



redactioneel

- Prof. Dr. P. J. Thung en Mevrouw M. de Gruil-Van Egmond, beiden verbonden aan de medische faculteit van de Rijksuniversiteit te Leiden, verwachten de komende jaren een verhevigde discussie over alles wat met vraag en aanbod van artsen samenhangt. Zij dragen alvast wat materiaal aan voor zo'n discussie en concluderen onder meer dat er maximaal reclame moet worden gemaakt voor de huisartsgeneeskunde, want: 'Lukt het niet juist nu een extra contingent eerstejaars te werven die speciaal voor huisartsgeneeskunde zijn gemotiveerd, dan is over acht à tien jaar opnieuw een tekort aan huisartsen te verwachten'.
- De huisartsen J. B. Kam en J. Koopman, respectievelijk werkzaam als huisarts in Zwolle en binnen het Utrechtse Universitair Huisartsen Instituut, hebben een 1200 diabeelden van patiënten in diverse series gerangschikt en verwerkt tot didactisch materiaal. Zij zijn tot de bevinding gekomen dat fotomateriaal van het huisartssprekeuur een geheel eigen karakter kan hebben en voor onderwijs en nascholing van belang kan zijn.
- Mevrouw M. P. Davidson-Mooren en de heer E. van de Weg, respectievelijk medewerkster en directeur van de Hogere School voor Gezondheidszorg te Utrecht hebben de wachtlijst voor de Basiscursus Sociale Geneeskunde onderzocht. Op 1 december 1977 bleken er 330 kandidaten op te staan (in 1976 was dit 245). Een van de conclusies is dat de jongeren geen meerderheid vormen onder de groep kandidaten.
- Indertijd schreef de Rotterdamse psycholoog Dr. F. Bernard in MC over kinderseksualiteit, pedofilie en strafrecht. Thans levert Mr. Bert Krikke, wetenschappelijk medewerker aan de Juridische Faculteit van de vrije Universiteit daarop kritiek. In een naschrift verweert eerstgenoemde auteur zich.



Deze 'Impressies van een Spaanse stad' (olieverf op paneel – 45 x 55 cm) is van de hand van G. A. Polderman, oud-huisarts, thans vg GAK te Amsterdam, en was te bewonderen op de tentoonstelling van 'Met Pincet en Penseel' in het Centraal Ziekenhuis te Alkmaar. Zijn voorkeurstechniek: olieverb. Zijn motivatie: 'Weet ik niet; dit kan ik niet analyseren; ik denk aan de uitspraak van Valery: 'Als een vogel wist en precies kon zeggen waarom hij zingt, wat hij zingt en wat het in hem is dat zingt . . . dan zou hij niet meer zingen!' Foto: H. Frese, arts te Bergambacht.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven	982
<i>Inzenders: Dr. J. Spaander, H. Th. P. Cremers, Dr. A. van der Zwan Jr.</i>	

De vraag naar artsen, tien jaar terug en nu, door P. J. Thung en M. de Gruil-van Egmond	985
---	-----

Discussie. Hongerstaking, door het bestuur van de vereniging van gestichtsartsen bij het ministerie van Justitie.	
Replik bij het voorgaande door M. A. J. Romme c.s.	988

Wat is er te zien in de huisartspraktijk? 1.200 Diabeelden van patiënten, door B. J. Kam en J. Koopman	989
--	-----

De wachtlijst per 1 december 1977 voor de Basiscursus Sociale Geneeskunde, door E. van de Weg en Mw. M. P. Davidson-Mooren	991
--	-----

Discussie. Kinderseksualiteit, pedofilie en strafrecht: een interessante vergelijking, door Mr. Bert Krikke	997
Naschrift bij het voorgaande door Dr. F. Bernard	1000

OFFICIEEL	1001
-----------------	------

Inhoudsopgave officieel	1012
-------------------------------	------



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 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. W. F. Plomp-Düren, secretaresse;
Mw. W. G. Juffermans-Kaltoven, secretaresse.

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

Uitgeverij

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

Abonnementen

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

Advertenties

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

Adreswijziging

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

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: 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.

STOP KLINISCH CHEMISCH LABORATORIUMONDERZOEK

Mededeling van de Directeur-Generaal van het RIV

Het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid fungeert als referentie-instituut, ook op het gebied van de klinische diagnostiek, met inbegrip van de ontwikkeling van daarop gerichte laboratoriummethoden. In het verleden is in dit verband ook een beperkte hoeveelheid klinisch-chemisch onderzoek voor derden verricht. De laatste jaren zijn deze klinisch-chemische bepalingen sterk in aantal afgenomen. Dit is mede het gevolg van het feit dat vrijwel alle Nederlandse ziekenhuizen nu over goed uitgeruste klinische laboratoria beschikken en ook een aantal diagnostische centra deze functie kunnen uitoefenen. Daarnaast is de behoefte aan normalisatie en kwaliteitscontrole in de klinische chemie echter toegenomen.

Op grond van het bovenstaande heeft de Directie van het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid besloten het routine klinisch-chemisch onderzoek ten behoeve van huisartsen en specialisten met ingang van 1 oktober 1978 te beëindigen, en zich te beperken tot de referentietaken. De betrokken inzenders zullen een lijst ontvangen, waarop de onderzoeken die niet meer kunnen worden aangevraagd, zijn vermeld. Deze lijst is ook op aanvraag verkrijgbaar.

Het Hoofd van de Unit Klinische Chemie en Hematologie van het RIV zal gaarne inzenders behulpzaam zijn bij het vinden van laboratoria die bereid zijn de gewenste bepalingen te verrichten.

Bilthoven, 11 juli 1978

Dr. J. Spaander

ENGELSE POLITIE-ARTSEN HUN VERENIGING EN HUN HANDBOEK

'The New Police Surgeon' oftewel 'De nieuwe politie-arts' als letterlijke vertaling. Het kan zijn dat 'nieuw' duidt op beter dan het voorgaande boek 'The Practical Police Surgeon'. 'De goed geïnformeerde

politie-arts' zou ik wel een passende vertaling vinden na het boek doorgenomen te hebben.

In Engeland heet de politie-arts police-surgeon. De meeste politie-artsen daar zijn huisartsen die part-time de politie helpen. Eigenlijk precies zo'n situatie als in Nederland, want ook hier heeft elk politiekorps zijn politie-artsen, al zal menige arts zich daar nauwelijks van bewust zijn, bijvoorbeeld de door elke gemeente aangestelde gemeentelijke lijkschouwers, de artsen die helpen bij de verbalisering van alcoholmisbruik in het verkeer, de artsen die geneeskundige verklaringen van verkeersletsels invullen, die onderzoeken doen bij andere misdrijven (mishandeling en verkrachting) enz. Dit zijn allemaal deeltaken van een politie-arts. Menige arts zal de politie met meerdere deeltaken helpen.

In Engeland hebben die artsen zich sinds ± 25 jaar georganiseerd in de 'Association of Police Surgeons of Great Britain' en zijn zeer actief, niet alleen met betrekking tot hun status en honorering, maar ook met betrekking tot scholing en nascholing van politie-artsen. Er kan zelfs een officieel diploma gehaald worden (DMJ = Diploma in Medical Jurisprudence). 'The New Police Surgeon' mag gezien worden als een bijzonder geslaagd produkt van die vereniging, een handboek voor de praktijk van de politie-arts. In tegenstelling tot de zeer vele boeken over forensische geneeskunde die verkrijgbaar zijn, waarin beschrijvingen te vinden zijn van de te verwachten gevolgen van criminele delicten, wordt in dit boek vooral beschreven hoe de politie-arts zijn werk moet doen.

Met andere woorden de arts die door de politie om assistentie wordt gevraagd vindt in dit boek hoe hij het onderzoek moet aanpakken, waar hij op moet letten en hoe hij moet rapporteren. Basiskennis wordt beschreven evenals moeilijkheden en valkuilen. Een echt handboek voor de praktische uitoefening van de gerechtelijke geneeskunde. De manier waarop in het boek geadviseerd wordt kan voor Nederlandse gewoonten wat erg uitvoerig en precies lijken, toch is het goed kennis te nemen van hoe het eigenlijk zou moeten om perfectie te krijgen.

Dan het boek zelf. Keurig verzorgde

Doorlezen naar blz. 984

JAARVERSLAG KNMG

Met het oog op de algemene na-jaarsvergadering van de Maatschappij Geneeskunst wordt telkens om deze tijd het verslag van de KNMG over het voorgaande verenigingsjaar in Medisch Contact gepubliceerd. In het officiële gedeelte van dit nummer (blz. 1002 tot en met 1010) staat het jaarverslag over 1977 afgedrukt. Het biedt wederom op overzichtelijke wijze een opsomming van de belangrijkste gebeurtenissen van het afgelopen jaar.

Verreweg de meest in het oog lopende activiteiten betroffen die welke voortspuiten uit de indiening door de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, de heer Hendriks, van diens wetsontwerpen Voorzieningen en Tarieven Gezondheidszorg. De gehele inleiding op het feitelijke jaarverslag van de KNMG is daarop afgestemd; terecht, want: 'Veel tijd en energie werden aan de bestudering van deze ontwerpen, aan besprekingen met de eigen leden, met andere organisaties, met politici, etc. en aan het opstellen van een eigen visie op een structurering van de gezondheidszorg besteed'.

In het vorige jaarverslag – dat over 1976 – beklagde het hoofdbestuur er zich nog over dat de KNMG onvoldoende betrokken werd bij de voorbereiding van belangrijke wetten. De overheid miskende daardoor de bereidheid en de mogelijkheid tot constructief meedenken en -werken van de artsenorganisatie aan de verbetering van de gezondheidszorg, zo constateerden wij toen.

Inmiddels is blijkens het jaarverslag 1977 – en de MC-jaargang 1977 laat er zich gedetailleerd op

naslaan – door de Maatschappij Geneeskunst heel wat materiaal bijgedragen aan de totstandkoming van een structuurwetgeving. Inmiddels is er ook een nieuwe regering opgestaan. Er zijn tekenen die erop wijzen dat deze zich meer gelegen zal laten liggen aan de inzichten van de KNMG met betrekking tot de verbetering van de gezondheidszorg. De kracht van de KNMG-argumenten is dan ook niet licht te negeren. Het is een goede zaak dat deze argumenten werden geboekstaafd en dat – bijvoorbeeld door middel van een jaarverslag als het onderhavige – iedere belangstellende alsmede elke instantie die er rekening mee zou dienen te houden daarnaar kan worden verwezen.

POLITIEK BEWUST

Sommige artsen houden vol dat de medicus practicus zich verre van de politiek moet houden. Hij zou boven de politieke partijen moeten staan, dan pas zou een objectieve benadering van de patiënt mogelijk zijn. Bovendien zou de praktijk nauwelijks toelaten tijd te besteden aan politieke vraagstukken. Anderen daarentegen betogen dat iedere burger zich betrokken zou moeten voelen bij het maatschappelijk gebeuren, in het bijzonder de arts die dagelijks wordt geconfronteerd met de negatieve of positieve invloeden van de maatschappij op gezondheid en welzijn van de mens. Bestrijden, respectievelijk bevorderen van die invloeden zou in die optiek naast behandeling ook een politieke stellingname vereisen. Een enkeling gaat zelfs zo ver de praktijkbeoefening als middel te gebruiken om

bepaalde politieke inzichten aan de man te brengen.

Zoals wellicht bekend doet de redactie sinds enkele jaren onderzoek naar de leedsichtheid van Medisch Contact. Dit gebeurt door middel van een a-select gekozen representatief lezersforum. Van tijd tot tijd wordt een nieuw forum samengesteld. Bij die samenstelling is het gebruikelijk een vragenlijst mee te zenden. Omdat het interessant leek te weten hoeveel artsen lid zijn van een politieke partij hebben wij een van de vragen daarop afgestemd. Een cijfermatige uitkomst zegt alleen iets als er daarnaast gegevens betreffende de gehele bevolking beschikbaar zijn. Die gegevens zijn echter spaarzaam. Wij kregen de beschikking over een onderzoek onder personen boven twaalf jaar, gerangschikt naar het niveau van genoten onderwijs. Gemiddeld is minder dan 10% van deze bevolkingsgroep lid van een politieke partij. Dit percentage stijgt naarmate er meer onderwijs is genoten. Van hen die middelbaar beroepsonderwijs of meer hadden gevolgd was 13% lid van een politieke partij. Voor academici geldt dat ongeveer 20% is aangesloten bij een politieke partij.

Voor de leden van de KNMG vonden wij eenzelfde percentage. Bij nadere uitsplitsing bleek dat vrij gevestigde specialisten, specialisten met een geheel of gedeeltelijk dienstverband en artsen in dienstverband voor ongeveer 20% lid zijn van een politieke partij. Voor huisartsen geldt een aanzienlijk lager percentage; voor rustende artsen daarentegen ligt het weer hoger. Een ondeugende conclusie zou kunnen zijn dat ook bij artsen in dit opzicht het verstand met de jaren komt. B.

uitgave, 550 bladzijden. Maar van die 550 bladzijden gaan 150 bladzijden over Engelse politie, procedures in gerechtshoven en wetkennis; interessant maar niet nodig voor Nederlandse artsen. Daardoor zou het boek relatief duur worden, maar het Britse pond helpt een handje om dat goed te maken. Voor £ 19,— ofwel ± f 80,— is het een zeer waardevolle hulp.

De vereniging die de uitgave gefinancierd heeft, houdt de verkoop het liefst in eigen hand en wel via Dr. J. E. Hilton, St. Andrews House, Wilton, Norwich NR 13 5 DT, Engeland. Een briefje aan collega Hilton en £ 19,— overmaken per internationale postwissel of via bank op zijn naam en het boek wordt gestuurd. Nu we het toch over die 'Association of Police Surgeons' hebben. Voor artsen met belangstelling voor werk ten behoeve van justitie (politie) is het echt de moeite waard om eens kennis te maken met die vereniging. Misschien vanwege het nog niet te grote ledental (± 550) wordt meermalen per jaar in een bijzonder collegiale sfeer (ook bij de eerste kennismaking typisch Engels gastheerschap!) praktijkervaring uitgewisseld en bijgeschoold. Het tijdschrift 'The Police Surgeon', dat zeker twee maal per jaar verschijnt, geeft alle informatie over de verenigingsactiviteiten en behandelt de onderwerpen op eenzelfde collegiaal informatieve manier, doorspekt met humor. Als secretaris functioneert Dr. Hugh de la Haye Davies, Creaton, Northampton NN 6 8 ND. Ikzelf wil ook best als contactpersoon optreden. Eigenlijk zou in Nederland ook de mogelijkheid moeten worden geschapen voor de vele honderden artsen die de politie helpen om kennis en ervaring uit te wisselen. Maar zo lang dat nog niet het geval is, is Engeland om boven beschreven redenen, waarbij ook de financiële horen, een aan te prijzen mogelijkheid.

P.S. 'The New Police Surgeon' by Burges and Hilton. Uitg. Hutchinson Benham London.

Rotterdam, 21 juli 1978

H. Th. P. Cremers

DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (XIII)

Een verslaafde aan alcohol is een medemens. Ook een overledene is nog een medemens. In de 38ste aflevering van het dagboek van een zogenaamde co-assistent maakt de redactie van Medisch Contact duidelijk dat de medische studie geen garantie is voor een minimum aan respect voor onze medemens.

Zwolle, 24 juli 1978

Dr. A. van der Zwan jr.



Albert Schweizer Symposium – Van 28 september tot en met 1 oktober van dit jaar vindt in Deventer een internationaal Albert Schweizer Symposium plaats. Het thema van dit symposium luidt: 'Eerbied voor het leven nu'. Sprekers zijn Prof. Dr. Walter Heitler (Zwitserland), Kardinaal Bernard Alfrink, Mw. Prof. Dr. Ilja Pawlowska (Polen), Dr. Anne van der Meiden, Prof. Dr. Robert Mindler (Frankrijk), Prof. Mr. Paul J. Teunissen, Dr. David Miller (V.S.) en de Engelse acteur James Brabazon. Tijdens het symposium zal prinses Margriet de gouden Albert Schweizerprijs uitreiken. Kosten voor deelneming: f 30,— (inclusief huisvesting, voeding, deelneming aan culturele evenementen). Aanmeldingsformulieren: Albert Schweizer Centrum, Postbus 15, Deventer, tel. 05700-19675.

Bijscholing verpleeghuisartsen – Van januari-december 1979 zal de Hogere School voor Gezondheidszorg voor de zesde keer een Bijscholingscursus voor Verpleeghuisartsen organiseren. Doel van de cursus is, artsen die in een verpleeghuis werken de gelegenheid te geven kennis, inzicht en vaardigheden te ontwikkelen met betrekking tot de medische behandeling en begeleiding van verpleegden, de integratie van de zorgverlening, de samenwerking met andere medewerkers en het mee tot ontwikkeling brengen van het beleid. Het programma zal deels in overleg met de deelnemers worden vastgesteld. Het leerproces tijdens de cursus wordt gekenmerkt door een nadruk op het onderkennen en leren hanteren van problemen die de deelnemers ieder voor zich in de praktijk ervaren. De cursus biedt geen standaardoplossingen aan; in de praktijk zal iedere deelnemer zijn eigen keuze moeten bepalen, afhankelijk van zijn specifieke situatie. In de bijscholing zijn enkele verplichte trainingsdagen begrepen. Elke deelnemer dient een werkstuk te vervaardigen. De cursus wordt om de veertien dagen gedurende twee hele dagen (donderdag en vrijdag) gegeven tussen eind januari en midden december 1979. Van april-juni 1980 zullen om de veertien dagen op een vrijdag werkstukken worden besproken; deelneming aan die besprekingen is niet verplicht. Op grond van ervaringen opgedaan tijdens eerdere cursussen is de cursus in perioden opgedeeld: januari-februari. Het verpleeghuis in samenhang met het totaal van de gezondheidszorg (introductie en

oriëntatie); maart-mei. De zorgverlening in het verpleeghuis (medisch-specialistische kennis, inzichten en vaardigheden nodig voor een integrale benadering); juni-oktober. Sociaal-organisatorische problemen in het verpleeghuis (beleid binnen en buiten het verpleeghuis, samenwerking met andere medewerkers bij opname, verblijf en ontslag). Van de deelnemers wordt verwacht dat zij enige tijd werkzaam zijn in een verpleeghuis, dat zij bereid zijn een jaar lang intensief samen te werken met collega-deelnemers, cursusleiding en andere betrokkenen en dat zij inzien dat gedurende een cursus van één jaar slechts een beperkt aantal aspecten van het werken in een verpleeghuis aan de orde kan komen. Kosten: f 8.200, waarvan f 4.500 te voldoen vóór 30 november 1978 en het restant vóór 30 januari 1979. In het totaalbedrag zijn de kosten van het verblijf in conferentieoord niet opgenomen. Oriëntatiemiddag: 14 september 1978. Nadere inlichtingen en aanmeldingen: Stichting Hogere School voor Gezondheidszorg, Leidseweg 83, Utrecht, tel. 030-941541.

Rectificatie I – In de discussiebijdrage namens het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde, getiteld 'De verzekeringsgeneeskundige als zondebok' (MC nr. 29 van 21 juli 1978, blz. 889-890), heeft het zetduiveltje weer eens toegeslagen: Op blz. 890 wordt aan het eind van de tweede kolom gesteld, dat 'Het feit dat niet de verzekerden hun arbeidsongeschiktheid behoeven aan te tonen, doch de verzekeringsgeneeskundige de arbeidsgeschiktheid van de verzekerde moet vaststellen, steeds meer aanleiding heeft gegeven tot een *eigenlijk* gebruik maken van sociale verzekeringswetten'. In plaats van eigenlijk had hier uiteraard *oneigenlijk* moeten staan. *Red. MC.*

Rectificatie II – Bij het afdrukken van de kritiek van Prof. Dr. B. M. S. van Praag en Drs. W. P. M. M. van de Ven op het artikel 'Tussen eerste en tweede echelon' van Posthuma en Van der Zee in MC nr. 29/1978, blz 900-903, is een hinderlijke fout gemaakt: De zin 'Essentieel echter aan de bedoelde negatieve relatie tussen frequentie en duur van een verschijnsel is dat *frequentie maal duur slechts waarden aan kan nemen binnen bepaalde nauwe grenzen*' welke staat afgedrukt op blz. 902, regel 15 t/m 20 in de tweede kolom, behoort te staan tussen de 12e en 13e regel in de derde kolom op blz 902.

De vraag naar artsen, tien jaar terug en nu

De bijna geruisloze vaststelling, jaarlijks omtrent deze tijd, van de numeri fixi voor (onder andere) de medische faculteiten, herinnert ons aan de verhitte discussies uit de zestiger jaren over studentenaantallen, onderwijscapaciteit en artsenbehoefte. Het kookpunt bij die discussies werd wel bereikt in 1968, ook om andere redenen een warm jaar aan de universiteiten. Voor de medische faculteiten was het vooral het jaar van de 'commissie-Verdam', officiëler: de Bijzondere Adviesgroep Medische Faculteiten, die de discussies uit de ruziesfeer moest halen en als onpartijdige instantie moest nagaan wat de 'uiterste opleidingscapaciteit' van de medische faculteiten was respectievelijk hoe deze nog zou kunnen worden uitgebreid. Dat er ruzie was bleek vooral in Leiden, waar de universiteit en de leden van het faculteitsbestuur dat jaar voor de rechter werden gedaagd naar aanleiding van een door de faculteit besloten stop op de toelating tot het tweede studiejaar.

'Artsenbehoefte' variabele grootheid

In datzelfde jaar 1968 verscheen in Medisch Contact, als een korte, nuchtere en uiterst verhelderende bijdrage tot die discussies, een artikel van wijlen Prof. J. G. G. Borst en W. P. Ezendam, getiteld: 'Moeilijkheden bij het medisch onderwijs door sterke fluctuaties van het aantal studenten' (MC nr. 47/1968 blz. 1243). Bij herlezing na tien jaar is het nog steeds een briljant stuk: alle relevante gegevens zijn er zakelijk en beknopt te vinden, gerangschikt rond één centrale gedachte, toegelicht met een

door **Prof. dr. P. J. Thung**
en **Mw. M. de Gruil-van Egmond**

Beide auteurs zijn verbonden aan de Faculteit der Geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Leiden.

grafiek van het type dat uit de klinische publikaties van Borst bekend is. De gedachte was simpel maar destijds origineel: de maatschappelijke 'artsenbehoefte' is een variabele grootheid en het studentenaanbod is daaraan homeostatisch gekoppeld via een tien jaar vertraagde tegenregulatie. Vanuit die gedachte, en terugziend op de ervaringen van 1948 tot 1968, voorspelden Borst en Ezendam over acht à tien jaar een omslag van het toenmalige tekort naar een overschot aan artsen en een gelijktijdige afname van het studentenaanbod. Helaas zullen wij dat laatste nooit meer exact kunnen nagaan. Wij weten dat na de ruim 1.900 eerstejaars van 1968 de belangstelling daalde tot 1.400 in 1969. Wij weten ook nog dat er weer 1.700 gegadigden waren in 1970 en 2.200 in 1971, maar daarna zakt het gordijn. De aanmeldingen vanaf 1972 zijn beïnvloed door allerlei overwegingen in verband met lotingskansen, uitwijkmogelijkheden en omwisseling van eerste en tweede studiekeuzen, en later door het al dan niet volhouden van uitgelotenen. Vergelijking met de aanmeldingen van vóór de numerus fixus-wet zal heel wat puzzel- en gokwerk vergen, we leven nu gewoon in een ander land wat dit betreft. Maar die artsenbehoefte, wat valt daarvan te zeggen? Het is wel een onderwerp waarover sinds 1968 al

heel wat is gerekend en gepraat; wij hebben daaraan weinig toe te voegen. De voorspellingen van Borst en Ezendam, vanuit de ervaringen van de vijftiger jaren, betrokken zich op de vestigingsmogelijkheden van huisartsen en het vinden van opleidingsplaatsen door aanstaande specialisten. Over beide zaken hebben in Medisch Contact al nood- of althans waarschuwingssignalen geklonken: MC nr. 15/1977 (blz. 459: 'Nieuwe vestigingen van huisartsen') en MC nr. 47/1977 (blz. 1461: 'Capaciteit medische vooropleidingen'). Voor rekenwerk verwijzen wij naar het stuk dat Drs. Poorter vorig jaar schreef: MC nr. 9/1977 (blz. 269: 'Vraag en aanbod van artsen in het jaar 2000'). Er zijn dus nu veel meer en betere gegevens over de artsenmarkt dan in 1968. Daarbij zijn ook de politieke dimensies van de vraag: artsentekort of artsenoverschot, duidelijker geworden (zie Wigtersma, MC nr. 40/1976, blz. 1251). Dit laatste onderstreept de in 1968 gesignaleerde variabiliteit van het begrip 'artsenbehoefte', ook dit is een reden om het stuk van Borst en Ezendam nog eens te vermelden.

Met dit al verwachten wij voor de volgende jaren een verhevigde discussie over alles wat met vraag en aanbod van artsen samenhangt. Mede als hommage aan de profetie van Borst en Ezendam, willen wij voor die discussie de volgende incidentele waarnemingen bijdragen. Wij vroegen ons af, wat er zonder speciaal onderzoek te zeggen zou zijn over veranderingen in de afgelopen tien jaar op het gebied van die 'artsenbehoefte'. Borst en Ezendam spraken van een 'nippend artsentekort', terwijl het

NHI-onderzoek van 1976 (MC nr. 15/1977) uitging van 'recente alarmerende geluiden' over de vestigingsmogelijkheden voor huisartsen.

Personeelsadvertenties

Wat kan een buitenstaander van die veranderende situatie merken? Als we eens keken naar de vraag naar artsen zoals die in advertenties tot uiting komt? Ondanks alle andere wegen om aan een praktijk te komen, blijkt het reageren op advertenties toch een der meest toegepaste strategieën – zie het genoemde NHI-rapport. Nu, in 1969 kon een afstuderend arts door alleen het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde te raadplegen, wekelijks gemiddeld ruim 15 advertenties vinden waarin zijn diensten werden gevraagd als algemeen arts in ziekenhuisverband (al dan niet in opleidingsverband), tegen 4 à 5 advertenties waarin een huisartspraktijk werd aangeboden. Wilde hij ook nog reflecteren op advertenties betreffende functies waarbij aan sociaal-geneeskundigen werd gedacht (meestal in termen: 'Bij voorkeur . . .'), dan kon hij bij gemiddeld nog eens 3 adressen per week terecht. In totaal dus wekelijks iets van 23 advertenties waarop men als afstuderend arts in 1969 kon reflecteren, en dit tegenover een 14-tal advertenties waarin klinische (of laboratorium)specialisten werden gevraagd. Een korte steekproef uit hetzelfde tijdschrift (wij telden daarvoor achttien nummers na) leverde in 1977 ongeveer gelijke getallen op voor specialisten (gemiddeld 15 advertenties per week) en evenmin grote verschillen voor algemeen (ziekenhuis)artsen (13 advertenties) of 'sociaal-geneeskundigen' (4), maar zo op het oog wel minder vraag naar huisartsen (2,6 per week). Dit waren natuurlijk zo maar een paar losse getallen, maar ze brachten ons op het idee eens wat systematischer te kijken, zij het niet in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Gedurende de afgelopen jaren werd Medisch Contact trouwer bewaard; bovendien bevat het wat minder personeelsadvertenties: geregeld 0,75 × het aantal van het NTVG, althans wat full-time functies voor artsen betreft. In het volgende daarom enkele gegevens over

Tabel. Artsen 'gevraagd' via MC.

		1	2	3	4	5
		'algemeen arts', assistent, etc.	huisarts	'sociaal- geneesk.'	totaal 1-3	specialist
1969	aantal	566	79	155	800	534
	in % van 4	70,8	9,9	19,4	—	—
1970	aantal	594	126	207	927	678
	in % van 4	64,1	13,6	22,3	—	—
1971	aantal	552	147	217	916	609
	in % van 4	60,3	16,0	23,7	—	—
1972	aantal	490	89	144	723	607
	in % van 4	67,8	12,3	19,9	—	—
1973	aantal	511	53	236	800	607
	in % van 4	63,9	6,6	29,5	—	—
1974	aantal	452	34	181	667	565
	in % van 4	67,8	5,1	27,1	—	—
1975	aantal	565	39	186	790	602
	in % van 4	71,5	4,9	23,5	—	—
1976	aantal	483	33	213	729	603
	in % van 4	66,3	4,5	29,2	—	—
1977	aantal	450	19	195	664	558
	in % van 4	67,8	2,9	29,4	—	—

personeelsadvertenties (voor artsen) in Medisch Contact tussen 1969 en 1977, met vooraf iets over de bij het tellen gevolgde regels en andere algemene gegevens.

Algemene gegevens

Als we advertenties voor functies in het buitenland en voor part-timers en waarnemers uitsluiten, bevat MC jaarlijks tussen de 1.200 en 1.600 advertenties waarin artsen worden gevraagd of praktijken aangeboden. Bij navraag bij redactie en uitgever bleek dat voor deze advertenties geen numerus fixus gold en dat in beginsel alle aangeboden personeelsadvertenties met zo weinig mogelijk vertraging werden geplaatst. Bij onze telling van full-time artsen 'gevraagd' onderscheidden we vier categorieën:

- niet nader gekwalificeerde artsen, of 'algemeen arts', of 'assistent' in dienstverband bij instellingen van klinische gezondheidszorg;
- huisartsen, d.w.z. aanbod van

praktijk of associatie; eventueel ook verpleegtehuizen die expliciet om een huisarts vroegen;

- 'sociaal-geneeskundigen', d.w.z. functies waarbij bleek dat inschrijving als zodanig dan wel bereidheid om een sociaal-geneeskundige opleiding te volgen op prijs werd gesteld;
 - specialisten, d.w.z. alle functies waarvoor inschrijving in een der registers van de SRC vereist was.
- Vrij veel advertenties boden meer dan één plaats van dezelfde categorie aan zonder een aantal te specificeren; deze werden steeds voor twee geteld. Verder zij vermeld dat wij herhaalde plaatsing van dezelfde advertenties steeds gewoon meetelden: zij dragen immers telkens opnieuw bij tot de 'vraag' naar artsen. Tenslotte dit: niet alle jaargangen waren compleet aanwezig; het aantal getelde nummers per jaar varieerde tussen achtenveertig en tweeënvijftig; alle uitkomsten werden echter omgerekend op vijftig nummers per jaargang.

Uitkomsten

Met deze spelregels vonden wij de in de tabel (zie vorige blz.) weergegeven resultaten.

Wat wij hebben gemeten is natuurlijk maar een beperkt hoekje van de 'vraag' naar artsen. Maar er blijkt hier in deze jaren nog geen duidelijke verandering op te treden, behalve in één opzicht. Dat betreft de afnemende vraag naar huisartsen, zodat we kunnen vaststellen dat de door Bartelds c.s. (MC nr. 15/1977) gesignaleerde vestigingsproblemen inderdaad een vrij recente verandering betreffen.

Conclusies

Daaruit volgen dan enkele conclusies, die opnieuw aankopen bij het artikel van Borst en Ezendam:

1. De verwachte omslag van het artsentekort van de zestiger jaren in een overschot doet zich begrijpelijkerwijs ceteris paribus het eerst voor op de huisartsenmarkt ('ceteris paribus': wij hebben het niet over mogelijke veranderingen onder invloed van uitbreiding van het eerste echelon of de krimpende welvaart etc.). Die omslag is nu gaande.
2. Het verwachte terugkoppelingseffect naar het studentenaanbod zal ook het eerst een daling veroorzaken van het aantal studenten dat een eerste voorkeur heeft voor huisartsgeneeskunde. Wie zich vooral tot de specialismen voelt aangetrokken ervaart nu nog weinig of geen afschrikking vanuit de 'markt'; hier is de vertragsingsfactor groter.
3. Het studentenaanbod is echter – zoals hierboven uiteengezet – niet meer duidelijk waarneembaar, laat staan dat wij kunnen constateren hoevelen primair voor huisartsgeneeskunde gemotiveerd zijn. De geconstateerde afnemende marktvraag is het enige signaal dat wij hebben om ons te waarschuwen dat het regelmechanisme van Borst en Ezendam zijn omslagpunt heeft bereikt. *Derhalve is dit het moment om maximaal reclame te maken voor de huisartsgeneeskunde.* Lukt het niet juist nu een extra contingent eerstejaars te werven die speciaal voor de huisartsgeneeskunde gemotiveerd zijn, dan is over acht à tien jaar opnieuw een tekort aan huisartsen te verwachten.



The Co-show

Natuurlijk moest er iets mis gaan . . . Vlak voor mijn praatje bleek het dia-apparaat ineens kapot te zijn. Dat mag natuurlijk geen ramp zijn in een ziekenhuis; er zullen wel meer dia-apparaten zijn en dan is er de technische dienst. Enthousiast getelefoneer naar de verschillende afdelingen . . . zonder resultaat. Dan maar de technische dienst:

'Met Peters.'

'Oh . . . (het hele verhaal). Kunt u dus onmiddellijk komen.'

'Dat ligt niet op mijn terrein . . .'

Ik smijt de haak erop en bel een ander nummer. Geen gehoor. Verdomme, ze zitten zeker aan de koffie. O.K., nog een ander nummer.

'Met Peters.'

'Zou u onmiddellijk kunnen komen, want het dia-apparaat hier is kapot en er wordt dadelijk een lezing gehouden voor de internisten.'

'U heeft mij net ook al gesproken. Belt u maar naar de directie of de administratie.' Geen slecht idee.

'Hallo, met wie spreek ik?'

'De directie . . .'

'Oh . . . juist . . . ja . . .'

Vijf minuten later staat er een keurige in Engels maatkostuum gestoken heer naast mij.

'En wat mankeert er aan?'

'Het dia-apparaat weigert. Er is blijkbaar iets kapot.'

De heer drukt op het knopje waarmee het diatoestel aan hoort te gaan.

'Er gebeurt niets. Maar dat zal wel aan de stop liggen.'

De gentleman kruipt in een kastje en rommelt wat.

'Nee toch niet . . . Ik zal dát knopje eens indrukken. Nee . . . Zal ik de technische dienst eens bellen?'

'Dat heb ik al gedaan . . .'

'Is er nergens een ander dia-apparaat?'

Het zaaltje is volgestroomd. Ik had al moe-

ten beginnen. De mensen kijken geërgerd naar wat zich achter hun ruggen afspeelt. Dan weet een van de assistenten raad. Op de tweede etage zou nog ergens een dia-apparaat zijn bij de pathologische anatomie. Ik in een sprint erheen . . .

'Maar dat apparaat mogen wij niet uitlenen.'

'Ik heb toestemming van de directie.'

Eindelijk . . . Het is ruimschoots over tijd. Daar gaat de show. Ik zag het al voor me: 'THE WOUTERS & CO-SHOW PRESENTS' (tromgeroffel).

Maar niets hiervan. Ik kon meteen beginnen zonder intro. Dr. Wouters had mij vooraf op het hart gedrukt de drie kwartier niet te overschrijden: 'Anders kom ik er gewoon tussen dan ga je af!' Ik vond dat onzin en dat heb ik hem ook gezegd. Maar om te laten zien dat ik wel degelijk op de klok kan werken heb ik een stopwatch meegenomen.

DAGBOEK
VAN EEN
CO-ASSISTENT
(41)

Agressief breng ik mijn verhaal, dat bol staat van valse zekerheden. Af en toe kraam ik onzin uit, maar niemand merkt het. Labwaarden die het geheel kunnen verstoren heb ik weggelaten. Voor de rest loopt het uitstekend. Men levert nauwelijks commentaar en de reacties zijn erg positief. Dr. Wouters is in zijn sas. Na mijn laatste woorden kijk ik op mijn stopwatch: 44 minuten en 30 seconden. Nog net even tijd voor de 'pips' van het journaal.

Alexander van Es

Hongerstaking

Vrijwel alle praktiserende artsen staan regelmatig voor situaties waarin zij met tegenstrijdige belangen te maken hebben, het belang van de patiënt en het belang dat 'de maatschappij', vertegenwoordigd door welke instantie dan ook, nastreeft. Niet zelden komt het voor dat wat de patiënt als zijn belang ziet, door de arts anders wordt ervaren. Het maken van een keuze in dergelijke situaties is vaak moeilijk. Het kan tot gewetensconflicten bij de arts leiden. Weliswaar dienen de regels van de medische ethiek, zoals die bijvoorbeeld zijn uitgewerkt in het bekende Groene Boekje, vaak als leidraad en ruggesteun, maar de keus blijft in laatste instantie een vrije keus van de arts.

De schrijvers van het artikel over hongerstaking in MC 1978/26 menen ten onrechte dat deze regels niet gelden voor artsen die verbonden zijn aan het Nederlandse gevangeniswezen, huisartsen die in part-time functie de tijdelijke bewoners van een penitentiare inrichting tot hun patiënten rekenen. Zij zijn vrij in de wijze van behandelen van deze mensen. Hun beroepsgeheim tegenover de directie van de inrichting is nadrukkelijk erkend. Ook geldt voor hen het verschoningsrecht tegenover de rechtbank. De regels voor geneeskundig onderzoek en behandeling zijn dezelfde als in de buitenwereld. Er gebeurt geen ingreep tenzij de patiënt daar toestemming voor geeft. Als de vertrouwensartsen de moeite hadden genomen zich wat beter op de hoogte te stellen dan hadden zij kunnen weten dat gedwongen voedseltoediening een methode is die door ons niet wordt toegepast.

De Nederlandse gestichtsartsen zouden geen functie bij het gevangeniswezen hebben aanvaard als deze vrijheid van handelen niet was gegarandeerd. Dat hieraan door de schrijvers wordt getwijfeld wordt door ons als naïef, zo niet als beledigend ervaren. Een verklaring voor het gerezen misverstand is misschien te vinden in het feit dat in

diverse andere landen de handelingsvrijheid van de aan de Justitie verbonden artsen helaas beperkt is.

Haarlem, juli 1978

Het Bestuur van de Vereniging van Gestichtsartsen bij het ministerie van Justitie
J. de Cler, Amsterdam
P. A. Roorda, Haarlem
P. Wind, Alkmaar

Replik

Naar onze mening gaat het bestuur van de Vereniging van Gestichtsartsen bij het ministerie van Justitie voorbij aan de reële problemen, waarvan sprake was bij de wens van vrije-artsen-keuze door de hongerstakende gedetineerden, waarover wij schreven in Medisch Contact nr. 26/1978 blz. 793 e.v. Deze problemen waren:

- 1) De gedetineerden wensten niet behandeld noch begeleid te worden door de instellingsartsen. Het feit dat men als instellingsarts verbonden is aan een gevangenis, omdat vanwege Justitie de medische verzorging voor gedetineerden bereikbaar moet zijn, betekent niet dat men dit mag omdraaien en stellen dat de gedetineerden in hun keuze van medische verzorging gedwongen zijn de instellingsarts te kiezen. Kortom: Hoe staat het met het recht op vrije-artsen-keuze bij gedetineerden?
- 2) De hongerstaking was voor de gedetineerden het enige middel dat hen was overgebleven om te protesteren tegen en verandering te krijgen in de omstandigheden waaronder zij in hechtenis werden gehouden (de afzondering voor de lange periode van \pm zes maanden). De hongerstaking was dus heel duidelijk het wapen in een conflict met Justitie. Aangezien de instellingsartsen heel duidelijk in dienst zijn van Justitie, gaat het in een dergelijke situatie niet

meer om de vraag of de instellingsartsen 'vrij zijn in de wijze van behandelen van de gedetineerden', maar om de vraag of de instellingsartsen 'vrij zijn een standpunt te bepalen ten aanzien van de hechtenisvoorwaarden, opgelegd door Justitie'.

Het is ons inziens dan ook een simplificatie aan te komen met het argument: 'Vrijwel alle praktiserende artsen staan regelmatig voor situaties, waarin zij met tegenstrijdige belangen te maken hebben'. Het gaat hier niet om een geheel vrijstaande praktiserend arts, maar om een arts die – zoals bijvoorbeeld de bedrijfsarts – zekere beperkingen heeft in zijn keuzevrijheid en daarom zich ook niet kan opdringen als behandelend arts wanneer de gedetineerde dit niet wil.

Vanwege deze argumenten menen wij onze conclusie te kunnen handhaven:

'dat het ons aangewezen lijkt dat instellingsartsen zich onthouden van behandeling wanneer de patiënt duidelijk aangeeft hen niet in vertrouwen te willen nemen. In dergelijke situaties moet de instellingsarts de behandeling overdragen aan een andere arts'.

Het is ons voorts opgevallen dat de artsen in de betrokken instellingen niet geheel vrij staan in hun standpuntbepaling, omdat zij:

- 1) tot nu toe niet antwoorden op een brief, waarin wij hen met klem adviseerden mee te werken aan een verandering in de gevangenisomstandigheden;
- 2) in hun communicatie met het ministerie van Justitie zich wel duidelijk afzetten tegen onze bemoeienissen, maar geen eigen standpunt innemen ten opzichte van de afzonderingssituatie waarin de gedetineerden verkeren en de invloed die dit op de duur kan hebben op de gezondheidstoestand.

Maastricht, juli 1978

M. A. J. Romme
F. v. Ree
J. Sacksioni
P. v.d. Hout
H. J. van Aalderen

Wat is er te zien in de huisartspraktijk?

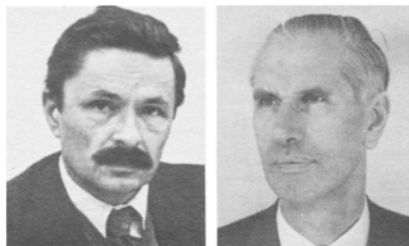
1.200 Diabeelden van patiënten

Vele huisartsen hebben misschien wel eens de gedachte voelen opkomen: 'Dit zou ik eigenlijk eens moeten fotograferen', maar meestal blijft het bij die gedachte. Het wordt anders wanneer het fototoestel onder handbereik klaar staat, maar ook dan blijft vaak het fotograferen beperkt tot de rariteiten: meestal gewone kwalen die zich ongewoon manifesteren¹, en tot de mogelijkheden die een 'gewone' camera biedt: geen dichtbijfotografie. Het wordt nóg weer anders, wanneer de fotograferende huisarts in aanraking komt met iemand van een huisartseninstituut, die op zoek is naar onderwijsmateriaal in dia-vorm en nèt niet kan vinden wat hij eigenlijk zoekt: de gewone afwijkingen, die vrijwel nooit verder komen dan de spreekkamer van de huisarts. Bij naspeuringen in diatheken van ziekenhuizen en de farmaceutische industrie blijkt namelijk meestal, dat:

- de daar vastgelegde beelden betrekking hebben op zeldzame of al te evidente gevallen;
- de context van het beeld (patiënt in ziekenhuisbed) de 'couleur locale' van de huisartsenpraktijk mist;
- het begin van een ziekte te zelden in een ziekenhuis wordt gezien om te worden vastgelegd; 80% van de bij de huisarts aangeboden kwalen wordt door hem zonder verwijzing verwerkt.

De huisarts ziet ook herhaaldelijk beelden waarvan hij zich afvraagt: 'Is

door **J. B. Kam**
en **J. Koopman**



De auteurs (J. B. Kam links) zijn respectievelijk werkzaam als huisarts in Zwolle en binnen het Universitair Huisartsen Instituut te Utrecht.

hier nu eigenlijk sprake van ziekte of niet?, bijvoorbeeld een slap, bleek, wat miemelig joch dat altijd moe is en bij wie geen enkele afwijking is te vinden. Verder is bekend dat de huisarts nogal eens afwijkingen aangeboden krijgt die de mogelijkheid van een ernstig, zich uitbreidend lijden in zich hebben, maar die na korte tijd alweer blijken te zijn genezen. Een echte diagnose komt er dan vaak niet uit, bijvoorbeeld *bij de patiënt met een zwelling in de halsstreek* of met een beginnend infiltraat: wordt het een abces? Vaak is er ook duidelijk geen ziekte: een meisje komt raad vragen over haar te geringe mamma-ontwikkeling.

Het 'gewone' leren zien

Al deze soms weinig uitgesproken beelden zijn belangrijk voor het onderwijs aan aanstaande huisartsen, maar komen in bovengenoemde

diatheken en andere didactische series vrijwel niet voor. Om ze zichtbaar te maken moet de fotograaf zich in de allereerste plaats gaan oefenen in het leren zien van 'gewone' ziektebeelden. Hij moet zich ook gaan realiseren dat het mogelijk is een patiënt in de tijd te blijven volgen. Het kost enige jaren om deze instelling te bereiken. Verdere voorwaarde is dat de uitrusting tenminste een systeemcamera met verschillende optieken omvat en dat voor het fotograferen van lichaamsdelen zoveel mogelijk een standaardopstelling en standaard(-flits)belichting wordt gehanteerd.

De verzamelde dia's laten natuurlijk niets zien over de bewegende patiënt en zijn motoriek. Wel van de gevolgen daarvan, bijvoorbeeld wanneer een op de transportband van Schiphol gevallen vrouw een radialisparese blijkt te hebben. De verzameling werpt echter wel wat licht op de vraag welke beelden uit diverse specialismen bij de huisarts met enige frequentie te zien zijn. Ook het bestuderen van verschillende gelaatsuitdrukkingen lijkt wat meer inzicht te geven in de mens in zijn rol van patiënt.

Materiaal

Analyseert men dit materiaal, dan blijken er vanzelf bepaalde categorieën afwijkingen te ontstaan die voor de huisarts zinvol zijn, maar die geheel anders liggen dan bij de gebruikelijke specialistische afgrenzingen. Zo blijkt er een grote groep 'Infecties' te bestaan, waarvan men moet zeggen: het zijn allemaal bekende infectiebeelden, maar de oorzaak

1. Ronald Reid, chirurg: 'The uncommon manifestation of common diseases is more common than the common manifestation of uncommon diseases.'

ervan is moeilijk aan te geven: abcesjes, lymphangitis, conjunctivitis, bursitis, dacryocystitis, paronychia, etc.; een causaal gerichte behandeling is daarbij moeilijk, omdat de verwekkers vaak niet bekend zijn. Daarnaast is er een andere groep 'infecties', waarbij de verwekkers zonder meer duidelijk zijn: oxyuren, scabiës, gonorrhoe, erysipelas; deze groep kan men wel causaal behandelen, terwijl de eerstgenoemde groep symptomatisch moet worden aangepakt. Een derde groep, de 'klassieke infectieziekten' zoals mazelen, waterpokken en griep, onderscheidt zich doordat de huisarts er bij zijn werk in totaal verschillende fasen mee te maken krijgt:

bij de preventie: kinkhoest, difterie, tetanus;
bij het floride ziektebeeld: waterpokken, gonorrhoe;
bij de restverschijnselen: polio, lepraresten bij rijksgenoten.

Bij een andere groep die zich in het materiaal aanbiedt: 'Vrouwen met mamma-afwijkingen', zijn duidelijk vier categorieën te signaleren:

1. gezonden met esthetische klachten: te groot, te klein, scheef;
2. angstige mensen: kan dat kwaad?;
3. ontstekingen: mastitis puerperalis, ontstoken huidkliertjes, atheromata en furunkels;
4. ongevallen: het trauma mammae komt regelmatig voor.

Deze indeling is voor de huisarts zinvol, maar de kwalen vallen onder verschillende specialismen.

Een rubriek 'Resttoestanden' omvat beelden zoals een patiënt met arthrosis, een dove patiënt, een stomapatiënt, iemand met een verstijfde wijsvinger en de resultaten van niet geheel gelukte operaties waarmee de patiënt verder moet leven.

Al deze beelden hebben achterliggende medische maar vooral ook sociale implicaties, die de huisarts op de een of andere manier moet zien te integreren in zijn begeleiding. De relatie van gelaat tot ziekte komt heel duidelijk naar voren in de gezichten van mensen met hyper- en hypothyreoïdie, met M. Cushing, met uremie, met depressies, met adipositas. Ook kan men het verloop van een maagcarcinoom,

weerspiegeld in het gelaat van een patiënt in zijn laatste 1 ½ jaar, vastleggen.

Afwijkingen van hand en arm, voet en been kunnen soms typerend zijn voor het betrokken gebied, maar evenzeer voor een gegeneraliseerde kwaal: de tabatière-atrofie, de platvoeten, de varicosis.

Het hoofdstuk 'tumoren in de huisartspraktijk' is voor de huisarts bedreigend maar tegelijkertijd boeiend, want onschuldig en maligne liggen vlak naast elkaar: een zwelling bij de kaakhoek kan een parotitis, een maligne tumor van de parotis, een passagère klierzwelling of een steentje in de klieruitgang zijn.

Met behulp van *banddiaries* is een aantal van deze categorieën – lang niet alle zijn genoemd – te demonstreren. Hierbij denken wij zeker niet alleen aan het onderwijs aan aanstaande huisartsen maar ook aan nascholing van huisartsen en niet-klinische specialisten, zoals schoolartsen en verzekeringsgeneeskundigen.

Verder omvat de verzameling een aantal moeilijk in een bepaalde categorie onder te brengen beelden:

- psoriasis, niet alleen aan ellebogen of knieën, maar bij een zwangere in de regio pubis gelokaliseerd;
- een door een muggebeet gezwollen oog bij een kind en een andere insectenbeet die bij een ontstolde man een groot haematoom heeft veroorzaakt;
- secundair geïnfecteerde varicellae;
- het verloop van de genezing van een onderbeensfractuur na het inbrengen van A&O-prothese, maar ook zijn er echte zeldzaamheden:

- het syndroom van Cornelia de Lange, arteriële obstructies in het onderbeen bij een jonge man; het erythema gyratum repens, bewijzend voor een niet genezen carcinoom;
- het klinisch beloop van zo uiteenlopende zaken als een rijpend abcesje; en een spontane geboorte en aangezichtsligging, in zijn verloop vastgelegd.

Samenvattend kan men stellen:

- Fotomateriaal van het huisartssprekuur kan een geheel eigen karakter hebben en voor onderwijs en nascholing van belang zijn.
- Het materiaal nodigt uit tot het rubriceren in voor de klinische geneeskunde ongebruikelijke categorieën, die echter voor de huisarts wél zinvol zijn.
- Men ziet een sterke relatie tussen de afwijking en de zieke mens.
- Er is veel materiaal bij dat in specialistische zin weinig belangrijk is, maar dat voor de huisarts wel degelijk van betekenis kan worden geacht.

De dia's zijn door ons in vaste series gerangschikt en verwerkt tot didactisch materiaal.

Literatuur

P. Woodbridge, MB, BS: Consultingroom photography. *Pract.* Vol 216, p. 1296 (May 1976).
Braun, Alles over flitsen.
Bechtel, Alles over dichtbifotografie.
Kodak databooks: N3 medical photography; N12A: close-up photography; N1: medical infrared photography (alle met uitgebreide literatuurlijst).

De wachtlijst per 1 december 1977 voor de Basiscursus Sociale Geneeskunde

Inleiding

Gedurende een groot aantal jaren hebben de cursussen die opleiden tot sociaal-geneeskundige kunnen voldoen aan de vraag naar opleiding. Er bestonden maar korte wachttijden. In 1973 echter werd het aan allen die met deze opleidingen te maken hadden (zowel opleiders als potentiële cursisten) duidelijk dat de wachtlijsten langer werden. De discrepantie tussen het aanbod van de opleidingsmogelijkheden enerzijds en de vraag naar opleidingen anderzijds groeide langzamerhand uit tot een probleem. Dit werd des te sterker gevoeld daar geen financiën aanwezig waren om het cursusaanbod te vergroten.

De groeiende vraag naar opleidingen was aanleiding voor de Hogere School voor Gezondheidszorg (HSG) een centrale wachtlijst op te stellen, waarop allen die zich voor één of meerdere opleidingsinstituten hadden opgegeven werden geregistreerd. Van de gegevens van deze wachtlijst werd door meerdere instanties gebruik gemaakt, onder meer door het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen. Dit ministerie heeft de HSG verzocht éénmaal per jaar de wachtlijst te controleren en na te gaan welke personen reeds worden opgeleid en wie van de opleiding afzien. Op deze wijze zou een 'schone wachtlijst' ontstaan.

Doelstelling

De doelstelling van dit artikel is de gegevens van de 'schone wachtlijst' per 1 december 1977 bekend te maken. Daarnaast zullen enkele van deze cijfers worden vergeleken met

door *E. van de Weg*, arts
en *Mw. M. P. Davidson-Mooren*



Mevrouw M. P. Davidson-Mooren is medewerkster aan de Hogere School voor Gezondheidszorg te Utrecht, waarvan de heer E. van de Weg directeur is.

die van 1 december 1976. Mogelijk dat hieruit conclusies worden getrokken door beleidsinstanties met betrekking tot het uitstippelen van een beleid op korte termijn ten aanzien van de opleidingen.

Het probleem

Wanneer men zich gaat verdiepen in een probleem zoals dat rondom de wachtlijst voor de Basiscursus Sociale Geneeskunde, komt tevens de vraag naar voren: voor wie is het een probleem?

Voor velen kan de wachtlijst een probleem zijn, bijvoorbeeld:

1. De potentiële cursisten: zij willen graag de nodige kennis en vaardigheden verwerven voor een goede uitoefening van hun functie.
2. De (toekomstige) werkgevers: veel instanties verlangen dat de artsen die bij hen werkzaam zijn de opleiding hebben gevolgd. Een punt van

onzekerheid hierbij is dat niet exact bekend is hoeveel sociaal geneeskundigen van welke richting er op middellange of lange termijn nodig zullen zijn.

3. De wetenschappelijke verenigingen: deze stellen zich ten doel het bevorderen van de optimale uitoefening van het beroep van sociaal-geneeskundige.

4. De KNMG die zich ten doel stelt: de geneeskunst in haar ruimste omvang te bevorderen onder meer door bevordering van geneeskundige wetenschap en kennis.

5. De ANVSG, die zich onder meer ten doel stelt te bevorderen, dat allen die in de sociale geneeskunde of ten behoeve van de zorg voor de volksgezondheid werkzaam zijn, hun functie zo goed mogelijk kunnen uitoefenen.

6. De opleidingsinstituten die verantwoordelijk zijn voor de juiste uitvoering van de opleidingen tot sociaal geneeskundigen en met de thans ter beschikking staande mankracht, ruimte en materiaal niet in staat zijn het grote aantal cursisten op te vangen.

Te onderscheiden zijn kwantitatieve en kwalitatieve aspecten, terwijl het probleem van de opleidingsinstituten is dat men de kwantiteiten niet kan opleiden met behoud van de kwaliteit. Dit terwijl men gaarne de kwaliteit wil verhogen en ook aanpassen aan de veranderingen in het veld van sociale geneeskunde.

Context van het veld

In het voorgaande is gewezen op de categorieën belanghebbenden voor wie de wachtlijst van de basiscursus

een probleem vormt. Het signaleren van andere problemen, gelegen in de structuur van de opleiding, mag niet achterwege blijven. Hiertoe zal eerst de opleidingsstructuur kort worden weergegeven.

De – cursorische – opleiding tot sociaal geneeskundige bestaat uit een: basiscursus (gemeenschappelijk deel) en een specifieke vervolgopleiding. (Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde, Jeugdgezondheidszorg, Verzekeringsgeneeskunde, Algemene Gezondheidszorg en Bijzondere Vormen van Sociale Geneeskunde); na de vervolgcursus komt een scholing in de praktijk die het karakter heeft van een in-service-training. Er bestaat een wachtlijst (stuwmeer) vóór de basiscursus. Dit stuwmeer is nog steeds groeiende. Wanneer nu de capaciteit van de basiscursussen wordt vergroot, houdt dit in dat het stuwmeer wordt verplaatst en terecht komt vóór de vervolgopleidingen indien niet tegelijkertijd de capaciteit daarvan ook wordt uitgebreid. Gedurende de vervolgopleidingen dienen stages te worden gelopen. De dreiging van een tekort aan stageplaatsen staat voor de deur. Het volgen van een beroepsopleiding in de sociale geneeskunde is (nog) niet verplicht. Alleen voor bedrijfsartsen bestaat die verplichting. Wanneer de opleiding echter verplicht wordt gesteld, zal de druk nog groter worden. Thans immers kan men als sociaal geneeskundige te werk worden gesteld zonder een opleiding te hebben gevolgd (nogmaals: dit geldt niet voor de bedrijfsarts). Om enig zicht te krijgen op de omvang en aard van de hierboven gesignaleerde problemen werd een onderzoek ingesteld naar de gang van zaken met betrekking tot de wachtlijst.

Waarom de wachtlijst onderzocht?

Zoals hierboven reeds werd vermeld, werd het de opleidingsinstituten in 1973 duidelijk dat het aantal wachtenden voor de basiscursus toenam. Bovendien rees het vermoeden dat verschillende artsen zich bij meerdere instituten opgaven. Daarmee werd steeds meer door instanties gevraagd hoeveel personen zich exact hadden opgegeven. Dit was onder meer daarom van belang, omdat gesprekken met de rijksoverheid

Tabel 1. Schone wachtlijst voor de Basiscursus Sociale Geneeskunde 1977 en 1976 (mannen + vrouwen) naar leeftijd en tak van sociale geneeskunde

Leeftijd	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55 en ouder	Onbekend	Totaal
Arbeids- en bedrijfs-geneeskunde 1977	2	11	17	6	8	5	2	—	—	51
1976	—	6	6	1	3	3	7	1	—	27
Jeugd-gezondheidszorg 1977	6	60	36	12	7	2	1	1	—	125
1976	1	46	36	16	5	6	1	3	—	114
Verzekeringsgeneeskunde 1977	—	37	25	9	9	13	19	4	2	118
1976	—	17	22	4	6	13	7	5	2	76
Algemene gezondheidszorg 1977	—	6	2	4	2	5	2	—	—	21
1976	—	2	3	2	2	4	—	—	—	13
Onbekend 1977	1	3	5	3	2	—	1	—	—	15
1976	—	3	5	3	1	1	2	—	—	15
Totaal 1977	9	117	85	34	28	25	25	5	2	330
1976	1	74	72	26	17	27	17	9	2	245

Tabel 2. Mannen en vrouwen gerubriceerd naar leeftijd en tak van sociale geneeskunde

Leeftijd	20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		45-49		50-54		55 en ouder		Onbekend		Totaal
	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	
Arbeids- en bedrijfs-geneeskunde	2	—	8	3	15	2	6	—	8	—	4	1	2	—	—	—	—	—	45
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6
Jeugd-gezondheidszorg	—	—	3	6	2	57	4	8	1	6	—	2	—	1	—	1	—	—	10
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	115
Verzekeringsgeneeskunde	—	—	25	—	21	12	6	3	8	1	11	2	16	3	4	—	2	—	93
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	25
Algemene gezondheidszorg	—	—	5	—	2	1	2	—	2	—	4	1	2	—	—	—	—	—	17
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4
Onbekend	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	4
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	—	1	—	3	—	4	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	11
Totaal	2	—	41	—	41	—	19	—	20	—	19	—	21	—	4	—	2	—	169
	—	7	—	76	—	44	—	15	—	8	—	6	—	4	—	1	—	—	161

werden geopend over de noodzaak de opleidingscapaciteit te vergroten. Hierbij speelt de vraag: 'Wie is verantwoordelijk voor de opleidingen?' De KNMG draagt verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de opleidingen. Voor de kwantiteit voelt geen enkele instantie zich verantwoordelijk. Het particuliere initiatief (de verschillende beroepsverenigingen) meent dat de rijksoverheid hiervoor verantwoordelijk is. Deze echter is van mening dat de professie zelf verantwoordelijk is, zowel voor de kwaliteit als voor de kwantiteit.

Procedure van het onderzoek

De Hogere School voor Gezondheidszorg houdt dus reeds een aantal jaren een centrale wachtlijst bij van alle opleidingen. Deze is opgezet uit statistisch oogpunt en niet als een plaatsingsbureau. De wachtlijst is steeds bijgewerkt. Nieuwe opgaven werden door de opleidingsinstituten doorgezonden aan de HSG. Ook werd doorgegeven wie voor een cursus werd geplaatst en van de wachtlijst kon worden afgevoerd.

Fase I. Deze bestond hieruit, dat – uitgaande van de centrale lijst – de wachtlijst per opleidingsinstituut werd samengesteld en naar de betreffende instituten werd gezonden ter correctie. Zodoende konden de eventuele nog niet opgezonden opgaven worden toegevoegd en/of andere worden afgevoerd. De gecorrigeerde lijsten werden naar de HSG teruggestuurd. Ook het Gemeenschappelijk Administratiekantoor en de Gemeenschappelijke Medische Dienst te Amsterdam, die beide voor hun dienst een wachtlijst hebben, werden verzocht hun wachtlijst aan de HSG op te geven*.

Fase II. Met deze gecorrigeerde gegevens werd de centrale wachtlijst bijgewerkt.

Fase III. Intussen waren de enquêteformulieren verzendklaar

* Op deze plaats willen wij onze dank uitspreken aan allen, die hiervoor hun medewerking hebben verleend.

Tabel 3. Reeds werkzaam op het gebied van de sociale geneeskunde, gerubriceerd naar leeftijd en tak van sociale geneeskunde

Leeftijd	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55 en ouder	Onbekend	Totaal
	m v	m v	m v	m v	m v	m v	m v	m v	m v	m v
Arbeids- en bedrijfs-geneeskunde	—	6 2	15 2	5 —	5 —	1 1	2 —	—	—	34 5
Jeugdgezondheidszorg	—	2 42	2 27	3 5	— 6	1 1	—	— 1	—	8 82
Verzekerings-geneeskunde	—	25 12	21 4	6 3	8 1	11 2	16 2	4 —	2 —	93 24
Algemene gezondheidszorg	—	3 —	2 —	1 2	2 —	3 1	2 —	—	—	13 3
Onbekend	—	—	—	—	—	—	1 —	—	—	1
	—	1	4	—	—	—	—	—	—	5
Totaal	—	36 57	40 37	15 10	15 7	16 5	21 2	4 1	2 —	149 119

Tabel 4. Niet werkzaam in de sociale geneeskunde

Reden	1	2	3	4	5	Totaal
	m v	m v	m v	m v	m v	m v
Arbeids- en bedrijfs-geneeskunde	—	—	7 1	4 —	—	11 1
Jeugdgezondheidszorg	—	—	2 23	— 10	—	2 33
Verzekerings-geneeskunde	—	—	— 1	—	—	— 1
Algemene gezondheidszorg	—	—	3 1	1 —	—	4 1
Onbekend	—	—	2 2	— 3	1 1	3 6
Totaal	—	—	14 28	5 13	1 1	20 42

gemaakt (zie bijlage op volg. blz.). In november werden deze formulieren verzonden: op 9 november 1977 werden 415 formulieren verzonden; op 30 november 1977, 1e rappel: 122 formulieren; op 19 december 1977, 2e rappel: 55 formulieren.

Fase IV. Totaal aantal ingevuld terug ontvangen formulieren: 388

Niet terug ontvangen:
a. Geen antwoord 22
b. Verhuisd (adres niet te achterhalen) 4
c. Overleden 1
415
Uit de 388 terugontvangen formulieren bleek dat
d. om verschillende redenen werd afgezien van de cursus 51
e. alsnog waren geplaatst 7
58

Bijlage

Vragenlijst Basiscursus Sociale Geneeskunde

(Wilt u dit formulier duidelijk – liefst met blokletters – invullen)

Naam en voorletter:
Geboortejaar: man/vrouw
Adres:
Woonplaats:

BAC
Datum uitzenden: 29 november 1977
Datum terugontvangen:

1. Handhaaft u uw opgave voor de Basiscursus Sociale Geneeskunde?

ja
nee

2. Indien u vraag 1. met 'nee' beantwoordt, wilt u dan hieronder de redenen opgeven waarom u van het volgen van de Basiscursus afziet.

3. Voor welke tak van Sociale Geneeskunde wilt u de vervolgopleiding volgen?

- Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde ☐
- Jeugdgezondheidszorg ☐
- Verzekeringsgeneeskunde ☐
- Algemene Gezondheidszorg ☐
- Nog niet bekend. ☐

4. Datum van uw artsexamen.

Jaar:	Maand:
-------	--------

5. Indien u nog geen artsexamen heeft afgelegd, wanneer verwacht u dit examen te doen?

19 . . .

6. Hebt u reeds curatieve ervaring?

ja
nee

7. Indien u vraag 6 met 'ja' hebt beantwoordt, wilt u dan opgeven in welke hoedanigheid.

- arts-assistent in opleiding ☐
- zelfstandig huisarts ☐
- zelfstandig specialist ☐
- waarnemend huisarts ☐
- waarnemend specialist ☐

8. Hoeveel jaren curatieve ervaring hebt u? . jaar

9. Bent u reeds werkzaam op het gebied van de Sociale Geneeskunde?

ja
nee

10. Indien u vraag 9 met 'nee' hebt beantwoordt, wat is dan de reden dat u zich opgaf?

- moet te lang wachten op een specialistenopleiding ☐
- moet te lang wachten op een huisartsenopleiding ☐
- hoop in de toekomst een sociaalgeneeskundige functie te gaan verrichten ☐
- nog niet afgestudeerd ☐
- overige ☐

11. Indien u vraag 9 met 'ja' hebt beantwoordt, wat is dan uw huidige functie?

12. Heeft u een volledige functie?

volledig
part-time

13. Indien u een part-time functie heeft, hoeveel halve dagen per week werkt u dan in die functie?

- 1 halve dag ☐
- 2 halve dagen ☐
- 3 halve dagen ☐
- 4 halve dagen ☐
- 5 halve dagen of meer ☐

14. Werkt u in uw functie in:

- tijdelijke aanstelling ☐
- vaste aanstelling ☐
- free lance ☐
- overige ☐

15. Hebt u inmiddels bericht ontvangen dat u op een basiscursus in 1978 geplaatst bent?

ja
nee

Handtekening:

Svp per omgaande in retourenveloppe terugzenden aan:
Hogere School voor Gezondheidszorg Leidseweg 83 Utrecht

In totaal werden van de uitgangs-wachtlĳst afgevoerd: a + b + c + d + e = 85 personen. De 'schone wachtlĳst' bevatte zodoende per 1 december 1977 330 personen.

Verwerking van de gegevens

Vraag 1. Hoe is de verdeling van de opgaven gerubriceerd, naar tak van sociale geneeskunde en naar leeftijdsklasse?

Tabel 1 (zie voorgaande blz.) geeft hiervan een overzicht. Om vergelijking met 1 december 1976 mogelijk te maken zijn laatstgenoemde gegevens cursief gedrukt.

Opmerking: Tabel 1 geeft een momentopname weer van een proces van input (opgaven) en output (personen die tot de cursus zijn toegelaten of definitief van deelname afzien). Bovendien is een aantal personen afgevoerd wegens hun leeftijd (het GAK heeft in 1977 de personen boven 55 jaar afgevoerd, de GMD diegenen die 57 jaar en ouder zijn; deze beide categorieën werden bij de telling in 1976 wel meegerekend). Uit deze tabel kan *niet* worden geconcludeerd dat zich meer jongeren opgaven, wel dat er meer jongeren op de wachtlĳst staan.

Conclusie I: De 'schone wachtlĳst' in 1977 is toegenomen met 85 personen.

Conclusie II: Uit het feit dat het aantal deelnemers aan alle basiscursussen in 1977 totaal 140 bedroeg volgt, dat zich in dat jaar 225 personen hebben opgegeven.

Vraag 2. Hoe is de verdeling van mannen en vrouwen, gerubriceerd naar leeftijdsgroepen en naar tak van sociale geneeskunde? (Tabel 2, zie voorgaande blz.).

Conclusie III: Bijna evenveel mannen en vrouwen staan genoteerd op de wachtlĳst.

Conclusie IV: De belangstelling van de vrouwen gaat in hoofdzaak uit naar de Jeugdgezondheidszorg.

Vraag 3. Hoevelen zijn reeds werkzaam op het gebied van de sociale geneeskunde? (Tabel 3 op een vorige blz.).

Tabel 5. In gedeeltelijke functie werkzaam

Takken	Arbeids- en bedrijfs-genees-kunde		Jeugd-gezond-heidszorg		Verzeke-rings genees-kunde		Algemene gezond-heidszorg		Onbekend Totaal	
	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v
1/2 dag	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2
2 halve dagen	1	—	—	7	—	—	—	—	1	1
3 halve dagen	—	—	—	9	—	—	—	—	—	9
4 halve dagen	—	—	—	6	—	—	—	—	—	6
5 halve dagen of meer	2	6	—	42	4	6	1	2	3	7
Totaal	3	6	—	66	4	6	1	2	4	8

Tabel 6. Wijze van aanstelling naar leeftijd

Leeftijd	20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		45-49		50-54		55 en ouder		Onbe-kend	Totaal
	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v
Tijdelijke aanstelling	—	—	4	12	3	2	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	10
Vaste aanstelling	—	—	32	30	36	22	13	7	14	3	16	4	20	1	4	—	2	137
Free Lance	—	—	—	11	—	10	1	1	—	4	—	1	—	—	—	1	—	1
Overige	—	—	—	4	1	3	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Totaal	—	—	36	57	40	37	15	10	15	7	16	5	21	2	4	1	2	149

Tabel 7. Wijze van aanstelling naar tak van sociale geneeskunde

Takken	Arbeids- en bedrijfs- genees- kunde		Jeugd- gezond- heidszorg		Verzeke- rings genees- kunde		Algemene gezond- heidszorg		Onbekend		Totaal	
	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v
Tijdelijke aanstelling	2	—	1	12	4	2	3	—	—	—	10	14
Vaste aanstelling	30	5	7	36	89	21	10	2	1	3	137	67
Free lance	1	—	—	26	—	—	—	—	—	2	1	28
Onbekend/ overige	1	—	—	7	—	1	—	2	—	—	1	10
Totaal	34	5	8	81	93	24	13	4	1	5	149	119

Conclusie V: 268 personen zijn reeds in de sociale geneeskunde werkzaam; 62 personen daarentegen zijn (nog) niet werkzaam op dit gebied.

Vraag 4. Waarom geeft men zich op voor de basiscursus wanneer (nog) geen sociaal-geneeskundige functie wordt uitgeoefend?

(Tabel 4 op een voorgaande blz.).

Conclusie VI: 42 personen hopen in de toekomst een sociaal-geneeskundige functie te gaan vervullen; deze zijn al wel afgestudeerd.

Conclusie VII: 18 personen zijn nog niet afgestudeerd.

Vraag 5. Hoeveel personen zijn in een gedeeltelijke functie werkzaam? (Tabel 5 op vorige blz.).

Conclusie VIII: 92 personen zijn thans in een gedeeltelijke functie werkzaam; hiertoe behoren 66 vrouwen die in de jeugdgezondheidszorg werkzaam zijn.

Conclusie IX. De meeste sociaal-geneeskundigen in gedeeltelijke functie zijn vijf halve dagen of meer werkzaam.

Vraag 6. Hoe zijn diegenen die werkzaam zijn aangesteld? (Tabel 6 op vorige blz.).

Conclusie X: De overgrote meerderheid heeft een vaste aanstelling. Onder de jongeren zijn nog relatief de meesten free lance werkzaam. Tabel 7 (vorige blz.) laat zien dat dit vooral in de jeugdgezondheidszorg voorkomt.

Samenvatting

De wachtlijst voor de Basiscursus Sociale Geneeskunde werd aan een onderzoek onderworpen met als peildatum 1 december 1977. Er bleken 330 kandidaten op de wachtlijst te staan (in 1976 was dit aantal 245). 259 personen zijn reeds werkzaam als sociaal geneeskundige. Een verdeling werd gemaakt naar leeftijdsklasse, tak van sociale geneeskunde, geslacht en functie. De conclusie dat zich meer jongeren opgaven is niet gerechtvaardigd op basis van deze gegevens.

De Medische Informatiekaart der KNMG

De Medische Informatiekaart van de KNMG is nu geruime tijd in gebruik. Door middel van onderstaande informatie willen wij artsen en belangstellenden nog eens op het nut van deze kaart wijzen.

De kaart bestaat uit meerdere delen:

- een vaste omslag bevattende alle min of meer constante gegevens;
- een medicamentenkaart, te gebruiken wanneer een patiënt langdurig sterk werkende geneesmiddelen gebruikt;
- een antistollingskaart, die hetzij door een trombosedienst, hetzij anderszins uitgereikt kan worden aan alle patiënten die onder behandeling staan met orale anti-coagulantia;
- een vaccinatiekaart, uit te reiken zodra de patiënt wordt geïmmuniseerd;
- een transplantatieverklaring waarmee de patiënt zijn instemming betuigt met orgaantransplantatie na zijn dood.

De laatste vier kaarten zijn losse inlegbladen, behorende bij de omslag; het geheel zit in een plastic hoesje.

Per set bedragen de kosten f 1,25 (inclusief plastic hoes).

Losse kaarten en plastic etuis kosten respectievelijk f 0,25 en f 0,10 per stuk.

De mogelijkheid staat open om andere gegevens in de omslag te leggen; pacemakerkaart, electrocardiogram, etc.

Deze kaarten kunnen uitsluitend per briefkaart met vooruitbetaling bij de KNMG in Utrecht worden besteld. Een voorbeeld van de gewenste bestel- en betaalwijze, met een minimum bestelling van f 2,50, vindt u hieronder afgedrukt. Bij toezending ontvangt men automatisch een bestelkaart voor de volgende bestelling. Tevens worden – indien gewenst – formulieren meegezonden waarop de patiënt, voor uitreiking, een aantal gegevens kan invullen. Dat vergemakkelijkt de opmaak van de medische informatiekaart door praktijkassistente of secretaresse.

Model-Bestelkaart aan KNMG te Utrecht

Verzoeken aan onderstaand adres spoedigst te zenden:

..... Medische informatiekaarten	à 25 ct. f
..... Medicamentenkaarten	à 25 ct. f
..... Antistollingskaarten	à 25 ct. f
..... Vaccinatiekaarten	à 25 ct. f
..... Transplantatiekaarten	à 25 ct. f
..... Plastic etuis	à 10 ct. f
..... Volledige sets inclusief etuis	à 125 ct. f
..... Aanvraagformulieren van patiënten	(gratis)
Totaal (minimaal f 2,50) f	

Met blokletters invullen a.u.b.

Naam

Adres

Plaats Tel. nr.:

Het verschuldigde bedrag werd overgeschreven t.g.v. Postrekening nr. 58083 t.n.v. KNMG te Utrecht, met vermelding 'bestelde Medische Informatiekaarten'.

Datum: (handtekening)

Kinderseksualiteit, pedofilie en strafrecht: een interessante vergelijking?

In MC nr. 12/1978, blz. 369, zet Dr. F. Bernard een aantal buitenlandse strafwetgevingen inzake kinderseksualiteit en pedofilie naast elkaar. De daarin door hem verstrekte gegevens zijn, aldus Bernard, leerzaam omdat 'wat in een bepaald land of in een bepaalde cultuurperiode als pathologisch en strafbaar wordt gezien' afhangt 'van de houding van de samenleving in dat bepaalde land en in die bepaalde cultuurperiode'. Vervolgens concludeert hij, dat de rechtspraak daarvan 'een (vaak achteraanhinkend) uitvloeisel' is met een in sexualibus ingebouwd moraliserend waardeoordeel, dat 'er in wezen niet thuishoort'. Met bovenstaande gevolgtrekkingen en de mededeling dat het voor psychiater en seksuoloog interessant is deze gegevens naast elkaar te zetten besluit hij zijn overzicht van buitenlandse wetgevingen.

Hoewel ik weliswaar seksuoloog noch psychiater maar jurist ben en dus in feite niet een van de aangesproken personen, meen ik toch enige bedenkingen aangaande de waarde van het overzicht en zijn conclusies te mogen aanvoeren, omdat het naar mijn mening eerder vragen oproept dan duidelijkheid verschaft.

In de eerste plaats zijn de door Bernard gemaakte gevolgtrekkingen niet bepaald het logische gevolg van de in zijn overzicht behandelde materie; sterker nog: met name voor zijn conclusie over de rechtspraak wordt in het voorafgaande volstrekt geen stof ter ondersteuning aangedragen. Ik zou enigzins nader op deze opmerking willen ingaan om een wijd verbreid misverstand te trachten uit de wereld te helpen. Overigens is het onduidelijk of Bernard zijn opmerking toepasselijk acht voor alle

door **Mr. Bert Krikke**

De auteur is als wetenschappelijk medewerker verbonden aan de Juridische Faculteit der Vrije Universiteit.

door hem behandelde landen, of dat hij deze alleen op Nederland laat slaan. Het door hem geschreven artikel 'Wetgeving in het buitenland' (in: Pedofilie en Samenleving, rapport van de werkgroep Pedofilie, ingesteld door het Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid, Utrecht, december 1976), waarnaar hij in zijn literatuur verwijst verstrekt hierover eveneens geen duidelijkheid; in deze reactie zal niet nader op dit rapport worden ingegaan (het rapport is uitverkocht en voor geïnteresseerden die het nog niet in hun bezit hebben zeer moeilijk te verkrijgen).

Mijn vraag is, of in zijn algemeenheid gesteld kan worden dat de 'rechtspraak' een in sexualibus ingebouwd moraliserend waardeoordeel heeft.

Ingebouwd moraliserend waardeoordeel?

In ons rechtssysteem is in de tegenwoordige tijd de wetgever de rechtsvormer bij uitstek. Hij bepaalt welke nieuwe waarden moeten worden vastgelegd en hij bepaalt welke waarden het bewaren waard zijn. Vervolgens maakt hij die waarden operationeel door de ontwikkeling van een systeem van instituten en bevoegdheden en van gedragsregels. Wetgeving is een zaak

van politici; zij dienen in de eerste plaats maatschappelijke opvattingen in rechtsregels vast te leggen of verouderde wetgeving te schrappen. De rechterlijke macht is daarentegen in de eerste en voornaamste plaats belast met de handhaving en de uitvoering van de bestaande wetgeving. Weliswaar kunnen zich omstandigheden voordoen waarin de rechter tevens rechtsvormer is, maar deze doen zich met name voor in gevallen waarin hij te maken krijgt met nieuwe probleemgebieden welke door de wetgever nog niet zijn geregeld of in gevallen waarin hij door interpretatie de betekenis van de voorhanden wettekst opnieuw moet vaststellen met het oog op een nieuw ontstane situatie waarmee de wetgever geen rekening hield omdat hij die niet voorzag.

Rechtstoepassers (niet alleen de rechter, maar ook politiemann of officier van justitie) voeren de opdracht van de wetgever uit, zonder dat zij de innerlijke waarde van de wet mogen beoordelen. Zolang de Nederlandse wetgever bepaalde oude waardeoordelen en hun operationalisering in termen van recht en strafbaarheid handhaaft, zijn de rechtstoepassers daaraan gebonden ongeacht wat hun persoonlijke opvattingen in deze moge zijn. Alleen door middel van het vervolgingsbeleid (wel of niet seponeren in een concreet geval) kunnen zij invloed uitoefenen (voorbeeld van een soepele hanteringswijze: de abortus provocatus; voorbeeld van een strenge aanpak: 'Deep throat'). Is in een bepaalde maatschappij gedurende een bepaalde tijdsperiode de mening overheersend dat inzake seksualiteit de strafwet verouderd en onbruikbaar is geworden, dan zal de

wetgever eerst het materiële normstelsel dienen te wijzigen, alvorens daaruit de strafrechtelijke consequenties getrokken kunnen worden (recente voorbeelden van in de wetgeving doorgevoerde wijzigingen als gevolg van veranderde maatschappelijke opvattingen inzake de seksualiteit: West- en Oost-Duitsland). In Nederland heeft de Adviescommissie Zedelijkheidswetgeving in februari 1977 haar derde interim-rapport uitgebracht over het onderwerp prostitutie. Momenteel houdt zij zich bezig met de bestudering van de strafbepalingen inzake zwaardere zedendelicten, in het bijzonder met die waarbij jeugdigen betrokken zijn. Of het werk van deze commissie binnen afzienbare tijd zal leiden tot ingrijpende wijziging van de bestaande zedelijkheidswetgeving, valt te betwijfelen. Morele normen gelden zolang de groepsgenoten ze aanvaarden. Politici-wetgevers kunnen wetswijzigingen frustreren zolang nog niet duidelijk is of het overgrote deel der groepsgenoten bepaalde wijzigingen voorstaat. Is die duidelijkheid een feit, dan zal de wijziging ook tot stand komen, maar de rechtsregels in ons rechtssysteem gelden zolang ze door de wetgever niet zijn aangevuld, gewijzigd of afgeschaft. Wanneer Bernard de 'rechtspraak' verwijt in gevallen betreffende de seksualiteit moraliserend te werken, dan bedoelt hij alleen maar te zeggen dat de Nederlandse *strafwetgeving* én de toepassing ervan inzake kinderseksualiteit en pedofilie waarschijnlijk niet aan *zijn* eigen morele opvattingen voldoen. Overigens voldoet deze wetgeving evenmin aan *mijn* persoonlijke morele opvattingen, maar of deze maatgevend is voor het overgrote deel van het Nederlandse volk is een tweede en voor de lezer volstrekt oninteressant.

Vervolgens zou ik willen ingaan op de wijze waarop Bernard de diverse wetgevingen met elkaar vergelijkt. Laat Bernard in zijn overzicht eigenlijk wel zien 'wat in een bepaald land of in een bepaalde cultuurperiode als pathologisch en strafbaar wordt gezien'? Valt uit zijn overzicht te herleiden, wat 'de houding van een samenleving in dat bepaalde land en in die bepaalde cultuurperiode' is? Een

dergelijke conclusie wordt naar mijn mening wel erg gemakkelijk getrokken uit de gebrekkige informatie die hij over de diverse landen verstrekt. Want wat is daar dan wel zo leerzaam en interessant aan? Is het soms het vermelden van de algemene of bijzondere door de wetgever van een bepaald land vastgestelde leeftijdsgrenzen ter bescherming van de jeugd inzake seksualiteit? Zijn het de door hem behandelde landen? Of zijn het de paar wetteksten die hij willekeurig aanhaalt? Bernard spreekt zich in zijn artikel daarover niet uit. Reden te meer om aan de hand van zijn overzicht nader op deze vragen in te gaan.

Algemene leeftijdsgrenzen jeugdbescherming

Hieronder zal alleen worden uitgegaan van de algemene leeftijdsgrenzen ter bescherming van de jeugd in sexualibus. Alleen waar direct wordt ingegaan op hetgeen door Bernard wordt gesteld, wordt van deze regel afgeweken.

Wat laat een vaste leeftijdsgrens ter bescherming van de jeugd inzake seksualiteit eigenlijk zien? Niets meer en niets minder dan dat de wetgever zijn mening over de grens tussen enerzijds de seksuele rijpheid van de jeugd en anderzijds de noodzakelijke bescherming van kinderen bij de totstandkoming van het Wetboek van Strafrecht heeft uitgedrukt in een vast getal. Kortom: de Nederlandse wetgever gaat er van uit dat jeugdige personen al naar gelang hun leeftijd niet of slechts in verminderde mate in staat zijn tot seksuele zelfbepaling. Of dit een juist uitgangspunt is, valt te betwijfelen. Wel is het zo, dat met het hanteren van een vast leeftijdsgetal de rechtszekerheid wordt bevorderd. De Nederlandse wetgever heeft het jonge meisje niet zozeer nog in haar kuisheid willen beschermen als wel tegen de fysieke gevolgen van de ten opzichte van haar gepleegde handelingen. West-Duitsland gaat er, na ingrijpende strafrechtshervormingen (sinds 1 januari 1975 van kracht), daarentegen van uit dat de mogelijkheid van een concreet gevaar voor de ontwikkeling van het kind weliswaar aan de wetgeving ten grondslag ligt maar laat 'eine konkrete Gefährdung oder Schädigung nicht zum Tatbestand' behoren (verg. Schönte/Schröder, p.

1128). Het zijn dus geen elementen van een strafbaar feit, veeleer gaat het om een 'abstraktes Gefährdungsdelikt'. Dit verschil hangt nauw samen met de wijze waarop de wetgever de seksuele delicten in een bepaald hoofdstuk van strafwetgeving heeft ondergebracht. Zo zien voornamelijk de oudere Europese strafwetgevingen de seksuele delicten als misdrijven tegen de zeden. Om enige willekeurig gekozen voorbeelden te noemen: Nederland heeft de seksuele delicten ondergebracht in het hoofdstuk 'Misdrijven tegen de Zeden', België in 'Misdrijven en wanbedrijven tegen de orde der familie en tegen de openbare zedelijkheid', Frankrijk in 'Attentats aux Moeurs', en Zwitserland in 'Straftaten gegen die Sittenordnung'. Bij de nieuwere strafwetgevingen is het opmerkelijk dat een land als Zweden (het nieuwe Zweedse wetboek van strafrecht is sinds 1 januari 1965 van kracht) de seksuele delicten eveneens heeft ondergebracht in een hoofdstuk 'Of Crimes Against Morals' (er is van de Engelstalige editie van het Zweedse Wetboek van Strafrecht gebruik gemaakt). Oost-Duitsland (op 12 januari 1968 is het nieuwe Oostduitse Wetboek van Strafrecht ingevoerd) plaatst genoemde delicten daarentegen onder het hoofdstuk 'Straftaten gegen Jugend und Familie', terwijl West-Duitsland (na de grootscheepse hervormingen sinds 1 januari 1975 van kracht) ze onderbrengt in het hoofdstuk 'Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung'. Seksuele delicten worden in West-Duitsland niet bestraft vanwege hun onzedelijk karakter, maar vanwege de schade die de maatschappij door het begaan van dergelijke delicten lijdt ('Sozialschädlichkeit'). Oost-Duitsland stelt de algemene leeftijdsgrens ter bescherming van de jeugd inzake seksualiteit op 14 jaren. Daar wordt de consequentie van strafbaarstelling getrokken uit het inzicht 'dass sexuelle Handlungen mit Kindern immer geeignet sind, bei diesen zu Entwicklungs- und Verhaltensstörungen zu führen, so dass sie objektiv immer sexuellen Missbrauch darstellen' (verg. Lehrkommentar, StGB, II, p. 131). Als Bernard de 'Schutzalter' of 'age of consent' werkelijk zo belangwekkend vindt, waarom heeft hij dan niet 'en passant' de algemene leeftijdsgrenzen

inzake jeugdbescherming vermeld van landen – om een willekeurig aantal op te sommen – als Griekenland en Zwitserland (16 jaar); Polen, Tsjecho-Slowakije, Zweden en Frankrijk (15 jaar); Oostenrijk en Oost-Duitsland (14 jaar); en Spanje (12 jaar)? Waarom is hij blijven steken in een dorre opsomming van een aantal leeftijdsgrenzen ter bescherming van de jeugd en is hij niet ingegaan op de ontwikkeling van de rechtspraak in de diverse landen, terwijl hij zich in zijn conclusie wel een oordeel aanmatigt over de rechtspraak?

Ter illustratie van de wijze waarop de rechtspraak een bepaald wetsartikel hanteert wil ik mij beperken tot het geven van één voorbeeld: Zwitserland. De keuze is op dit land gevallen omdat 'die bundesgerichtliche Praxis zu Art. 191 (. . .) ausgesprochen streng (und lebensfremd)' is (verg. Stratenwerth, Bes. Teil, II, p. 332; de hieronder vermelde gegevens zijn aan deze schrijver ontleend). De Zwitserse strafwetgeving is gedurende de eerste helft van deze eeuw tot stand gekomen. Grondgedachte is de ongestoorde ontwikkeling van het kind of de bescherming 'vor verfrühten sexuellen Erlebnissen', die 'die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes ernsthaft schädigen können'. Beschermend wordt een kind beneden de leeftijd van 16 jaren tegen degene die het 'zum Beischlaf oder zu einer ähnlichen Handlung miszbraucht' (art. 191 Ziff. 1 Abs. 1). De rechtspraktijk richt zich enerzijds voornamelijk op de 'Schutzalter': 'weder auf den Eintritt der Geschlechtsreife oder Ehefähigkeit noch sonstwie auf den körperlichen Zustand oder auf den Charakter des Opfers' (Entscheidungen des Bundesgerichts: BGE 86 IV 213). Een meisje van 15 1/2 jaar wordt wel buiten, maar niet binnen het huwelijk beschermd (BGE 86 IV 213f). Net zo min speelt het een rol of tussen de dader en een, in casu, 15-jarig meisje een liefdesrelatie aanwezig is die tot een huwelijk leidt (BGE 98 IV 199ff). Provocatie door het kind levert de dader een grond tot strafvermindering in de zin van art. Schw. Str. GB op (BGE IV 68ff; voordien in beginsel steeds afgewezen). Anderzijds wordt volstrekt geen rekening gehouden met de eveneens jeugdige leeftijd van de dader. Op grond van art. 191 (ontucht

met kinderen!) is zelfs een 10-jarig meisje vervolgd 'das einen 4 1/2 jährigen Buben ausgezogen und – nach Sachverständigenmeinung aus sadistischen Motiven – miszhandelt hatte' (BGE 70 IV 116; Stratenwerth, Bes. Teil, II), p. 333). Niet alleen worden 'der Beischlaf und beischlafähnliche Handlungen' in de strafbaarheid betrokken, maar op grond van art. 191 Ziff. 2 ook 'petting' tussen 14- tot 16-jarigen.

Ongelijk vergelijkingsmateriaal

Tot slot zou ik willen ingaan op de wettelijke bepalingen die Bernard naast elkaar zet. Op zichzelf levert vergelijking hiervan best interessante gegevens op, onder meer met betrekking tot delictsomschrijving en strafbaarstelling. Echter niet op de wijze zoals Bernard dit doet. Hij zet namelijk ongelijk vergelijkingsmateriaal op een rij. Zo pakt hij bijvoorbeeld uit de strafwetgevingen van Nederland, West-Duitsland en België die artikelen waarin een seksuele relatie wordt strafbaar gesteld; in landen als Noorwegen en Italië daarentegen wordt ineens het gewelddadige aspect naar voren geschoven. Daardoor wordt de suggestie gewekt als zouden eerstgenoemde landen dit niet in hun strafwetgeving hebben geregeld. Bij Engeland en Zweden worden commissierapporten vermeld; daartegen is volstrekt geen bezwaar, ware het niet dat de algemene leeftijdsgrens van 15 jaar, geregeld in het Zweedse Wetboek van Strafrecht (sec. 3, Hoofdstuk 6 van het Bijzondere Deel) wordt verzwegen. Dit is des te meer opmerkelijk omdat Bernard in het reeds eerder genoemde 'Wetgeving in het buitenland', verschenen in het rapport 'Pedofilie en Samenleving' (waarvan zijn artikel in Medisch Contact voor het overgrote deel een getrouwe weergave is), de Zweedse strafwetgeving wel in zijn beschouwing opneemt. Het is mij volstrekt niet duidelijk waarom Bernard de geldende Zweedse strafwetgeving nu niet meer aanhaalt en alleen het rapport van de commissie-Kjellin, waarvan men inmiddels mag aannemen dat het in de onderste lade van het bureau van de Zweedse minister van Justitie is terechtgekomen, vermeldt. Bernard spreekt enerzijds wel over het Italiaanse klachtdelict (ingeval van 12-

tot 16-jarigen) en de Westduitse 'Absehenklausel', maar laat anderzijds het Nederlandse klachtdelict (betrekking hebbend op 12- tot 16-jarige meisjes, of, zoals de wet ze noemt, vrouwen) onvermeld. Het absolute dieptepunt in Bernards overzicht wordt bereikt wanneer hij onder het hoofdstuk 'West-Duitsland' stelt dat bescherming van meisjes door par. 182 is uitgebreid tot 16 jaar, mits zij 'unbescholten' zijn. Vervolgens geeft hij de tekst van de verleidingsparagraaf 182 weer in de bewoordingen volgens welke deze sinds 1 januari 1975 van kracht is. Uit deze tekst kan hij opmaken dat *juist* de 'Unbescholtenheit' is geschrapt. De Westduitse wetgever is van mening dat de seksuele vrijheid van het meisje ook dan 'schutzwürdig ist, wenn sie bereits andere sexuelle Kontakte gehabt hat' en het gesnuffel in het verleden van het verleide meisje meer kwaad dan goed doet (verg. Schönke/Schröder, p. 1164).

Conclusie

Het artikel van Bernard is slordig en verwarrend. Behalve de inleiding en de aangeplakte, weinig doordachte, conclusie is het artikel in MC een getrouwe weergave van zijn 'Wetgeving in het buitenland' (verschenen als bijlage XIII, p. 204-207, in het rapport 'Pedofilie en Samenleving'), zij het dat om onduidelijke redenen bepaalde zaken daaruit zijn weggelaten. Feitelijke onjuistheden zoals het vermelden van 'Unbescholtenheit' zijn klakkeloos uit dit rapport overgenomen. In de inleiding van 'Wetgeving in het buitenland' schrijft hij, wanneer hij wijst op de sterke afwijkingsmogelijkheid van de rechtspraktijk ten opzichte van hetgeen in de wettekst staat, het volgende: 'Dit maakt het beeld, zonder exacte en recente gegevens uit het land zelf, zo weinig zeggend'. Beter dan met zijn artikel had Bernard deze stelling niet kunnen onderstrepen!

Literatuur

Enschedé, Ch. J., *Ethiek en Strafrecht*, in: *Speculum Langemeijer*, Zwolle 1973, p. 73-86.
Noyon/Langemeijer/Rommelink, *Het Wetboek van Strafrecht verklaard*, 7e dr.

(losbl. ed.), Zwolle.
Schönke/Schröder, Strafgesetzbuch
Kommentar, 18e Neubearb. Aufl. München
1976.
Sellin, Thorsten, The Penal Code of
Sweden, London 1972.
Strafrecht der Deutschen Demokratischen
Republik, Lehrkommentar, Band II, Berlin
1970.
Stratenwerth, Günter, Schweizerisches
Strafrecht, Besonderer Teil, II.: Straftaten
gegen Gemeininteressen, Bern 1974.
Wetgeving van de verschillende landen.

Naschrift Dr. F. Bernard

Met aandacht heb ik de reactie op mijn artikel 'Kinderseksualiteit, pedofilie en strafrecht; een vergelijking tussen landen', gelezen en nog eens herlezen. De heer Krikke heeft bezwaar tegen het moraliserend waardeoordeel in de wetgeving en beticht mij onder meer van het naast elkaar zetten van gebrekkige informatie omtrent diverse landen. Uit verschillende passages blijkt dat Krikke mijn tekst niet goed gelezen (en begrepen) heeft. In het midden van zijn betoog zegt hij: 'Als Bernard de 'Schutzalter' of 'age of consent' werkelijk zo belangwekkend vindt, waarom heeft hij dan niet 'en passant' de algemene leeftijdsgrenzen inzake jeugdbescherming vermeld van landen – om een willekeurig aantal op te sommen – als Griekenland en Zwitserland (16 jaar); Polen, Tsjecho-Slowakije, Zweden en Frankrijk (15 jaar); Oostenrijk en Oost-Duitsland (14 jaar); en Spanje (12 jaar)?' Krikke begaat hier als jurist een ernstige fout; de leeftijdsgrenzen die hij hier achter de door hem genoemde landen plaatst zijn maar ten dele juist, hij vermeldt niet de leeftijdsgrenzen voor homofiele relaties en contacten met kinderen en jeugdigen. Als hij de moeite zou nemen mijn gegevens nog eens door te lezen, dan zou hij zien dat het bij mijn (zoals hij meent 'gebrekkige') informatie daar nu juist om gaat: discriminatie of geen discriminatie tussen homo- en heterofiele 'bescherming'. Dit heeft rechtstreeks te maken met het moraliserend oordeel. In de Duitse wetgeving (BRD), de

Belgische, de Luxemburgse en de Engelse gelden twee *leeftijdsgrenzen*, en tot voor kort ook in de Zweedse. Italië, Noorwegen en Japan kennen geen discriminatie (zie MC 12/1978, blz. 369-370). Volgens mij is de leeftijdsgrens die Krikke achter Griekenland plaatst onjuist; deze is niet 16 jaar, maar 17 jaar. In Frankrijk worden kinderen 'beschermd' tot 18 jaar, indien het gaat om homofiele contacten (15 jaar voor heterofiele contacten). Ook Zwitserland en Oostenrijk kennen twee leeftijdsgrenzen. Verder is het misleidend om bij Spanje alleen maar de 'age of consent' van 12 jaar te noemen; dát is gebrekkige en ook praktisch gevaarlijke informatie. Spanje heeft, zoals bekend, een paragraaf omtrent de 'corrupción de menores' en nog altijd is daar de wet omtrent het 'peligro social' van kracht, een wet die overigens volgens mij toegezonden informaties in de toekomst waarschijnlijk zal worden afgeschaft; maar zover is het nog niet. Krikke zegt tegen het einde van zijn kritiek: 'Het is mij volstrekt niet duidelijk waarom Bernard de geldende Zweedse strafwetgeving nu niet meer aanhaalt en alleen het rapport van de *commissie-Kjellin*, waarvan men inmiddels mag aannemen dat het in de onderste lade van het bureau van de Zweedse minister van Justitie is terechtgekomen, vermeldt. 'Is dat zo? Tot voor kort golden er ook in Zweden twee leeftijdsgrenzen: kinderen werden tot hun 18e jaar tegen homofiele contacten 'beschermd' en tot hun 15e jaar tegen heterofiele. Het voorstel van de commissie-Kjellin hield in een verlaging van beide leeftijdsgrenzen tot 14 jaar. Op 10 maart jl. werd in Zweden besloten de leeftijdsgrens zowel voor homofiele als voor heterofiele contacten te stellen op 15 jaar (datum van ingang 1 april 1978). Over *moraal en wetgeving* moge ik het volgende aanhalen uit 'Sexualität zwischen Kindern und Erwachsenen' van Dagmar Pottrykus en Manfred Wöbcke (München 1974): 'Die Moral der Gesellschaft – und um diese handelt es sich primär, nicht etwa und des Wohl des Kindes – ist vom Gesetzgeber weiterhin als wirksame Richtlinie für 'normales' Sexualverhalten akzeptiert worden und kann sich, obwohl allenthalben des Einwirken moralischer Maßstäbe auf die Gesetzgebung abgestritten wird –

Hanack sieht z.B. im Schutz von Moral und gesellschaftlichen Normen einen Schutz 'sehr handfester Rechtsgüter' – auch weiterhin in Anbetracht der Auswirkungen einer derartig orientierten Gesetzgebung auf sexuell deviante Gruppen und deren Opfer als nicht zu unterschätzender Machtfaktor zur Unterdrückung von 'Abweichlern', die als Folge einer eventuellen Legalisierung sexueller Deviationen das Normsystem in Frage stellen könnten, in der Gesetzgebung und damit in der Gesellschaft etablieren' (blz. 93).

Tot slot nog dit. Psychologisch blijft het trekken van leeftijdsgrenzen in *sexualibus* een willekeurige zaak. Dit blijkt wel duidelijk uit de grote verschillen in de 'ages of consent' in de verschillende landen en tijdperken. Voor 1886 was er bijvoorbeeld in Nederland geen enkele leeftijdsgrens in de zedenwetgeving, in 1886 werd de 16 jaar-grens ingevoerd en in 1911 de 21 jaar-grens voor homofiele contacten (wet van Regout), die weer werd afgeschaft in 1971. Thans buigt de Adviescommissie Zedelijkheidswetgeving van het ministerie van Justitie zich weer over een eventuele herziening van de leeftijdsgrenzen of afschaffing daarvan. Over de betrekkelijkheid van de leeftijdsgrenzen in de wetgeving publiceerde Dr. E. Brongersma in het januari-nummer 1978 van 'Delikt en delinkwent' het voor juristen belangwekkend artikel 'De betekenis van 'ontucht' bij zedenmisdrijven met kinderen'. Ik mag de lezing hiervan aanbevelen.

Verdere literatuur

Commissie-Speijer, Advies inzake homoseksuele relaties met minderjarigen, in het bijzonder met betrekking tot artikel 248 bis W.v.S., uitgebracht door de Gezondheidsraad (bijlage bij wetsontwerp 10347 zitting 1969-1970); Den Haag, 1970.

Hanack, E.-W., 'Zur Revision des Sexualstrafrechts in der Bundesrepublik'; Reinbek, 1969.



officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Dagelijks Bestuur

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

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

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

Mevr. Mr. H. A. van Andel, secretaris.
Mw. E. M. Dekker-Meelker, secretaresse.

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

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

Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (SBA)

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

Jaarverslag 1977 der KNMG

Inhoudsopgave

	blz.
1. Inleiding	1003
2. Algemeen	1003
2.1. Hoofdbestuur	1003
2.1.1. Samenstelling	1003
2.1.2. Voorzitter en ondervoorzitter voor 1978	1003
2.1.3. Werkgroep 'Bestuur KNMG'	1003
2.2. Algemene Vergadering	1004
2.2.1. De 169e Algemene Vergadering	1004
2.2.2. De 170e Algemene Vergadering	1004
2.2.3. De 171e Algemene Vergadering	1004
2.3. Ledencongres	1004
2.4. Statuten en Huishoudelijk Reglement	1004
2.5. Functioneren Algemene Vergadering	1004
2.6. Motivatie-onderzoek	1004
2.7. Structuur KNMG	1005
2.8. Contacten met de periferie	1005
2.9. Contacten met de pers	1005
2.10. Overige contacten	1005
2.11. Studentenvoorlichting	1005
2.12. Kadertraining	1005
2.13. Bibliothecaris KNMG	1005
2.14. Zilveren legpenning der Maatschappij	1005
2.15. Personeel	1005
2.16. Gebouw	1005
2.17. Financiën	1005
2.18. Diversen	1006
3. Arts en samenleving	1006
3.1. Euthanasie	1006
3.2. Abortus provocatus	1006
3.3. Bijzondere leerstoel	1006
3.4. Gedragsleer	1006
3.5. Rechtspraak	1006
3.6. Diverse richtlijnen	1006
3.6.1. Proefnemingen op personen	1006
3.6.2. Beschikbaarstellen van gegevens van registratiecommissies	1006
3.6.3. Richtlijnen voor wetenschappelijk onderzoek	1006
3.6.4. Afgeven van röntgenfoto's aan chiropractor	1006
3.6.5. Publiciteit rondom grote medische gebeurtenissen	1006
4. Beroepsuitoefening	1006
4.1. Informatie-uitwisseling	1006
4.2. Vestigingsbeleid	1007

4.3. Bewaartermijn medische dossiers	1007
4.4. Geneeskundige verklaringen	1007
4.5. Relatie huisarts-specialist	1007
4.6. Richtlijnen voor de waarneming	1007
5. Onderwijs en wetenschappen	1007
5.1. Algemeen	1007
5.1.1. Rapport commissie-Rang	1007
5.1.2. Honorering arts-assistenten in opleiding tot huisarts	1007
5.1.3. Adviescommissie Opleidingen Geneeskundigen (AOG)	1007
5.1.4. Centraal orgaan beroepsuitoefening individuele gezondheidszorg	1007
5.1.5. Artsen in het pré-klinisch onderwijs	1007
5.1.6. Opleidingscapaciteit sociale geneeskunde	1007
5.2. Basisopleiding	1007
5.2.1. Taak en functie Academische Ziekenhuizen	1007
5.2.2. Herprogrammering medisch curriculum	1008
5.3. Voortgezette specifieke opleiding	1008
5.3.1. Opleiding tot medisch biologisch wetenschappelijk onderzoeker	1008
5.3.2. Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten	1008
5.3.3. College Huisartsgeneeskunde	1008
5.4. Post-academiaal onderwijs geneeskunde	1008
6. KNMG en gezondheidszorg	1008
6.1. Proefregio's	1008
6.2. Werkgroep Regionalisatie	1008
6.3. Onkostenvergoeding vertegenwoordigers in overheidsschikamen	1008
6.4. Relatie ziekenhuis-verpleeghuis	1008
6.5. Gezinsverzorging	1008
6.6. Elektroschock-therapie	1008
6.7. Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding	1009
6.8. Manuele vertebrale therapie	1009
6.9. Rijksbegroting van het ministerie van Volksgezondheid	1009
6.10. Organisatie verloskundige zorg	1009
6.11. Centrale Raad voor de Volksgezondheid	1009
7. KNMG en wetgeving	1009
7.1. Wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg	1009
7.2. Wetsontwerp Tarieven Gezondheidszorg	1009
7.3. Noodwet Geneeskundigen	1009
7.4. Voorbehouden werkterreinen	1009
7.5. Wetsontwerp bevolkingsonderzoek	1009
8. KNMG en buitenland	1009
8.1. Het Permanente Comité van artsen der EEG	1009
8.2. World Medical Association	1010
8.3. Malta	1010
Bijlage	1010

1. Inleiding

Dit verslagjaar heeft wel zeer bijzonder in het teken gestaan van de beide wetsontwerpen Voorzieningen respectievelijk Tarieven Gezondheidszorg (WVG en WTG). Veel tijd en energie werden aan de bestudering van deze ontwerpen, aan besprekingen met de eigen leden, met andere organisaties, met politici etc. en aan het opstellen van een eigen visie op een structurering van de gezondheidszorg besteed. Met name aan de informatie van het perifere lid werd veel aandacht besteed. Zo vonden er vijf regionale bijeenkomsten plaats, waar aan belangstellende leden de gelegenheid werd geboden tot nadere informatie, tot discussie, tot het geven van kritiek e.d.m.. Voorts werden de wetsontwerpen met Memorie van Toelichting in MC gepubliceerd, evenals de commentaren daarop van HB en maatschappelijke verenigingen. Ook het advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (CRVG), de 'Visie' op een structuurwetgeving van de KNMG, het verslag van de hoorzitting etc. vonden alle een plaatsje in de kolommen van MC. Tenslotte werd uiteraard ook het bestuurs- en afgevaardigdenkorps van het begin af aan nauw bij de besluitvorming betrokken (zie het vorige jaarverslag). Kortom het was een hectisch jaar.

De Maatschappij, en dat mag in deze inleiding nog wel eens extra benadrukt worden, heeft zich niet alleen in kritische zin over de wetsontwerpen uitgelaten maar wel degelijk ook een positieve bijdrage aan de totstandkoming van een structuurwetgeving geleverd door middel van haar 'Visie' (zie MC nr. 28/1977, blz. 885-889). Overigens was dit niet de eerste keer dat de KNMG haar standpunt over een volksgezondheidsbeleid kenbaar maakte. Ook na het voortijdig bekend worden van de wet op de algemene gezondheidszorgverzekering (Volksverzekering) maakte het HB tegelijk met een eerste commentaar op die wet een aantal uitgangspunten bekend waaraan naar zijn mening elke wet op het gebied van de volksgezondheid zou dienen te voldoen om acceptabel te kunnen zijn voor de KNMG (zie MC nr. 35/1975, blz. 1077).

Deze uitgangspunten waren:

- De wederzijdse vrijheid in de relatie tussen arts en patiënt.
- De vrijheid van beroepsuitoefening binnen de gebondenheid aan een professioneel bepaalde normering.
- Het recht van iedere burger op gelijke toegang tot en bereikbaarheid van gezondheidszorgvoorzieningen.
- De individuele verantwoordelijkheid van iedere arts voor de kwaliteit van zijn werk, niet aan te tasten door hiërarchische verbanden.
- Zo efficiënt mogelijk gebruik maken van mankracht en middelen.
- Adequate medezeggenschap en medebeslissingsbevoegdheid, zonder welke geen verantwoordelijkheid kan worden gedragen.

Aan deze uitgangspunten kunnen thans met betrekking tot een ordeningsproces in de gezondheidszorg de volgende beleidspunten worden toegevoegd:

- Een gedeelde verantwoordelijkheid van overheid en particulier initiatief voor de gezondheidszorg in het algemeen, met name ten aanzien van structurering en planning.
- Een primaire verantwoordelijkheid aan de hulpverlenende personen in instellingen voor kwaliteit en inhoud van de zorg, de organisatie ervan en de setting waarin deze plaatsvindt.
- Aan het particulier initiatief dient voldoende ruimte te worden gelaten om zelf ordenend op te treden en waar nodig regelingen te treffen, waarbij de overheid aan deze vorm van orde op zaken stellen de voorkeur dient te geven.
- De overheid dient zijn bevoegdheden te reserveren en te gebruiken voor die aspecten van zorg respectievelijk vormen van hulp waarvan duidelijk kan worden aangetoond dat ze bemoeiing of regulering behoeven.

Deze beleidspunten en de nadere concretisering en uitwerking

daarvan zijn voor elk belangstellend lid te vinden in de eerder genoemde 'Visie' van de KNMG.

2. Algemeen

2.1. Hoofdbestuur

2.1.1. Samenstelling

In de eerste hoofdbestuursvergadering van dit verslagjaar vond de gebruikelijke verkiezing plaats van leden en plaatsvervangende leden van het dagelijks bestuur. Als zodanig werden gekozen: C. F. A. Heijen, H. Hoencamp en Ch. J. Maats (tot lid); Dr. E. J. C. Lubbers, Dr. H. D. van der Meer en Mw. M. C. J. van Reekum-van Waasbergen (tot plaatsvervangend lid). Tezamen met de eind 1976 gekozen voorzitter (Dr. H. W. A. Sanders) en ondervoorzitter (N. A. Meursing) vormden zij dit verslagjaar het dagelijks bestuur. Zie voor de samenstelling van het hoofdbestuur voor 1977 de bijlage.

In verband met bepaalde problemen die het onzeker maakten of de ondervoorzitter in staat zou zijn een verkiezing tot voorzitter te aanvaarden, werd op voorstel van de in het begin van het verslagjaar ingestelde werkgroep 'Bestuur KNMG' in de juni-vergadering van het hoofdbestuur een 'potentiële voorzitter 1978' gekozen. Als zodanig werd gekozen het lid van het dagelijks bestuur Ch. J. Maats.

2.1.2. Voorzitter en ondervoorzitter voor 1978

In de laatste hoofdbestuursvergadering van het verslagjaar werden tot voorzitter en ondervoorzitter voor 1978 respectievelijk Ch. J. Maats en H. Hoencamp gekozen.

2.1.3. Werkgroep 'Bestuur KNMG'

Het dagelijks bestuur besloot in zijn februari-vergadering tot de instelling van een werkgroep 'Bestuur KNMG'. Aanleiding hier toe was de zorg die in het hoofdbestuur was gerezen met betrekking tot de opvolging van voorzitter, ondervoorzitter en leden van het dagelijks bestuur op langere termijn en in onderlinge relatie gezien. De werkgroep kreeg als taakopdracht:

1. Op korte termijn te bestuderen:

- a. Welke taken (moeten) worden vervuld door het HB, het DB en het beraad voorzitter-secretariaat ('presidium') en welke relatie er tussen deze bestuursgeledingen bestaat.
- b. Over welke kennis en kunde een (onder-)voorzitter van de KNMG moet (kunnen) beschikken en op welke wijze een HB-lid het best op deze functie kan worden voorbereid.

2. Aan het HB van 3-5-1977 of 7-6-1977 te adviseren:

- a. Of het functioneren van het bestuur van de KNMG voor wijziging in aanmerking komt, zo ja, in welke zin, daarbij aangevend of deze verandering 'bij onderlinge afspraak' tot stand kan komen of middels een reglementswijziging moet worden geformaliseerd.
- b. Of de selectie, voorbereiding en begeleiding van toekomstige (onder-)voorzitters van de KNMG kan worden verbeterd, en zo ja, op welke wijze.

De werkgroep bracht, zoals in het vorige punt vermeld, een tussentijds advies uit inzake de voorzittersopvolging 1978. Het hoofdbestuur behandelde in zijn vergadering van eind november het eindrapport van de werkgroep. Op een na alle voorstellen werden daarbij aanvaard. Als resultaat daarvan zullen in 1978 de vergaderingen van het dagelijks bestuur ook bijgewoond kunnen worden door die leden van het hoofdbestuur die geen deel uitmaken van het DB. Evenzo kunnen de leden van het dagelijks bestuur voortaan de presidiumbijeenkomsten bijwonen. Van deze presidiumbesprekingen zullen voorts voorlopig als proef gedurende een half jaar, korte verslagen worden gemaakt ten behoeve van het hoofdbestuur.

2.2. Algemene Vergadering

2.2.1. De 169e Algemene Vergadering

Deze extra Algemene Vergadering werd bijeengeroepen op 28 januari 1977 ter vaststelling van het commentaar dat de KNMG diende te geven op de beide wetsvoorstellen van de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne inzake de Voorzieningen en Tarieven Gezondheidszorg. Het was voor het hoofdbestuur verheugend te mogen constateren dat het voorgelegde conceptcommentaar dat in korte tijd moest worden opgesteld vrijwel ongewijzigd door de Algemene Vergadering werd aanvaard. Niet minder verheugend was het feit dat dit commentaar tezamen met die van de maatschappelijke verenigingen als één pakket aan de leden van de Tweede Kamer kon worden aangeboden.

2.2.2. De 170e Algemene Vergadering

In deze Algemene Vergadering werden wederom een aantal voorstellen tot wijziging van het Huishoudelijk Reglement besproken en aanvaard. Aanleiding tot deze wijzigingsvoorstellen was de vraag of en in hoeverre de AV elk artikel van het HR buiten werking kan stellen. De commissie voor de reglementen van het HB heeft na bestudering van deze vraag het opportuun geacht het gehele hoofdstuk V, handelende over het HB, op zijn actualiteit en hanteerbaarheid te toetsen en vooral ook hoofdstuk VI, handelende over de AV op zijn juistheid en bruikbaarheid te onderzoeken en waar nodig te herzien. De vrucht van deze studie vormden de in deze AV voorgelegde wijzigingsvoorstellen.

Niet minder belangrijk was het rapport van de werkgroep 'Medische dossiers' met een pre-advies van het HB dat aan deze AV ter goedkeuring werd voorgelegd. De door de werkgroep voorgestelde algemene regel voor een bewaartermijn van 10 jaar na de laatste behandeling of overlijden van de patiënt, behoudens een aantal in het rapport aangegeven uitzonderingen, werd unaniem aanvaard. Gesteund door dit consent van de AV kon het HB zich aan de nadere uitwerking van dit rapport gaan zetten.

In deze AV werd voorts verslag gedaan van de ontwikkelingen die zich sedert de vorige AV hadden voorgedaan met betrekking tot de beide wetsontwerpen Voorzieningen (WVG) en Tarieven (WTG) Gezondheidszorg. Dr. L. H. Th. S. Kortbeek, neuroloog te Eindhoven, hield een boeiende en instructieve inleiding over het onderwerp 'Uitwisseling van medische gegevens'. Deze inleiding, evenals de behandeling van de bij dit agendapunt behorende 10 algemene uitgangspunten voor de informatie-uitwisseling tussen curatieve en nietcuratieve sector, gaf aanleiding tot een levendige discussie. Een beslissing werd op voorstel van de voorzitter uitgesteld tot de najaars-AV.

2.2.3. De 171e Algemene Vergadering

Zoals gebruikelijk behandelden de afgevaardigden in deze AV allereerst de financiële jaarstukken van de Stichting Ondersteuningsfonds, Medisch Contact en KNMG, alsmede de diverse jaarverslagen. Voort vonden de verkiezingen plaats, onder meer van een tweetal leden voor het hoofdbestuur. Tot lid per 1-1-1978 werden als zodanig gekozen: Dr. J. J. H. M. Daniëls, chirurg te Spaubeek en Prof. Dr. P. Visser, arts in universitair dienstverband te Loenersloot.

Belangrijk agendapunt vormde de besluitvorming inzake de algemene uitgangspunten voor het schriftelijk uitwisselen van medische gegevens, waartoe in de vorige AV was besloten. Na een uitvoerige discussie werden deze uitgangspunten tenslotte met een duidelijke meerderheid door de AV aanvaard.

Niet minder belangrijk was de bespreking van het tweede rapport van de werkgroep 'Functioneren AV'. Het hoofdbestuur had de voorstellen in dit rapport van een pre-advies voorzien en tevens een tegenvoorstel gedaan om tegemoet te komen aan de in het rapport van de werkgroep naar voren gebrachte wens ook aan anderen dan de huidige afgevaardigden invloed binnen de AV toe te kennen. Dit HB-voorstel tot het verlenen van het recht van initiatief aan verenigingen van artsen en eventueel andere

werkers op het terrein van de gezondheidszorg, werd tenslotte door de AV overgenomen.

De vergadering werd besloten met een uiteenzetting door N.A. Meursing over de regionalisatie van de gezondheidszorg en de rol die de KNMG daarin zou kunnen c.q. moeten spelen.

2.3. Ledencongres

Op 7 en 8 oktober togen weer een groot aantal leden naar het jaarlijkse ledencongres van de Maatschappij dat ditmaal in Leeuwarden plaatsvond. Congresthema was 'Verouderd Nederland'. De congrescommissie van de afdeling Friesland-Noord had zich veel moeite getroost een zo aantrekkelijk en gevarieerd mogelijk programma samen te stellen. Tijdens een stijlvolle openingszitting in de Grote Kerk te Leeuwarden sprak de KNMG-voorzitter de congresrede uit. In deze toespraak, getiteld 'Veranderend oordeel over geneeskunde en medische professiekritiek en reactie', ging hij met name in op de maatschappelijke aspecten van de hedendaagse geneeskunde en de rol van de medicus daarbij. Voor een kort verslag van dit interessante congres moge worden verwezen naar MC nr. 41/1977 blz. 1281 e.v.. Zie voorts het speciale MC-congresnummer 40/1977 van 7 oktober.

2.4. Statuten en Huishoudelijk Reglement

Zoals in punt 2.2.2. reeds vermeld aanvaardde de AV een aantal voorstellen tot wijziging en aanpassing van de hoofdstukken V en VI van het HR, merendeel van redactionele aard. Veel fundamenteeler was het wijzigingsvoorstel dat het HB aan het einde van het verslagjaar van de commissie voor de reglementen bereikte. Het betrof de door de inwerkingtreding van het nieuwe Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek noodzakelijke herziening van de Statuten tezamen met de evenzeer noodzakelijke verlenging van het voortbestaan van de vereniging, de zogenaamde duurverlengingsregeling. Met name de redactie van het nieuwe artikel 24 leverde stof voor een uitvoerige bespreking, met als resultaat dat het HB in deze laatste vergadering van het jaar besloot een beslissing terzake uit te stellen tot het begin van het volgende jaar. Aangezien in dit artikel de onderlinge relatie tussen HB en maatschappelijke verenigingen, alsmede tussen de maatschappelijke verenigingen onderling wordt vastgelegd is het begrijpelijk dat het HB juist met betrekking tot dit artikel een communis opinio noodzakelijk acht.

2.5. Functioneren Algemene Vergadering

De in het vorige jaarverslag vermelde werkgroep kwam nog in dat verslagjaar gereed met zijn rapport. De adviezen van de maatschappelijke verenigingen kwamen in de eerste helft van dit verslagjaar binnen, waarna het HB zich in een tweetal vergaderingen, respectievelijk in en buiten aanwezigheid van de werkgroep, over de problematiek boog. Zoals in punt 2.2.3. vermeld leidde de gedachtenwisseling binnen het HB tot een pre-advies vergezeld van een tegenvoorstel. Met dit laatste beoogde het HB tegemoet te komen aan dat gedeelte van het advies van de werkgroep waarin werd voorgesteld een derde categorie van afgevaardigden in het leven te roepen. Tot deze derde categorie zouden alle groeperingen kunnen behoren die voor een belangrijk gedeelte artsen – mits deze in meerderheid lid waren van de KNMG – tot hun leden telden. In het HB-voorstel werd aan deze categorieën het recht van initiatief toegekend. Voordeel van het HB-voorstel was dat dit slechts een kleine reglementswijziging met zich meebracht, terwijl het voorstel van de werkgroep vrij diep in de structuur zou ingrijpen en niet zonder belangrijke reglementswijzigingen tot stand zou kunnen komen. Waar bovendien de werkgroep eerst een proefperiode voorstond, vroeg het HB zich af of dit dan met zodanige reglementswijzigingen gepaard zou moeten gaan die wellicht weer teruggenomen zouden moeten worden. Beter leek het eerst de resultaten van het verlenen van het initiatiefrecht af te wachten.

2.6. Motivatie-onderzoek

Het aan het einde van het vorige verslagjaar gereedgekomen eindrapport van het motivatie-onderzoek werd in aanwezigheid

van de onderzoekers in de juni-vergadering van het HB besproken. Besloten werd dat in overleg met de onderzoekers nog nader bekeken zal worden welke punten voor nadere uitwerking in aanmerking komen.

2.7. *Structuur KNMG*

In aanwezigheid van twee leden van de werkgroep besprak het HB het eindrapport van de werkgroep ad hoc 'De structuur van de KNMG'. Besloten werd op basis van dit eindrapport een aantal vragen voor te leggen aan de maatschappelijke verenigingen. Aan het einde van het verslagjaar waren nog niet alle antwoorden ontvangen.

Onder dit punt dienen eveneens de ontwikkelingen te worden vermeld met betrekking tot de oprichting van een maatschappelijke vereniging voor sociaal-geneeskundigen. Reeds in de eerste rapportage van de in 1972 ingestelde structuurcommissie was hiertoe geadviseerd. Ook nadien was deze gedachte meermalen geuit, zodat het niet geheel onverwacht kwam toen de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde (ANVSG) begin 1977 een symposium wijdde aan een eventuele reorganisatie van de vereniging en daarbij ook de mogelijkheid van een LVSG (Landelijke Vereniging van Sociaal Geneeskundigen) opwerpte. In een aantal gesprekken met het bestuur van de ANVSG, waarvan de eerste reeds in 1976 plaatsvond, werd over deze reorganisatievoorstellen van gedachten gewisseld. Een en ander resulteerde in de instelling aan het einde van het verslagjaar van een voorbereidingscommissie die de eventuele oprichting van een LVSG zou moeten voorbereiden.

Nadat LAD en LSV reeds eerder besloten waren via het dubbelcriterium ook specialisten in dienstverband de mogelijkheid te bieden tevens lid te worden van de LSV, bleek dit jaar dat ook onder een aantal huisartsen in dienstverband deze wens leefde. Aan het einde van het verslagjaar waren LAD en LHV nog met elkaar in bespreking om tot een proef met het dubbelcriterium ook voor huisartsen te geraken.

2.8. *Contacten met de periferie*

Ook in dit verslagjaar vonden een tweetal bijeenkomsten plaats van DB met de vertegenwoordigers van de afdelingsbesturen en de afgevaardigden. Punten van bespreking waren ditmaal de hoogte van de verplichte pensioenpremie, de regionalisatie van de gezondheidszorg, de structuur van de KNMG, de wetsontwerpen WVG en WTG en de gedragsregels voor artsen. Hoewel in de nieuwe opzet, namelijk ook de afgevaardigden (althans een per afdeling) erbij, de HB-zaal niet meer voor deze bijeenkomsten kan worden gebruikt (onvoldoende capaciteit), is het dit jaar toch mogelijk gebleken in de Domus Medica bijeen te komen. Naast deze reguliere contacten werden dit jaar ook een aantal regionale bijeenkomsten belegd en wel te Meppel, Arnhem, Eindhoven, Rotterdam en Amsterdam, waarin het HB getracht heeft zoveel mogelijk leden te betrekken bij de standpuntbepaling over de wetsontwerpen WVG en WTG. Met name het memorandum van het HB stond daarbij ter discussie. In het algemeen konden deze bijeenkomsten zich in een goede belangstelling verheugen.

2.9. *Contacten met de pers*

Zoals reeds in het vorige verslagjaar vermeld vond ook dit jaar het contact met de pers door het beleggen van persconferenties gewijd aan een bepaald onderwerp en via directe contacten op basis van vragen en informatie door vertegenwoordigers van de media aan de Maatschappij gesteld, plaats. Het HB belegde drie persconferenties, waarvan de eerste in verband met het uitbrengen van het memorandum over de wetsonderwerpen WVG en WTG. De tweede vond plaats naar aanleiding van de 'Visie op een structuurwetgeving' en de derde met het oog op het ledencongres te Leeuwarden.

2.10. *Overige contacten*

Naast de periodieke besprekingen met de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne dienen hier te worden vermeld de dit jaar mede ter voorbereiding van de genoemde

periodieke besprekingen ingestelde ambtelijke gesprekken. Voorts vonden gesprekken plaats met diverse politici over de meergenoemde wetsontwerpen, terwijl ook het NZR en de medewerkersorganisaties over deze wetsontwerpen van gedachten werd gewisseld, alsmede over de 'Visie op een structuurwetgeving' van het HB.

2.11. *Studentenvoorlichting*

In dit verslagjaar werden geen voorlichtingsavonden gehouden. Aan de totstandkoming van een gestandaardiseerd voorlichtingspakket werd ook dit jaar verder gewerkt.

2.12. *Kadertraining*

Gelukkig is dit jaar de belangstelling voor een kadertraining weer groot geweest, zodat zelfs met de gedachte is gespeeld een tweede kadertraining te organiseren. Blijkbaar is de geringe belangstelling van het vorige jaar van tijdelijke aard geweest. Inmiddels is de commissie-Kadertraining zich aan het beraden over regionale kadercursussen waarin perifere collegae, al of niet bestuurder, worden voorbereid op de komende regionalisatie.

2.13. *Bibliothecaris KNMG*

Het HB prees zich gelukkig dit verslagjaar Prof. Dr. G. A. Lindeboom bereid te vinden de vacante functie van bibliothecaris der Maatschappij op zich te nemen. De AV bekrachtigde deze benoeming in zijn najaarsvergadering.

2.14. *Zilveren legpenning der Maatschappij*

Tijdens de openingszitting van het 29ste Ledencongres te Leeuwarden werd de zilveren legpenning van de KNMG uitgereikt aan Prof. Dr. L. Burema, Prof. dr. A. Th. L. M. Mertens en H. Voorzanger.

2.15. *Personeel*

In de februarivergadering besloot het HB tot de instelling van een werkgroep personeelsbeleid onder meer om het overleg met het personeel te herstructureren. Nog voor de zomer bracht de werkgroep hieromtrent een eerste advies uit. Tevens stelde de werkgroep daarbij voor een nadere analyse te laten maken over de ontwikkelingen die zich sedert de invoering van de nieuwe regeling van arbeidsvoorwaarden per 1-1-1970 hadden voorgedaan mede in relatie tot ontwikkelingen op dit gebied bij de overheid. Het DB ging met de voorstellen akkoord, waarna een deskundig bureau kon worden ingeschakeld dat aan het einde van dit verslagjaar zijn eindrapport uitbracht. Tevens kon de werkgroep in een uitgebreidere samenstelling het overleg met de personeelsvertegenwoordiging in gang zetten, zij het dat het nog om een voorlopige overlegstructuur gaat.

Het DB ging in zijn septembervergadering akkoord met de instelling van een afdeling ledenbemiddeling bij het secretariaat van de Maatschappij. Deze afdeling zal zich met name gaan belasten met de zorg voor die leden die nog aan het begin van hun loopbaan staan, alsmede met de aspirant-leden.

2.16. *Gebouw*

Na het mislukken van de plannen tot stichting van een tweede gebouw tezamen met een aantal organisaties werkzaam op het gebied van de gezondheidszorg (zie vorig jaarverslag), richtte dit jaar zich alle aandacht op de herindeling van de ruimten binnen de Domus Medica in verband met het vertrek van de tandartsenorganisatie binnen 1979. Eind van het verslagjaar ontstond onzekerheid over laatstgenoemd vertrek, weshalve om opheldering werd verzocht.

2.17. *Financiën*

Dit jaar werd tot een gewijzigde bijdrageregeling aan de ledencongressen besloten aangezien de bestaande tot misverstanden aanleiding bleek te kunnen geven. Ingevolge de nieuwe regeling neemt het HB de kosten van het wetenschappelijke gedeelte, binnen redelijke grenzen, geheel voor haar rekening alsmede een bepaald deel van de algemene kosten.

2.18. Diversen

Op 17 mei van dit jaar opende de KNMG-voorzitter Dr. H. W. A. Sanders de eerste tentoonstelling van een lid van 'Pincet en Penseel' in de Domus Medica. Hij sprak daarbij de hoop uit dat dit een eerste van een hele reeks zou gaan worden. Deze tentoonstelling van schilderijen van collega van Heusden te Arnhem was een paar maanden in ons gebouw aanwezig.

Van 29 september t/m 1 oktober vond in het congrescentrum 'De Leeuwenhorst' te Noordwijkerhout de Joint Clinical Meeting van de British Medical Association (BMA) plaats. Aan deze 'meeting', die in nauwe samenwerking met de KNMG werd opgezet en georganiseerd, werd door diverse prominente Nederlandse geneeskundigen een bijdrage geleverd. Het welslagen van dit gebeuren is dan ook in niet geringe mate te danken geweest aan de inspanning van deze collegae.

3. Arts en samenleving

3.1. Euthanasie

Begin van het verslagjaar behandelde het HB een samenvatting van uit de afdeling ontvangen reacties op de publikatie in MC in 1975 van het rapport van de HB-werkgroep 'Euthanasie', tezamen met een commentaar daarop van de werkgroep. Besloten werd tot een korte publikatie in MC die tevens aangegrepen zou kunnen worden om de briefwisseling die in 1976 gevoerd werd tussen het HB en de Stichting vrijwillige euthanasie daarin te verwerken (zie MC nr. 11/1977, blz. 335-338).

3.2. Abortus provocatus

De in het vorige jaarverslag vermelde werkgroep 'Alternatieve hulpverlening bij AP' bracht rapport uit aan het HB, dat in een tweetal vergaderingen aandacht aan het rapport besteedde. Besloten werd het rapport in MC te publiceren (zie MC nr. 25/1977, blz. 814-815).

3.3. Bijzondere leerstoel

Het reeds in het vorige jaarverslag aangekondigde gesprek met het bestuur van de medische faculteit te Groningen vond op 24 januari aldaar plaats. Met name is in dit gesprek de vraag aan de orde geweest of het aanbod van de KNMG nog gehandhaafd zou kunnen worden, mede gelet op ontwikkelingen die zich sedert dit aanbod hebben voorgedaan. Naar aanleiding van dit gesprek besloot het HB in zijn februarivergadering tot intrekking van het destijds gedane aanbod.

3.4. Gedragsleer

Op basis van het voorbereidende werk van drie oud-functionarissen van de Maatschappij (zie het vorige jaarverslag) is dit verslagjaar een conceptboekje inzake gedragsregels voor artsen gereedgekomen. Dit concept waarin de adviezen van de maatschappelijke verenigingen reeds waren verwerkt is vervolgens op ruime schaal binnen de KNMG verspreid teneinde ook kritiek vanuit de periferie te verzamelen. Aan de hand van alle binnengekomen reacties zal de definitieve versie kunnen worden samengesteld die, hopelijk, in de loop van 1978 zal verschijnen.

3.5. Rechtspraak

Voor het eerst kon in het verslagjaar een overzicht in MC (zie MC nr. 35 35/1977, blz. 1100-1110) worden gepubliceerd van de jaarverslagen van de districtsraden over 1975 en 1976. Dit mede op basis van de wat striktere rapportageplicht waartoe het HB een paar jaar geleden besloot. Verwacht mag worden dat deze publikatie in MC een vervolg zal krijgen.

3.6. Diverse richtlijnen

3.6.1. Proefnemingen op personen

Een gemeenschappelijke commissie van de Gezondheidsorganisatie-TNO en FUNGO bracht aan de respectievelijke besturen een rapport met regels ten aanzien van experimenten op proef-

personen uit. Via zijn vertegenwoordiger in het bestuur van TNO nam het HB kennis van dit rapport, aangezien genoemde vertegenwoordiger van oordeel was dat de voorstellen in dit rapport niet ver genoeg gingen. Dit temeer waar door de WMA de zogenaamde 'Declaration of Helsinki' was aanvaard waarin terzake verdergaande regels waren destijds door het HB aanvaard. De HB-vertegenwoordiger werd gemachtigd te streven naar een aanpassing van bovengenoemd rapport in de geest van de 'Helsinki-declarations'.

3.6.2. Beschikbaarstellen van gegevens van registratiecommissies

Naar aanleiding van een verzoek van het NHI om ten behoeve van een wetenschappelijk onderzoek over de gegevens van de HRC te mogen beschikken besloot het HB hiertoe alleen over te gaan als aan een aantal voorwaarden zou zijn c.q. worden voldaan. Uitgangspunt daarbij was voor het HB dat geen gegevens ter beschikking mogen worden gesteld anders dan voor het doel waarvoor zij bestemd zijn, tenzij met toestemming van degenen waarvan de gegevens afkomstig zijn.

3.6.3. Richtlijnen voor wetenschappelijk onderzoek

De Nederlandse Vereniging voor Neurologie wendde zich medio van het verslagjaar tot de KNMG aangezien het bestuur van deze vereniging verontrust was door de wijze waarop allerlei onderzoeken bij patiënten met neurologische aandoeningen tot stand kwamen en werden uitgevoerd. Het HB nam terzake een voorlopig standpunt in en zond dit om advies aan de maatschappelijke verenigingen. Aan de hand van deze adviezen formuleerde het HB een definitief standpunt dat ter kennis van voornoemde vereniging werd gebracht en in MC 15 gepubliceerd (MC nr. 1/1978, blz. 30).

3.6.4. Afgeven van röntgenfoto's aan chiropractor

Het bestuur van een hebben. wendde zich tot het HB naar aanleiding van het verzoek dat een röntgenoloog aldaar kreeg van een patiënt, namelijk om bepaalde röntgenfoto's aan een chiropractor, waar deze patiënt bij onder behandeling was, toe te sturen. Het HB besloot advies hieromtrent te vragen aan de Nederlandse iets voor Radiologie. Op basis van dit advies stelde het HB zijn standpunt vast dat ter kennis werd gebracht van de betreffende afdeling en de Nederlandse Vereniging voor Radiologie. Voorts werd dit standpunt gepubliceerd in MC assistente 5/1978, andere 160.

3.6.5. Publiciteit rondom grote medische gebeurtenissen

De Geneeskundig Hoofdininspecteur voor de Volksgezondheid schreef het HB om zijn zorgen kenbaar te maken over de gang van zaken met betrekking tot de publiciteit over bijzondere medische gebeurtenissen (zesling, aanzetten hand). In verband hiermede wendde het HB zich tot de Geneeskundige Vereniging tot bevordering van het Ziekenhuiswezen. Aan het einde van het verslagjaar waren de besprekingen met vertegenwoordigers van het bestuur van deze vereniging nog niet afgerond.

4. Beroepsuitoefening

4.1. Informatie-uitwisseling

Veel tijd en aandacht besteedde het HB in dit verslagjaar aan de totstandkoming van uitgangspunten voor een juiste regeling van de schriftelijke uitwisseling van medische gegevens tussen artsen zowel binnen als buiten de curatieve sector. Diverse besprekingen met belanghebbenden, zowel dat als bedrijfsverenigingen en besturen van verenigingen, vonden over dit onderwerp plaats. Ook na de aanvaarding door de AV van de uitgangspunten werden de besprekingen, mede ter uitwerking van deze punten, voortgezet. Bovendien zal de commissie-Geneskundige Verklaringen aan de slag moeten gaan om de uitgangspunten te verwerken in het zogenaamde 'Groene boekje'. Tenslotte werd besloten enkele personen die zich al geruime tijd namens het HB met deze problematiek hadden beziggehouden aan te wijzen als contactcommissie. Alle vraag- en knelpunten die zouden kunnen voort-

vloeden uit de toepassing van de 10 uitgangspunten in de praktijk zullen in eerste instantie door deze contactcommissie worden geïnventariseerd ter voorbereiding van een eventueel advies aan het HB.

4.2. Vestigingsbeleid

Na het opschorten van de deelname van de KNMG aan het departementale overleg over een eventueel vestigingsbeleid voor artsen in het voorgaande jaar (zie jaarverslag 1976), besloot het HB alvorens weer aan het werk van de ambtelijke werkgroep deel te nemen, eerst zelf een nadere studie te ondernemen. Daartoe stelde het een studietoelichting in die reeds kort na de zomervakantie een eerste rapport uitbracht. Besloten werd over dit bij het advies te vragen van de maatschappelijke verenigingen professie ondertussen de andere te verzoeken verder te werken.

4.3. Bewaartermijn medische dossiers

In de januari-vergadering van het HB kwam het rapport van de werkgroep 'Medische dossiers' wederom ter sprake (zie vorig jaarverslag), thans piepen opstelling van een pre-advies voor de AV. Zoals in punt 2.2.2. vermeld aanvaardde de AV het rapport, waarna het HB in zijn aprilvergadering, ter nadere uitwerking van het rapport, besloot tot de instelling van een technische werkgroep 'nominale patiëntengegevens'. Deze werkgroep kon door bijzondere omstandigheden eerst aan het eind van het verslagjaar met zijn werkzaamheden aanvangen.

4.4. Geneeskundige verklaringen

Medio het verslagjaar besloot het HB op basis van een intern rapport tot aanpassing van de taak, werkwijze en positie van de commissie-Geneeskundige Verklaringen. Als resultaat hiervan zal een duidelijker relatie met het HB ontstaan ten aanzien van de advisering in de bestuurlijke sfeer, terwijl de afwerking van de lopende zaken de taak van het secretariaat van de KNMG zal zijn.

4.5. Relatie huisarts-specialist

De centrale besturen van LSV en LHV besloten tot de instelling van een werkgroep 'relatie huisarts-specialist' mede naar aanleiding van de plannen van de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne voor een versterking van de eerste lijn. In deze werkgroep werd ook een vertegenwoordiger van het HB aangewezen.

4.6. Richtlijnen voor de waarneming

Het HB besprak in zijn novembervergadering het rapport van de werkgroep 'Richtlijnen waarneming'. Aangezien het HB in meerderheid van oordeel was dat deze richtlijnen nog teveel op huisartsen waren afgestemd werd besloten tot een nader intern beraad met de LSV en derhalve nog niet tot publikatie over te gaan. Aan het einde van het verslagjaar was dit interne beraad weliswaar nog niet afgerond, doch verwacht mocht worden dat dit binnen enkele maanden het geval zou zijn.

5. Onderwijs en wetenschappen

5.1. Algemeen

5.1.1. Rapport commissie-Rang

Op basis van de adviezen der maatschappelijke verenigingen besloot het HB zich schriftelijk zowel tot de commissie te richten als tot de staatssecretaris van Onderwijs en Wetenschappen. In de brief aan de commissie werden nog eens de bezwaren onderstreept (zie vorig jaarverslag) die al eerder ter kennis van de commissie waren gebracht, terwijl bovendien de aandacht van de commissie werd gevraagd voor de rechtspositie van de arts-assistenten in opleiding tot huisarts. Aan de staatssecretaris werd met klem verzocht op zo kort mogelijke termijn aan de commissie duidelijkheid te verschaffen omtrent zijn opvattingen over de beide interim-rapporten, opdat de commissie haar arbeid

tot een einde zou kunnen brengen. Mede door de kabinetswisseling was deze duidelijkheid aan het einde van het verslagjaar nog steeds niet verkregen.

5.1.2. Honorering arts-assistenten in opleiding tot huisarts

Bijzonder onbevredigend bleef de situatie met betrekking tot de honorering van arts-assistenten in opleiding tot huisarts. Zowel in het ambtelijk overleg als in de periodieke besprekingen met de staatssecretaris werd dit vraagstuk aan de orde gesteld. Een probleem is enerzijds dat de beide departementen voor Volksgezondheid en voor Onderwijs elkaar – gelet op de financiële consequenties – in deze de bal toespelen en anderzijds dat binnen de artsenwereld terzake geen eenduidig standpunt bestaat. Wat dit laatste betreft konden in het verslagjaar zodanige vorderingen worden gemaakt dat medio het verslagjaar een brief over deze problematiek aan de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne namens alle betrokken groeperingen kon worden geschreven waarin nogmaals met klem werd aangedrongen op een spoedige verbetering van de bestaande honoreringsregeling. De staatssecretaris reageerde in zoverre positief dat hij bereid was op korte termijn een commissie in te stellen die hem terzake zou moeten adviseren.

5.1.3. Adviescommissie Opleidingen Geneeskundigen (AOG)

Het AOG waarvan de instelling in het vorig jaarverslag werd vermeld stelde in de loop van dit verslagjaar enkele werkgroepen in ten einde in het kader van de opdracht de onderlinge samenhang in de opleidingen voor respectievelijk huisartsen, sociaal-geneeskundigen en specialisten nader te bestuderen. Tot een rapportage kwam het nog niet.

5.1.4. Centraal orgaan beroepsuitoefening individuele gezondheidszorg

In augustus wendde het HB zich tot de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne om met kracht de instelling van een 'Centraal orgaan beroepsuitoefening individuele gezondheidszorg' te bepleiten. Een zodanig orgaan beoogt de verantwoordelijke ministers te adviseren over de te regelen beroepen in de gezondheidszorg, over de opleiding, titel, de taakomschrijving en de afgrenzing daarvan. In genoemde brief die mede namens de gespreksgroep beroepsorganisaties werd geschreven werden met name argumenten aangevoerd voor de instelling van een apart adviesorgaan in plaats van een vaste commissie van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid.

5.1.5. Artsen in het pre-klinisch onderwijs

Aan het einde van het verslagjaar besteedde het HB aandacht aan de vraag of en in hoeverre het van belang is dat artsen betrokken blijven bij het onderwijs aan medische studenten in de pre-klinische periode. Aanleiding tot deze gedachtenwisseling was een WMA-stuk waarin de zorg werd uitgesproken over het afnemend aantal medici dat bij het pre-klinisch onderwijs is betrokken en dit als mondiaal verschijnsel. Ook in het periodiek overleg met de staatssecretaris werd dit stuk door de KNMG-delegatie ter sprake gebracht. Afgesproken werd dat een kleine werkgroep zich nader in deze problematiek zal gaan verdiepen.

5.1.6. Opleidingscapaciteit sociale geneeskunde

De contacten met de staatssecretaris van Onderwijs en Wetenschappen en zijn hoofdamttenaren, uitmondend in het instellen van een technische werkgroep (zie vorig jaarverslag), leverden dit jaar een eerste succes op getuige de brief van de staatssecretaris van maart. In deze brief kondigde hij een zekere verruiming van de capaciteit aan en toonde zich eveneens bereid tot een verdere uitbreiding indien de noodzaak daartoe op basis van harde cijfers zou kunnen worden aangetoond.

5.2. Basisopleiding

5.2.1. Taak en functie Academische Ziekenhuizen

In zijn januarivergadering stelde het HB een commentaar op

inzake de brief van de beide staatssecretarissen van Onderwijs en van Volksgezondheid waarin deze hun standpunten berichten over de functie en positie van de academische ziekenhuizen. Nog in dit verslagjaar werd van de staatssecretaris van Onderwijs en Wetenschappen een reactie op het commentaar van het HB ontvangen.

5.2.2. Herprogrammering medisch curriculum

Zowel met medische faculteiten als met medische studenten vonden in het verslagjaar contacten plaats over de herprogrammering van het medisch curriculum in het kader van de wet 'Herstructurering wetenschappelijk onderwijs'. Een en ander resulteerde in een brief aan de staatssecretaris van Onderwijs waarin het HB-standpunt ter zake werd uiteengezet.

5.3. Voortgezette specifieke opleiding

5.3.1. Opleiding tot medisch biologisch wetenschappelijk onderzoeker

Naar aanleiding van een verzoek een vertegenwoordiger aan te wijzen als adviserend lid in het voorlopige College postdoctorale opleidingen tot medisch biologisch wetenschappelijk onderzoeker wendde het HB zich om advies in deze materie tot het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten. Het advies van het Centraal College kon het HB niet afbrengen van zijn reserves ten opzichte van het voorlopige College post-doctorale opleidingen. Reserves omdat enerzijds de gekozen opzet onvoldoende was uitgewerkt waardoor een aantal zaken vaag bleven en anderzijds omdat de afgrenzing b.v. ten opzichte van het Centraal College onduidelijk was met alle gevaren van competentiekwesties. Uiteindelijk besloot het HB te volstaan met de aanwijzing van een waarnemer in genoemd voorlopig college. Tevens werd vastgesteld dat in 1978 aan de hand van de rapportage van de aannemer en op basis van het antwoord van het voorlopig college op een aantal door het HB aan dit college gestelde vragen nader beslist zal worden over een eventueel adviseurschap.

5.3.2. Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten

In het verslagjaar passeerden de volgende besluiten van het Centraal College het hoofdbestuur:

- besluit inzake het specialisme psychiatrie en de opleiding in de neurologie
- besluit inzake de opleidingseisen voor het specialisme pathologische anatomie
- besluit inzake de opleidingseisen voor het specialisme reumatologie
- besluit inzake de opleidingseisen voor het specialisme klinische chemie
- besluit inzake de opleidingseisen voor het specialisme revalidatie.

5.3.3. College Huisartsgeneeskunde

Het hoofdbestuur bereikte van dit college een concept-besluit inzake de inschrijving in het register van erkende huisartsen van artsen met buitenlandse diploma's

5.4. Post-academiaal onderwijs geneeskunde

Het HB nam aan het einde van het verslagjaar kennis van een brief van de Academische Raad gericht aan de minister van Onderwijs en Wetenschappen, waarin deze sectie meedeelde dat de faculteiten der geneeskunde op korte termijn zouden overgaan tot het oprichten van een orgaan voor het PAOG. Na ampel beraad besloot het HB aan de minister van Onderwijs en Wetenschappen te berichten dat het HB ervan uitging dat de minister niet voor niets een overlegorgaan inzake het PAOG had ingesteld, zodat het HB verwachtte dat de minister in zijn beleid met betrekking tot het postacademiaal onderwijs geneeskunde ernstig rekening zou houden met de adviezen van dit overlegorgaan.

6. KNMG en gezondheidszorg

6.1. Proefregio's

De reeds in het vorige jaarverslag vermelde contacten van de secretaris-generaal met de afdelingsbesturen in de proefregiogebieden werden ook dit jaar voortgezet. Het meest intensief zijn deze contacten met de afdelingen Eindhoven en Nijmegen geweest, terwijl de afdeling Haarlem eveneens genoemd dient te worden. Hoewel geen proefregiogebied zijnde, toonde ook de afdeling Rotterdam zich actief inzake de regionalisatie van de gezondheidszorg. Dit vooral waar de politieke constellatie in die regio de kans op een sterke overheidsbemoeienis met de regionale gezondheidszorg alleszins waarschijnlijk maakte. Hoewel enerzijds in het wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg het wettelijke fundament werd gelegd voor de regionalisatie van de gezondheidszorg bleek anderzijds uit de moeizame voortgang van de proefregioexperimenten dat het praktische fundament waarop straks de regionalisatie in feite gestalte zal moeten krijgen nog lang op zich zal laten wachten. In dit opzicht is met name van belang wat de resultaten van het bestuurlijk experiment te Eindhoven zullen zijn. Helaas moest aan het einde van het verslagjaar worden vastgesteld dat de verwachtingen te dien aanzien vooral niet te hoog dienen te worden gesteld.

6.2. Werkgroep Regionalisatie

In de januarivergadering besloot het HB tot het instellen van een werkgroep-regionalisatie die tot taak kreeg het HB te adviseren omtrent de wijze waarop de KNMG bestuurlijk en organisatorisch zou dienen in te spelen op de regionalisatie van de gezondheidszorg. De werkgroep bracht reeds medio dit jaar zijn eerste rapport uit, dat vervolgens tezamen met de adviezen van de maatschappelijke verenigingen een paar maal aan de orde is geweest in het HB, ook in verband met besprekingen over dit rapport in de AV en op de bijeenkomst van het DB met de afdelingen. Het HB had aan het einde van het verslagjaar de discussies over het rapport nog niet afgerond.

6.3. Onkostenvergoeding vertegenwoordigers in overheidslichamen

Nauw met de beide vorige punten hing een andere kwestie samen, namelijk de te verlenen vergoeding van overheidswege aan niet-overheidsdienaren voor door hen verrichte activiteiten in overheidslichamen tijdens de normale werkuren. Dit punt werd aan de orde gesteld in het periodiek overleg met de staatssecretaris, die er weliswaar positief tegenover stond doch een lange weg vreesde die zou moeten worden begaan alvorens succes zou kunnen worden geboekt. Het HB dat deze kwestie van wezenlijke betekenis acht voor het op den duur kunnen blijven bijdragen aan het beleid in de gezondheidszorg zal in de komende tijd hieraan aandacht blijven besteden.

6.4. Relatie ziekenhuis-verpleeghuis

Zoals vermeld in het vorige jaarverslag vond dit jaar in een tweetal vergaderingen de bespreking plaats van het rapport van de commissie 'Relatie ziekenhuis-verpleeghuis'. In de tweede bespreking werd het op basis van de eerste discussie gewijzigde rapport goedgekeurd. In klein verband zal de uitwerking van het rapport door KNMG en NZR ter hand worden genomen.

6.5. Gezinsverzorging

Aan het einde van het verslagjaar vond op verzoek van de Centrale Raad voor de Gezinsverzorging een gesprek plaats over de te verwachten toeneming van de vraag naar gezinsverzorging als gevolg van de toename van chronisch zieken, o.a. door een toenemend aantal hoogbejaarden. Afgesproken werd dat dit contact ook voor de toekomst zal worden onderhouden.

6.6. Elektroshock-therapie

Van de NZR werd een verzoek om advies ontvangen met betrekking tot de medische aspecten van de toepassing van de elektroshock-therapie. Het HB vroeg hieromtrent advies aan de Neder-

landse Vereniging voor Psychiatrie, welk advies aan het einde van het verslagjaar nog niet was ontvangen.

6.7. Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding

De commissie Nationaal Plan GVO bracht een nota 'Uitgangspunten – Suggesties en Vragen – ' uit en vroeg daarover onder meer het advies van het HB. Het HB deed drie dingen. In de eerste plaats stelde het een schriftelijke reactie op de nota van de commissie op. In de tweede plaats ging een delegatie van het HB naar de 'hearing' van de commissie. En in de derde plaats stelde het HB aan het einde van het jaar een commissie gezondheidszorgbevordering in die tot taak kreeg het HB te adviseren inzake de rol die de medicus zou kunnen spelen in de GVO.

6.8. Manuele vertebrale therapie

De Vereniging van artsen voor Manuele Geneeskunde wendde zich begin van het jaar tot het HB om zijn zorg uit te spreken over de ontwikkelingen op het gebied van de manuele vertebrale therapie (= MVT). In een gesprek met deze vereniging werden de bezwaren nader uitgediept, waarna het HB zich tot de betrokken wetenschappelijke verenigingen wendde met het verzoek hun commentaar te willen leveren op het standpunt van bovengenoemde vereniging. Aan de hand van de ontvangen reacties bepaalde het HB een voorlopig standpunt dat eerst met het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie zal worden besproken en vervolgens met de betrokken verenigingen.

6.9. Rijksbegroting van het ministerie van Volksgezondheid

Gewoontegetrouw besteedde het HB in een najaarsvergadering aandacht aan de begroting van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

6.10. Organisatie verloskundige zorg

Het rapport van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (= CRVG) inzake de organisatie van de verloskundige zorg in Nederland werd behandeld in de HB-vergadering van november in aanwezigheid van een der vertegenwoordigers van de KNMG in de CRVG. Deze nam op zich de geuite kritiek over te brengen.

6.11. Centrale Raad voor de Volksgezondheid

In het verslagjaar heeft de vertegenwoordiger van het HB in de CRVG weer verschillende malen verslag gedaan van de werkzaamheden van de Raad. Voorts kwamen de volgende rapporten van de CRVG aan de orde: organisatie van de verloskundige zorg in Nederland (zie punt 6.10), adviezen met betrekking tot de beide wetsontwerpen WVG en WTG en concept-advies inzake de samenstelling van een Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

7. KNMG en wetgeving

7.1. Wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg

Zowel in de inleiding van dit jaarverslag als in enkele andere punten werd reeds voldoende aandacht besteed aan dit wetsontwerp, zodat hier volstaan moge worden met daarnaar te verwijzen.

7.2. Wetsontwerp Tarieven Gezondheidszorg

Hetgeen in het vorige punt ten aanzien van dat wetsontwerp werd vermeld geldt in gelijke mate voor dit wetsontwerp.

7.3. Noodwet Geneeskundigen

In de Raad voor de buitengewone geneeskundige en farmaceutische voorzieningen inzake de noodwet geneeskundigen werd onder meer gesproken over de eventuele inschakeling van aankomende medici in buitengewone omstandigheden. De HB-vertegenwoordiger vroeg hieromtrent het standpunt van het HB. Na ampel beraad kwam het HB tot de conclusie dat, gegeven het bestaande curriculum, het aan een medisch doctorandus uitsluitend is toegestaan onder toezicht, op aanwijzingen en in aanwe-

zigheid van een bevoegd arts medische handelingen te verrichten.

7.4. Voorbehouden werkterreinen

Een van de punten uit het rapport van de staatscommissie-de Vreeze die in een komend wetsontwerp 'Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg' opgenomen zal worden betreft de kwestie van de voorbehouden werkterreinen, d.w.z. verrichtingen die uitsluitend door bepaalde, bij de wet aangegeven, beroepsbeoefenaren zullen mogen worden uitgevoerd. Het HB stelde ter nadere bestudering van deze, voor een nieuwe wet op de uitoefening van de geneeskunst, essentiële zaak een werkgroep in die het HB terzake zal dienen te adviseren.

7.5. Wetsontwerp bevolkingsonderzoek

Een eerste vluchtige bestudering van het wetsontwerp bevolkingsonderzoek dat in de eerste helft van dit verslagjaar door de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne om advies naar de CRVG werd gezonden, was gerede aanleiding voor het presidium met spoed een commissie ad hoc in te stellen ter nadere bestudering van dit wetsontwerp. Het advies van de werkgroep werd behandeld in de augustus-vergadering van het HB. De bespreking werd voortgezet in de oktober-vergadering, waarin ook de adviezen van de maatschappelijke verenigingen werden ingebracht. Het standpunt van het HB werd door de voorzitter verwoord in zijn inleiding voor de najaars-vergadering AV en vervolgens in het periodiek overleg van eind oktober ter kennis van de staatssecretaris gebracht. De vertegenwoordiger van het HB in de CRVG tenslotte zorgde ervoor dat ook de Raad kennis nam van de kritiek van het HB op het wetsontwerp.

8. KNMG en buitenland

8.1. Het Permanente Comité van artsen der EEG

De Nederlandse CP-delegatie en de afdeling buitenland van de KNMG (Mr. B. Schultsz en Mevr. M. Th. van der Meulen) namen actief deel aan de activiteiten van het CP en de ontwikkelingen verband houdende met de EG-richtlijnen. Sinds januari 1977 worden het presidium en secretariaat van het CP door de Danish Medical Association gevoerd. Voorzitter werd Erik Holst, tot kort voor zijn benoeming voorzitter van het Instituut voor Sociale Geneeskunde te Kopenhagen.

Verschiedende vergaderingen vonden plaats, zoals commissie-vergaderingen, de vergadering van delegatiehoofden en de plenaire vergadering. Tijdens deze laatste werd op waardige wijze afscheid genomen van de voorzitter van de Nederlandse delegatie, C. Landheer, die ruim 20 jaar de delegatie op een voortreffelijke wijze leidde. Tot zijn opvolger heeft het hoofdbestuur benoemd Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, die al in het verleden zowel het HB als het DB uitvoerig op de hoogte heeft gehouden van de buitenlandse ontwikkelingen en betrekkingen. Onderwerpen die in het verslagjaar aan de orde kwamen: de sociale verzekeringssystemen met speciale aandacht voor recente wijzigingen, dikwijls al of niet vrijwillig door de overheid doorgevoerd, met als doel de bestrijding van de kostenstijging in de gezondheidszorg; de specifieke beroepsopleiding tot huisarts, die nog niet in de richtlijnen is geregeld; de problemen direct verband houdende met de invoering van de richtlijnen, zoals het taalprobleem, de dienstverlening in andere lidstaten e.d..

Het merendeel van deze problemen is ook aan de orde in de twee Brusselse comité's, opgericht bij besluit van de Europese Ministerraad, namelijk het 'Raadgevend Comité voor de Medische Opleiding', waarvan Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen tijdens het verslagjaar voorzitter was (nu vice-voorzitter), en het 'Comité van hooggeplaatste ambtenaren van volksgezondheid'. Eerstgenoemd comité heeft o.a. uitvoerig bestudeerd de basisopleiding van de arts en de full/part-time training tot specialist; laatstgenoemd comité kon 1977 afsluiten met een demografisch overzicht van de artsendichtheid in de lidstaten over de jaren 1965 tot 1975. Beide comité's hebben tot opdracht de Europese Commissie over hun bevindingen te adviseren. Januari 1977

werden de richtlijnen van kracht. Dit had voor Nederland tot gevolg dat in 1977 de volgende toelatingen plaatsvonden:

EG-landen (volledige bevoegdheid):		EG-landen (met partiële bevoegdheid):	
België	50	België	16
Duitsland	18	Duitsland	4
Verenigd Koninkrijk	42	Verenigd Koninkrijk	112
Frankrijk	1	Frankrijk	2
Ierland	6	Ierland	7
Italië	1		—
Luxemburg	3	Totaal	141
Totaal	121		
Andere landen (volledige bevoegdheid)	27	Andere landen (partiële bevoegdheid)	272

Tenslotte kan nog worden vermeld dat de belangstelling voor het CP duidelijk is toegenomen bij twee nieuwe EG-kandidaatleden, te weten Spanje en Portugal; dat eind 1977 voor het eerst een bijeenkomst van de EG-ministers van Volksgezondheid plaatsvond (een van de onderwerpen was de bestrijding van de stijgende kosten in de gezondheidsvoorzieningen); en dat de richtlijnen voor verpleegsters door de Europese Ministerraad werden goedgekeurd en in 1979 in werking zullen treden.

8.2. World Medical Association

De jaarvergadering van deze organisatie vond dit jaar te Dublin plaats. Zoals reeds in het vorige jaarverslag vermeld verkeert de WMA in een crisissituatie door het uittreden van enkele belangrijke artsenorganisaties en met name door dat van de Amerikanen. Op de vorige jaarvergadering te Sao Paulo was besloten tot het instellen van regionale werkgroepen ter voorbereiding van reorganisatievoorstellen die tijdig voor de Assembly te Dublin ingebracht zouden moeten worden. Voor de Westeuropese werkgroep werd de secretaris-generaal door het HB aange-
wezen.

In een tweetal vergaderingen die te Kopenhagen plaatsvonden kwam deze werkgroep reeds begin maart met zijn arbeid gereed. Uiteindelijk brachten drie regio's tijdig een rapport bij de Assembly uit. Op basis van deze rapporten en de consultaties die de waarnemend secretaris-generaal van de WMA bij de American Medical Association had verricht vond te Dublin een uitvoerige gedachtenwisseling plaats. Als resultaat hiervan werd de Council gemachtigd verdere stappen te ondernemen die mogelijk tot een terugkeer van de Amerikanen in de WMA zouden kunnen leiden. Uiteraard kreeg de Council geen blanco volmacht aangezien uit de voorlopige contacten met de AMA al was gebleken dat hun eerste voorwaarden zeker niet voor elk lid van de WMA aanvaardbaar zouden zijn. Duidelijk is wel dat in de volgende Assembly over het al of niet voortbestaan van deze wereldorganisatie zal gaan worden beslist.

8.3. Malta

Een tweede topic van de WMA-Assembly te Dublin waren de moeilijkheden van de artsenorganisatie op Malta. Deze organisatie is in conflict geraakt met de regering aldaar waarbij essentiële zaken van de medische beroepsuitoefening in het geding zijn. Onder het motto wat daar gebeurt kan ook ons overkomen waren het vooral de Engelsen die zich veel moeite gaven de steun van de WMA te verwerven in deze strijd van een nationale artsenorganisatie tegen de overheid. De WMA zegde steun toe en deed een bemiddelingsvoorstel aan de regering van Malta. Ook het HB besloot tot steun in de vorm van een geldgift, terwijl voorts contact werd gezocht met het ministerie ten einde te bezien of ook op andere wijze nog steun mogelijk was.

Utrecht, juni 1978

J. Diepersloot, secretaris-generaal

Bijlage bij het jaarverslag der KNMG over 1977

Samenstelling van het hoofdbestuur

De samenstelling van het hoofdbestuur was in het jaar 1977 als volgt (het jaar achter de naam geeft aan het jaar aan het eind waarvan het lid aftreedt):

Dr. H. W. Sanders, voorzitter (1977)
N. A. Meursing, ondervoorzitter (1980)
J. J. R. Buirma, ondervoorzitter LAD
W. Derksen, voorzitter LHV
Dr. C. H. van Erk, ondervoorzitter LSV
G. H. Gispén, ondervoorzitter Raad van Beroep
Dr. G. J. Heederik (1982)
C. F. A. Heijen (1977)
H. Hoencamp (1979)
E. Iwema Bakker (1978)
D. B. Kagenaar (1982)
B. Lammers (1982)
Dr. E. J. C. Lubbers (1981)
Ch. J. Maats (1978)
Dr. H. D. van der Meer (1979)
G. Peterse (1980)
Prof. B. S. Polak (1981)
Mevr. M. C. J. van Reekum van Waasbergen (1977)
Z. S. Stadt, voorzitter LAD
L. E. M. Valk, lid CB-LSV
W. Vegelin, lid CB-LHV
Dr. J. G. Verhoeven (1980)

Aan de vergaderingen van het hoofdbestuur namen deel:

F. A. Bol, hoofdredacteur van Medisch Contact
Drs. P. Brandes, secretaris van de Maatschappij
Dr. J. Degenaar, vertegenwoordiger bestuur Medisch Contact
J. Diepersloot, secretaris-generaal van de Maatschappij
Mr. W. B. van der Mijn, secretaris van de Maatschappij
Dr. H. Roelink, secretaris van de Maatschappij
H. T. Kijlstra, vertegenwoordiger van de Alg. Ned. Ver. voor Sociale Geneeskunde
Dr. J. C. van Wieringen, plv. vert. ANVSG
Prof. Dr. A. A. H. Kassenaar, vertegenwoordiger IOG

Het Dagelijks Bestuur bestond uit:

Dr. H. W. A. Sanders, voorzitter
N. A. Meursing, ondervoorzitter
C. F. A. Heijen, lid
H. Hoencamp, lid
Ch. J. Maats, lid
Dr. C. H. van Erk, ondervoorzitter LSV
W. Derksen, voorzitter LHV
Z. S. Stadt, voorzitter LAD
Dr. E. J. C. Lubbers, plv. lid
Dr. H. D. van der Meer, plv. lid
Mevr. M. C. J. van Reekum-van Waasbergen, plv. lid

Aan de vergaderingen van het dagelijks bestuur namen deel:

Drs. P. Brandes, secretaris
J. Diepersloot, secretaris-generaal
Mr. W. B. van der Mijn, secretaris
Dr. H. Roelink, secretaris
Mr. B. Schultsz, secretaris.

Nascholingsmogelijkheden voor de huisarts van september t/m november 1978

Kopij voor deze rubriek dient drie weken voor de laatste vrijdag van de maand te worden ingestuurd aan mw. I. Koers, Stichting Nascholing Huisartsen, Lomanlaan 103, Utrecht. Tel. 030 - 88 54 11.

7 en 8 september + 8 woensdagmiddagen op 27 september, 4 en 18 oktober 1, 15 en 29 november 6 en 20 december

Training persoonlijk functioneren. Plaats: Huize Thalatta/Bloemendaal. De woensdagmiddagen: Waalbandijk 43, Nieuwaal. Kosten: f 775,—. Inlichtingen: Mw. M. Verhaar-v. d. Gouw, NHI, Mariahoek 4, Utrecht. Tel. 030 - 31 99 46.

5, 12 en 19 september

'Van calculator tot Computer', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053 - 89 29 22.

15 september

Blokcursus Urologie voor de Algemene Praktijk, Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010 - 77 22 00.

18, 19, 20 september

Training sociale vaardigheden, georganiseerd door S 1 (Samenwerkingsproject 1e lijn NHI-NVK-JOINT). Plaats: Huize Doornburgh te Maarssen. Kosten: f 425,— p.p. incl. verblijf. Inlichtingen: Mw. Elita Zoer-v.d. Veen, N.H.I., Mariahoek 4, Utrecht. Tel. 030 - 31 99 46.

23 september

Congresdag 'Vrouw en arts', gewijd aan de vrouw als patiënt en de vrouw als arts in emancipatorisch perspectief. Plaats: Jaarbeurs Congrescentrum Utrecht. Inlichtingen en inschrijving: Administratie VNVA, Wethouder Korteboslaan 61 c, 7461 PJ Rijsen (O).

22 en 23 september

Spoedeisende gevallen in de huisartsenpraktijk. Plaats: Ziekenhuis Oudenrijn, v. Heuven Goedhartlaan 1, Utrecht. Inlichtingen: Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Utrecht. Tel. 030 - 37 33 46.

18, 19, 20 en 21 september + 2 dagdelen

Werktraining. Plaats: Huize Doornburgh, Maarssen. Kosten: f 950,—. Inlichtingen: Mw. M. Verhaar-v.d. Gouw, NHI. Tel. 030 - 31 99 46.

25-30 september

Europees congres voor huisartsgeneeskunde, Klagenfurt (Oostenrijk). Inlichtingen en opgave bij Mw. M. Kapsch, Bahnhofstrasse 22/1, A 9020 Klagenfurt. Het voorlopig programma is verkrijgbaar op het Nederlands Huisartsen Instituut, Mariahoek 4, Utrecht. Tel. 030 - 31 99 46.

27 september

Klinische demonstratie voor huisartsen o.l.v. L. Kuenen. Onderwerp nog niet bekend. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071 - 14 72 22, toestel 2797.

27-28 september

Twee identieke cursusdagen over 'Gastroenterologie' te Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053 - 89 29 22.

28 en 29 september

Blokcursus 'Diagnostische Methoden', Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010 - 77 22 00.

2 t/m 7 oktober

Warffumcursus voor Friese huisartsen. Plaats: Hotel Juliana, De Koog, Texel. Inlichtingen: tel. 05127 - 1261.

9 t/m 14 oktober

Warffumcursus voor Friese huisartsen. Plaats: Hotel Juliana, De Koog, Texel. Inlichtingen: tel. 05127 - 1261.

9, 10, 11, 12 oktober + 2 dagdelen

Thematraining: praten met paren. Trainer: Erik van Praag. Plaats: Huize Doornburgh, Maarssen. Kosten: f 950,—. Inlichtingen: Mw. M. Verhaar-v.d. Gouw, NHI. Tel. 030 - 31 99 46.

2 - 6 oktober

Nascholingsweek voor huisartsen in Den Haag e.o., te houden in huize Den Treek, Leusden. Inlichtingen: W. J. de Graaf, Teylingerlaan 17, Sassenheim. Tel. 02522 - 12479.

9, 10, 11, 12 oktober

Training Hulpverlening, georganiseerd door S-1 (Samenwerkingsproject 1e lijn NHI, NKV, JOINT). Plaats: Huize Doornburgh te Maarssen. Trainer: Jan Boswijk. Kosten: f 550,— p.p. inclusief verblijf. Inlichtingen: Mw. Elita Zoer-v.d. Veen, NHI, Mariahoek 4, Utrecht. Tel. 030 - 31 99 46.

9-13 oktober

Nascholingsweek voor huisartsen in Leiden e.o., te houden in huize Den Treek te Leusden. Inlichtingen: W. J. de Graaff, Teylingerlaan 17, Sassenheim. Tel. 02522 - 12479.

14 oktober

Nascholingsdag Medische Seksuologie Utrecht. Onderwerp: Orgasme problemen van de vrouw. Plaats: Jaarbeurs Congres Centrum Utrecht. Inlichtingen: Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Utrecht. Tel. 030 - 37 33 46.

14 oktober

TELEAC: 18.20 - 18.50 uur: Anticonceptie I.

15 oktober

TELEAC: 18.20 - 18.50 uur: herhaling van 14 oktober.

16-20 oktober

Nascholingsweek voor huisartsen in Den Haag e.o., te houden in huize Den Treek te Leusden. Inlichtingen: W. J. de Graaff, Teylingerlaan 17, Sassenheim. Tel. 02522 - 12479.

19 oktober

Nascholingsraad, te houden in het Jaarbeurs Congres Centrum te Utrecht, aanvang 17.00 uur. Inlichtingen: Bureau SNH. Tel. 030 - 88 54 11.

19 en 20 oktober

Nascholingscursus Cardiologie voor huisartsen, Hotel Cocagne, Eindhoven. Inlichtingen: Interuniversitair Cardiologisch Instituut te Amsterdam. Tel. 020 - 129474.

20 oktober

Blokcursus Urologie voor de algemene praktijk, Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010 - 77 22 00.

21 oktober

TELEAC: 18.20 – 18.50 uur: Anticonceptie II.

22 oktober

TELEAC: 18.20 – 18.50 uur: herhaling van 21 oktober

25 oktober

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, toestel 2797.

26 en 27 oktober

Blokcursus 'Diagnostische Methoden', Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010 – 77 22 00.

27 en 28 oktober

Luisteren naar kinderen, groot en klein, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071 – 147222, toestel 2797.

28 oktober

TELEAC: 18.20 – 18.50 uur: Menopauze I

29 oktober

TELEAC: 18.20 – 18.50 uur: herhaling van 28 oktober.

30 oktober – 3 november

Nascholingsweek voor huisartsen in Leiden e.o., te houden in Huize Den Treek, Trekerweg 23, Leusden. Inlichtingen: W. J. de Graaff, Teylingerlaan 17, Sassenheim. Tel. 02522 – 12479.

2 en 3 november

Longemfyseem. Pathogenese, klinische uitingsvormen en preventieve mogelijkheden, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071 – 147222, toestel 2797.

4 november

TELEAC: 18.20 – 18.50 uur: Menopauze II.

5 november

TELEAC: 18.20 – 18.50 uur: herhaling van 4 november

9-10 november

Algemene cursus endocrinologie en stofwisselingsziekten, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071 – 147222, toestel 2797.

9 november

Nascholingsdag Medische Seksuologie Utrecht. Onderwerp: orgasmeproblemen van de vrouw. Plaats: Jaarbeurs Congres Centrum Utrecht. Inlichtingen: Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Utrecht. Tel. 030 – 37 33 46.

23 en 24 november

Cursus Patiënt Arts Communicatie (PAC) Plaats: Ons Centrum,

Driebergen. Inlichtingen: A. H. M. Schoenmakers, Hoffmann la Roche, Nijverheidsweg 38, Mijdrecht. Tel. 02979 – 3251.

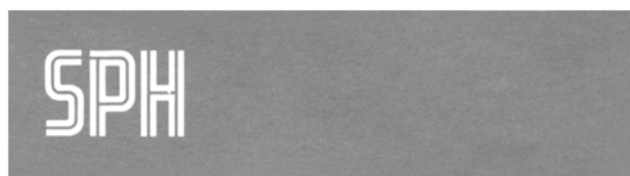
Data voor 1979: 18 en 19 januari, Lage Vuursche; 16 en 17 februari, Driebergen.

23 en 24 november

Blokcursus 'Diagnostische Methoden', Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010 – 77 22 00.

29 november

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, toestel 2797.



Kort verslag

Kort verslag van de vergadering van het bestuur van de Stichting Pensioenfondsen voor Huisartsen, gehouden op 18 mei 1978 in 'Domus Medica' te Utrecht.

Een delegatie uit de besturen van de Stichting Pensioenfondsen voor Huisartsen en de Stichting Pensioenfondsen Medische Specialisten enerzijds en een delegatie uit verzekeringsmaatschappijen anderzijds zijn onderhandelingen begonnen, waarin onder meer het rente-, kostenaspect en de systematiek van de winstdeling aan de orde zijn gesteld. In de loop van het jaar zullen de besprekingen worden voortgezet. De directeur brengt verslag uit over de besprekingen die hij gevoerd heeft over belegging in vastgoed met een grote instelling, die op het terrein van vastgoed deskundig is zowel nationaal als internationaal. De bedoeling is dat de artsenpensioenfondsen tezamen met een ander groot pensioenfonds op basis van een onderliggende overeenkomst zullen participeren in diverse projecten. Binnenkort zijn concrete voorstellen te verwachten.

De vrijkomende geldmiddelen zullen belegd worden in dezelfde verhouding zoals thans de vastrentende waarden en aandelen in de beleggingsportefeuille aanwezig zijn. Een aantal verzoeken van deelnemers om toepassing van de hardheidsclausule worden behandeld.

INHOUD OFFICIEEL	KNMG:	
	Jaarverslag 1977 der KNMG	1002
	SNH:	
	Nascholingsmogelijkheden voor de huisarts van september t/m november 1978	1011
Nr. 32 – 11 augustus 1978	SPH:	
	Kort verslag	1012