroob moet worden gewonnen, waardoor melkzuur ontstaat dat mede

verantwoordelijk is voor het loodzware gevoel in de benen.

Naast het verbeteren van de zuurstofopname treedt ook een aantal aspecten op, dat uit het oogpunt van het terugdringen van risicofactoren van hart- en vaatziekten van belang is. Zo vindt men bij metingen een verbetering van de longventilatie en het hart gaat krachtiger en economischer functioneren; het maximale slagvolume neemt toe en de hartfrequentie wordt zowel in rust als bij spanning geringer.

Ook verbetert de coronaire circulatie, terwijl bloedvolume en hemoglobine eveneens toenemen. Voorts daalt een licht verhoogde of hoog normale bloeddruk vaak tot normale waarden. Door de mobilisatie van het onderhuids vetweefsel neemt de vetmassa af. Ook treedt een duidelijke daling op van de triglyceriden in het bloed omdat ook vrije vetzuren worden verbrand. Het cholesterolgehalte daalt onder invloed van lichamelijke inspanning veel minder. Hier zal dieet een handje moeten helpen⁵.

Als men dit rijtje overziet, valt direct op dat een aantal risicofactoren voor het ontstaan van hart- en vaatziekten – overgewicht, een te hoge bloeddruk, het triglyceridengehalte en een matige coronaire circulatie – alleen al door regelmatig te bewegen in gunstige zin verandert. Kortom, fysieke inspanning is de moeite waard.

Medische begeleiding

Hoewel intensieve lichaamsbeweging van ganser harte dient te worden gestimuleerd, zal medische begeleiding – zeker bij oudere mensen die lang niets hebben gedaan – noodzakelijk zijn. 'Rust roest' immers en het is zaak deze roest zorgvuldig en geleidelijk te verwijderen. Om deze reden is het aan te bevelen mensen ouder dan 35 jaar, die lang hebben stilgestaan en nu weer intensief willen gaan trainen, op een Sport Medisch Adviescentrum te laten keuren. Daar er echter nog te weinig goed functionerende SMA's zijn zullen ook huisartsen en sportkeuringsbureaus bij deze keuringen moeten worden ingeschakeld.

Bij het geneeskundig onderzoek dient vooral gelet te worden op:

- het hart- en vaatstelsel;
- de longen
- het houdings- en bewegingsapparaat.

Er is een aantal aandoeningen, dat training gecontraïndiceerd maakt, dan wel nader inspanningsfysiologisch, cardiologisch of orthopaedisch onderzoek noodzakelijk maakt. De voornaamste hiervan zijn:

- hart- en vaatziekten (bijvoorbeeld ischaemische hartziekten, aortastenose);
- hypertensie (diastole 110);
- longziekten, waarbij vooral de ventilatie en de diffusie zijn gestoord;
- aandoeningen van de onderste extremiteiten en/of de wervelkolom;
- recent doorgemaakte infectieziekten (cave myocarditis);
- aandoeningen die door verhoging van de lichamelijke belasting kunnen verergeren (glaucoom, ablatio retinae).

Vaak zal de arts ook de vraag te beantwoorden krijgen, welke sportvorm het beste kan worden gekozen. Voor ouderen is *duurtraining* (dat is een vorm van dynamische spierarbeid die minstens 3 minuten wordt volgehouden, waarbij 50 tot 70% van het maximale prestatievermogen wordt bereikt) altijd aan te bevelen. Een rustige duurloop in bos of park is – zoals reeds vermeld – veruit te prefereren, omdat dan voldoende inspanning wordt verricht om meetbare resultaten te kunnen boeken. De pols dient echter bij matig of ongetrainden ook weer niet te hoog te stijgen.

Piekbelastingen (sprinten) dienen bij voorkeur te worden vermeden. In het algemeen kan men stellen dat de pols minimaal tot 130 slagen moet, doch maximaal niet hoger dan 220 slagen per minuut minus de leeftijd mag stijgen.

Ook *statische* spierarbeid (trainen met gewichten bijvoorbeeld) is niet aan te bevelen, omdat wel de kracht toeneemt, doch aeroob vrijwel geen effect wordt gesorteerd. Bovendien is krachttraining ook weer een vorm van piekarbeid, waarbij veel ongunstiger polsfrequenties en bloeddrukstijgingen plaatsvinden dan bij een rustige duurtraining, waarbij het risico voor een gezond mens vrijwel nihil is.

Trimbanen en trimkamers

Op een aantal plaatsen in ons land zijn trimbanen aangelegd. Hierop kunnen de mensen gericht oefenen volgens de op de bijbehorende instructieborden

Wie heeft ervaring met het medisch tuchtrecht?

OPROEP

Dit jaar wordt herdacht dat de Medische Tuchtwet 50 jaar en de KNMG-rechtspraak 75 jaar bestaat. Een speciale serie artikelen in Medisch Contact zal hierop worden afgestemd. Een van de onderdelen van die serie zal zo mogelijk worden gewijd aan ervaringen van beroepsbeoefenaren met deze vorm van rechtspraak.

Ondergetekende verzoekt die collegae die bereid zijn mee te werken aan een vraaggesprek hierover – waarvan de weerslag absoluut anoniem zal worden behandeld – contact met hem op te nemen.

Utrecht, januari 1978

F. A. Bol, hoofdredacteur Medisch Contact

gegeven aanwijzingen. Trimbanen hebben echter het nadeel dat vrijwel alleen kracht- en coördinatieoefeningen kunnen worden gedaan, terwijl het uithoudingsvermogen weinig wordt getraind, tenzij tussen de oefeningen door voldoende kan worden gelopen. Ook geeft de trimbaan voor ongeoeffende mensen wat risico's, doordat bij regen de toestellen nat worden, waardoor de kans op ongevallen toeneemt.

Daarnaast heeft een aantal bedrijven in Nederland trimkamers ingericht voor het personeel. Dit is op zich een goede zaak, doch ook de trimkamers kennen weer het nadeel dat vooral op kracht en coördinatie kan worden getraind, terwijl alleen de hometrainer ter beschikking staat van diegenen die aan de conditie willen sleutelen. Hier geldt zeker de slogan 'liever echt dan namaak'; geen trimkamer kan immers de stimulans van het bewegen in de buitenlucht doen vergeten.

Besluit

'Trim u fit', 'Bewegen is fijn', 'Beweeg, maar beweeg verstandig', het zijn alle uitdrukkingen die steeds meer worden gehoord. Gelukkig zou ik willen zeggen, omdat zo duidelijk blijkt

dat men zich door meer en verstandig bewegen veel beter en gezonder kan voelen. In Nederland, waar zo langzamerhand de ene helft van de bevolking de andere helft op de één of andere manier begeleidt, zijn gezonde mensen met enthousiasme, initiatieven en verantwoordelijkheidsgevoel dringend nodig, al is het alleen maar om een frisse wind te laten waaien in onze verzorgingsstaat. De enige die het Nederlandse volk tot nu toe massaal in beweging heeft gekregen is sheik Yamani geweest.

Het mag echter worden betwijfeld of de door hem gevolgde methode – het dichtdraaien van de oliekraan in 1973 – door iedereen op prijs is gesteld.

Literatuur

1. A. G. M. F. Brok en F. M. Bertina: over physical fitness: Ned. Mil. Geneeskunde, T. 29,5 (1976), 188-196.
2. 'Trim u fit', NSF Brochure no 4, 1972.
3. A. G. M. F. Brok: De Coopertest, krom instrument of bruikbaar criterium, Militaire Spectator 145, 2 (1976), 77-80.
4. D. G. R. Findeisen e.a.: Grundlagen der Sportmedizin: J. A. Barth, Leipzig 1976.
5. J. F. de Wijn: Wat kan voeding bijdragen tot de primaire preventie van arteriosclerotische aandoeningen. NTvG 119, 13 (1975), 492-505.

Huisartsen gebruikten onjuiste middelen tegen praktijkuitoefening van collega

Klager vestigde zich als verloskundige te Y. Daartoe genoodzaakt door het teruglopende aantal geboorten, die hem onvoldoende bestaansmogelijkheid konden geven, heeft hij het plan opgevat ook Z, waar twee huisartsen gevestigd zijn, tot zijn praktijkgebied te maken.

Alvorens dit voornemen uit te voeren heeft hij contact gezocht met deze huisartsen. Deze hebben hem tijdens het enige gesprek dat daarover heeft plaatsgevonden duidelijk te kennen gegeven dat zijn komst niet gewenst werd en dat zij zich daartegen zouden verzetten. Daartoe voerden zij onder meer aan: de onverantwoordelijk grote uitgestrektheid van klagers praktijkgebied, de moeilijke verkeerssituatie en de onmogelijkheid om tot een verantwoorde waarnemingsregeling te komen. Tussen klager en de ter plaatse werkzame ziekenfondsen kwamen overeenkomsten tot stand waarin ook Z als zijn werkgebied werd erkend. De betreffende artsen werden hiervan, alsook van de daarin voor hun verloskundige praktijk gelegen implicaties op de hoogte gesteld door de ziekenfondsen. Klagers overeenkomst met de ziekenfondsen werd door de Ziekenfondsraad, ondanks de bezwaren die de beklagde artsen tegen de vestiging van klager hadden aangevoerd, bekrachtigd. Vervolgens hebben de beklagde artsen de ziekenfondsen verzocht hen als verloskundige te willen inschrijven, hetgeen deze geweigerd hebben op grond van het besluit van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid van 20 januari 1967 nr. 183683 'Beschikking verloskundige hulp ziekenfondsverzekering'. Daarin wordt bepaald dat verplicht verzekerden, behoudens in gevallen van medische noodzakelijkheid, bij

aanwezigheid van een verloskundige binnen het kader van de verplichte verzekering, geen aanspraak kunnen maken op verstrekking van gewone verloskundige hulp door een huisarts. Ook na de vestiging van klager te Z hebben beklagden aan verplicht verzekerden onder hun patiënten gewone verloskundige hulp verstrekt, waarvoor zij ten tijde van de zitting van de Raad noch aan hun patiënten, noch aan de ziekenfondsen een declaratie hadden toegezonden. De districtsraad achtte de klacht gegrond dat beklagden gratis gewone verloskundige hulp zijn gaan verlenen aan verplicht verzekerden teneinde klager de uitoefening van zijn praktijk te Z onmogelijk te maken, en legde daarvoor aan beklagden de maatregel op van schorsing van het lidmaatschap der KNMG voor de tijd van één jaar. Van deze uitspraak kwamen beklagden in beroep, met als verweer dat de districtsraad:

- ten onrechte had aangenomen dat zij gratis verloskundige hulp aan verplicht verzekerden hadden verstrekt;
- voornoemde beschikking, waardoor immers het recht op vrije artsenkeuze wordt aangetast, foutief geïnterpreteerd had, namelijk in zoverre de districtsraad daaruit de consequentie trok dat een arts zich bij aanwezigheid van een verloskundige van het verlenen van gewone verloskundige hulp zou dienen te onthouden;
- er ten onrechte aan voorbij ging dat de plaatselijke situatie het voor appellanten onaanvaardbaar maakte – wegens het daaraan voor hun patiënten verbonden risico – dat de verplicht verzekerden in hun praktijken voor het verkrijgen van gewone verloskundige hulp

uitsluitend op klager zouden zijn aangewezen.

Evenals de districtsraad kwam de Raad van Beroep tot het oordeel dat appellanten gratis verloskundige hulp aan de verplicht verzekerden onder hun patiënten hadden verstrekt. Ter zitting kwam vast te staan dat beklagden noch bij hun patiënten noch bij de ziekenfondsen een declaratie hadden ingediend, hoewel zij stelden zich het recht daartoe ten opzichte van de ziekenfondsen nog te hebben voorbehouden.

De Beschikking verloskundige hulp ziekenfondsverzekering brengt – aldus de Raad – met zich mede dat de huisarts óf geen gewone verloskundige hulp aan verplicht verzekerden zal verstrekken óf daarvoor het gebruikelijke particuliere honorarium in rekening zal brengen. Van aantasting van het recht van vrije artsenkeuze kan volgens de Raad bij de keuze: arts of verloskundige, geen sprake zijn. Ook verwerpt de Raad het verweer van appellanten wat betreft de interpretatie door de districtsraad van de 'Beschikking verloskundige hulp ziekenfondsverzekering'. Het staat de rechtsprekende organen der KNMG niet vrij de wenselijkheid van of de innerlijke waarde van een wettelijke maatregel, alsmede de daarop stoelende, door de aangewezen organen genomen beslissingen, te beoordelen.

De Raad kwam tot het oordeel dat appellanten zich met gebruikmaking van onjuiste middelen tegen de praktijkuitoefening van klager hadden teweergesteld en zich aldus handelende hadden gedragen in strijd met de waardigheid en de belangen van de geneeskundige stand. De uitspraak van de districtsraad werd vernietigd. Aan appellanten werd de maatregel van berisping opgelegd.

Stadsvroedvrouwen en stadsvroedmeester te Enkhuizen in het begin van de 19e eeuw

II: Stadsvroedvrouwen

Reeds in de 15e eeuw wordt in ons land gewag gemaakt van stadsvroedvrouwen, aangesteld om arme en minvermogene vrouwen verloskundige hulp te verlenen.

Tractement

Uit de thesauriersrekeningen van de stad Dordrecht, waarin de vroedvrouwen als bezoldigde ambtenaren het eerst in 1496 worden genoemd, blijkt dat zij een jaarlijks tractement genoten van f 12,—. In vergelijking met de stadschirurgijn was dit nog niet zo slecht, want deze laatste kreeg voor zijn bewezen diensten maar f 9,— 's jaars. Daarentegen stak het ongunstig af tegen de vergoedingen, die bijvoorbeeld de klokluider en de trompetter voor hun werkzaamheden kregen; zij ontvingen namelijk respectievelijk f 18,— en f 18,30 's jaars (Drogendijk, 1935).

Starmans (1930) deelt mede, dat er in Limburg in de stad Maastricht in 1601 'twee gezworen wijsvrouwen' waren. Het salaris was echter bijzonder laag, te weten f 6,— per jaar en 'een voeder accijnskolen'. In snel tempo is dit salaris in latere jaren opgetrokken, want in 1670 bedroeg het niet minder dan f 100,— 's jaars.

De stadsvroedvrouwen waren vanzelfsprekend onderworpen aan dezelfde regels als de gewone vroedvrouwen. Voor de stadsvroedvrouwen werd dan meestal volstaan met 'amplicaties' op het reglement voor de vroedvrouwen.

Oppervlakkig zou men denken dat het ambt van stadsvroedvrouw vroeger zeer begerenswaardig is geweest. Immers, behalve een vast salaris had zij vooral dit op haar collega's voor, dat

door *Prof. Dr. A. C. Drogendijk Sr.*



het stadsbestuur door de aanstelling tot stadsvroedvrouw als het ware een stempel op haar bekwaamheid had gedrukt. Toch vermeldt de literatuur, dat in de 18e eeuw meerdere steden met gebrek aan stadsvroedvrouwen te kampen hadden. Volgens Terne (1784) was het te Leiden zelfs zo erg, dat de plaatsen van stadsvroedvrouwen nimmer geheel vervuld waren. Vandaar dat meerdere stedelijke overheden speciale maatregelen namen om vacatures te voorkomen. Zo was volgens Baumann (1915) in Dordrecht, Utrecht, Gouda en Den Haag bepaald dat elke stadsvroedvrouw minstens één leerling moest hebben, met welke maatregel men hoopte gebrek aan verloskundigen te voorkomen. Andere maatregelen waren: vrij wonen voor de stadsvroedvrouwen, het niet behoeven te betalen van accijns op koffie, thee en bier, het mogen wonen op een hofje op haar oude dag, en dergelijke.

In latere tijden was het beeld van tekort aan stadsvroedvrouwen zo radicaal veranderd dat het stadsbestuur zelfs eisen kon gaan stellen, om op die manier de bekwaamste verloskundige te kunnen aanstellen. Zo moest in

Dordrecht in 1748 de 'beroepen' vroedvrouw een examen afleggen. Om nu een dergelijk beroep aantrekkelijk te maken werden in het vooruitzicht gesteld: vergoeding van de verhuiskosten en, bij gehuwde vroedvrouwen, het gratis verlenen van burgerrecht aan de man. Daar stond dan tegenover dat de betrokkene zich verbond twaalf jaar in de stad te blijven (Drogendijk, 1935).

Instructie

Uit de instructie voor stadsvroedvrouwen te Enkhuizen blijkt dat er in het begin van de 19e eeuw drie stadsvroedvrouwen waren, ieder met een eigen wijk (art. 1). Als eisen werden gesteld: vijf jaar verloskundige praktijk, te goeder naam en faam bekend staan, 'zachtmoedigheid in de behandeling van min-vermogenen, zowel als van voorzichtigheid en tegenwoordigheid van geest' (art. 2). In art. 3 is geregeld de eed, die de stadsvroedvrouwen in handen van het stadsbestuur moesten afleggen alvorens hun functie te aanvaarden. Deze eed luidde aldus:

'Ik beloove en zweere, dat ik deze stad Enkhuizen getrouw zal dienen als haar Vroedvrouw, en alle arme, en vermogende, zwangere en andere vrouwen, voor zoo verre zij mijnen dienst als Vroedvrouw nodig hebben en verzoeken, en binnen deze Stad en haar Rechtsgebied wonen, aanstonds zal te hulpe komen. Dat ik van deze arme en onvermogene vrouwen, voor deze mijnen hulp, nooit eenige winst of belooning, onder welk voorwendsel ook, of hoe ook genaamd, zal bedingen, eischen of aanneemen. Dat ik in het behandelen van dezelve met al mijn

vermogen en volgens de beste regelen der Vroedkunde, zoo verre die mij bekend zijn, alle mijn pogingen zal aanwenden om haar hulp te bieden, op dezelfde wijze als ik doen zoude, indien zij vermogend waren, en gelijk ik hetzelfde met een goed geweten, voor een Alwetend God wensche te verantwoorden. Zoo waarlijk helpe mij God almagtig'.

Wat opvalt in deze eed is dat er een paragraaf ontbreekt, handelend over onwettig geboren kinderen. Volgens de literatuur toch behelsde de door gewone of stadsvroedvrouwen af te leggen eed bijna altijd een paragraaf voor het aangeven van 'onechte' kinderen. Geyl (1897) stelt hierbij de vraag of soms juristen de hand in de samenstelling van deze eden gehad zouden hebben, terwijl Bakker (1924) hieromtrent opmerkt dat het onderzoek naar het vaderschap altijd een zaak is geweest waarmee men zich gaarne afgaf, hetzij om godsdienstige redenen, hetzij uit medelijden met moeder of kind. Onzes inziens is een en ander genoegzaam daaruit te verklaren, dat de overheid zoveel mogelijk wilde voorkomen dat er onwettige kinderen ten laste van de gemeenschap kwamen. Indien immers de naam van de vader bekend was, dan konden de eventuele lasten op hem worden verhaald. Dat in de te Enkhuizen af te leggen eed een dergelijke passage ontbreekt, is waarschijnlijk te danken aan de omstandigheid, dat in het algemeen reglement voor de verloskunde in de artikelen 28 en 30 hierover speciaal wordt gehandeld.

Uithangbord

In artikel 4 staat vermeld de taak van de

* Reglement voor de Vroedkunde.

stadsvroedvrouwen, te weten het bijstaan van alle arme en onvermogene vrouwen ten tijde van hun bevalling, 'en dat wel ten allernaauwkeurigsten, en met alle die voorzorgen, welke in II Reglement C* zijn vastgesteld'.

Verder was zij volgens artikel 4 verplicht aan haar woning een uithangbord te bevestigen, waarop aangebracht haar naam en, daaronder de aanduiding 'Stadsvroedvrouw'. Het 'uitsteeken' van een uithangbord was overigens een oude gewoonte der vroedvrouwen, waarvan reeds in de 17e eeuw gewag wordt gemaakt. Dit blijkt uit een request, gedateerd 2 maart 1666, waarin een inwonster van Dordrecht aan het stadsbestuur verzocht een uithangbord te mogen uithangen (Drogendijk, 1935). Volgens Van Andel (1928) had dit bord de vorm van een ruit en was het voorzien van toepasselijke symbolen (zuigeling, baringsstoel, klisterspuit) ofwel een bijbelse voorstelling als bijvoorbeeld Mozes in het biezen korfje. 'Dit uithangbord moest te Amsterdam, volgens de keur van 8 juni 1704, worden ingehaald, wanneer de vroedvrouw voor zes weken of langer 'gesuspenderd' was, als straf ervoor, dat zij niet nuchter bij haar patiënte was gekomen of zich in eenig ander opzicht misdragen had' (Baumann, 1915). Mocht een stadsvroedvrouw niet kunnen voldoen aan haar verplichting een barende bij te staan, hetzij omdat zij reeds bij een bevalling aanwezig was, hetzij door ziekte 'of andere ongelegenheden', dan was een andere stadsvroedvrouw verplicht voor haar in te vallen, 'zonder eenig loon'. Deze bepaling gold ook bij vacatures, 'alles op verbeurte van f 3,—' (artikel 5). Mochten alle stadsvroedvrouwen in zoëven genoemd geval verhinderd zijn, dan moest een van de 'gewone' vroedvrouwen worden ingeschakeld waarvoor dan een bedrag van twintig

stuivers moest worden betaald (art. 6). Bij moeilijk verlopende bevallingen of dreigende complicaties was de stadsvroedvrouw verplicht, tijdig de stadsvroedmeester te hulp te roepen (art. 7). Betrof het echter een geval van overlijden vóórdat het kind geboren was, dat moest zij 'onverwijld' de hulp inroepen van de stadsdoctor, de stadschirurgijn van de wijk benevens de stadsvroedmeester, 'teneinde deze alles zouden kunnen aanwenden, wat tot heil van vrouw en vrucht zou kunnen zijn' (art. 8).

Het laatste artikel had deels betrekking op het theoretisch en praktisch onderwijs aan de leerlingen van andere vroedvrouwen, deels op de verplichting afzonderlijk aan de Plaatselijke Commissie op te geven 'hoe veel kinderen zij van Stadswege gehaald hebben' (art. 9).

Literatuur

- M. A. van Andel, Vroedvrouwenbordjes. Ned. T. v. Geneesk., 72 (1928) 2665.
C. Bakker, Aanteekeningen over de vroedvrouwen te Broek in Waterland in de 17de en 18de eeuw. Ned. T. v. Geneesk., 68 (1924) I, 1973.
E. D. Baumann, De Dokter en de Geneeskunde. Maatschappelijk leven. Nederlandsche kultuurgeschiedkundige monografieën nr. IV, Amsterdam 1915.
A. C. Drogendijk, De verloskundige voorziening in Dordrecht van ± 1500 tot heden. Proefschrift Amsterdam 1935.
Geneeskundige Verordeningen van de stad Enkhuizen. Enkhuizen, 1808.
A. Geyl, Over de opleiding en maatschappelijke positie der vroedvrouwen in de 17e en 18e eeuw. Med. Weekbl. v. Gen., heel- en verl., 1897, blz. 6.
C. Terne, Lucina ontdekkende de waare oorzaken der onkunde en onbekwaamheid van de meeste vroedvrouwen. Leyden 1784.
J. H. Starmans, Verloskunde en kindersterfte in Limburg. Proefschrift Maastricht 1930.

UNIVERSITAIRE BERICHTEN

Mw. J. van Rijswijk-Verbeek promoveerde aan de Rijksuniversiteit Utrecht tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: 'De invloed van atopische allergenen op het complementsysteem in vitro'. Promotor: Dr. L. Berrens.

R. J. Scheper promoveerde aan de Vrije Universiteit Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift

getiteld: 'The specific and non-specific immune response after DNCB contact sensitization'. Promotor: Prof. Dr. J. Oort.

C. A. Scholten promoveerde aan de Rijksuniversiteit Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: 'Computeranalyse van polygrammen, een methodologisch onderzoek'. Promotores: Prof. Dr. H. F. R.

Precht en Prof. Ir. B. P. Th. Veltman.

S. Verhaest promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: 'De neurasthene neurose; een literatuurstudie en een onderzoek naar het afgrenzen van de neurasthene neurose en de relatie ervan met sommige karaktertrekken'. Promotor: Prof. Dr. P. C. Kuiper.



officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Dagelijks Bestuur

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

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Mr. N. de Graaff, directeur; Mw. M. J. Blok, chef de bureau.

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

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

Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris; Mw. E. M. Meelker, secretaresse.

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

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

Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (SBA)

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

De oud-secretaris, W. J. de Jager, arts, zal nog gedurende enige tijd part-time medewerking blijven verlenen.

De 171ste Algemene Vergadering

Kort verslag, deel II

Kort verslag van het verhandelde in de 171ste Algemene Vergadering van de KNMG, gehouden te Utrecht op vrijdag 16 september 1977.

(Het eerste gedeelte van dit verslag werd gepubliceerd in MC nr. 4 (1978) 33, blz. 126 e.v.)

X. Het rapport van de werkgroep Functioneren van de Algemene Vergadering met het pre-advies van het hoofdbestuur

De voorzitter zegt, dat het HB de meeste voorstellen van de werkgroepen van de AV onderschrijft en in nadere details heeft uitgewerkt. Er is echter wel een groot verschilpunt t.a.v. het idee inzake het stemrecht en het verkiezingsidee.

Heyen (voorzitter werkgroep) zegt, dat de werkgroep meent dat haar rapportage en met name de toelichting op de bladzijden 48 en 49 Rapportenboekje voldoende basis geven voor een discussie en een besluitvorming in dezen en dat zij hiermede haar taak heeft volbracht. Men kan in het pre-advies van het HB zien, dat een aantal voorstellen van de werkgroep door het HB zijn overgenomen. Spreker wijst op de merkwaaardige zin op pagina 50 van het Rapportenboekje, waar onder punt 7 staat: Verdraagt een experiment zich met het huidige HB? Hier is echter sprake van een typografische fout; in de plaats van 'HB' moet daar staan: Huishoudelijk Reglement (HR).

De principes, die aan al of niet een experiment verbonden waren, de algemene principes die men kan vinden op pagina 52 van het Rapportenboekje, waren: elke groep leden moet via verkozen vertegenwoordigers haar stem op de AV kunnen laten horen; zo min mogelijk leden moeten zich buiten de KNMG 'gestoten' voelen; men kan het gevoel hebben tot verschillende groepen te behoren. Deze algemene principes zijn bij de bespreking van de rapportage van de eerste werkgroep door de AV onderschreven en de werkgroep zal nu gaarne van de AV vernemen, of zij deze algemene uitgangspunten nog onderschrijft.

De voorzitter constateert, dat niemand over de punten a t/m f (voorstellen 4 t/m 11) het woord verlangt. Hij wijst erop, dat bij punt f staat, dat het HB informatie, mondeling en schriftelijk, nuttig vindt en dat voor dit doel een voorlichtingsmap met relevante gegevens zal worden samengesteld. Deze zaak is reeds in haar eindfase. Wat voorstel 12 betreft, zegt spreker, dat met name uit de toelichting van de werkgroep, waar het gaat over de taakstelling van de AV, blijkt, dat er weinig verschil van inzicht is tussen de ideeën van het HB en die van de werkgroep.

Mw. Bootsma- de Langen (XX) vraagt in verband met het beleidsvoorbereidende werk van de AV, hoe deze taak moet worden uitgewerkt. Als dit een van de taken van de AV is, dient de terugrapportage naar deze vergadering nader te worden geregeld.

De voorzitter zegt, dat de werkgroep er zelf een voorbeeld van is, hoe de AV beleidsvoorbereidend kan werken middels taakopdrachten aan door haar in te stellen commissies. Het HB heeft gesteld, dat de AV ook kan fungeren als orgaan, dat op initiatief van zijn leden-afgevaardigden onderwerpen aangeeft, voorstellen

of amendementen indient, commissies instelt e.d. en zo beleidsstimulerend en -ondersteunend werkzaam is. Het kan aan de grote activiteit van het HB liggen, dat dit tot op heden niet zo vaak het geval is geweest.

Mw. Bootsma- de Langen meent, dat de AV sporadisch vergadert en zij kan zich voorstellen, dat uitgebrachte rapporten niet kunnen blijven liggen tot een volgende AV. Er moeten enige aanvullende bepalingen worden opgesteld om dit soort dingen te regelen. Als een AV een advies vraagt, moet een tijdsfasering worden ingebouwd in deze zin, dat zij het HB of een mandaat geeft om een en ander verder uit te werken dan wel het recht of de opdracht een extra AV bijeen te roepen om over de rapporten te spreken.

De voorzitter zegt, dat het de vraag is, of men al hetgeen men wenst ook in reglementsartikelen tot uiting moet brengen.

Als extra AV's nodig zijn, zullen zij zeker plaatsvinden. Dit kan voor een deel berusten op het oordeel van afgevaardigden of rapporteurs, maar ook op het oordeel van het HB. Spreker stemt er gaarne mee in, dat deze regel in de toekomst moet worden gehandhaafd.

Men zal hebben bemerkt, dat t.a.v. de voorstellen 1 t/m 3 (de gemengde samenstelling van de AV, drie soorten afgevaardigden en de verkiezing) de opvattingen van werkgroep en HB nogal uiteenlopen, vooral wat betreft de uitwerking.

Van Nieuwenhuizen heeft in deze voorstellen voor een gecombineerde samenstelling van de AV volledig teruggevonden de voorstellen, die hij vele jaren geleden als voorzitter van de LSV aan het hoofdbestuur deed t.a.v. de functie van de maatschappelijke verenigingen. Sprekers verdediging van het woord 'maatschappelijke' in 1946 bij de stichting van de LSV had vooral te maken met het feit dat hij meende, dat artsen naast de verdediging van hun legale belangen ook een maatschappelijke functie hadden t.a.v. de belangen van hun patiënten. Daarop sloeg toen het woord 'maatschappelijke'. Zoals zo vaak in dergelijke situaties, waren er bij het ontstaan van de maatschappelijke verenigingen duidelijk aan alle kanten fricties. Zij hadden toen het gevoel, dat zij onvoldoende ontplooiingskansen hadden en dat zij door de AV in hun taken ernstig konden worden belemmerd. In de loop der jaren is spreker van mening veranderd, in de eerste plaats omdat het waar is, dat de maatschappelijke verenigingen met stemrecht in de AV tot een zeer gecompliceerde situatie kunnen leiden, wanneer moet worden gestemd over onderwerpen, die ook in hun eigen ledenvergaderingen aan de orde zijn geweest. Dit kan niet alleen een rolvervalsing, maar vaak ook een ernstig conflict van plichten oproepen. Het is zeer goed, dat deze taken gescheiden zijn, waarbij over en weer interferentie mogelijk is. Er is een goede opsomming gegeven van de mogelijkheden, welke de maatschappelijke verenigingen hebben. Zij voelen zich heden ten dage zeker niet gefrustreerd, zoals de maatschappelijke verenigingen zich dat destijds wel enigszins voelden. In die tijd was er een geheel andere stemming dan nu en bovendien was dat een tijd, waarin de Mij niet zo in de knijptang zat van iedereen die zich met de gezondheidszorg bemoeit, als nu. Er was iets meer ruimte voor onderlinge meningsverschillen. Met deze scheiding van taken komt het gezicht van de Mij duidelijker over dan wanneer er een interferentie van taken zou zijn in de zin van afgevaardigde zijn en stemrecht hebben. Het zou een onoverzichtelijke club worden en als er bovendien nog andere verenigingen bij zouden komen met stemrecht, zou de AV helemaal een onduidelijk gebouw worden. Spreker acht het juist — dit is een soort van politiek verkoopargument — dat er een AV is met mogelijkheden t.a.v. de besluitvorming van de maatschappelijke verenigingen. De maatschappelijke verenigingen hebben een vetorecht, waarvan spreker zelf destijds in verband met het Centraal College gebruik heeft gemaakt. Dit vetorecht is slechts zelden nodig gebleken.

Ten aanzien van autoriteiten en hoog geplaatsten op het gebied van de gezondheidszorg in den lande is een dergelijke opstelling toch nuttig, omdat er kennelijk de suggestie van uitgaat, dat bij alle acties van de maatschappelijke verenigingen, die zeker niet alleen maar het eenvoudig verdedigen van materiële belangen betreffen, maar zeker ook te maken hebben met de werkomstandigheden en

de patiënt-artsrelatie, een AV als een soort van geweten van de Mij alles toetst. Door zijn ervaringen in de loop van vele jaren heeft spreker het inzicht verkregen, dat een dergelijke opstelling naar binnen en naar buiten van zeer veel waarde is. Juist omdat er zulk een goede verstandhouding is in de Mij waarschuwt spreker ernstig voor een rolvervalsing, een interferentie, die naar buiten verwarrend werkt en die voor de afgevaardigden geen voordeel oplevert.

De voorzitter wijst Van Nieuwenhuizen erop dat het tot op heden in de organisatie van de KNMG niet nuttig is geacht, dat de maatschappelijke verenigingen een vetorecht hebben bij het hoofdbestuur respectievelijk de AV. Het omgekeerde is het geval.

Mw. Van Gastel (Vereniging Vrouwelijke Artsen) meent, dat het kernpunt van de gehele zaak de wenselijkheid is, dat zo weinig mogelijk leden zich buiten de KNMG geplaatst voelen. In de punten 1, 2 en 3 zit de discrepantie tussen het rapport van de werkgroep en het pre-advies van het HB. De werkgroep stelt, dat men om iedereen binnen de KNMG het gevoel te geven, dat hij meetelt en zijn visie naar voren kan brengen, ook vertegenwoordigers met stemrecht van de maatschappelijke verenigingen en van categorie III moet hebben. Het HB adviseert de maatschappelijke verenigingen een royale inbreng te geven via het recht van initiatief, intensieve contacten, onderling overleg e.d. De derde categorie komt er echter magertjes af, terwijl het daarbij juist om de mensen gaat, die al klagen, dat zij in de KNMG niet aan hun trekken komen en daarom geen lid worden. Het HB stelt voor deze categorie van verenigingen, voor zover zij aan zekere voorwaarden voldoen, het recht van initiatief te geven. Men mag iets naar voren brengen en dan zal de AV onder leiding van het HB wel zeggen, wat zij ervan vindt, dus iets in de geest van: men mag het komen zeggen (chez vous), wij zullen erover praten (sur vous) en de stem wordt uitgebracht sans vous. Spreekster betreurt dit en zou het zeer op prijs stellen, indien ook de derde categorie stemrecht kreeg. Men kan dit bereiken door in de zin: 'Evenals voor de categorieën I en II dient het aantal zetels in deze categorie bepaald te worden in relatie tot het aantal leden van de vereniging c.q. groepering', na de woorden 'aantal leden' in te voegen: tevens leden van de KNMG'. Hiermede zouden de bezwaren tegen stemrechtuitoefening door niet-KNMG-leden vervallen.

De voorzitter vraagt, of mevrouw Van Gastel van mening is, dat, wanneer een afgevaardigde van bijvoorbeeld de vrouwelijke artsen een voorstel zou indienen, dat door de AV werd afgewezen, deze organisatie zich dan toch gebonden zou moeten achten aan dat besluit. Brengt het recht om een afgevaardigde te kunnen leveren niet tegelijkertijd de plicht mee, dat men zich ook houdt aan hetgeen in het grotere verband is besloten? Spreker meent, dat dit nu juist de reden is, waarom men dit moet afwijzen. De Vereniging van Vrouwelijke Artsen komt het best tot haar recht door de taakopdrachten, die zij zichzelf stelt, door de keuze van haar vertegenwoordigers en door het invloed uitoefenen, gesprekken voeren enz. Er is een interferentie van functies als men een groep vertegenwoordigt, voor die groep verantwoording moet afleggen en tegelijkertijd via een of andere sleutel ook meeparticipeert en stemrecht heeft in een ander groter lichaam.

Mw. Van Gastel zegt, dat de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen een doelstelling heeft, waarbij primair de belangenbehartiging van de vrouwelijke artsen staat, die duidelijk ondergeschikt is aan de doelstellingen van de KNMG, waarbij het gaat om de Nederlandse gezondheidszorg en de belangenbehartiging van alle artsen. Naar spreeksters persoonlijke mening zou het goed zijn, als de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen zich meer gebonden achtte door de besluiten, die binnen de KNMG worden genomen. Men komt anders zo gauw tot de actiegroepmentaliteit. Voor spreekster gaat een democratische besluitvorming, waarbij de minderheid haar inzichten naar voren heeft kunnen brengen en deel heeft kunnen nemen aan de stemming en zich gebonden voelt door het besluit van de meerderheid, boven het idee van de actiegroepen. Werkelijk

zinnig werk en vooruitgang zijn slechts mogelijk door een groot forum van de Nederlandse artsen, de KNMG.

De voorzitter begrijpt, dat Mevrouw Van Gastel bedoelt, dat er nog een belangrijke taak voor het HB is weggelegd, als het zich er inderdaad voor interesseert, alle groeperingen meer te betrekken in en meer stem te geven bij het functioneren van de KNMG. Er zijn nog meer mogelijkheden dan alleen het spreken in de AV en het gebruik van het recht van initiatief in de AV. Men kan zich ook op andere manieren een relatie indenken van bijvoorbeeld de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen met de KNMG op bestuurs- en beleidsniveau etc. Er zijn mogelijkheden, ook in andere landen, een soort van relatie aan te gaan, waarbij men, elkaars verantwoordelijkheden in tact latend, toch duidelijk met elkaar communiceert, coördineert enz.

Mw. Van Gastel verklaart zich namens haar vereniging gaarne bereid tot een nader overleg als door de voorzitter bedoeld.

Rasker (lid werkgroep) meent, dat men moet analyseren, wat in feite het initiatiefrecht in de AV betekent. De situatie is nu zo, dat de maatschappelijke verenigingen hun eigen vergaderingen en eigen bevoegdheden hebben en dat dit duidelijk en goed is gesplitst. De groeperingen, die in de AV het initiatiefrecht krijgen kunnen daar een onderwerp ter sprake brengen, dat typisch thuishoort in de AV. Ieder onderwerp, dat niet thuishoort in de AV, maar bijvoorbeeld wel in de ledenvergadering van de LSV kan hier, terecht, dus niet worden behandeld. Kan men die groep met dat initiatiefvoorstel dan naar de LSV verwijzen? Neen, want de LSV heeft geen initiatiefrecht gecreëerd voor dit soort van mensen. Hier is dus sprake van het aanbieden van een lege dop, daar men als categorie III-vereniging in deze vergadering alleen mag spreken over de totale omhulselen van de universele problemen van de mens in Nederland. De verenigingen, die het initiatiefrecht krijgen, zullen zich in 90% van de gevallen gefopt voelen, omdat hun in de AV terecht met hun onderwerp de deur zal worden gewezen, omdat het onderwerp hier niet thuishoort.

De voorzitter meent, dat Rasker de intenties van het HB niet geheel recht doet, als hij veronderstelt, dat het bepaalde groeperingen met een kluitje in het riet heeft gestuurd. De maatschappelijke verenigingen en de KNMG als algemene artsenorganisatie hebben eigen taken, waarbij het ene moment bepaalde zaken sterk aan de orde zijn, die met name de autonomie van de maatschappelijke verenigingen in een stralend daglicht stellen, terwijl op andere momenten de KNMG niet alleen enkele zeer etherische algemene ideeën, maar zeker ook concrete zaken aan de orde stelt. Men heeft gelijk, als men zegt, dat hij de door de categorie III-verenigingen ingebrachte voorstellen slechts zaken mogen worden aangedragen, die niet aan de maatschappelijke verenigingen zijn geattribueerd, maar in het nieuw voorgestelde artikel 405a, 1 staat: in overeenstemming met artikel 1 HR en artikel 1 van de Statuten. Een verstandig HB zal trachten te zorgen, dat als er een materie aan de orde komt in een van de maatschappelijke verenigingen, de betreffende groepering het voorstel niet rechtstreeks via het HB in de AV doet, maar dit eventueel met steun van het HB inbrengt bij het centraal bestuur van de maatschappelijke vereniging. Als zo'n vereniging op het standpunt staat, dat het onderwerp niet specifiek op haar terrein ligt en dat het zoveel algemene aspecten heeft, dat het wel degelijk in de AV thuishoort, dan zal dat verstandige HB artikel 406 hanteren, dat bepaalt dat, als een voorstel aan de orde komt waarvan het HB denkt dat het 'schadelijk' zou zijn voor de belangen enz. het HB in overleg treedt. Heeft dit overleg geen resultaat, dan zal het eventueel als geheim voorstel alleen aan de afgevaardigden kunnen worden toegezonden. Als het HB blijft zeggen, dat het wel degelijk iets voor de maatschappelijke verenigingen is, wordt het niet in behandeling gegeven, maar dan heeft op dat moment die groepering het recht van 'beroep' op de AV. Men heeft dus a. de mogelijkheid, dat het HB samen met die groepering bij de maatschappelijke vereniging een en ander aanhangig maakt (geen lege dop), b. de mogelijkheid als men het HB tegenover zich vindt, toch nog het eigen standpunt te toetsen aan dat van de AV. Dit is democratisch.

Bij weinig verenigingen zijn de reglementen zo gestructureerd, dat iedereen aan zijn trekken kan komen. Het HR zit verstandig in elkaar en collega Rasker is iemand, die zeer goed weet wat erin staat en die het eventueel ook goed weet te gebruiken.

Van Nieuwenhuizen (erelid) meent, dat de Mij in haar Statuten en Reglementen zeer democratisch is. Zij geeft daarin vele mogelijkheden, waarvan men gebruik kan maken. Het is echter dikwijls eerder het gebrek aan initiatief bij de mensen die het zouden kunnen doen, dan de onwil van de instanties van de Mij om aan een en ander ruimte te geven. In feite is de aandrang van specifieke groeperingen voor afvaardiging met stemrecht ondemocratisch. Men moet ervan uitgaan, dat de afgevaardigden, die in de AV namens hun afdelingen aanwezig zijn, in staat zijn de problematiek te doorzien, alle argumenten te wegen en vooral ook na discussie – dus niet bij voorbaat al beladen met een bepaalde opinie – naar redelijkheid te stemmen. Laat men eenmaal categorieën toe, dan komen er steeds meer, waardoor het gewogen oordeel van de leden van de AV in de knel kan komen. Het recht van initiatief is zeer gunstig; men kan problemen, die niet bekend zijn of waarvan de facetten niet voldoende worden doorzien, onder de aandacht van HB en AV brengen. Een categorale afvaardiging met stemrecht is echter een moeilijke kwestie. De maatschappelijke verenigingen zien er te recht vanaf. Als men stelt, dat, als een categorale vereniging een initiatiefvoorstel indient, dit toch onder de tafel wordt gewerkt, is dit een onbehoorlijk argument. Men heeft zoëven kunnen constateren, dat, toen de afgevaardigde van de Vereniging van Vrouwelijke Artsen het woord voerde, er goed naar haar werd geluisterd en dat eerlijk werd gewogen wat door haar werd gezegd. Spreker kan niet zien, dat het bestuur van een maatschappelijke vereniging een door een groep ingebracht probleem niet naar alle eerlijkheid zou overdenken. Het gebeurt herhaaldelijk, dat mensen buiten de Mij, zelfs niet-artsen, in een maatschappelijke vereniging een inbreng hebben, waarover uitvoerig wordt gesproken en waarvoor een oplossing wordt gezocht. Men loopt de kans dat de categorieën gaan functioneren als pressuregroep en gaan argumenteren vanuit een underdogsituatie, waarin men lijkt op dat TV-mannetje, dat zegt: ik ben maar klein en zij zijn groot en ik kom niet goed aan mijn trekken. In een werkelijk democratische vereniging doet het getal er echter niet toe, maar het aanhoren en eerlijk overwegen van de argumenten. Een adviserende stem of het recht van initiatief weegt dikwijls bijzonder zwaar. Dit is ook de reden, waarom de maatschappelijke verenigingen hebben ingezien, dat zij in het hoofdbestuur geen stemrecht moeten hebben. Het is juist deze groeperingen het recht van initiatief te geven, waardoor de discussies kunnen worden verlevendigd en verdiept, maar de toelatingsprocedure zal nauwkeurig moeten worden bezien om te voorkomen, dat men terecht komt in een 'VPRO-situatie', waarin men leden tracht te werven. Het zwaarste moet wegen, dat men in de AV mensen uit de districten kiest, die op grond van hun afkomst, interesse, vorming en belesenheid hiervoor geschikt zijn. Uit die groep worden vaak ook de hoofdbestuurleden gekozen. Al deze mensen moeten, gehoord de argumenten en overwegende wat er is gezegd, tot een uitspraak komen. Dit moeten kamerleden, die ook geen specifieke deskundigheid hebben, eveneens doen. Ook in de Kamer is niet iedere groepering vertegenwoordigd. Daar geldt het stemgetal sterker dan in de Mij, maar zij is een vrije democratische vereniging en daarom behoeft zij het stemgetal niet zo zwaar te laten wegen. Tot slot wil spreker nogmaals waarschuwen voor de introductie van categorale verenigingen met stemrecht.

De *voorzitter* vindt, dat het standpunt van collega Van Nieuwenhuizen in grote mate overeenstemt met hetgeen het HB heeft getracht te verwoorden. Met instemming van de werkgroep legt spreker de besluiten van het HB, zoals deze zijn geformuleerd op blz. 56 van het Rapportenboekje, ter stemming aan de AV voor.

Rasker (lid werkgroep) zegt, dat de werkgroep enige problemen met de formulering van de voorstellen van het HB heeft. Onder punt 2 wordt voorgesteld, niet in te stemmen met het voorstel van de tweede werkgroep tot het nemen van een experiment met een

AV van andere samenstelling. Dit betekent, dat men alleen niet instemt met het nemen van een experiment. Voor de werkgroep is het maar een zeer ondergeschikt punt, of dit in de vorm van een experiment wordt gegoten, het gaat haar om het voorstel inzake een gemengde samenstelling van de AV. Als de vergadering geen gemengde AV wil, behoeft er ook niet meer te worden gesproken, of dit in de vorm van een experiment moet gebeuren.

De *voorzitter* zegt, dat het niet waar is, dat het HB onder punt 2 alleen voorstelt het experiment af te wijzen, want er staat ook nog: '... waarbij de drie soorten afgevaardigden worden benoemd volgens een bepaalde verkiezings-, respectievelijk aanwijzingsprocedure'. Spreker vraagt hoe collega Rasker zelf het voorstel zou willen formuleren.

Rasker: Niet in te stemmen met een AV, waarbij de drie soorten afgevaardigden worden benoemd volgens een bepaalde verkiezings-, respectievelijk aanwijzingsprocedure. Zoals het er nu staat, wordt alleen het experiment afgewezen.

De *voorzitter* verklaart zich hiermee akkoord.

Voorstel 1a: Akkoord te gaan met de door het HB onder g. gegeven omschrijving van de functie van de AV, wordt aangenomen, waarbij 1 stem in blanco is uitgebracht.

Voorstel 1b: Een nadere definitie van deze functie in een inleidend artikel in het HR niet noodzakelijk te achten, wordt aangenomen, waarbij 1 stem in blanco is uitgebracht.

Voorstel 2a. (gewijzigd): Niet in te stemmen met het voorstel van de tweede werkgroep te komen tot een AV van andere samenstelling, waarbij de drie soorten afgevaardigden worden benoemd volgens een bepaalde verkiezings-, respectievelijk aanwijzingsprocedure, wordt met 6 stemmen tegen aangenomen.

Voorstel 2b: In de wijze waarop afgevaardigden van afdelingen worden benoemd, geen wijzigingen aan te brengen, wordt met 3 stemmen tegen aangenomen, terwijl 2 stemmen in blanco zijn uitgebracht.

De *voorzitter* vraagt, of de AV kan instemmen met de door het HB voorgestelde aanvullingen/wijzigingen van het HR met betrekking tot het onder bepaalde voorwaarden geven van initiatiefrecht aan besturen van verenigingen van artsen en eventueel andere werkers op het terrein van de gezondheidszorg.

Rasker wijst erop, dat de voorstellen tot reglementswijziging acht weken te voren moeten worden gepubliceerd.

De *voorzitter* zegt, dat de termijn zes weken is en dat de voorstellen acht weken geleden zijn gepubliceerd.

Het voorstel wordt aangenomen, terwijl 1 stem in blanco is uitgebracht. De voorgestelde wijzigingen van de artikelen 405a.1, 405a.2, 405b.2, 405c.2, 408.1, 408.2, 408.4 en 410.1 HR worden met algemene stemmen aangenomen.

De *voorzitter* constateert, dat met zeer grote eenstemmigheid is uitgesproken, dat de ideeën van de werkgroep zeer waardevol zijn en dat het HB op correcte wijze in het raam van zijn organisatie en binnen het raam van de mogelijkheden, die de reglementen bieden, tegemoet is gekomen aan belangrijke wensen, welke bij sommige groeperingen leven. Spreker dankt de werkgroep hartelijk voor het door haar verrichte werk. Hij vraagt of de AV ermede instemt, dat de door haar ingestelde werkgroep haar nuttige taak als geëindigd beschouwt. Spreker constateert, dat dit het geval is.

XI. De regionalisatie

De *voorzitter* zegt, dat met betrekking tot deze belangrijke kwestie reeds zeer veel voorbereidend werk is verricht en dat vele gesprekken hierover zijn gevoerd onder de actieve leiding van de voorzitter van de werkgroep, collega Meursing. Een reeds verschenen concept-rapport over de regionalisatie heeft al geleid tot een discussie in het HB. Er zijn ook andere visies ontwikkeld.

De AV zal nu via woord en beeld van de voorzitter van de werkgroep nadere informatie verkrijgen.

Meursing (voorzitter werkgroep-Regionalisatie) betreurt het, dat, nu deze ingewikkelde materie van de regionalisatie waarvan de consequenties diep ingrijpend zullen zijn, aan de orde komt, hiervoor nog slechts weinig tijd rest en velen de zaal al hebben verlaten.

De studie die de werkgroep heeft verricht, heeft spreker geleerd, dat het uur van de waarheid nadert. Er moet worden geregionaliseerd, omdat staatssecretaris Hendriks – niet alleen hij; er zit een hele denkwereld achter en een aantal drijfveren – vindt dat dit moet gebeuren. Er is een aantal proefregio's georganiseerd, waarover spreker eerst iets wil vertellen, omdat het daarbij om een tamelijk concrete zaak gaat. Er zijn o.a. de proefregio's te Eindhoven, Friesland en Kennemerland, wier opdracht het is te experimenteren met gewestelijke bestuursvormen, de gezondheidszorg daarop te laten inspelen, de taken van bevoegdheden van het regiobestuur te bestuderen en de bestaande wetgeving in te passen. Friesland heeft een opdracht met betrekking tot de integratie van maatschappelijke dienstverlening en de gezondheidszorg en de samenwerking tussen de verschillende echelons. Friesland is hiermede het minst ver gekomen. In Eindhoven is men een heel eind op weg en is men reeds met het bemannen van verschillende organen bezig. Het ROGK (Regionaal Orgaan voor de Gezondheidszorg Kennemerland) moet zich voegen in het regionaal bestuursmodel, zoals ontwikkeld door VOMIL. Daar is een versterking van het eerste echelon aan de orde en bovendien vindt er een verschuiving van de klinische naar de poliklinische zorg plaats. Hier zit een enorme problematiek achter. Nijmegen moet starten met een districtscommissie ex artikel 50 en daar moet een afstemming plaatsvinden tussen het opname- en ontslagbeleid. Spreker dacht, dat dit altijd gebeurde, maar dit is blijkbaar een probleem. Ook in Zuid-Limburg moet de structuur van het Medisch Regionaal Centrum op het bestuursmodel van Hendriks worden afgestemd. Daar spelen een rol de integratie van het medisch onderwijs en de research, de kostenanalyse en de ontwikkeling van een geïntegreerd informatiesysteem. De artsen, die met deze proefregio's worden geconfronteerd hebben problemen, zoals zij ook duidelijk hebben gemaakt. Talrijke vragen zijn bij de LHV en het HB terecht gekomen en het HB heeft de Commissie Kadertraining uitgenodigd om op 20 november 1976 met 14 vertegenwoordigers uit de 5 proefregio's te overleggen. Er zijn toen tien wensen geuit, waarvan er een was, dat er moest worden opgeschoten. Zo gaat dat met mensen die actief bezig zijn; zij vinden het lakse gepraat in het centrum maar irritant. De tien wensen waren: verschaffen van wetkennis, juridische bijstand, verstrekken van inside-information (wandelgangennieuws), advies over regionale overlegstructuren (hoe moet men dit optuigen?), een standpuntbepaling der vertegenwoordigers (wat moeten zij daar zeggen, wanneer zij in die lichamen plaatsnemen?), richtlijnen voor de verantwoordingsplicht (hoe is het mandaat geregeld?), creatie van interregionale informatie-uitwisseling, uiteraard geïnitieerd vanuit het centrum, instructie van vergader-techniek (men bemerkt, dat men met professionele vergaderraars te maken heeft en daarop moet men zijn voorbereid), materiële steun, aanpassing van de KNMG-organisatie, met name de geografie, aan de regio-indeling. Deze wensen zijn dus bij het HB gekomen en ook bij het centraal bestuur van de LHV. De LHV heeft de zaak zelf in studie genomen en het centraal bestuur heeft zich door externe adviseurs laten leiden bij de plannen, die het verder ontwikkelt. Op 18 januari 1977 is de Werkgroep-Regionalisatie opgericht. De taak van de werkgroep betrof het volgende: Hoe is de adequate inspraak te waarborgen? Hoe moet de financiering van de kadertraining aan de regiogrenzen en de deskundige begeleiding plaatsvinden? Moet dit vanuit het centrum of moet regionaal een dergelijke deskundigheid worden opgebouwd?

Vervolgens een planning van de te nemen maatregelen. Wat de werkwijze van de commissie betreft, zegt spreker, dat er zevenmaal is vergaderd en dat men vijfmaal heeft kunnen waarnemen,

hoe de leden uit de regio stenen voor deze zaak hebben aangedragen. Spontaan is uit de commissie collega Lubbers naar voren gekomen, die is begonnen met het in elkaar zetten van het eerste gebouw van het rapport. Een groot probleem, dat hierbij om de hoek komt kijken is, dat naar mate in de proefregio's verschillende functionarissen intern bezig zijn met het bestuderen van deze materie en hieraan meedoen, de afstand tussen diegenen en de achterban steeds groter wordt. Daarom is besloten tot deze interim-rapportage, want allen moeten bijblijven wat betreft de gedachten, die zich in deze hebben ontwikkeld. Anders wordt men overrompeld, zoals misschien reeds het geval is, als men de kostenramingen ziet, welke op de tafels van de afgevaardigden zijn gedeponeerd. Het rapport van de werkgroep is het HB aangeboden, het is bij de centrale besturen van de LHV, LSV en LAD aangeland en deze zijn er zo van geschrokken, dat zij iets langere bedenktijd hebben gevraagd. Vandaar dat nu niet het rapport aan de orde is, maar dat dit exposé wordt gegeven. De eventuele uit de AV komende opmerkingen zullen in de werkgroep worden besproken, wanneer deze op 26 september vergadert. In december zullen de afdelingsvertegenwoordigers over de verdere details worden ingelicht en waarschijnlijk zal in maart 1978 het rapport zelf met de vraag, besluiten te nemen aan de AV worden voorgelegd. De commissie gevoelt zich, wanneer zij in haar rapport tracht te verwoorden wat er met de regionalisatie aan de hand is, ongeveer in de positie van een psychiater, althans zoals de Engelsen hem omschrijven namelijk als 'a blind man in a dark room looking for a black cat, which is not there'. Er is nog niets; er zijn wel vijf proefregio's, maar hoe het gaat lopen, wat er allemaal uit kan, welke structuren men zal krijgen, hoe de besluitvorming zal zijn, over welke aantallen vertegenwoordigers men kan beschikken, zijn alle nog open vragen. In dit veld is een aantal factoren werkzaam, die men als filosofie kan beschrijven en die gedeeltelijk tegen elkaar in werken. Het gaat er niet alleen om, dat de heer Hendriks en zijn departement het leuk vinden de regionalisatie door te voeren, doch hier zit achter dat een kleinere regio een gemakkelijker te overzien stuk structuur van de gezondheidszorgvoorzieningen geeft. In kleinere organisaties is een kleinere afstand tussen beleidsvorming en -uitvoering, hetgeen de efficiency en de kwaliteit kan verbeteren. Voorts is het een duidelijk menselijke eigenschap, dat wie meer invloed meent te hebben op de vorm en inhoud van zijn taak (in dit geval de gezondheidszorg) meer gemotiveerd kan zijn. Verder spelen ook duidelijk mee democratiseringstendenzen, de politisering van het geheel en het anti-corporatisme. Dat komt er, flauw gezegd, op neer, dat hetgeen tot stand moet komen, vooral niet tot stand moet komen door de inbreng van hen, die verstand van de zaken hebben. Dit moet besloten worden door politiek gekozen figuren en niet door de belanghebbenden, zoals de meeste mensen zijn die deskundig zijn op een bepaald gebied. Verder zijn er de spreiding van macht en de nivellering, die ongetwijfeld ook vectoren zullen zijn in het krachtenveld, wanneer er wordt geregionaliseerd, en de kostenbeheersing. Hoe realiseren de artsen in dit krachtenveld hun adequate inspraak? Eerst moet bekend zijn in welke context zij deze dienen te realiseren. Er is een bestuursmodel, dat het departement voor ogen staat en daarin onderscheidt men beleidsvormende organen, adviesorganen en uitvoerende organen. De overheid stelt zich voor, in de regio een beleidsvormende structuur op te tuigen met een burgerlijk bestuur, waaraan de bestuurscommissie-gezondheidszorg hangt. Dit kan slechts werken, als het is omgeven door een financieel orgaan, een informatie-orgaan, een adviesorgaan met studietoelagen en een controle-orgaan. Als dit voor elkaar is, moeten er komen: het uitvoerend orgaan, het administratief beheer en het veldwerk, waarbij een managementfunctie en een uitvoerende functie naast elkaar staan en waarbij overheid en particulier initiatief werkzaam zijn. Hoe spelen de artsen hierop in? De werkgroep wenst, dat de artsen t.a.v. de bestuurscommissie-gezondheidszorg een directe input krijgen, daar zij aan de beleidsvorming willen meedoen. De artsen kunnen in het adviesorgaan en in de studietoelagen plaatsnemen. Meteen ontstaan dan twee typen van KNMG-input: een vertegenwoordiger en een deskundige. De overheid is van mening, dat er niet meer dan één vertegenwoordiger van de KNMG moet zijn. Er

kunnen wel meer deskundigen worden aangewezen al naar gelang het in studie zijnde onderwerp.

De sociaal-geneeskundigen hebben uit hoofde van hun beroep al vaak zitting in de adviesorganen. Het is dus moeilijk hen als vertegenwoordiging van de artsorganisatie in dit veld te laten meespelen. Dit is een probleem.

Nu men erop moet rekenen, dat de artsen in de bestuurscolleges niet meer dan één vertegenwoordiger krijgen, moet dit een KNMG-vertegenwoordiger zijn. In de training van het kader moet worden gezorgd, dat die vertegenwoordiger kan optreden los van de functionele groepering, waaruit hij afkomstig is, hetgeen neerkomt op het kameleoniseren van artsen. In dit opzicht is er duidelijk een rol voor de KNMG-organisatie, daar dit betrekking heeft op de relaties met het centrum in Utrecht.

De artsen-deskundigen voor studietoelagen moeten afkomstig zijn uit de functionele groeperingen. Hier zal weer een duidelijke scheiding komen tussen functionele en maatschappelijke groeperingen. Hoe moet de structuur van de KNMG worden aangepast aan de mogelijkheden om op het regiogebeuren in te spelen? De door spreker geprojecteerde tekening doet zien de KNMG-vertegenwoordiger met daaronder de deskundige en daarnaast het regiobestuur, waarvoor een dagelijks bestuur met een bepaald aantal leden in werking zal treden. Daaronder komt een algemeen bestuur van een veel grotere samenstelling en een regionaal bureau, waarvan de taken in een bijlage bij het rapport zijn beschreven. Het is niet waarschijnlijk, dat de heer Hendriks het aantal regionen op de 60 afdelingen, die de Mij kent, zal afstemmen. In den beginne zal men in één regio enige afdelingsbesturen vinden. Voorts komen, zoals op de geprojecteerde tekening aangegeven, daaronder de maatschappelijke verenigingen, die men in de afdelingen kent en waarin een verdeling zit in functionele categorieën, zoals huisartsen, vrij gevestigd, huisartsen in dienstverband en huisartsen, die in gezondheidscentra werken. Hierbij komt men op het probleem, dat moet worden gedacht aan de veranderingen, die de Structuurcommissie van de KNMG in een vorige vergadering heeft uiteengezet. Spreker is ervan overtuigd, dat deze zaak niet kan functioneren, als niet alle artsengroeperingen op een horizontaal niveau een gelijke input wordt gegeven. Het gaat hier over verzekeringsgeneeskundigen en bedrijfsartsen. Als men voor deze problematiek niet de fundamentele oplossing vindt, zal men ook de regionalisatiestructuur niet van de grond krijgen. Dit zal een taak voor de komende jaren zijn. Hiervoor zal nog veel studie nodig zijn, vele gesprekken zullen moeten worden gevoerd en vele onderwerpen zullen nog passeren. Onderwerpen, die met regionalisering verband houden, zijn de bestuursstructuur van een KNMG-regio, de verantwoordelijkheid, het mandaat, het regiobureau (moet de ondersteuning centraal of perifeer zijn) en het criterium voor de regiogeografie. Men kan de regio rond ziekenhuizen of academische ziekenhuizen organiseren, maar dit kan ook op geheel andere manieren gebeuren. Onderwerpen zijn voorts nog de rol van afdelingsbesturen in het geheel, de plaats van de districtsbesturen, het werven en opleiden van het kader en de rol van de sociaal-geneeskundigen in dit geheel. Waarschijnlijk zal in oktober een rapport van de taakgroep-Sociale Geneeskunde verschijnen, waarbij de vraag in discussie zal komen welk belang de sociaal-geneeskundigen erbij hebben om aan deze regionale opbouw mee te doen. Mogelijk zeggen zij er niets in te zien. In dat rapport is echter aangegeven, waarom dit wel van betekenis is. Het is te betreuren, dat dit niet gelijktijdig met deze zaak kon worden gepresenteerd, maar door onvoldoende mankracht is men hierin niet geslaagd. Deze wagen kan alleen worden getrokken, als alle paarden ervoor worden gespannen. Men zie het stuk, dat betrekking heeft op de financiële aspecten.

Wat de planning betreft, zegt spreker dat men eerst de uitbouw in de huidige proefregio's ter hand moet nemen en dat men moet inspelen op nieuwe regio-initiatieven, die bij de lokale overheid opduiken, zonder dat het departement deze zaken initieert. Interregionale communicatiepatronen moeten worden gevormd, met het departement moet overleg worden gevoerd om op de hoogte te blijven van de plannen en vorderingen van de ideeën van de staatssecretaris en zijn adviseurs en er moeten bureaubegeleidingsexperimenten worden gedaan. In Rotterdam loopt het experi-

ment, waarbij de begeleiding door een regiobureau geschiedt en in Eindhoven is het experiment met begeleiding vanuit het centraal secretariaat in Utrecht. Deze twee vormen zijn financieel uitgerend op het aan de AV uitgereikte papier. Voorts moet worden gedacht over aanvullingen van de kadertraining. Een personele unie met de Kadertrainingscommissie is door spreker gelegd. Verder: afstemming KNMG-grenzen op regiogrenzen, evaluatie van de ervaringen en aanpassingen van de richtlijnen en de denkmodellen. Wijzigingen van de Statuten en HR behoren tot de laatste stappen. De werkgroep beveelt de AV aan, t.z.t. een permanente commissie-Regionalisatie in het leven te roepen, daar men met deze kwestie nog lang doende zal zijn. Bij het overdenken van deze dingen rijst de vraag, hoe fundamenteel de politieke en maatschappelijke veranderingen in Nederland zijn, die o.a. deze regionalisatie-opzet tot gevolg hebben, en hoevergaand de veranderingen in de artsorganisatie moeten zijn om hieraan het hoofd te kunnen bieden. Is de artsorganisatie wel in staat, deze flexibiliteit op te brengen? Spreker is ervan overtuigd, dat de KNMG-organisatie zeker in staat zal zijn, hieraan mee te doen. Wanneer zij niet in staat zou blijken, de veranderingen aan te brengen, welke van haar worden geëist door de maatschappelijke ontwikkelingen, kan men alles wel vergeten en dan blijft men in de 'dark Room with the black cat'.

De voorzitter dankt collega Meursing van diens voortreffelijke presentatie. De eerlijkheid gebiedt hem te zeggen, dat niet alleen de maatschappelijke verenigingen de rapportage nog graag nader wilden bestuderen, maar dat er ook in het HB enige alternatieve ideeën en gezichtspunten waren, die een wat betere bestudering door anderen dan alleen de leden van de werkgroep noodzakelijk maakten. De vertegenwoordigers van de afdelingen op de regelmatig te houden bijeenkomsten van DB met afdelingsvertegenwoordigers kunnen voor de volgende bijeenkomst op 6 december een bespreking van dit onderwerp aan de hand van stukken tegemoet zien. In de eerstvolgende of in een extra AV zullen waarschijnlijk enige ideeën ter besluitvorming aan de AV worden voorgelegd.

Van Campen (X) is dankbaar voor deze voortreffelijke voordracht, maar betreurt het, dat dit punt aan het einde van de avond aan de orde is gekomen, daar immers besprekingen over de toekomst van de AV in het niet vallen bij de problematiek inzake de regionalisatie. De zeer belangrijke financiële stukken hebben slechts terloops enige aandacht gekregen. Spreker is hier enigszins geprikkeld heengekomen, daar het gerucht de ronde deed, dat dit onderwerp op de lange baan zou worden geschoven. Oorspronkelijk zou in november een extra ledenvergadering over dit onderwerp worden gehouden, maar dat wordt nu uitgesteld tot maart. Er mag echter niet worden getreuzeld, want in Eindhoven is men reeds zover, dat organen moeten worden ingevuld. Degenen, die zich hiermede bezighouden, kunnen gewoon hiervoor niet meer tijd opbrengen en daarom zijn steun en meer mankracht nodig. Is het de bedoeling in Eindhoven een experiment te ondernemen om in gecentraliseerde vorm een regiobestuur op te zetten, in tegenstelling tot Rotterdam, dat een gedecentraliseerde vorm zou hebben?

Eindhoven vraagt een experiment, waarbij vanuit Utrecht meer manpower ter beschikking wordt gesteld om de taken zo spoedig mogelijk te kunnen uitvoeren. De profielschets voor een bestuurscommissie is bijna gereed; hierbij gaat het om een zeer uitgebreide taak van twee dagen per week. Wie moet dat doen? Ook is meer steun in secretariële vorm nodig, gezien ook de mogelijkheid, dat er paarden weglopen. Er zijn duidelijk bestuursveranderingen op komst en zelfs met de beste wil van de wereld kunnen geen mensen worden gevonden, die de toekomstige bestuurstaken willen overnemen, tenzij hun concrete hulp vanuit de KNMG in Utrecht wordt gebonden. Financiële en gewone materiële steun zijn onontbeerlijk, daar anders allerlei initiatieven in het water zullen vallen, hetgeen juist in Eindhoven niet mag gebeuren.

De voorzitter meent met alle begrip voor de opmerkingen van collega Van Campen, dat het nog iets meer met de zweep erover slaan wel eens verkeerde consequenties kon hebben. De zaken

moeten niet op de lange baan worden geschoven, maar zij moeten wel goed worden overwogen, vooral de kwestie hoe de KNMG met haar leden en met de haar ter beschikking staande middelen het kan doen en hoe zij die beschikbare middelen kan vergroten etc. Dit vereist een studie in ruimer verband dan alleen voor één regio. Voor een proefregio kan men misschien zeggen, dat hieraan meer aandacht, tijd en materiële middelen zullen worden besteed, doch dit wil niet zeggen dat een studie inzake een opzet voor alle regionen niet behoorlijk moet worden verricht. Alle hierbij betrokkenen doen hun best, zijn alert en oriënteren zich goed. Als de regio Eindhoven meer ideeën wil krijgen, meer antwoorden op concrete vragen en haar suggesties sneller beantwoord wil zien, zal het HB voor die vragen ad hoc een beslissing moeten nemen. Parallel daaraan gaat de studie van de werkgroep voort.

Meursing zegt, dat de les die hieruit kan worden geleerd, is, dat men kennelijk een aantal ontwikkelingen niet vroeg genoeg heeft onderkend. Eigenlijk is men te laat. Men zou als artsorganisatie een langere-termijnvisie moeten hebben en zo goed geïnformeerd moeten zijn op departementaal niveau, dat men onmiddellijk kan aanvoelen wat er gebeurt en waar men naartoe gaat. De eisen, die aan het meedoen financieel worden gesteld, moet men zien op het vlak van de nivellering. Men doet niet mee, tenzij men deze 'vakbondgelden' op tafel legt. Dit geld moet worden opgebracht en kan dan niet meer worden besteed aan een zeiljacht of een reis naar de Canarische eilanden. De Staatssecretaris vindt dit echter niet erg, gelet op de beoogde nivellering.

De Wit (VI) vraagt, of het overeenkomstig de maatschappelijke veranderingen is, dat men, behalve de aandacht, studie en energie, die aan dit probleem worden besteed, ook nog zelf het geld hiervoor moet opbrengen. Zoals de artsen worden gehonoreerd voor hun curatieve werk, behoren zij ook te worden gehonoreerd voor dit werk in de regio. Spreker stelt voor, dat alle curatief werkende artsen in Nederland een bepaald promillage van hun inkomen afstaan, welk geld wordt gestort op een centrale plaats van waaruit deze uitgaven kunnen worden gedaan. Het is te gek, dat de Mij enorme bedragen moet opbrengen om werk te doen, dat voor alle curatief werkende artsen moet worden verricht. Het gevolg kan zijn, dat een aantal mensen bedankt, omdat het te duur wordt, want ook het leven voor de artsen wordt steeds duurder, ook al gaan zij niet naar de Canarische eilanden. Het voordeel van sprekers suggestie is bovendien, dat dan ook niet-leden van de Mij meebetalen. Daar kan dan tegenover staan, dat er naast de KNMG-regio ook een algemene regio is en dat het KNMG-regio-bestuur dan niet alleen uit KNMG-leden, maar ook uit niet-KNMG-leden bestaat, die bijvoorbeeld wel een actief, doch geen passief stemrecht zouden kunnen hebben. De gekozen leden moeten dan wel verantwoording aan het KNMG-regiobestuur afleggen, zodat uitsluitend KNMG-mensen deze functies zullen vervullen.

De *voorzitter* meent, dat enerzijds de benodigde gelden moeten worden opgebracht uit de gezondheidszorg zelf en dat anderzijds voor actuele werkzaamheden, waarvoor men zich moet vrijmaken in overheidscommissies, overlegorganen enz., kan worden verlangd dat een redelijke vergoeding wordt gegeven voor gemaakte onkosten en gederfd inkomen. Spreker doelt hiermede op het geval, dat een persoon twee dagen per week, ook overdag, aanwezig moet zijn in zo'n bestuurscommissie. Het is reëel, dat een bestuurscommissie, uitgaande van de overheid, daarvoor meer dan een symbolisch bedrag op tafel legt. Wat dit laatste betreft, zal in overleg worden getreden met de indiener van wetsvoorstellen om af te tasten wat zijn ideeën in dezen zijn.

Meursing zegt, dat, als men tracht zoveel mogelijk geld bij de overheid te halen, dit betekent, dat men de handen minder vrijhoudt. Hoe meer men zelf betaalt, hoe vrijer men blijft. In de vakbonden zijn veel mensen vrijgesteld; men praat dan echter over Jan met de helm, terwijl de arts Jan met het witte petje is, die door de thans zittende regering geheel anders wordt benaderd dan Jan met de helm. Van veel vergoedingen van de artsen zegt de overheid, dat zij deze helemaal niet nodig hebben, omdat zij al

genoeg verdienen. Ten aanzien van het punt inzake de niet-leden van de KNMG doemt de publiekrechtelijke organisatie op. De werkgroep is er nog niet aan toe gekomen, hierop te studeren. Het is onvoorstelbaar veel, wat hierbij op tafel komt. Wat collega *De Wit* hierover heeft gezegd past precies in de discussie, welke is gevoerd over de plaats van andere groeperingen in de KNMG. Men krijgt deze leden nooit mee in het regiogebeuren, als men hun geen plaats geeft gelijkwaardig aan die van de andere functionele groeperingen.

Mw. Rietveld (II), die zeer dankbaar is voor de voortreffelijke uiteenzetting van collega *Meursing*, zou het op prijs stellen, indien hier de grootst mogelijke haast achter werd gezet, daar men nu zeer sterk ervaart de pressie om te nivelleren en de artsen in zijn macht te krijgen en in een structuur te passen met één centrale vertegenwoordiging. Daarbij zullen de politieke partijen het dan wel verder uitmaken en dan liefst nog de grootste schreeuwers, die beslist vinden, dat de artsen alles over de balk gooien en niets vergoed behoeven te krijgen.

De *voorzitter* zegt, dat er geen reden voor paniek is, omdat men te laat zou zijn. De ideeën zijn ook bij de overheid zelf nog niet zo uitgekristalliseerd, dat men al precies zou weten, hoe een en ander zou moeten gaan. Spreker is ervan overtuigd, dat mag worden gerekend op de motivatie, het enthousiasme en de deskundigheid van de artsen, die men overal ontmoet, als men deze nodig heeft en er een reële taak is. Namens de vergadering dankt spreker collega *Meursing* en de werkgroep voor het verrichte werk.

XII. Mededelingen van het hoofdbestuur

De *voorzitter* deelt in verband met de wetsvoorstellen inzake de voorzieningen en de tarieven mede, dat na de AV van 25 maart en na de bijeenkomst van het DB met afdelingsvertegenwoordigers op 24 mei een groot aantal stukken in MC is verschenen. Namens de KNMG en de maatschappelijke verenigingen is op 22 juni aan formateur *Den Uyl* een brief gezonden, waarin zij hun visie hebben gegeven op een structuurwetgeving op het gebied van de gezondheidszorg, vergezeld van een schets van een structuurwet (MC 15 juli 1977). Deze visie was de vrucht van de werkgroep-Alternatief, waarin een goede samenwerking tot stand is kunnen komen tussen de KNMG en de drie maatschappelijke verenigingen met twee externe deskundigen van formaat. Deze visie en schets zijn zeer nuttig gebleken bij de gesprekken met de fracties in de Tweede Kamer van CDA, VVD en D'66. De PvdA liet weten dat zij voor het uitbrengen van het voorlopig verslag weinig behoefte had aan gesprekken met de KNMG. Uit haar invulling van de betreffende passages in het voorlopig verslag moet worden geconcludeerd, dat het ook voor de PvdA van groot nut zou zijn geweest, indien zij wel met de KNMG had gesproken, gelet op enkele aparte onjuistheden welke erin voorkomen. Na het verschijnen van het verslag zal de werkgroep-Alternatief zich weer buigen over de vraag, hoe het verder moet gaan, wat er is bereikt en wat er nog zal zijn te bereiken. In dit verband wijst spreker op de gesprekken van functionarissen van de KNMG en de maatschappelijke verenigingen met hoge ambtenaren van het departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en op het overleg met de staatssecretaris in april, dat hopelijk op 24 oktober zal worden voortgezet, waarbij o.a. de financiële kwestie inzake het deelnemen in overlegorganen enz. aan de orde zal worden gesteld. Er is ook gesproken met andere medewerkersorganisaties en met ziektekostenverzekeraars en met hem is afgesproken, dat na het voorlopig verslag opnieuw contact zal worden opgenomen. Zij hebben de door de KNMG ontwikkelde initiatieven zeer op prijs gesteld en voor een groot deel kunnen zij zich verenigen met de reactie, die de KNMG ook in tweede instantie naar voren heeft gebracht.

In de KNMG hebben altijd regels bestaan; vóór de oorlog bestond er een boekje 'Medische Ethiek', dat in 1959 is herschreven en is geworden het boekje 'Medische Ethiek en Gedragsleer', hetwelk in deze vorm de afgelopen jaren is blijven bestaan. Het HB heeft niet de moed gehad, ditzelfde boekje in een iets gewijzigde vorm te

laten verschijnen, daar de ideeën en visies van vele artsen inzake medische ethiek zo aan variatie onderhevig zijn, dat men dat nauwelijks in hoofdstukken kan zetten. Toch is er een grote behoefte aan een eenvoudiger, flexibeler opgesteld boekje Gedragsregels of Gedragslijnen. Hieraan wordt nu de laatste hand gelegd en daarin zullen komen te staan een hoofdstuk algemene gedragsregels, een hoofdstuk met specifieke onderwerpen, waarbij wat dieper op actuele zaken wordt ingegaan (abortus, euthanasie) en een hoofdstuk, waarin officiële teksten van uitspraken komen te staan met vermelding van de bron. Dit eenvoudig van opzet zijnde boekje zal worden verstrekt aan jonge artsen en alle artsen, die er om vragen. Het is ook de bedoeling, dat het door de opmerkingen en commentaren van artsen in de loop der jaren up to date wordt gehouden. De eerste editie zal aan alle afgevaardigden, plv.-afgevaardigden, voorzitters en secretarissen van afdelingen worden toegezonden met het verzoek om commentaar inzake aanvullingen, schrapping enz. In een volgende AV zal alsnog hierover kunnen worden gesproken.

In het dagblad Trouw heeft men kunnen lezen, dat een van de passages in de reactie van de PvdA op de wetsvoorstellen van Staatssecretaris Hendriks luidt: 'De PvdA wil een wettelijke regeling voor de weekend-waarneming, een kwaliteitsaspect in de uitoefening van de gezondheidszorg in de huisartsgeneeskunde, welke een voor ieder geval te beoordelen wettelijke regeling vereist. Waarom? De onaanvaardbare wijze, waarop in een aantal gebieden de weekenddiensten en praktijkwaarnemingen worden georganiseerd. Veelal is bij weekendwaarneming of geen arts beschikbaar of een arts, die geen toegang heeft tot de medische registratiekaart van de patiënt van de arts, voor wie hij waarneemt. Nu de medische professie zelf onwillig of onmachtig blijkt, dit jaren voortdurende kwaliteitsknelpunt tot een oplossing te brengen, moet de overheid ingrijpen.' In 1970 is naar aanleiding van een uitspraak van een medisch tuchtcollege dit onderwerp in de AV aan de orde geweest en toen heeft collega Roelink een uitvoerige beschouwing hieraan gewijd. Stukken hierover van zijn hand zijn in 1970 in MC verschenen, waarbij hij gebruik kon maken van gegevens van afdelingen, waaruit bleek dat, hoewel hier en daar excessen voorkwamen, in het algemeen de Nederlandse artsen voor een goede, adequate waarnemings- en bereikbaarheidsregeling hadden gezorgd. Hoofdinspecteur Drion heeft in 1976 met de KNMG gesproken over de waarnemingsproblematiek en de wenselijkheid ter zake richtlijnen op te stellen. Een hiertoe ingesteld werkgroepje van de KNMG beraadt zich hierover en zal binnenkort de laatste hand kunnen leggen aan een voorstel ter zake. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een rapport, dat door het NHG is gemaakt over de weekenddienstregeling in Nederland, waaruit ook getalsmatig blijkt, dat in het algemeen de regeling adequaat is en waarin suggesties worden gedaan (voor een deel van persoonlijke aard) om verbeteringen aan te brengen.

In zijn inleiding bij de vorige AV heeft spreker gesproken over de structuur van de KNMG en de mogelijkheden en moeilijkheden, andere functionele groeperingen van artsen in deze structuur in te bedden, met name de sociaal-geneeskundigen, die meenden, dat de LAD een onvoldoende functionele belangen behartigende en maatschappelijke vereniging voor hen was. In hun eigen groepering hebben zij gesproken over de mogelijkheid, de ANVSG op een bepaalde wijze te laten bestaan als een wetenschappelijke of algemene vereniging en tegelijkertijd binnen KNMG-verband een oplossing te vinden voor een derde functionele poot, waarbij de LAD als een horizontale organisatie voor de materiële en rechtspositionele belangenbehartiging zou bestaan. Hierover zal de ANVSG in de algemene ledenvergadering van 24 november opnieuw spreken en misschien tot besluiten komen. Spreker is verheugd over het voorstel van het hoofdbestuur van de ANVSG, dat zeer positieve elementen bevat om de mogelijkheden van zo'n landelijke vereniging van sociaal-geneeskundigen binnen KNMG-verband nader te bestuderen en uit te werken.

Van M. Chrisstoffels-Speelman heeft spreker het verzoek ontvangen de aanwezigen te ontraden in deze vergadering te roken. Daar de geïnhalede rook ook nadelig kan zijn voor de niet-rokers, voldoet spreker gaarne aan dit verzoek. Hij neemt aan, dat in de volgende AV de dan voorzittende collega hetzelfde zal willen zeggen.

XIII. Tweede rondvraag

De voorzitter constateert dat niemand het woord verlangt. Hoewel het best mogelijk is, dat meerderen zich in dezelfde positie bevinden, wil spreker één van de aanwezigen met name memoreren, van wie hij weet, dat deze een groot aantal jaren afgevaardigde of plv.-afgevaardigde is geweest en hier altijd aanwezig was en dat is collega Van Loon. In hem dankt spreker allen voor hun participatie.

XIV. Sluiting

De voorzitter sluit de vergadering.



Van het hoofdbestuur

Röntgenfoto's, patiënten en chiropractors

Naar aanleiding van een vraag uit een afdeling over het standpunt van het hoofdbestuur ten aanzien van het toezenden van röntgenfoto's op verzoek van patiënten aan een door hen geconsulteerde chiropractor, heeft het hoofdbestuur – mede op basis van een advies van de vereniging van radiologie – het volgende geantwoord:

a. röntgenonderzoeken worden alleen verricht op indicatie en op verzoek van een medicus;

b. een röntgenonderzoek met verslag wordt alleen ter inzage gegeven aan medici die bij de behandeling, begeleiding of controle van de patiënt zijn betrokken. De voor de schriftelijke uitwisseling van medische gegevens opgestelde en door de Algemene Vergadering van 16 september 1977 aanvaarde uitgangspunten – zie M.C. 1977, 18 maart en 12 augustus – moeten in acht worden genomen;

c. aan verzoeken van onbevoegden, al dan niet vergezeld van een machtiging van de patiënt, wordt geen gevolg gegeven;

d. als daarvoor een goede reden bestaat, kunnen kopieën van röntgenfoto's op verzoek van en op zijn kosten aan de patiënt worden gegeven. In gevallen waarin de radioloog van mening is dat kennisneming van de foto's respectievelijk een verkeerde interpretatie door onbevoegden de patiënt op enigerlei wijze zou kunnen schaden, zal de radioloog of aan het verzoek geen gevolg geven, of de kopieën vergezeld doen gaan van een voor de patiënt begrijpelijke toelichting. In een dergelijke situatie kan het nuttig zijn dat de huisarts van de patiënt van de afgifte van fotokopieën op de hoogte wordt gesteld, tenzij de patiënt zich daartegen verzet, of beter, tenzij de patiënt daartegen bezwaar maakt.

Nascholingsmogelijkheden voor de huisarts van februari t/m april 1978

Kopij voor deze rubriek dient twee weken vóór de laatste vrijdag van de maand te worden ingestuurd aan mw. I. Koers, Stichting Nascholing Huisartsen, Lomanlaan 103, Utrecht, tel. 030-885411.

2 en 3 februari

Blokcursus Interne Geneeskunde, Rotterdam. Plaats: Colloquiumzaal C, laagbouw West, Faculteit der Geneeskunde, Wytemaweg. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-772200.

9 en 10 februari

Blokcursus 'Diagnostische Methoden', Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-772200.

15 en 16 februari

Twee identieke cursusdagen over 'Hormonale Regulatie van de groei', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053-892922.

22 februari

Klinische demonstratie voor huisartsen o.l.v. L. Kuenen. Onderwerp nog niet bekend. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, tst. 2797.

27 februari t/m 3 maart

Nascholingscursus van het type 'Warffum'. Plaats: Bungalowpark 'Het Kraanven', Loon op Zand. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-772200.

2 en 3 maart

Blokcursus Interne Geneeskunde, Rotterdam. Plaats: Colloquiumzaal C, laagbouw West, Faculteit der Geneeskunde, Wytemaweg. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-772200.

9 en 10 maart

Blokcursus 'Diagnostische methoden' Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-772200.

13 t/m 17 maart

Nascholingscursus van het type 'Warffum' in hotel De Breedenburg te Warffum. Inlichtingen: C. Middelbeek, Noorderstationsstraat 51, Groningen. Tel. 050-710191.

13 t/m 17 maart

Nascholingscursus van het type 'Warffum'. Plaats: bungalowpark 'Het Kraanven', Loon op Zand. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-772200.

15 en 16 maart

Twee identieke cursusdagen over 'zwakzinnigheidonderkenning-begeleiding-preventie', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053-892922.

29 maart

Klinische demonstratie voor huisartsen o.l.v. L. Kuenen. Onder-

werp nog niet bekend. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, tst. 2797.

4, 11, 18 en 25 april

Avond-cyclus over 'Elementaire statistiek met behulp van de pocket-calculator', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053-892922.

6 en 7 april

Blokcursus Interne Geneeskunde, Rotterdam. Plaats: Colloquiumzaal C, laagbouw West, Faculteit der Geneeskunde, Wytemaweg. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-772200.

10 t/m 14 april

Nascholingscursus van het type 'Warffum'. Plaats: Bungalowpark 'Het Kraanven', Loon op Zand. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-772200.

10 t/m 14 april

Nascholingscursus van het type 'Warffum'. Plaats: Hotel De Breedenburg te Warffum. Inlichtingen: C. Middelbeek, Noorderstationsstraat 51, Groningen. Tel. 050-710191.

11 april

18 en 25 april: avond-cyclus over 'Elementaire statistiek met behulp van de pocket-calculator', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053-892922.

15 april

Microsymposium 'Praktische relevantie van de medische enzymologie'. Plaats: grote collegezaal academisch ziekenhuis Utrecht. Inlichtingen: Cie. voor Postacademisch Onderwijs Geneeskunde Utrecht, Academisch Ziekenhuis, Catharijnen singel 101, Utrecht. Tel. 030-373346 (9.00-13.00 uur).

18 april en 25 april

Avond-cyclus over 'Elementaire statistiek met behulp van de pocket-calculator', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053-892922.

20 en 21 april

Blokcursus 'Diagnostische methoden', Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-772200.

20 en 21 april

Sandwichcursus over diverse onderwerpen, te houden in de Stadsschouwburg te Sittard. Inlichtingen: G. A. M. Bak, Wilmenweg 19, Merkelbeek. Tel. 04492-1565.

24 t/m 28 april

Nascholingscursus van het type 'Warffum'. Plaats: Hotel de Breedenburg te Warffum. Inlichtingen: C. Middelbeek, Noorderstationsstraat 51, Groningen. Tel. 050-710191.

26 april

Klinische demonstratie voor huisartsen o.l.v. L. Kuenen. Onderwerp nog niet bekend. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, tst. 2797.

25 april

Laatste avond van de cyclus over 'Elementaire statistiek met behulp van de pocket-calculator', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053-892922.

26 en 27 april

Twee identieke cursusdagen over 'Plastische chirurgie', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053-892922.

Personalia

Nieuwe leden

B. J. Amsel, Hellenburg 23, Amsterdam.
Mw. B. S. Bartlema-Wanrooij, 2e Helmersstraat 10 II, Amsterdam.
T. J. A. Bernt, Str. v. Linschotenstraat 65, Linschoten.
G. Bouma, Pres. Kennedylaan 156, Heerenveen.
M. M. E. de By, Pretoriusplein 3, Amsterdam.
J. J. F. M. Cuypers, Prof. Huybersstraat 71/11, Nijmegen.
P. P. N. M. Diderich, Brakstraat 41, Middelburg.
J. H. L. van Doorn, Molenweg 22, Beek en Donk.
J. M. Duindam, Jacobijnestraat 4, Haarlem.
E. J. van Dijk, Oude Rijn 5, Leiden.
W. G. Egmond, Huijgenslaag 20, Amersfoort.
L. D. M. Fassaert, Stadionweg 281 II, Amsterdam.
M. W. J. A. Fieren, Jasonstraat 10, Eindhoven.
Mw. H. Geertsema, Rijndijk 254, Leiden.
J. Geurts, Croeselaan 181, Utrecht.
M. M. de Haas, Huidenstraat 30, Amsterdam.
I. de Heer, R. Claeszenstraat 29^I, Amsterdam.
W. v.d. Hooft, J. Pesijnhof 5, Leiden.
Mw. M. B. J. A. Janssens, Groot Hertoginnelaan 186, 's-Gravenhage.
H. M. J. Jochems, Voldersdreef 109, Apeldoorn.
Mw. T. M. Jorna, Kruiden Ommegang 18, Duivendrecht.
P. J. C. van Kalmthout, St. Jacobslaan 550, Nijmegen.
J. A. L. de Keijzer, Da Costastraat 25, Leiden.
P. A. M. van der Korput, Dorpsstraat 49, Wagenberg.
E. J. de Kreek, Zegheweg 42, Woudenberg.
W. H. Kuis, Nicolaas Beetskade 11, Alkmaar.
J. M. M. Kuijpers, Lankforst 24-05, Nijmegen.
J. Langbroek, Meerlandpad 16, Arnhem.
W. A. de Lege, Cruquiuslaan 101, Leiden.
Mw. E. C. M. Mars-Alkemade, Sportsingel 15, Krimpen aan de IJssel.
A. H. J. Miedema, Lokhorststraat 15, Leiden.
A. Moesker, Kleine Brinkstraat 8, Borger.
A. H. Mijs, Concordiastraat 46, Utrecht.
K. ten Napel, Hofakkers 25, Oosterhesselen.
H. G. J. Nijhuis, Torenlaan 64, Laren N.H.
A. van der Putten, Nansenplaats 119, Rotterdam.
J. H. Reinders, Mr. A. E. J. Moddermanstraat 4, Winschoten.
A. C. van Rinsum, Hengelsestraat 173, Enschede.
J. Rijkman, Lisztstr. 14, Almelo.
J. M. C. Scheffers, Hugo v.d. Goesstraat 18, Kaatsheuvel.
H. B. Scholtens, Alterhof 62, Drachten.
P. Schook, Woubruggestraat 10^I, Amsterdam.
F. H. C. Schreuder, 2e Jan v.d. Heijdenstraat 24, Amsterdam.
R. I. Schure, Stationsweg 86, Ede.
Mw. C. L. Sie, Van Boshuizenstraat 257, Amsterdam.
G. Sikkema, Dijkgravenlaan 9, Amstelveen.
A. H. van Straten, Marienburgsestraat 41, Nijmegen.
W. G. J. Sturkenboom, V.D. Berghstraat 6, Boxmeer.
J. J. M. Theunissen, Groesbeekseweg 43, Nijmegen.
J. L. P. Thorissen, Trichterweg 104, Treebeek.
T. K. Tjoa, Dadeluin 228, Rotterdam.
J. S. Veenstra, Balth. Floriszstraat 2 A^{III}, Amsterdam.
Mw. L. E. Visser, p/a Wingerdstraat 21, Heythuysen (L).
R. A. P. M. van Vlerken, Kerkstraat 40, Mierlo.
H. C. A. M. van Vliet, Adm. v. Gentstraat 15, Utrecht.
J. F. Weber, Omloop 65, Stadskanaal.

G. D. H. J. van der Werf, Oudedijk 9, Pieterburen.
A. R. M. Wittkamp, Waddenland 15, Duivendrecht.
A. H. M. Wolswijk, De Linde 5, Didam.
Mw. J. P. M. de Wijs, Sportparklaan 6, Made (N.Br.).
Mw. B. A. C. Zijlstra-Thonon, Spangahoekweg 79, Spanga (Fr.)

Mw. G. P. M. van Assen, Hoornsediep 26 A, Groningen.
F. J. Banis, v. Woustraat 219^{II}, Amsterdam.
F. J. Berkhout, Papengracht 4, Leiden.
H. J. van Beusekom, De Vang 21, Malden.
W. A. Biewenga, Putman Cramerstraat 5, Enter.
J. H. M. van Binsbergen, Wilhelminastraat 131, Hoensbroek.
Mw. C. C. de Boer-Stom, Fazantenveld 82, Cuijk.
J. G. M. Bokdam, Dr. Hermanslaan 22, Oss.
A. van Dorp, Klompven 12, Oisterwijk.
A. C. P. van den Dries, Weg door Jonkerbos 25, Nijmegen.
T. S. A. Geertsma, Houtmarkt 73, Zutphen.
N. W. van Gelder, Bagijnesingel 21, Zwolle.
R. B. Girjasing, B. v. Suttnerstraat 157, Haarlem.
W. J. Groenendijk, Hugo de Grootstraat 16 bis, Utrecht.
D. P. Harmse, Vrijheidslaan 93-2, Amsterdam.
Th. C. M. van Hilten, Fonteinbos 175, Zoetermeer.
J. A. Houwen, Plutostraat 117, Nijmegen.
M. Jacobs, P. A. de Genestetstraat 39, Harlingen.
Mw. P. J. Jonker, Wilhelminastraat 23, Meppel.
Mw. N. W. Klaasse, Berberisweg 478, Rotterdam.
G. Th. Kok, Cesar Frankrode 56, Zoetermeer.
Mw. B. Kuendl, Ln. v. Vollenhove 166, Zeist.
W. Kuijk, Beiaard 3, Nieuwegein.
J. J. F. M. de Man, Fazantenkamp 937, Maarssenbroek.
Mw. R. H. E. R. Meijers, Deylerweg 50, Wassenaar.
Mw. N. Moerman, v. Eeghenstraat 4, Amsterdam.
M. J. Pool, Folkingestraat 40 A, Groningen.
J. J. van de Putte, Bakkersteeg 7 A, Leiden.
Mw. B. A. Reichgelt, Schepenmakerssteeg 6, Utrecht.
L. T. P. van Rossum, Bernhardlaan 22, Susteren (L).
Mw. J. R. van Rijn, Christinastraat 26, Cadier en Keer.
B. M. Th. van Santvoort, Maliesingel 10, Utrecht.
P. M. Scheele, Everlaan 30, Wageningen.
A. M. B. A. Schellekens, Heuvelstraat 20, Dongen.
J. Schouten, Triangelstraat 64, Nijmegen.
O. Schreuder, v. Oldenbarneveltplaats 224, Rotterdam.
W. G. C. Segers, Obrechtstraat 28, Utrecht.
R. H. Stigter, Waterkers 20, Gouda.
W. C. A. M. van Veenendaal, Keizerskroon 101, Leeuwarden.
F. L. M. Voncken, Prof. Bromstraat 40-11, Nijmegen.
W. J. S. Vriesendorp, Jean Pesijnhof 6, Leiden.
T. Wever, Ulekamp 12, Joure (Fr.).
H. L. van der Wiel, Bingleystraat 55 A, Rotterdam.
A. H. Wouters, Burg. A. H. Brandtlaan 19, Velp.
W. U. V. A. van Wijngaarden, Mathenesserlaan 211, Rotterdam.
Mw. H. B. M. van IJzerloo-Koot, Luxemburglaan 172, Heemskerk.
A. v.d. Zwart, v. Weede v. Dykveldstraat 26, Den Haag.
B. A. J. Röben, Skepery 20, Ee (Fr.).
Mw. Y. G. Draaisma-Weitenberg, Noordkante 5, Oude Pekela.

J. M. Ackermans, van Tuldenstraat 15, Oirschot.
R. van den Akker, Bolestein 532, Amsterdam.
N. G. M. van Alst, Berkhof 45, Gendt.
R. J. Bakker, Commanderie 11, Sneek.
J. H. Barentsz, Petristraat 3, Utrecht.
G. M. G. W. H. Beckers, Prof. Bromstraat 86, Nijmegen.
J. A. Blok, Haagweg 192, Rijswijk.
W. H. Boesten, Eijkmanlaan 295, Utrecht.
J. W. Borkent, Naxosdreef 69, Utrecht.
F. J. Brandwijk, Nieuwe Rijn 88, Leiden.
H. N. L. N. Bron, Rijksweg Noord 90, Sittard.
D. T. L. Busscher, Kattenburgerhof 90, Amsterdam.
R. A. Coutinho, Anna Vondelstraat 5^I, Amsterdam.
J. J. Dagevos, Schaesbergerweg 66, Heerlen.

G. O. Dommerholt, Kelloggplaats 25, Rotterdam.
 Mw. I. Dominicus, Bergstraat 50, Deventer.
 M. Drenth, Ankaradreef 16, Utrecht.
 Mw. J. van Drenth, van Alphenstraat 13, Utrecht.
 J. B. van Dijk, van Hamelstraat 3A, Groningen.
 Mw. A. M. M. Flinkenflögel-Knuvers, Nassaulaan 9, Steenberg.
 A. P. M. Flinkenflögel, Nassaulaan 9, Steenberg.
 J. H. Franken, 1e Jan v.d. Heydenstraat 106 B, Amsterdam.
 M. L. v.d. Graaff, Benoordenhoutseweg 77, Den Haag.
 P. N. Greuter, A. van Zwietenstraat 16, Utrecht.
 B. J. M. de Groot, Ierlandstraat 46, Haarlem.
 C. M. Ham, Pr. Fr. Hendrikstraat 5 B, Schiedam.
 P. R. M. Hekking, Kerkstraat 359, Amsterdam.
 D. M. Hofman, Hobbemaweg 10, Eelde.
 J. M. Huybers, Vresselseweg 6 A, St. Oedenrode.
 S. Jensma, Rozenlaan 7, Marum.
 Mw. Y. Jorissen-De Jong, Schollenburgstraat 8^I, Amsterdam.
 N. T. Kaner, Zaalstede 1 B, Gieten.
 Mw. W. T. J. M. Kerckhaert-v. Rooyen, Verl. Slotlaan 24, Zeist.
 H. B. H. Ketels, Parnassusweg 38^I, Amsterdam.
 J. G. F. van Kleef, Sluissestraat 24, Zuidzande.
 Mw. J. G. Koppe, Roomsarijnhof 29, Duivendrecht.
 D. W. Koster, Paarlstraat 24, Utrecht.
 Mw. A. Kranenburg-van Leeuwen, Hijmans van den Berghlaan 86, Utrecht.
 J. I. K. K. Lie, D Hennepe 180, Tiel.
 Mej. J. M. O. Mekel, van Lieflandlaan 130, Utrecht.
 H. J. Nagel, Dammenlaan 17, Den Bosch.
 H. I. Oey, Klein Molenbeek 5, Bergen op Zoom.
 A. M. Palsrok, Imm. Kantstraat 390, Rotterdam.
 G. J. van der Ploeg, Pastoriestraat 31, Oldenzaal.
 G. Ploos van Amstel, Pr. Marijkelaan 22, Oegstgeest.
 J. W. M. Rijken, Lind 73, Oisterwijk.
 A. C. J. Schlösser, Lensveltlaan 6, Nieuwegein.
 D. Schols, Pootstraat 3001, Rotterdam (3001).
 W. F. Schot, Ophoviuslaan 122, 's-Hertogenbosch.
 M. L. Schuurmans, van Slichtenhorststraat 12, Nijmegen.
 F. E. L. M. Sutorius, Wilhelminalaan 11, Zutphen.
 J. A. M. M. Sijben, Prof. Bromstraat 78, Nijmegen.
 Mw. K. Takken-Sahli, Willibrordusstraat 12, Zoeterwoude.
 R. W. M. van Velzen, Hoge Woerd 91, Leiden.
 W. J. A. M. Vermeulen, Lijcklamastraat 21, Joure.
 A. Versteeg, Loevesteinstraat 95, Nijmegen.
 H. Verwey, 't Koetshuys Bos van Krant 2, Warmond.
 K. Vieira, Othellodreef 137, Utrecht.
 J. F. M. Visser, Groenhof 110, Amstelveen.
 M. Visser, de Merodelaan 3, Uithoorn.
 M. L. H. van Vliet, Lekkenburg 22, Gouda.
 Mw. E. M. van Weel-Baumgarten, Zeedistel 9, Rotterdam.
 H. Wind, Vrolikstraat 305^{III}, Amsterdam.
 Mw. A. de Witte, Raaweg 16 b 2, Loosdrecht.

Adspirant leden

Mw. D. H. Bolhuis, Rhijnvis Feithlaan 60, Zwolle.
 M. A. A. J. Bollen, Poststraat 2, Groningen.
 H. L. Boutmy, Jonker Fransstraat 81 A, Rotterdam.
 J. Brilman, Uilenstede 246-1724, Amstelveen.
 P. R. G. Brink, Vierde Rompert 75, 's-Hertogenbosch.
 J. G. H. Bürer, Rode Kruislaan 967, Diemen.
 P. E. Cost Budde, Kleine Veerweg 27, Zwolle.
 E. de Cuba, Buitenhofstaat 25 A, Rotterdam.
 J. F. Dabrowski, Groesbeeksedarsweg 105, Nijmegen.
 Mw. W. Th. M. van Gils-Coerwinkel, Piezenburgsestraat 19, Leuth (Gem. Ubbergen).
 R. Hagen, Joubertstaat 11 A, Leiden.
 R. den Hamer, Pupillenstraat 56 B, Rotterdam.
 A. G. J. M. Hanselaar, Parkweg 108, Nijmegen.
 G. den Hartog, Breedstraat 20 bis, Utrecht.
 R. Kramer, Andreasstraat 10, Utrecht.

G. D. Nossent, Laan v. Borgele 33, Deventer.
 Mw. M. Ramaker, Koolstraat 9, Leiden.
 D. J. Schuurmans, De Houtmanstraat 12 A, Hoogezand (Gr.).
 A. W. Siemons, Kepplerstraat 200, 's-Gravenhage.
 J. P. M. Verpaalen, Russbroecstraat 24 B, Nijmegen.
 A. M. van der Vliet, p/a Molenaarstraat 19, Huissen (Gld).
 A. H. H. de Werk, Walenburgerweg 46 B, Rotterdam.
 Mw. W. A. van Asselt, Voorstraat 7, Grafhorst.
 Mw. P. J. C. Balkema, Mr. de Sitterstraat 5 A, Groningen.
 F. J. A. Beek, Groenhovenstraat 9, Leiden.
 P. A. M. de Beer, Stijn Buijsstraat 104, Nijmegen.
 R. Dalmijn, Oostdwaarsgracht 1, Leiden.
 F. M. J. M. Donders, Irenestraat 42, Druten.
 V. J. F. van Gool, Kinkerstraat 57, Amsterdam.
 J. Heijster, Bachplein 505, Schiedam.
 W. R. Hogeboom, Middelwijkstraat 63, Soest.
 R. S. M. Keizer, Dr. van de Zandestraat 51, Enschede.
 W. G. de Korte, Kolfstraat 85, Purmerend.
 J. P. Krooman, Beatrixstraat 34, Halfweg (NH).
 S. Kyzer, Krekel Meent 80, Hilversum.
 C. R. Meeder, Driemolendrift 20 B, Groningen.
 K. J. Moes, Van Galenstraat 22 A, Rotterdam.
 H. de Morree, Lammenschansplein 22, Leiden.
 E. D. Mulderij, Sterreschansweg 31, Nijmegen.
 J. P. M. Offermans, Fagelstraat 62, Nijmegen.
 Mw. A. L. T. van Overbeek-van Gils, Vletweide 56, Bunnik.
 A. F. Reinders, Hokkelenbergstraat 21, Brunssum.
 Mw. J. A. Rijnberk, Alerlo 4, Rotterdam.
 K. Rijnhart, Meeuwenlaan 231 II, Amsterdam.
 J. P. J. van Schaik, R. Schumannstraat 31, Utrecht.
 C. W. Th. Schmidt, Kromme Mijdrechtstraat 86 hs, Amsterdam.
 H. E. J. Sinninghe Damsté, v.d. Weteringstraat 49, Utrecht.
 C. A. F. Wabeke, Egstraat 23, Enschede.
 T. F. Weijers, Waalstraat 7^{III}, Amsterdam.
 H. van der Wiel, Uilenstede 268-1850, Amstelveen.
 P. B. M. Zuiderwijk, Hamburgerstraat 38, Utrecht.
 Mw. A. A. M. Blauw, Pater Brugmanstraat 67, Nijmegen.
 Mw. M. H. Bussel, Jozef Israëlsstraat 51, Nijmegen.
 J. M. Dekker, Uilenstede 160/1142, Amstelveen.
 M. P. Heringa, van Haexbergenstraat 5, Deventer.
 A. K. D. Hoefnagels, Groesbeekse Dwaarsstraat 105, Nijmegen.
 Cr. A. Hoffland, Keizer Karelweg 385, Amstelveen.
 J. A. Kragten, Kanaalstraat 69 bis, Utrecht.
 Mw. A. Margherita, Bonairestraat 27 bis, Amsterdam.
 J. P. M. van Putten, Zandvaartkade 2, Heemstede.
 Mw. M. T. van de Weerd, Tuinbouwstraat 132 A, Groningen.
 J. W. Arnold, Eksterlaan 34, Leerdam.
 J. L. Bloem, Flanorpad 7 D, Leiden.
 P. I. G. J. Burgers, Kraayenberg 83-06, Wijchen.
 A. A. M. Fliermans, Pontanusstraat 8, Nijmegen.
 F. J. Heere, Breitnersingel 20, Rotterdam-3013.
 J. V. Kuyvenhoven, Adolf van Nassaustraat 35^I, Amsterdam.
 Mw. W. E. M. Matulewicz, Jac. van Maerlantstraat 13^I, Amsterdam.
 C. A. Meeuwis, Da Costakade 194-79, Amsterdam.
 H. J. M. R. Mulders, Jan de Wittstraat 51, Nijmegen.
 J. A. C. Pol, Tugelaweg 84, Amsterdam.
 F. L. J. Reynnders, Vuurvlinderstraat 22, Eindhoven.
 W. J. M. Sessink, Hutteweg 3, Ulf.
 Mw. I. T. Stoop, Oostzeedijk 36, Rotterdam.
 C. J. G. Theeuwes, De Schoren 41, Malden.
 P. Vos, Noorderstraat 3, Utrecht.
 Mw. D. B. M. van der Werff, Rooswijck 74, Amsterdam-Buitenveldert.
 A. G. R. V. Berghout, Leidsekade 55^{IV}, Amsterdam.
 M. van Berkel, Potgieterstraat 34 bis, Utrecht.
 D. J. Reiding, Overtoom 210^{III}, Amsterdam.

Nieuwe inschrijvingen

De Huisarts Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft in haar register ingeschreven:

per 6 december 1977 (Universitair Huisartsen Instituut – Groningen)

Fransen, H. J. A. M., Voorste Kamp 5, Stadskanaal.
Hermanides, S. R., Kruitlaan 39, Groningen.
Jonker, F. F. Clockstraat 167, Oude Pekela.
Lameris, A. J., Hoendiepskade 30 A, Groningen.
Muysken-du Saar, Mw. A. M., Helperbrink 9, Groningen.
Neys, H. R., Helios 94, Hoogeveen.
Reininga, A. J. H., Kobbé 26, Dokkum.
Roodenburg, Mw. A. M., Nr. 22, Kolderveen – post Nijveen.
Vorst, G. G. H. van, Joh. Vermeerstraat 85, Coevorden.
Vries, J. de, Prins Bernhardlaan 120, Joure.

per 7 december 1977

Linsen, A. M. P., Corn. Haringhuizenlaan 93, Midwoud (NH).
Rijnveld, J. R., Kattenburgerstraat 114, Amsterdam.
(beiden: Universitair Huisartsen Instituut – Amsterdam-UvA).
Vaessen, M. H. J., A. Schweitzerstraat 102, Brunssum.
(Universitair Huisartsen Instituut – Maastricht).
Mijs, A. H., Concordiastraat 46, Utrecht.
(Universitair Huisartsen Instituut – Utrecht).

per 7 december 1977 (Universitair Huisartsen Instituut – Leiden)

Putten, P. H. van, Joh. Willem Frisostraat 25-27, Zoetermeer.
Sonnenberg, A. E., Lobelialaan 45, Den Haag.
Stehouwer, Ph. Houtzwam 42, Alphen aan den Rijn.
Stiekema, J. G. J. M., Jan van Goyenkade 9, Leiden.
Veering, B. Th., Rapenburg 47, Leiden.
Weevers Stous, G. J. B., Lelielaan 21, Oegstgeest.
Wijnmaalen, A. J., Wasstraat 29, Leiden.

(met terugwerkende kracht)

per 2 juni 1977 (Universitair Huisartsen Instituut – Leiden)
Takken-Sahli, Mw. K. Willibrordusstraat 12, Zoeterwoude.

per 16 december 1977 (Universitair Huisartsen Instituut – Amsterdam UvA)

Dieben-Roelofs, Mw. G., Menningweerweg 3, Stompvoren.
Ewals, F. V. P. M., Haarlemmerstraat 83^I, Amsterdam.
Gerven, P. J. H. J. van, Beethovenstraat 162 IV, Amsterdam.
Korthals Altes-Schreuder, Mw. M. C. J., Egelantiersstraat 196^I, Amsterdam.
Reijnierse, Mw. A. M., P. C. Hooftstraat 20, Amsterdam.
Westerbos, F. M., Hugo de Grootplein 4^I, Amsterdam.
Wolf, B. H. M., 1e Jan Steenstraat 21^{III}, Amsterdam.

per 16 december 1977 (Universitair Huisartsen Instituut – Amsterdam VU.)

Brobbel, W., Abtsweg 32, Rotterdam.
Graaf, F. P. de, 1e Schinkelstraat 9^{II}, Amsterdam.
Hörchner, Mw. Chr. D., Mr. Bardeslaan 6, Amstelveen.
Korfker, H. B., Bilderdijkkade 66^{III}, Amsterdam.
Rijken, J., Faustlaan 56, Amstelveen.
Tromp, P. J., Uilenstede 12-64, Amstelveen.
Verhaar, J., Joh. Verhulststraat 196^{III}, Amsterdam.
Weve, W. M., Dintelstraat 33^{II}, Amsterdam.
Woerdeman, M. R., Meander 251, Amstelveen.

per 16 december 1977 (Universitair Huisartsen Instituut – Groningen)

Fey, Mw. K., Kl. Brandenburgerstraat 7, Groningen.
Pras, Mw. E., Asserweg 25, Beilen.
Woude, J. van der, Rinzemastraat 72, Joure.

per 16 december 1977 (Universitair Huisartsen Instituut – Nijmegen)

Baars, J. F. van, Hertogstraat 76, Nijmegen.
Berting, J. P. J., Joh. Stratuslaan 7, Wolfheze.
Coumans, R. H. M., Tangostraat 22, Nijmegen.
Doorn, J. H. L. van, Molenweg 22, Beek en Donk.
Eijck, J. A. M. van, Malvert 62-73, Nijmegen.
Hoefnagels, J. H., D. v. Poldersweg 50, Nijmegen.
Jellesma-Eggenkamp, Mw. M. J. H., Molenweg 43, Oosterbeek.
Lim-Jooren, Mw. H. A., Weezenhof 81-23, Nijmegen.
Mulders, M. A. M., Meeuwstraat 23, Bergen (L).
Peters, L. J. G. M., Zeegsingel 60, Arnhem.
Roos, B., Koehoornstraat 12, Tegelen.
Schreurs, J. G. M., Oude Haven 58, Nijmegen.
Schulte, H. J. M., Menuetstraat 8, Nijmegen.
Sijben, J. A. M. M., Prof. Bromstraat 78, Nijmegen.
Willems, G. A. M., Marialaan 159, Nijmegen.

per 16 december 1977 (Universitair Huisartsen Instituut – Rotterdam)

Bink, D., Middenweg 198, Heerhugowaard.
Broekhuizen, A. H., Kethelweg 53, Vlaarding.
Broekhuizen-de Gast, Mw. H. S., Kethelweg 53, Vlaarding.
Dijks, J., Middelharnisstraat 161, Rotterdam.
Hak, P., De Snel 1, Zwijndrecht.
Kloos, C. J. J., Amalia van Solmsstraat 18a, Schiedam.
Leer, J. V. M. van, André Gideplaats 131 – 5, Rotterdam.
Rijken, J. W. M., Josephstraat 36 B, Rotterdam.
Wauters, H. E. J., Goudserijweg 95 b, Rotterdam.

per 16 december 1977 (Universitair Huisartsen Instituut – Utrecht)

Krediet-Roelofs, Mw. H. J., Couwenhoven 89-09, Zeist.
Derks-Biewinga, Mw. A. N., Vijfheerenlanden 449, Vianen.
Herrewijn, G. D. Weth. Jan de Jongstraat 40, Lexmond.
Kok, P. J. F., Barbierstraat 174, Gorinchem.
Jansen, G. R. H. J., Voordijk 37 a, Vlijmen.
Nefs, C. M. M., Ambachtsherenweg 45, Klundert.
Roosendaal, J. J., Langewijk 4, Dedemsvaart.
Rutten, J. J. A., Echternachlaan 610, Eindhoven.
Stolk, J., Hardesteinstraat 45, Zwolle.

INHOUD OFFICIEEL

KNMG:	
De 171ste Algemene Vergadering. Kort verslag, deel II	154
Van het hoofdbestuur:	
Röntgenfoto's, patiënten en chiropractors	160
KNMG-personalia	162
Van de SNH:	
Nascholingsmogelijkheden voor de huisarts van februari t/m april 1978	161
Van de HRC:	
Nieuwe inschrijvingen	164