



redactioneel

- ‘Het signaleren van leemten in de eerstelijns zorg door het ziekenhuis is terecht. Dit dient echter niet te leiden tot het overnemen en uitbreiding van taken door het ziekenhuis. Wel moet dit als consequentie hebben: verbetering van de opleiding tot huisarts, verbetering van de samenwerking eerste en tweede lijn, structurele veranderingen, verlegging van de geldstroom ten gunste van de eerste lijn, etc.’ Aldus Prof. Dr. J. C. van Es en Dr. R. A. de Melker van het Utrechtse universitaire Huisartseninstituut in een reactie op recente publikaties in MC, waarin werd gepleit voor het bieden van psychosociale hulp vanuit het ziekenhuis of de specialistische polikliniek aan thuis verblijvende patiënten c.q. hulpzoekenden.
- Volgens de chirurgen Dr. J. de Boer en Dr. C. H. J. Stockmann bestaat er een verontrustende toename van de hoeveelheid per patiënt afkomstige informatie. Met het oog daarop pleiten zij voor vervanging van alle onderzoek- en therapie-opdrachtenformulieren door één uniform opdrachtenformulier.
- In de artikelenserie ‘Honderd jaar vrouwelijke artsen in Nederland’ een bijdrage van Mevrouw B. van Dantzig-van Amstel, psychiater te Amsterdam en lid van de Emancipatie Commissie, getiteld ‘Vrouwenemancipatie en geestelijke gezondheid.’
- In een andere artikelenserie, die naar aanleiding van de jubilea ‘75 jaar KNMG-rechtspraak’ en ‘50 jaar Medische Tuchtwet’, een bijdrage van Mr. H. P. Utermark, advocaat te ‘s-Gravenhage en sinds 1971 secretaris van het Haags Medisch Tuchtcollege.
- ‘Menselijke subjectiviteit in de geneeskunde’, zo luidt de titel van een beschouwend artikel over ‘reductionisme en antireductionisme’ van Drs. D. Tiemersma, die vanuit de Centrale Interfaculteit van de Erasmus Universiteit te Rotterdam werkt aan een uitbouw van de filosofie in verband met de geneeskunde binnen de medische faculteit.



Deze gouache (85 × 70 cm), ‘Watermolen Haaksbergen’, is van de hand van A. G. M. Huijsmans-Evers, arts-bacterioloog te Amsterdam. Het werkstuk was te bewonderen op de tentoonstelling van het kunstzinnige KNMG-gezelschap ‘Met Pincet en Penseel’ toen dit een expositie hield in het Centraal Ziekenhuis te Alkmaar.

Foto: H. Frese, arts te Bergambacht.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven	690
<i>Inzenders: P. Wijnmalen, H. Bok</i>	
Hoe groot is de afstand tussen ziekenhuis en thuiszorg, door Dr. J. C. van Es en Dr. R. A. de Melker	693
Bureaucratie in het ziekenhuis?, door Dr. J. de Boer en Dr. C. H. J. Stockman	696
Honderd jaar vrouwelijke artsen in Nederland (IV) – Vrouwenemancipatie en geestelijke gezondheid, door Mw. B. van Dantzig-van Amstel	698
75 jaar KNMG-rechtspraak – 25 jaar Medisch tuchtrecht: Medisch Tuchtrecht, door Mr. H. P. Utermark	702
Uitspraak Raad van Beroep – Klacht over vermeende fout bij operatie ongegrond	705
Menselijke subjectiviteit in de geneeskunde. Over reductionisme en antireductionisme, door Drs. D. Tiemersma	706
Universitaire berichten	710
Teer- en nicotinegehalte in sigaretten	711
OFFICIEEL	713
Inhoudsopgave officieel	720



MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

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

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

Uitgeverij

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

Abonnementen

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

Advertenties

Advertenties behoeven de goedkeu-
ring der redactie en kunnen zonder
opgaaf van redenen worden geweij-
gerd. Opgaven uitsluitend bij de uit-
geverij.

Adreswijziging

Leden der KNMG uitsluitend aan de
afdeling Ledenregister der Maat-
schappij, Lomanlaan 103, Utrecht.
Niet-leden uitsluitend aan de uitge-
ver.

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.*

GEZONDHEIDSCENTRA EN AWBZ

Na het 'gesnik' van collega Molenaar
(MC nr. 19/1978, pag. 566) doet het
snoeven van collega Lamberts welhaast
weldadig aan. Op uiterst
wetenschappelijke wijze analyseert hij
voor ons twee typen huisartsen, waarbij
het toch duidelijk moet zijn dat, na het
lezen van dit doorwrochte naschrift, het
merendeel der Nederlandse huisartsen met
niet te torsen schuldgevoelens moet
rondlopen.

Nadat de Nederlandse artsen sinds enkele
jaren moeizaam van hun ivoren toren naar
beneden zijn geklauterd, blijkt zich in het
topje van de hoogste toren – ver boven de
modale arts – nog een achtergebleven
coryfee te bevinden. Tot onze niet geringe
opluchting heeft hij van daaruit kunnen
zien dat reeds enkele solo-huisartsen
emanciperen; weliswaar pas sinds twee à
drie jaar, maar het begin is er.

Ik moge collega Lamberts verzoeken zijn
hoge positie niet te verlaten en regelmatig
zijn klok te blijven luiden, opdat de rest
van het artsenklootjesvolk ontwake.
Wellicht kan hij wat artikeltjes op ons neer
laten dalen. De kwaliteit mag gerust zo
treurig blijven; het is immers slechts de
kwantiteit, die telt. Zijn zeer
wetenschappelijke gedachten en
schattingen zullen wij als even zovele
axioma's aanvaarden, getroffen als wij zijn
door zijn grote bescheidenheid.

Eén ding heeft collega Lamberts reeds
bereikt. Ik heb, als solo-huisarts, mijn
eerste artikeltje geschreven.

Alphen a/d Rijn, 12 mei 1978

P. Wijnmaalen.

VERZEKERINGSGENEESKUNDIGE ALS ZONDEBOK

Naar aanleiding van de discussie in MC nr.
21/1978, blz. 643 en 644, 'De
verzekeringsgeneeskundige als zondebok'
van collega Grond vs. collega Muntendam
zou ik het volgende willen opmerken:

Ik kan mij niet goed voorstellen dat een
verzekeringsgeneeskundige goed
functioneert indien meer dan de helft van
hen (voorzichtige schatting!) de functie van
verzekeringsgeneeskundige beoefent naast
de huisartsenpraktijk. Alle
bedrijfsverenigingen (die bij het GAK
aangesloten niet uitgezonderd) hebben
voornamelijk verzekeringsgeneeskundigen
in dienst die of van 11.30-12.30 uur of van
13.30-14.30 uur een 30-tal of meer
ziektewetcontroles tegen een uiteraard der
zaak aantrekkelijk tarief er doorheen
jagen. Uit de aard der zaak is dit niet te
combineren met een goed functioneren als
verzekeringsgeneeskundige. In het systeem
waar collega Grond en Muntendam zo
diepzinnig over discussiëren, laat staan bij
een goed functioneren als huisarts (de
scheiding tussen behandeling en controle is
dan meteen opgeheven). Ik heb mij hieraan
in de eerste twee jaar als huisarts ook
bezondigd en tot mijn verbazing was de
bedrijfsvereniging waar ik voor
controleerde altijd zeer tevreden over mijn
functioneren als
verzekeringsgeneeskundige.
De functie van huisarts en de functie van
verzekeringsgeneeskundige zijn mijns
inziens niet verenigbaar. Ik geloof toch dit
als waardevolle aanvulling op de discussie
te moeten inbrengen.

Amsterdam, 26 mei 1978

H. Bok

NIET ROKEN

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

BIJ HET AFSCHIED VAN EEN HOOFDINSPECTEUR

Tijdens een bijeenkomst op het Binnenhof op 29 mei jl. is officieel afscheid genomen van de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid, de heer R. Drion, arts, die de pensioengerechtigde leeftijd heeft bereikt. Gekomen uit de tuberculosebestrijding, volgde Drion na enkele jaren geneeskundig inspecteur in algemene dienst te zijn geweest in 1966 de heer H. J. Dijkhuis, arts, op als geneeskundig hoofdinspecteur.

In het algemeen geeft het werk van de Hoofdinspectie niet veel aanleiding om naar buiten te treden. Dat hangt ten nauwste samen met een van de taken van de inspectie, namelijk het adviseren aan de minister, een advisering die bovendien nogal eens plaatsvindt op grond van onderzoek met een vertrouwelijk karakter. Dat wij desondanks publiekelijk aandacht vragen voor het afscheid van de geneeskundig hoofdinspecteur, vindt zijn oorzaak niet alleen in de goede relatie die er altijd heeft bestaan tussen Drion als persoon en de KNMG en Medisch Contact – op zich al een goede reden – maar met name ook in het feit dat hij zich vooral de laatste jaren in zijn hoedanigheid van hoofdinspecteur naar buiten toe steeds nadrukkelijker manifesteerde, en wel in het bijzonder in zijn inleidingen op de inspectiejaarverslagen.

Hij had voor dat optreden naar buiten toe zijn redenen. Wat Drion de jaren door steeds heeft beziggehouden was de vraag: hoe groot is de onafhankelijkheid van de Geneeskundige Inspectie ten opzichte van de politiek verantwoordelijke minister of staatssecretaris? De eerste jaren van zijn optreden als geneeskundig hoofdinspecteur stonden in het teken van een verdergaande verwevenheid binnen Volksgezondheid van hoofdinspectie en directoraat-generaal. In het jaarverslag over 1971 schrijft hij daarover: 'Met de gezamenlijke huisvesting ten departemente werd een eerste stap gezet op weg naar

een grotere integratie van beide instanties – de ene beleidsvoorbereidend, de andere belast met de controle op de beleidsuitvoering. Werd hierdoor de doelmatigheid bevorderd, het blijft zaak de onafhankelijkheid van de geneeskundige inspectie geheel intact te laten. Zijn twijfels over deze onafhankelijkheid groeiden toen in 1976 een reorganisatie aan de top van het ministerie werd doorgevoerd, die erin resulteerde dat onder de directeur-generaal drie hoofddirecteuren werden aangesteld: een hoofdinspecteur voor financiële en economische aangelegenheden, een hoofdinspecteur voor vraagstukken rond de medische, paramedische en verpleegkundige hulpverlening alsmede de preventieve gezondheidszorg en een hoofdinspecteur voor voedingsaangelegenheden, geneesmiddelenvoorziening en veterinaire aangelegenheden. Waar het nu om draaide was dat de hoofdinspecteur voor de medische zorgverlening etc. tevens werd benoemd tot Geneeskundig Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Gezondheidszorg. En dat betekende, aldus Dr. D. K. Rijkels in Medisch Contact nr. 12/1977, niet een integratie maar een opslokken van de hoofdinspectie door het directoraat-generaal. Zou dit proces zich voortzetten, dan zou de coördinerende top van het Staatstoezicht verdwijnen: het Staatstoezicht zou worden ontvoerd.

Twijfels over de onafhankelijke positie van het Staatstoezicht kwamen ook naar voren in de Tweede Kamer. Het initiatiefvoorstel inzake de abortuswetgeving van PvdA en VVD legt het toezicht op de uitvoering van de nieuwe wet in handen van een aparte commissie. Als argument voor die aanbeveling werd aangevoerd dat het Staatstoezicht een politiek en daarom niet onafhankelijk orgaan is; de indieners nu hadden gekozen 'voor het zoveel mogelijk depolitiseren van het abortusvraagstuk'. Zoals bekend had de Algemene Vergadering van de KNMG een voorstel van het hoofdbestuur, inhoudende dat het toezicht in deze zou worden opge-

dragen aan het Staatstoezicht, met grote meerderheid van stemmen aangenomen. Tijdens de discussie in de Tweede Kamer stelden de initiatiefnemers in antwoord op opmerkingen van de heer Tilanus: de afbraaksituatie van het Staatstoezicht – de terminologie is van de heer Lamberts en slaat op het beleid van voorgaande regeringen – is er nu eenmaal; het initiatiefvoorstel doet hieraan niets toe of af (zie ook het artikel van Prof. Dr. P. Muntendam in MC nr. 43/1976). De aanneming van de initiatiefwet door de Tweede Kamer heeft deze opvatting bevestigd.

De nu scheidende hoofdinspecteur was kennelijk een andere mening toegedaan. In zijn jaarverslag over 1976 (zie MC nr. 51/1977) stelt Drion: 'Ook staatsrechtelijk blijkt het mogelijk met behoud van de politieke verantwoordelijkheid van de minister de geneeskundige hoofdinspectie een eigen onafhankelijke verantwoordelijkheid te geven voor de taken die haar in de Gezondheidswet zijn opgedragen.' In een recente bijdrage voor Medisch Contact (MC nr. 6/1978) onderstreepte hij die opvatting nogmaals. Dat betoog wordt afgesloten met de volgende duidelijke suggestie: 'Het toekennen van een zekere mate van onafhankelijkheid aan de Geneeskundige Inspectie als overheidsorgaan legt aan deze de verplichting op periodiek publiekelijk verantwoording af te leggen van haar handelen en van het gevoerde beleid, in ieder geval door het uitbrengen van jaarverslagen. Deze jaarverslagen kunnen in het parlement ter discussie worden gesteld.' Een dergelijke inbreng in het parlement zou de onafhankelijke positie van het Staatstoezicht wellicht kunnen benadrukken.

Het ziet ernaar uit dat het overheidsorgaan van het Staatstoezicht een steeds nadrukkelijker rol zal gaan spelen bij de kwaliteitsbewaking van het medisch handelen. Een onafhankelijke positie van het Staatstoezicht kan met het oog daarop als een groot goed worden aangemerkt.

B.

Hartchirurgie Breda – De staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Mevrouw Mr. E. Veder-Smit, heeft aan de burgemeester van Breda, Ir. W. J. L. J. Merckx, verzocht zijn bemiddelingsactiviteiten tussen het bestuur van de Stichting Medisch Centrum De Klokkenberg en het bestuur van de Stichting St. Ignatiusziekenhuis, beide te Breda, over de opzet van een hartchirurgische afdeling in De Klokkenberg voort te zetten. De staatssecretaris heeft hiertoe besloten na bestudering van de nota, welke het bestuur van De Klokkenberg heeft ingediend en waarin een plan is neergelegd voor de realisering van een afdeling hartchirurgie in deze inrichting. De samenwerking tussen beide inrichtingen, welke noodzakelijk moet worden geacht voor het tot ontwikkeling brengen van een cardiochirurgisch centrum in De Klokkenberg, dient naar haar mening nog te worden geïntensiveerd. De staatssecretaris vertrouwt dat met medewerking van alle betrokkenen de besprekingen op zo kort mogelijke termijn tot het beoogde resultaat zullen leiden.

Jaarverslag 1977 NISSO – Uit het jaarverslag over 1977 van het Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek (NISSO) te Zeist: 'Ons uitgangspunt is () dat er veel mankeert aan de omgang van mensen met elkaar in intieme relaties. Er is veel onkunde, veel misverstand en veel onvermogen. We willen hierop zicht krijgen en de oorzaken opsporen. () We onderscheiden daarbij drie vragen: wat wordt onderzocht? hoe wordt dat uitgewerkt? wat is het effect? We willen datgene onderzoeken wat onvrede geeft in onze samenleving. Onvrede op het terrein van de intieme relaties. Het lijkt erop dat we dan te kust en te keur aan de gang kunnen gaan! () Het zou ideaal zijn als tal van te onderzoeken problemen door de beleidssectoren en het veld zelf zouden worden aangedragen. Samen met de onderzoekers zou dan een prioriteitenprogramma kunnen worden opgesteld. Maar zo gaat dat niet. In feite blijkt er vaak weinig zicht op en vertrouwen in de bijdrage die onderzoekers zouden kunnen bieden. () Wellicht biedt een kleinschalige benadering de beste aanknopingspunten. () Het bestuur van het NISSO heeft voorgesteld om in 1978 te experimenteren met een dergelijke benadering; daartoe zullen enkele verkennende gesprekken worden gevoerd met verschillende categorieën



Het Centraal College heeft in de vergadering van 29 mei jl. afscheid genomen van zijn secretaris W. J. de Jager. De voorzitter van het Centraal College, Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, herinnerde bij die gelegenheid aan de vele verdiensten die de scheidende secretaris voor het College heeft gehad gedurende de zeventien jaar dat het inmiddels bestaat. Vanaf de oprichting heeft collega De Jager zich met veel toewijding en grote nauwgezetheid ingezet, aanvankelijk in combinatie met de functie van secretaris van de KNMG, sinds zijn officiële pensionering geheel ter beschikking van Het Centraal College. Prof. Van Nieuwenhuizen noemde collega De Jager als secretaris op deze post 'een begrip voor een ieder' en memoreerde hoe hij vaak als 'het geweten' van het College had gefungeerd. Ook KNMG-voorzitter Ch. J. Maats prees en dankte de scheidende secretaris voor diens inzet gedurende alle jaren dat hij het College en de Maatschappij heeft gediend. Op de foto links W. J. de Jager die tenslotte nader inging op alle waardeerende woorden, in het midden Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, rechts KNMG-voorzitter Ch. J. Maats.

medewerkers uit het kruiswerk. () Bij de uitwerking van een op zich relevant probleem kan de relatie met de praktijk variëren van direct tot indirect. Het is duidelijk dat het NISSO zich niet bezighoudt met zuiver wetenschappelijk onderzoek waarbij de lijn met de praktijk zeer direct is. Wij willen toegepaste wetenschap bedrijven. () Het is dan wel zaak de relatie met het uiteindelijk praktisch nut in het oog te houden. Zo zou men zich bijvoorbeeld bij de bestudering van pornografie kunnen beperken tot het effect van de gangbare sexuitbeelden op opvattingen en gedrag van de kijkers. Meer inzicht verkrijgt men evenwel als men zoekt naar de processen die zich afspelen: wat beïnvloedt het effect?, en als men de gegevens plaatst in een breder kader: welke functies kunnen sexuitbeelden voor mensen vervullen? Er is dus de

noodzaak van de opbouw van een sociale seksuologie als basis voor de uitwerking van meer praktijkgerichte projecten. () Een continue wisselwerking tussen de mensen uit de praktijk en de onderzoekers is voorwaarde voor een optimaal nuttig resultaat. () Men kan op verschillende manieren trachten te bevorderen dat onderzoekresultaten terechtkomen bij de mensen die er iets aan kunnen hebben. Door rapporten leesbaar te schrijven of door van (veelal dikke) rapporten leesbare uitgebreide samenvattingen te publiceren. Ook kunnen over onderdelen uit de rapporten artikelen worden gepubliceerd die een groot en/of gericht publiek bereiken. Deze mogelijkheden zijn te combineren met het doorpraten van de gegevens met deskundigen uit het beleid of uit het veld. () In feite proberen wij deze ideeën in de praktijk te brengen.'

Hoe groot is de afstand tussen ziekenhuis- en thuiszorg?

In korte tijd verschenen in Medisch Contact enkele artikelen^{1, 2, 3} waarin een pleidooi wordt gevoerd voor het bieden van psychosociale hulp vanuit het ziekenhuis of de specialistische polikliniek aan thuis verblijvende patiënten c.q. hulpzoekenden. Het betreft de hulp aan uiteenlopende categorieën: kinderen met leukaemie, kinderen met psychosociale problemen, vrouwen in de overgangperiode.

Terecht stelt Bol (in zijn hoofdartikel in Medisch Contact nr. 8/1978) dat het verheugend is dat de ziekenhuisgeneeskunde het belang van psycho-sociale hulpverlening heeft ontdekt. Overigens is hier eerder sprake van een herontdekking.

Querido beschreef reeds in 1959⁴ een na-onderzoek van ziekenhuispatiënten waarbij bleek hoe belangrijk leefomstandigheden zijn voor de prognose van ziekten. Van patiënten met spanningen bleek een geringer aantal in een bevredigende toestand te verkeren dan het geval was bij patiënten die geen spanningen hadden. De prognose op grond van uitsluitend de ziektegegevens bleek onnauwkeuriger dan die op grond van een integrale waardering. Querido kwam tot de conclusie dat 'de noodzakelijkheid van deze hulp – maatschappelijk werk, case-work, psychotherapie, zielzorg, zorgvuldige coördinatie van reeds bestaande voorzieningen – reeds in de kliniek (zal) moeten worden onderkend, ook al zal hij daar niet gegeven kunnen worden.'

Uit de artikelen van Witteveen en Last, van Wolters en van Paulien Becking en Marijke de Vries-Regt blijkt, dat deze auteurs – zoals Querido deed – onderkennen dat binnen ziekenhuis en polikliniek

**Prof. Dr. J. C. van Es
en Dr. R. A. de Melker**



Prof. Dr. J. C. van Es (r.) is hoogleraar en Dr. R. A. de Melker lector huisartsgeneeskunde aan de medische faculteit van de Rijksuniversiteit te Utrecht.

aandacht voor deze aspecten dient te bestaan. Met het tweede deel van de conclusies van Querido: over de plaats waar de hulp dient te worden geboden, verschillen zij klaarblijkelijk fundamenteel van mening.

Uit hun artikelen blijkt dat: 1e) de werkers in het ziekenhuis onvoldoende op de hoogte zijn van de ontwikkelingen in de thuiszorg en 2e) de werkers in het ziekenhuis stellen nog altijd het ziekenhuis centraal in de gezondheidszorg. Beide punten zullen we met enkele voorbeelden illustreren.

Ad 1:

Wolters schrijft: 'er ontwikkelt zich mijns inziens heel duidelijk een nieuw gebied van medisch psychosociale aard . . .'. Deze zin is onthullend: de Nederlandse en internationale literatuur – met name binnen de huisartsgeneeskunde – staat immers bol van de artikelen over deze

problemen, ook bij kinderen. Uit vele andere artikelen blijkt duidelijk dat deze problemen vaak meer te maken hebben met interacties in het gezin (als systeem) dan met het kind zelf. Op zijn minst spelen gezinsfactoren een grote rol bij de verwerking van problemen als deze het gevolg van ziekten zijn. Meestal echter zijn psychosociale problemen bij kinderen een alarmsignaal van gezinsproblematiek. Door deze problemen te benaderen als 'geïntegreerde pediatrie psychosociale zorg' wordt de klok twintig jaar terug gezet.

Het is duidelijk dat de kindergeneeskunde een oog voor psychosociale aspecten van ziek-zijn niet kan missen. Men dient dan wel het kind te zien als onderdeel van zijn omgeving. De Amsterdamse lector kindergeneeskunde Geudeke (1975) stelt terecht dat juist daarom de huisarts als medicus van het gezin de aangewezen persoon is voor de psychosociale begeleiding. 'De specialist geeft desgevraagd advies, behandelt mee'.

In het artikel van Paulien Becking en Marijke de Vries-Regt worden huisartsen of andere eerstelijns hulpverleners zelfs niet genoemd. Zij achten het klaarblijkelijk niet van belang om op zijn minst overleg te plegen met eerstelijns hulpverleners, die patiënte of het gezin reeds begeleiden (bijvoorbeeld maatschappelijk werkenden). Ook uit dit artikel blijkt dat de auteurs niet op de hoogte zijn van de literatuur hieromtrent op het gebied van de huisartsgeneeskunde. Ten aanzien van de door hen besproken psychosociale problemen en de overgang zijn de studies van Van der Velden⁵ en van Zeijlmans⁶ onmisbaar.

Van der Velden beschreef onder meer een specifiek klachtenpatroon bij huisvrouwen en de invloed daarop van onder meer medische kennis, sociale status, neuroticisme. Uit het onderzoek van Van der Velden valt af te leiden dat vrouwen zeer vaak lichamelijke klachten ervaren, maar dat slechts ongeveer een kwart daarvan ter kennis van de huisarts wordt gebracht. Zeijlmans toont in zijn onderzoek over menopauze en perimenopauze duidelijk aan, dat de hulpverlening binnen het terrein van de huisarts ligt. Van deze klachten komt uiteraard slechts een gering deel bij een polikliniek van een academisch ziekenhuis terecht.

De conclusie ligt voor de hand: auteurs beschrijven het topje van een ijsberg. Deze groep van patiënten is door de huisarts geselecteerd voor nader lichamelijk onderzoek. Het valt niet goed te begrijpen waarom deze groep psychosociale hulp vanuit het ziekenhuis zou moeten ontvangen. In dit artikel komt overigens een integrale benaderingswijze vanuit een multiconditioneel model niet duidelijk naar voren. De hulpverlening door de maatschappelijk werkenden wordt beschreven als te zijn gericht op uitsluitend diegenen bij wie geen organische afwijkingen zijn gevonden.

Deze 'klassieke' benaderingswijze is o.i. achterhaald. Het vinden van een lichamelijke afwijking sluit psychosociale problemen geenszins uit, omgekeerd zegt het signaleren van psychosociale problemen niets over het al of niet bestaan van organische oorzaken. Het opsporen van eventuele leefproblemen is dus niet een alternatieve maar een complementaire benaderingswijze van klachten.

De door auteurs beschreven monocausale benaderingswijze is uiterst gevaarlijk. Immers de medicus is daarbij geneigd te snel tot de conclusie te komen de oorzaak van klachten te hebben gevonden, met als risico het missen van een organische oorzaak en/of psychosociale oorzaak. Indien men terecht of ten onrechte meent dat het ziekenhuis ook bij poliklinische patiënten aan psychosociale facetten van ziek-zijn aandacht dient te besteden, zou dit bij *alle* patiënten moeten geschieden. Naar onze opvatting heeft het ziekenhuis daarbij hoogstens een signalerende en eventueel consulterende functie ten aanzien van

de eerstelijns zorg.

Dit brengt ons op het tweede punt. Bij Last wordt als argument gebruikt dat een huisarts slechts zelden een patiënte met leukaemie of met een tumor in zijn praktijk heeft. 'Het is dus vanzelfsprekend dat kennis en ervaring beter kan worden opgedaan als we deze kinderen samenbrengen in enkele centra'. Het vraagstuk van concentratie in superspecialistische centra is o.i. meer een probleem voor de relatie tussen algemene ziekenhuizen en centra die 'advanced medical care' kunnen geven. De superspecialist zou ten aanzien van het thuisverblijvende kind een geheel andere rol moeten vervullen. Hierop komen wij nog nader terug. Overigens moet ons nog van het hart dat de stelling, dat het kind in het ziekenhuis komt als de behandeling niet langer aanslaat en het kind dood gaat, niet goed is te noemen. Ondanks alle problemen die dat oplevert dient de voorkeur te worden gegeven aan thuis sterven⁷.

Het door Last in deze gestelde is een illustratie van hetgeen wij onder punt 2 aan de orde willen stellen.

Ad 2:

Met betrekking tot dit punt willen wij verwijzen naar hetgeen Bol in Medisch Contact nr. 9/1978 stelde: Het home-team en niet het ziekenhuis zou in de gezondheidszorg centraal moeten staan. Het blijkt echter dat in de eerder genoemde artikelen het ziekenhuis niet alleen een centrale functie ten aanzien van somatische facetten van ziek zijn wordt toebedeeld, doch dat deze nu ook wordt uitgebreid naar de psychische en sociale aspecten.

Dit leidt echter tot een nog sterkere desintegratie van de medische hulpverlening dan nu reeds bestaat. Met name worden de ziekenhuis- en thuiszorg steeds verder uit elkaar getrokken. Men dient zich goed te realiseren dat een ziekenhuisopname weliswaar vaak een dramatische en cruciale gebeurtenis is, maar dat dit toch een relatief korte episode is in een veel langer durende, extramuraal plaatsvindend hulpverlenings- en begeleidingsproces. Daarbij komt in de eerste plaats de huisarts te pas, maar ook vaak de wijkverpleegkundige en de maatschappelijk werkende. Binnen die thuiszorg bestaat niet alleen veel meer ervaring, kennis en vaardigheid op het gebied, van de

integrale hulpverlening. De omstandigheid dat de huisarts gezinsarts is maakt al dat hij veel meer inzicht heeft in interacties in het gezin, in reacties van gezinsleden op het ziek zijn van een ander, in de betekenis van het ziek zijn voor het gezin, in ziek makende factoren binnen het gezin enzovoort. Bovendien bestaat er vaak een jarenlange relatie waardoor men veel meer inzicht heeft in reactiepatronen, in voorafgaande ziekten en zo meer. Daarom hebben wij er destijds voor gepleit om juist omgekeerd de huisarts een belangrijke rol in de psychosociale hulpverlening binnen het ziekenhuis toe te kennen⁸. Voor het ziekenhuis is in dit opzicht zeker geen koplopersfunctie weggelegd. Een uiterst groot bezwaar van een toenemende concentratie van hulpverlening in het ziekenhuis is de bevordering van de patientenrol⁹ die dat teweeg brengt. Wij zijn allemaal bezorgd over de toenemende medicalisering van de maatschappij. Wij verbazen er ons eigenlijk over dat juist gedragswetenschappen voorstellen doen die dat nog bevorderen!

Hulpverlening die zich beperkt tot de eerste lijn en die erop gericht is de patiënt of hulpzoekende zo spoedig mogelijk zelfstandig te maken of van non-professionele hulp te verzekeren ('verwijzing naar de nulde lijn') kan de medicalisering tegen gaan. Bovendien dienen we ons te realiseren dat het ziekenhuis op zich een bron van stress kan vormen (Bremer¹⁰; Wellen-Mastboom¹¹).

Hoewel wij de besproken artikelen positief waarderen in zoverre dat de ziekenhuisgeneeskunde een poging onderneemt om oog te krijgen voor psychosociale problematiek, zijn wij ernstig verontrust. Immers uit de artikelen blijkt duidelijk dat er geen kennis wordt genomen van de ontwikkelingen binnen de eerste lijn c.q. dat de psychosociale hulpverlening binnen het ziekenhuis volledig gescheiden wordt van de eerstelijns hulpverlening. Op deze wijze groeien beide subsystemen steeds verder uiteen, met als gevolg een verdere versnippering van de zorgverlening, dit ten nadele van de patiënt.

Men kan zich niet aan de indruk onttrekken dat het ziekenhuis zijn machtsgebied poogt te vergroten in plaats van deze te doen aansluiten op

de eerstelijns hulpverlening. Een van de redenen daarvoor lijkt de snelle toevloed van het aantal specialisten en de afname van het aantal voor hen beschikbare ziekenhuisbedden te zijn. Opgemerkt dient te worden dat dit in strijd is met het overheidsbeleid, zoals dat is neergelegd in de Structuurnota Gezondheidszorg¹² en waarin een versterking van de eerstelijns geneeskunde wordt aangekondigd. Uiteraard juichen wij die beleidslijn toe, maar wij zijn wel uitermate teleurgesteld in de resultaten daarvan. *In feite* vindt nog steeds een versterking van de tweede lijn plaats, terwijl de eerste lijn nauwelijks steun ondervindt.

Wij vragen ons af waar deze ontwikkelingen toe zullen leiden. Het is niet ondenkbaar dat wij toegroeien naar een Amerikaanse situatie, waarbij de huisartsgeneeskunde vrijwel was verdwenen. Paradoxaal genoeg: daar poogt men thans met succes de huisartsgeneeskunde weer nieuw leven in te blazen, uiteraard ten koste van veel inspanning. Onze visie lijkt overdreven pessimistisch, toch zijn wij van mening dat de afstand tussen ziekenhuis- en thuiszorg in de laatste tijd is toegenomen.

Niet ontkend kan worden dat de huisarts daarbij een ernstig verwijt kan worden gemaakt. Hoeveel huisartsen bezoeken hun patiënten regelmatig in het ziekenhuis? Bij een onderzoek (De Melker¹³) werd gevonden dat 1/3 van de Nederlandse huisartsen wekelijks zijn ziekenhuispatiënten bezocht, 1/3 deed dit minder vaak (1-2 x per maand), 1/3 vrijwel nooit. Wij hebben redenen om aan te nemen dat het bezoeken van ziekenhuispatiënten sindsdien eerder is af- dan toegenomen.

Intensivering van de samenwerking tussen huisarts en specialist is juist in deze tijd dringend noodzakelijk. De huisarts wordt immers met zodanige snelle en frequente wijzigingen in de geneeskundige kennis geconfronteerd en met een intensivering en gewijzigd vraagpatroon dat hij niet altijd zonder meer in staat is optimale hulp te bieden.

De oplossing is echter niet gelegen in het *overnemen* van taken, zoals impliciet in de besproken artikelen wordt bepleit. Al eerder hebben wij erop gewezen dat de huisarts een zeeffunctie binnen het medische kanaal heeft te vervullen dat wil zeggen hij dient als 'poortwachter'

van het medisch kanaal die patiënten te selecteren voor wie specialistische hulp noodzakelijk is (de Melker¹⁴). Om deze functie te kunnen vervullen dient hij enerzijds intensief met andere eerstelijns hulpverleners samen te werken. Anderzijds dient het ziekenhuis een ondersteunende taak te vervullen. Daarbij pleiten wij onder meer voor versterking van de diagnostische mogelijkheden van de huisarts. Uit een praktijkanalyse bleek dat, door meer van röntgen- en laboratoriumdiagnostiek gebruik te maken, een selectiever en meer gericht verwijsbeleid mogelijk was¹⁴. Indien de huisarts specialistische hulp noodzakelijk acht dient deze het karakter te hebben van consultatieve ondersteuning van de huisarts door de specialist.

Als de specialist en zijn team de huisarts concrete adviezen geeft omtrent de begeleiding van patiënten en hulpzoekenden is er al veel gewonnen. Idealiter zou overigens niet alleen de huisarts maar ook andere eerstelijns hulpverleners intensievere contacten met de tweede lijn moeten hebben¹⁵, bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige en de pastor. Dat dit alles mogelijk is blijkt uit een experiment in Hogeveen. Door het bieden van meer diagnostische mogelijkheden aan huisartsen, het oprichten van een overlegorgaan huisartsen-specialisten, het bevorderen van contact tussen maatschappelijk werk binnen de thuiszorg en het ziekenhuis, bleken patiënten eerder ontslagen te kunnen worden. Bovendien trad een verschuiving op van klinische naar poliklinische zorg.

Het is duidelijk dat het mogelijk is om door intensivering van de samenwerking de bestaande kloof tussen eerste en tweede lijn te overbruggen. Daarbij is het mogelijk meer patiënten binnen de eerste lijn te behandelen, gericht te verwijzen, dit ten voordele van de patiënt. Hoe minder ver de patiënt in het 'medisch kanaal' opschuift, hoe minder kans op het ontstaan van 'vermedisering' en van somatische fixaties, of anders gezegd: des te beter de patiëntenrol kan worden voorkomen.

Nogmaals, het signaleren van leemten in de eerstelijns zorg door het ziekenhuis is terecht. Dit dient echter niet te leiden tot het overnemen en uitbreiding van taken door het ziekenhuis. Wel moet dit als consequentie hebben: verbetering van

de opleiding tot huisarts, verbetering van de samenwerking eerste en tweede lijn, structurele veranderingen, verlegging van de geldstroom ten gunste van de eerste lijn, etc. Gebeurt dit niet, dan wordt de eerste lijn verder uitgehold en zal onze pessimistische voorspelling bewaarheid worden. Het resultaat zal zijn een versplinterde, gedesintegreerde, kostbare hulpverlening, waarin de lijdende mens steeds minder zichtbaar zal zijn.

Literatuur

1. Last, B. F., 'Kinderen met Leucaemie', Medisch Contact (1978) 33, 42.
2. Wolters, W. H. G., De opgave van het ziekenhuis bij de ontwikkeling van psychosociale zorg, Medisch Contact (1978), 33, 273.
3. Becking, P. en M. de Vries-Regt, Psychosociale problemen en de overgang, Medisch contact (1978) 33, 281.
4. Querido, A., Prognose en Katamnese, T. Soc. Gen. (1959) 37, 69.
5. Velden, H. G. van der, Huisvrouw, huisarts, huisgezin (1971), diss. Nijmegen.
6. Zeijlmans, J. G., Menopauze en perimenopauze (1976), diss. Utrecht.
7. Es, J. C. van, Huisarts en de preventie van euthanasie, in: Euthanasie (1977), Stafleu, Leiden.
8. Es, J. C. van, Huisarts en ziekenhuis, in: Ontwikkeling psycho-sociale zorg in ziekenhuizen, onder redactie van W. H. G. Wolters (1976), Bosch en Keuning Baarn.
9. Es, J. C. van, Mogelijkheid en onmogelijkheid als gezondheidsbevorderaar, Medisch Contact (1976), 31, 1357.
10. Bremer, J. J. C. B., De ziekenhuispatiënt (1972), Nijmegen.
11. Wellen, I. G. M. en I. Mastboom, Psycho-sociale problemen in algemene ziekenhuizen (1976), Van Lochem Slaterus, Deventer.
12. Structuurnota gezondheidszorg (1974), Staatsuitgeverij.
13. Melker, R. A. de, Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin (1973), diss. Nijmegen.
14. Melker, R. A. de, Beterschap door beter beleid (1975), Dekker en van de Vegt, Groningen.
15. Melker, R. A. de, Het home-team en verhoudingen tussen extra- en intramurale zorg, Huisarts en Wetenschap (1973), 16, 469.

Bureaucratie in het ziekenhuis?

Vervanging van alle onderzoek- en therapie-opdrachtenformulieren door één uniform opdrachtenformulier

Er bestaat een verontrustende toename van de hoeveelheid per patiënt afkomstige informatie. Deze stijging van informatie is exponentieel (*figuur 1*) en wordt veroorzaakt door een toename van:

- het aantal behandelende artsen;
- het aantal (be)handelingen;
- de hoeveelheid administratie per behandeling¹.

Hierdoor zal de kans op fouten en duplicaties toenemen. Het is onvermijdelijk dat deze informatiestroom heeft geleid – en in de toekomst nog veel meer zal leiden – tot een aanzienlijke vermeerdering van de hoeveelheid administratief werk van de ziekenhuisarts (*figuur 2*). Deze arts zal daarom óf nog harder moeten werken dan hij/zij reeds doet óf minder tijd aan de directe behandeling van zijn/haar patiënt moeten geven. Beide alternatieven zijn onaanvaardbaar. De toename van de hoeveelheid informatie zou echter kunnen worden opgevangen door:

- de toepassing van de computer bij de verwerking van deze informatie;
- de handmatige vereenvoudiging van de bestaande administratie;
- de afremming van nieuwe informatie.

Over de toepassing van de computer bij de verwerking van informatie verschenen publikaties^{2,3}. Een gedetailleerde beschrijving wordt gepresenteerd in een zojuist verschenen boekje 'Medische bedrijfsvoering in het ziekenhuis'⁴. De handmatige vereenvoudiging van de bestaande informatie zou onder andere kunnen plaats vinden door de introductie van het uniforme onderzoek- en therapie-opdrachtenformulier. Bij het geven van een opdracht voor een

door **Dr. J. de Boer, chirurg**
en **Dr. C. H. J. Stockmann, chirurg**

onderzoek op therapie staat de ziekenhuisarts een veelheid van formulieren in bonte kleuren en in allerlei afmetingen ter beschikking. Uit deze veelheid zoekt hij/zij zich een formulier en hierna kost het enige moeite om de juiste plekken op dit formulier van informatie te voorzien.

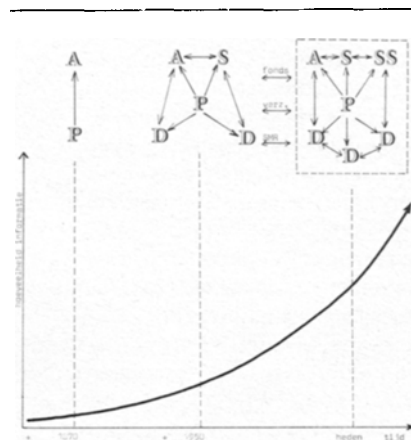
Voor een geroutineerde ziekenhuisarts die al jaren in hetzelfde ziekenhuis werkt vormt dit – althans voor de oude formulieren – geen probleem; voor de nieuwkomer is het echter een des te grotere opgave een dergelijke opdracht te 'formuleren'.

Al deze formulieren zijn de ziekenhuisarts in de loop van de jaren door de dienstverlenende onderzoek- en therapie-afdelingen zachtjes toegeschoven, waarbij dan in feite een deel van de (financiële) administratie door de ziekenhuisarts, vaak door middel van doorgedrukte copieën wordt verricht. Dit is een aanvechtbare situatie. Een mogelijke oplossing is het hanteren van een uniform onderzoek- en therapie-opdrachtenformulier. Dit formulier – dat één of meer copieën kan bevatten – heeft de volgende voordelen:

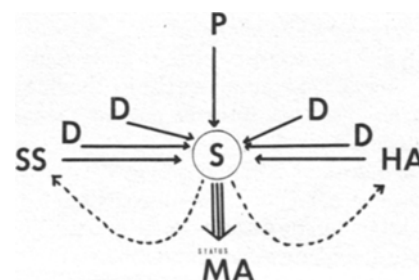
- Reductie van tenminste een dozijn bestaande formulieren tot één uniform formulier. De bestaande formulieren zijn die voor het aanvragen van röntgenonderzoek, klinisch-chemisch onderzoek (vaak nog gesplitst in bloed, urine, e.d.), bacteriologisch en virologisch onderzoek, pathologisch-anatomisch onderzoek, functieonderzoek (ook vaak gesplitst in ECG, EEG, Longfunctie, e.d.)

isotopenonderzoek, fysiotherapie (gesplitst in diverse soorten therapieën), radiotherapie en medicijnen (met dit formulier kan tenminste een behoorlijk recept worden geschreven; iets wat in het ziekenhuis zelden voorkomt).

- De introductie van nieuwe onderzoek- en therapie-opdrachtenformulieren wordt



Figuur 1: Exponentiële toename van de hoeveelheid informatie afkomstig van de patiënt (P = patiënt; A = arts; S = specialist; SS = sub- of super-specialist; D = diagnostiek; de pijlen geven de informatiestromen aan).



Figuur 2: Specialist (S) als informatieontvanger (MA = centraal medisch archief, HA = huisarts).

hiermee een halt toegeroepen hetgeen de hoogste tijd wordt. In Het Nieuwe Spitaal werden onlangs 57 verschillende formulieren geteld, waarvan 12 onderzoek- en therapie-opdrachtenformulieren. In het St. Franciscus Gasthuis bedroeg dit aantal respectievelijk 76 en 15.

- Eenvoud voor de ziekenhuisarts. Doorgaans kost het enige moeite – vooral bij bijzondere opdrachten – het betreffende hokje op te sporen en aan te kruisen. Niet zelden moet daarvoor enig leeswerk worden verricht.
- Door het zetten van een paraaf wordt een vastlegging van de verantwoordelijkheid voor iedere onderzoek- of therapie-opdracht gegarandeerd.

Sinds enige jaren staat deze verantwoordelijkheid van het medisch handelen in de belangstelling. Steeds meer wordt de ziekenhuisarts – soms terecht, soms ten onrechte – gedwongen handtekeningen of parafen te plaatsen onder opdrachten. In de nabije toekomst zal deze verplichting alleen maar kunnen toenemen. Dit betekent dat alle bestaande formulieren zullen moeten worden ondertekend, voor zover dit al niet gebeurt. Door de introductie van een uniform formulier kan dit worden gecoupeerd.

- Door de copieën is een controle op de uitvoering van iedere opdracht mogelijk. Dit is thans vaak niet het geval, omdat de aanvragende arts niet over een copie van de opdracht beschikt, tenzij dit ergens genotuleerd staat, bijvoorbeeld in het verpleegkundig rapport.
- Eenvoudige invoer bij computergebruik. Dit is vooral van belang bij de toepassing van het Medisch Opdrachten Systeem⁴. In de afhandeling van onderzoek- en therapie-opdrachten kan de computer, vooral bij uniforme vastlegging van deze opdrachten, hulp bieden bij het verifiëren, transformeren en distribueren, waarbij de kwaliteit en de snelheid van de opdrachtbehandeling gunstig wordt beïnvloed.
- Dit formulier brengt alles terug naar zijn normale proporties, waarbij de dienstverlenende afdelingen hun (financiële) administratie uitvoeren en daarbij eigen verantwoordelijkheid dragen.

Figuur 3 is een voorbeeld van een dergelijk formulier dat weerstanden zal oproepen bij de dienstverlenende afdelingen en de medisch financiële administratie. Deze weerstanden zijn

onderzoek- en therapieopdracht

De betreffende afdeling aankruisen.

Bij onderzoek van specimen steeds de aard van het materiaal vermelden.

Rö.	LAB.	APO.	F.T.	ECG	ISO.	P.A.	BAC.	
-----	------	------	------	-----	------	------	------	--

Opdracht:

Omschrijving:

datum:

handtekening:

Figuur 3: Het uniforme onderzoek- en therapieopdrachtformulier

begrijpelijk, omdat het een administratieve verzwaring voor hen betekent.

De afremming van nieuwe informatie kan van de ziekenhuisarts zelf uitgaan door:

- niet meer klakkeloos ieder hem/haar aangeboden formulier in te vullen;
- kritisch te staan tegenover bestaande formulieren en
- selectief te werk te gaan bij het invullen van medische verklaringen.

De ziekenhuisarts heeft *zelf* de eerder genoemde verontrustende informatietoename in de hand. Alleen hij/zij is bij machte deze stroom in te dammen. Uiteindelijk is maar een fractie van de medische informatie die per patiënt en per behandeling ontstaat relevant en deze informatie wordt steeds minder relevant naarmate de tijd verstrijkt. Het zou daarom logisch zijn de per patiënt en per behandeling afkomstige informatie parallel aan de tijd te verminderen door eliminatie van steeds meer irrelevante gegevens. Wat zich echter in het groot om ons heen afspeelt weerspiegelt zich in het klein in het ziekenhuis: het hand over hand toenemen van een alles beïnvloedende bureaucratie in het

ziekenhuis. Deze bureaucratisering is waarschijnlijk voornamelijk het gevolg van de exponentiële toename van de per patiënt afkomstige informatie.

Literatuur

1. J. de Boer en R. van Rij. Wat verwacht de ziekenhuisarts van de computer? Medisch Contact 1977 32-635.
2. J. H. van Bommel e.a. Medische informatica; capita selecta. Vakgroep Medische Informatie. Vrije Universiteit, Amsterdam, 1976.
3. J. Anderson (ed). Information processing of medical records. North Holland, Amsterdam, 1972.
4. J. de Boer (ed). Medische bedrijfsvoering in het ziekenhuis. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1978.

Vrouwenemancipatie en geestelijke gezondheid

Alle emancipatiegolven hebben strijd voor een betere anticonceptie te zien gegeven. Het verlost worden van de dwang kinderen te krijgen werd als de grondvoorwaarde voor vrouwen om zichzelf te zijn. De naam van *Aletta Jacobs* is in dit verband bij iedereen bekend evenals de belangrijke rol die vrouwen van

Man-Vrouw-Maatschappij en *Dolle Mina* gespeeld hebben in de strijd voor liberalisatie van de abortus sinds de zestiger jaren. Minder bekend is het feit, dat deze jongste hervorming haar voorlopers had in twee vrouwen die in 1949 artikelen publiceerden in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en die ik hier graag noemen wil. Het zijn *Rosalie Wijnberg* met: 'Voorbehoedmiddelen tegen zwangerschap' en *Scheltema-Joustra* met: 'Geboorteregeling in Nederland en enige Europese landen'. Publikaties die in het toenmalig geneeskundig Nederland – nog geheel in de roes van herstel en vernieuwing bezig aan de naoorlogse geboortegolf – een storm van verontwaardigd protest opriepen. Destijds was men zo overtuigd dat het geboortecijfer slechts geringe schommelingen te zien zou geven, dat medische studenten de verloskunde vaak kozen niet uit overtuiging voor het vak maar vanwege de financiële zekerheid. Hoe anders is dit uitpakkt, in 1976 is het geboortecijfer gedaald tot ongekende en volgens sommigen catastrofale laagte. De secretaris-generaal van het ministerie van Volksgezondheid installeerde een commissie Bevolkingsbeleid (NRC-Handelsblad 5 oktober 1977) ter bestudering van de gerezen problemen. De spectaculaire daling is het gevolg van twee ondergerelateerde factoren:

1. technische verbetering

Dit artikel verscheen in enigszins andere vorm ook in 'Vrouwen en hun belangen'. Het erin beschreven 'praktijkperikel' is een soort samengestelde ziektegeschiedenis naar aanleiding van concrete gevallen uit de praktijk en slaat dus niet op één bepaalde vrouw.

door **Mw. B. van Dantzig-van Amstel**



De auteur, psychiater te Amsterdam, is lid van de Emancipatie Commissie.

- (bijvoorbeeld uitvinding van de pil, spiraaltje, verbetering van abortustechnieken);
2. de strijd van vrouwen zelf, die oorzaak was van de mentaliteitsverandering in de hele maatschappij, waardoor van de technische ontwikkelingen inderdaad gebruik werd gemaakt.

Het ziet er dan ook naar uit, dat een eeuwenoude strijd kan en zal worden opgelost en dat de hartekreet van Koningin Victoria, geuit in een brief aan haar oom, de Belgische koning, voor goed tot het verleden zal behoren. Zij schreef in 1841: 'I think, dearest uncle, you cannot really wish me to be the 'maman d'une nombreuse famille', for I think you

will see with me the great inconvenience a *large* family would be to us all and particularly to myself; men never think, at least seldom think, what a hard task it is for us women to go through *very often*.' Welke problemen gaan zich voordoen als het Victoriaanse dilemma in rook is opgegaan? Allerlei vragen en conflicten, die met vrije keuze en rolverandering te maken hebben. Zonder volledig te kunnen zijn, wil ik hier een aantal situaties noemen die ik met vrouwen in 1977 tegenkom en die alle betrekking hebben op innerlijke psychische weerstanden tegen zelfstandigheid.

Conflict huwelijk-werk

Een vrouw die helemaal niet mag werken van zichzelf en/of haar omgeving kan aan dit conflict niet toekomen, ze zoekt automatisch de veiligheid van het huwelijk, eventueel na een korte tijd ongeschoold werk te hebben gedaan. Wordt echter eigen werk op niveau mogelijk, dan zal bij velen de bevrediging in dat werk gaan tellen en ook de ambitie gaan toenemen. Dat persoonlijk streven gaat vaak nog in tegen onze huidige huwelijksvorm. De eigen autonomie hoger stellen en kiezen voor een ongehuwd leven, zonder of met kind, stuit op weerstanden in de vrouw zelf, schuldgevoelens, angsten, insufficiëntiegedachten, maar ook

vaak op de afwijzing of jaloezie van de omgeving, die de vrouw voor egoïste uitmaakt; hierdoor wordt niet alleen eenzaamheid veroorzaakt maar de bovengenoemde schuldgevoelens etc. worden nog vanuit de omgeving versterkt in plaats van verminderd.

Conflict in het huwelijk zelf

Kiest de vrouw voor het huwelijk, dan loopt dat niet altijd gunstig af. Komen gehuwde mannen in het algemeen minder vaak onder psychiatrische behandeling dan ongehuwden, bij vrouwen is het net andersom.

Gehuwde vrouwen komen vaker in behandeling, worden vaker opgenomen dan gehuwde mannen, en dat is blijkens alle studies zo. Ongunstige rolverdeling in het huwelijk is hier waarschijnlijk de oorzaak, want de ongehuwde vrouwen komen niet vaker in behandeling dan ongehuwde mannen, zodat van een algemene psychische zwakte van de vrouwelijke sexe geen sprake kan zijn. Wel moet zich de vrouw nu nog in het huwelijk meer aanpassen dan de man: het huidige huwelijk is meer op voldoening van de man dan op die van de vrouw gericht.

Uit vragenlijsten is gebleken, dat de huwelijksvoldoening samenhangt met een positief oordeel van de man over zichzelf en van zijn vrouw over hem. Die huwelijksvoldoening blijkt nauwelijks samen te hangen met het oordeel van de vrouw over beiden. Bij huwelijksproblemen zal een 'therapie' dan vaak de beste resultaten boeken, als de man de therapie nodig acht en hij vindt, dat er iets met het huwelijk aan de hand is.* En wat is een goed huwelijk? Uit een in 1976 door Treffers uitgevoerd NISSO-onderzoek blijkt dat huwelijksvoldoening in Nederland slechts voorkomt in 50% van alle huwelijken.

Conflict bij tweede toetreding tot de arbeidsmarkt

Heeft de vrouw besloten te huwen, kinderen te krijgen, dan zal ze – zelfs als alles redelijk goed is gegaan –

* Zie ook *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1976 nr. 5, blz. 355: ' Patiënten en hun partners: psychologisch onderzoek bij echtparen op een psychiatrische polikliniek', R. van Dijk en H. M. van der Ploeg.

Congresdag 'Vrouw en arts'

Op zaterdag 23 september 1978 organiseert de Commissie Emancipatiezaken van de Vereniging van Vrouwen met Academische Opleiding (VVAO) in samenwerking met de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen (VNVA) in de Congreszaal van de Utrechtse Jaarbeurs een congresdag over het thema 'Vrouw en arts'.

Tijdens het congres zal de vrouw centraal worden gesteld in emancipatorisch perspectief. Niet alleen de vrouw als arts maar ook de vrouw als patiënt bevindt zich – aldus een voorbeschouwing in 'De Krant' van de VNVA, mei 1978 – nog vaak in de marge van de gezondheidszorg. En als arts én als patiënt wordt de vrouw geconfronteerd met een vrijwel uitsluitend door mannen geformuleerd bestel van normen ten aanzien van gezondheid, ziekte, arbeid etc. Lichamelijke en geestelijke klachten van vrouwen die samenhangen met de positie van de vrouw in de maatschappij kunnen zich in allerlei vormen uiten in de gezondheidszorg. Problemen als tranquillizergebruik door vrouwen, psychomatische klachten in de menopauze, het 'huisvrouwensyndroom', arbeids- en ziekteverzuim, lichaams- en seksualiteitsbeleving van vrouwen en psychosociale problemen optredend als gevolg van de veranderende man-vrouw-verhoudingen zouden door vrouwen zelf – dus ook door vrouwelijke artsen – beter als 'emancipatieproblemen' moeten worden onderkend.

Op het congres zal een nog te selecteren aantal van vorengenoemde 'emancipatieproblemen' aan de orde worden gesteld.

ergens bij haar 35 à 40ste levensjaar een leegte gaan voelen; een enkele maal wordt deze opgevuld door fantasieën over een late baby, of een echte baby, waar ze vaak later spijt van heeft. Veel vaker kiest de vrouw voor werk buitenshuis. Dat dan haar vooropleiding van veel belang is, wil ik alleen aanstippen, er niet op ingaan. Ik ga hier verder met de innerlijke conflicten die voor een deel bestaan uit de niet-vereffende rekening. Heeft bijvoorbeeld indertijd de vrouw het huwelijk gekozen uit angst voor het werk (ruzie met de baas, bang voor een examen) of uit angst voor de eigen onafhankelijkheid (eenzaamheid) of uit de overtuiging van eigen onvermogen ooit iets in een baan te bereiken, dan zullen deze sluimerende honden ineens wakker worden bij haar pogingen een tweede keer aan de slag te gaan. De oude rekening wordt gepresenteerd op een tijdstip dat de vrouw misschien nog wel minder in huis heeft dan zovele jaren geleden. Als zich hierbij nog uitwendige moeilijkheden voegen als schaarste aan banen door werkloosheid, dan kan een ernstige depressie bijvoorbeeld de reden zijn dat de vrouw hulp moet zoeken.

Veelal komt het niet zover en kunnen (her)oriënteringscursussen voor vrouwen die worden doorlopen samen met vrouwen in dezelfde omstandigheden veel

verlichting van de problemen brengen.

Conflict voortkomend uit onze socialisatie

Welke oplossing vrouwen ook kiezen: huwelijk of geen huwelijk, steeds komen we het probleem tegen dat *we zijn opgevoed om het lieve, afhankelijke, zichzelf opofferende wezen te zijn*, dat in dienst aan anderen haar levensvulling vindend, per definitie geen aandacht, vrijheid of plek voor zichzelf kan maken of opeisen. De rolbeperking heeft ernstige psychische tekorten ten gevolge. We stuiten hier dan ook op de maatschappelijk veroorzaakte neurosen.

Vrouwen legitimeren zich vaak via de strijd voor een ander, ze kunnen slecht opkomen voor zichzelf met waardigheid, ze geloven niet in het belang van hun bijdrage in een zaak en bovendien hebben ze niet geleerd complexe maatschappelijke situaties te doorzien en te hanteren. Ze zijn minder geneigd zekerheden voor zichzelf in te bouwen, zoals een man van vergelijkbare leeftijd en opleiding wel zou doen, en daardoor 'vervallen' ze voor ze het weten weer in volgzzaamheid, worden perfectionisten en/of overgevoelig voor kritiek. Zodoende is de vrouw slecht toegerust voor het leven in de grote wereld,

waarin ze voor zichzelf moet vechten, want dat heeft ze vaak niet geleerd, vooral niet als ze vaders lieveling en de oogappel van haar onderwijzer was: dan kreeg ze van de grote sterke vader alles vanzelf al.

Een eigentijds vrouwenleven als illustratie

Een gehuwde vrouw van begin veertig met twee kinderen zoekt hulp voor irreële angsten, o.a. angst voor kanker en dwanghandelingen, die wel veel van haar tijd vergen maar niet zó uitgebreid zijn dat het hele leven onmogelijk wordt. De dwanghandelingen bestaan uit rituelen rond het opmaken van bedden en opruimen van kasten, het geheel wordt begeleid door spreken die de gezondheid van man en kinderen moeten garanderen. Haar klachten zijn overladen met veel schaamte, ze praat er haast nooit over.

Van haar levensgeschiedenis is het volgende belangrijk: Ze is de middelste van drie kinderen, moeder trok broer voor, zij was vaders lieveling, het veel jongere zusje werkte patiëntes jalouzie, maar overigens had ze een onbezorgde jeugd zonder stoornissen. Als ze naar de HBS gaat heeft ze het gevoel vader voorbij te streven; ze trekt zich van hem terug. In haar laatste schooljaar raakt ze verliefd op een iets oudere jongeman, die haar door het examen heensleept (meer vanwege haar onzekerheid dan door gebrek aan intellect). Ze begint aan een studie, maar na een paar jaar krijgt haar verloofde zo'n goede baan dat ze gaan trouwen en verhuizen naar een uithoek in het land. Na de geboorte van een zoontje voelt ze zich teleurgesteld en verlaten; ze heeft vaak tegenzin aan de verzorging van het kind, wat haar schuldgevoelens bezorgt. De man, ook ongelukkig, kijkt uit naar een andere baan en ze komen weer in de Randstad terecht. Dan besluit ze haar studie weer op te nemen, de baby kan soms bij moeder gestald en de echtgenoot is bereid hand- en spandiensten te verlenen. Nog vóór het einde van de studie is ze weer zwanger en bang, dat de examinatoren haar buik zullen zien en dat kwalijk nemen of juist heel vergoelijkend zullen reageren. Ze stelt haar studieprogramma dan ook op hen in, en dank zij bijstand van de echtgenoot haalt ze het examen ruim

voor de bevalling. Maar door de baby is vooreerst aan werken niet te denken; ze beschrijft later het grijze leven van eenzame huismoeder met twee jonge kinderen (kennelijk had ze toen een depressie). Door leegte en verveling gedreven en begunstigd door het geluk een klein deeltijdbaantje te vinden gaat ze aan het werk op haar eigen gebied als het tweede kindje kleuter is. Wie nu aan een ervaring zou denken, komt bedrogen uit: ze komt steeds meer in het slop, werkt thuis ook voor de baas, en de kankerangst gaat zich manifesteren. Vanuit leegte en rust is ze in de onrust gekomen. Toch is het werken op zichzelf een geestelijke stimulans en ze probeert het wel uit te breiden. Intussen echter nemen de verschijnselen zodanig toe dat ze in behandeling komt.

Ze kan dan meteen al vertellen hoezeer ze haar leven in dienst van anderen stelt: 'Breien, koken, poetsen, thuis rapporten tikken voor de baas gaat best, maar even in de zon zitten kan ik alleen als iedereen weg is en voor ze terugkomen moet de stoel weer opgeborgen zijn en alle sporen uitgewist. En nog voel ik me schuldig.' Met het oplossen van schuld- en agressiegevoelens gaat een groot deel van de gesprekken heen. Dan wordt ze vrijer en kan beter werk gaan zoeken, waar ze minder als duvelstoejager wordt gebruikt en meer zelfstandig een produkt kan afleveren; dit gaat wél gepaard met heftige angstaanvallen en gevoelens van onvermogen. Ondanks dat is het werk toch een verbetering en krijgt ze meer zelfvertrouwen en plezier in haar werk. Man en vrouw spreken dan af, samen de zorg voor het gezinsinkomen op zich te nemen; beiden hebben nu een deeltijdbaan, beiden gezinsverantwoordelijkheid. Het wordt vervelend, maar is toch waar, wéér is ze niet uit de brand. De man, die overigens veel om zijn vrouw geeft en geheel met haar meegroeit, krijgt nu heftige jaloeziegevoelens als zijn vrouw in haar vak op haar eentje een goed stuk werk aflevert. Hij stelt zich soms overdreven afhankelijk op. De vrouw heeft deels gevoelens van triomf en deels ook jaloeziegevoelens op de echtgenoot, want wat blijkt: hij maakt de zuurkool lekkerder dan zij, 'en nu had ik mijn leven lang gedacht dat ik dat als enige kon, daar de expert in was'. Bovendien gaat de man toegeeflijker met de kinderen om, wat ook strubbelingen geeft. En als beiden

van het werk komen ontstaat de strijd, wie nu even bij wie mag leunen en bescherming zoeken. De vanzelfsprekende rolverdeling, van zij het luisterend oor naast het gezellige theelichtje en hij de stoere zwoeger met zorgen, is doorbroken. Een warwinkel van nieuwe gevoelens in de vrouw zelf en tussen de echtelieden, geen leegte of verveling meer en van kanker of dwang wordt niet meer gesproken, dat is de nieuwe situatie.

Conclusie

Dit voorbeeld geeft aan hoe de emancipatie van vrouwen mee kan werken aan het oplossen van zorgenaamde 'psychiatrische' problemen. Het leert tevens, dat menselijk geluk niet het onmiddellijk gevolg is of kán zijn van het afleggen van een rolharnas, dus dat we emancipatie ook niet moeten verkopen als de weg naar het geluk. Wél leert het, dat er een verschuiving in de problemen kan ontstaan, van neurotische verschijnselen naar realistische vraagstukken, van 'slechte' naar 'goede' problemen. De vraag: 'Hoe ga ik als vrouw met mijn mensen om en die mensen met mij?', kan een moeilijke vraag zijn maar levert een betere probleemstelling op dan de vraag: 'Voel ik daar een knobbel in de borst en moet ik naar de dokter?', want die dokter kan hoogstens geruststellen dat het geen kanker is en zo lang niemand vraagt: 'Wat vreet er dan zo aan u?' wordt er niet gezien wat er aan de hand is en niets verholpen.

Afhankelijkheidspatroon doorbreken

Ik ben me bewust met deze geschiedenis een vrouweleven te hebben geschetst met een heleboel pluspunten: deze vrouw kwam uit de middenklasse, kon studeren, had een goed huwelijk en kon een goedbetaalde interessante baan kiezen voor halve dagen. Vrouwen uit andere sociale lagen met minder opleiding zullen weer andere barrières ontmoeten. Maar alle vrouwenproblemen hebben één gemeenschappelijk kenmerk: door de sociale rol, aan hun sexe opgelegd, hebben vrouwen meer geleerd zich passief op te stellen en minder voor zichzelf op te komen – *minder assertief* te zijn – dan mannen.

Die openlijke hang naar passiviteit is niet zozeer uiting van een biologische behoefte, gebonden aan het sexeverschil, als wel een gevolg van culturele invloeden. In ons voorbeeld valt de vrouw steeds weer in een passieve fase terug, met alle afhankelijkheid vandien, nadat ze een klein stapje deed op de weg naar zelfstandigheid en onafhankelijkheid. De positie van de vrouw in het maatschappelijk leven verandert echter snel en een volledig op de afhankelijke vrouwenrol toegespitst leven zal tot een impasse leiden. Door het huwelijk op jeugdige leeftijd, het kleinere kindertal of gewilde kinderloosheid is het gezinsnest eerder en langer leeg. Een zinvolle levensvervulling voor de vrouw zal een ander antwoord vereisen dan tot nu toe het geval is geweest. Zolang deze oplossingen door grote groepen vrouwen nog niet zijn gevonden, verkeren vrouwen vaker in nood dan voorheen: depressies, angstaanvallen, fobieën, dwangsymptomen, huisvrouwensyndroom, spanningsverschijnselen als slapeloosheid en hoofdpijnen en bestrijding van spanning door foutieve middelen als alcohol en tranquillizers, psychosomatische klachten als gevolg van geestelijk isolement. Al deze problemen zullen eerder toe- dan afnemen. Momenteel bevolken 60% meer vrouwen dan mannen de spreekuren van de huisarts en dat verschil kan niet alleen worden verklaard door de pilcontroles of doordat vrouwen

zieker zijn dan mannen. Buitenshuis werkende vrouwen gaan statistisch gezien minder naar hun huisarts en gebruiken minder tranquillizers dan vrouwen die alleen thuis haar werkterrein vinden. Deze feiten mogen ons er echter niet toe verleiden het werk buitenshuis als panacee te zien en alle vrouwen, ongeacht hun eigen wensen en mogelijkheden, de arbeidsmarkt op te jagen. Dit zou alleen betekenen dat het afhankelijkheidspatroon voor vrouwen op andere wijze wordt gecontinueerd. Wel mogen deze feiten ons stimuleren om de moeizame weg te kiezen vrouwen te helpen in hun ontwikkeling naar zelfbepaling en zelfredzaamheid, de passiviteit in vrouwen tegen te gaan en te bevorderen dat vrouwen al hun talenten leren ontwikkelen en niet alleen het talent van zorgzame huismoeder. Veelal zal blijken dat de vrouw te weinig vorming en scholing heeft genoten. Het succes van de moeder-MAVO's heeft dit in de praktijk nog eens overduidelijk aangetoond. Dat allen die in hun jeugd te weinig onderricht kregen dit naderhand nog kunnen inhalen, zou ons ertoe moeten brengen de leerplicht te vervangen door *leerrecht*. De experimenten met de Open School doen ons het beste hopen. Voorts zullen vrouwen veel kunnen profiteren van het *contact met andere vrouwen* in vergelijkbare posities, te denken valt hierbij aan: praatgroepen, VOS(= vrouwen oriënteren zich op de samenleving)-cursussen, VIDO(=

vrouwen in de overgang)-groepen, politieke scholingscursussen, assertiviteitstrainingen. Tenslotte zal een *andere arbeidsverdeling* tussen de sexen nodig zijn, een verandering die nu niet juist vanuit emancipatoire idealen alleen wordt afgedwongen, zoals een eeuw geleden, maar door een werkelijkheid die door de technologie (waaronder de medische) geheel is veranderd vergeleken met honderd jaar terug. Zelfs de werkeloosheid van onze tijd mag geen reden zijn om de vrouw te veroordelen tot een leeg huisvrouwenbestaan met alle psychische gevolgen van dien. Pas als mannen en vrouwen zinvolle arbeid in het gezin kunnen combineren met werk daarbuiten zijn de starre sexerollen doorbroken en kan ieder mens de in hem of haar aanwezige talenten op persoonlijke wijze ontplooien. Dat de belangstelling voor deze problematiek groeiende is mag een verheugend teken zijn, gegeven het feit dat er zoveel werk aan de winkel is.

Literatuur

American Journal of Psychiatry, januari 1977, blz. 1: 'Some effects of the New Feminism', Ruth Moulton.

Haagse Post, 15 oktober 1977, blz. 36: 'De verkoopster', Martin Schouten (beschrijving van werk in een heel ander vrouwenleven).

Haagse Post, 4 maart 1978, blz. 24: 'Wie is bang voor de halve baan?', Herman Vuysje.

PRAKTIJKPERIKELEN

Gelijke kansen?

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

Een vrouwelijke arts is al gedurende haar gehele studietijd geboeid door de plastische chirurgie en wil zich hierin specialiseren. De specialisatie is opgebouwd uit drie jaar opleiding algemene chirurgie en daarna drie jaar opleiding plastische chirurgie.

Zij vindt zonder veel moeilijkheden een toegang tot de opleiding plastische chirurgie. De sollicitatie voor algemene chirurgie levert echter onoverkomelijke problemen op. Eénmaal ontvangt zij schriftelijk het antwoord dat het desbetreffende opleidingsziekenhuis voor chirurgie geen vrouwen aanneemt. Meestal wordt zij wél uitgenodigd voor een sollicitatiegesprek; deze gesprekken kenmerken zich door een gebrek aan interesse voor de plannen van de sollicitante. Eén keer wordt zij ontvangen met de uitroep: 'Nee juffrouw, wilt u chirurgie doen?' Meestal wordt zij afgewezen onder het motto dat er gezocht wordt naar een kandidaat met andere chirurgische toekomstplannen dan plastische chirurgie. Wij vragen ons dan af hoe mannelijke plastische chirurgen in Nederland hun opleiding realiseren – de éne vrouwelijke plastische chirurg in Nederland heeft trouwens haar opleiding deels in Engeland genoten. Zou een dergelijk argument speciaal bij vrouwelijke sollicitanten worden gehanteerd?

Hoe en wanneer krijgen vrouwen gelijke kansen als mannen om in Nederland plastisch chirurg te worden?

Medisch tuchtrecht

Dit jaar bestaat de Medische Tuchtwet (Wet van 2 juli 1928, Staatsblad 222) 50 jaar. De redactie van Medisch Contact heeft besloten in een serie artikelen bij dit 50-jarig bestaan van de wet stil te staan. De vraag zou kunnen rijzen, of dit stilstaan moet worden gezien als een uiting van waardering voor deze wet dan wel meer gaat in de richting van een omzien in wrok.

Omzien in wrok?

Een feit is dat de wet reeds bij haar totstandkoming niet met groot enthousiasme werd ontvangen. Zij is toen wel aangeduid als 'een merkwaardig produkt van wetgevend onvermogen', als een 'juridisch ongeluk' en als 'een kind met een vergroeide ruggegraat'. Desalniettemin is deze wet met het bijbehorende Reglement Medisch Tuchtrecht – behoudens enige wijzigingen op min of meer ondergeschikte punten, waarvan de belangrijkste pas in 1972 plaatsvonden – in stand gebleven en heeft de praktijk daarmee moeten werken. Naar mijn mening is dat, ondanks de aan wet en reglement klevende onvolkomenheden, zeer redelijk gelukt. Het is uiteraard niet te bewijzen, doch ik heb de stellige overtuiging dat deze wettelijke tuchtrechtspraak een zeer belangrijke *generaal-preventieve werking* heeft gehad, en nog heeft, en dat onder deze wet opgelegde maatregelen hun uitwerking niet hebben gemist, hetgeen evident het geval is in de, gelukkig zeer zeldzame, gevallen van ontzegging van de bevoegdheid geneeskunst uit te oefenen. Het is voorts goed dat het publiek de

door **Mr. H. P. Utermark**



De auteur, advocaat te Den Haag, is sinds 1971 secretaris van het Medisch Tuchtcollege in die stad.

gelegenheid heeft gehad klachten aan de Medische Tuchtcolleges voor te leggen.

Een feit is ook dat het medisch tuchtrecht heden ten dage, wellicht in toenemende mate, aan kritiek onderhevig is. Op zichzelf is dat niet zo schokkend, nu er tegenwoordig weinig in onze samenleving is dat niet aan vaak heftige kritiek is onderworpen. Ook de normale rechtspraak, zowel in burgerlijke zaken als in strafzaken, staat aan kritiek bloot. Kritiek op iedere vorm van rechtspraak kan, althans ten dele, ook verklaard worden uit de omstandigheid dat vrijwel iedere procedure noodzakelijkerwijze niet in korte tijd kan worden afgewikkeld alsmede uit de omstandigheid dat in de regel steeds één partij in het ongelijk wordt gesteld.

Een extra verklaring voor de kritiek op het functioneren van het Medisch Tuchtcollege is ongetwijfeld dat dit functioneren zich, althans voor het overgrote deel, niet in het openbaar

afspeelt en zich daardoor aan de waarneming van niet-belanghebbenden onttrekt. (De enige die het werk van alle Tuchtcolleges wel, althans voor een belangrijk deel, kan beoordelen, nu hij afschrift van alle beslissingen van de Medische Tuchtcolleges ontvangt, te weten de Geneeskundig Hoofdinspecteur, heeft in een recent jaarverslag overigens opgemerkt dat men bij lezing der uitspraken onder de indruk komt van de gedegen wijze waarop de tuchtzaken worden voorbereid alsmede van de moeite en inspanning die de colleges zich getroosten om tot een verantwoorde uitspraak te komen.)

Opvallend is voorts dat de kritiek afkomstig is van beide tegenpolen in de tuchtrechtspraak, zowel van het publiek als van de artsen. Een deel van het publiek lijkt de stellige, en vermoedelijk onuitroeibare, overtuiging te hebben dat de leden-geneeskundigen van de colleges hun collega's de hand boven het hoofd houden, zodat dat het hoge percentage afgewezen klachten verklaart. In het kamp der artsen wordt daarentegen gesteld, dat de colleges te spaarzaam gebruik maken van de mogelijkheid om klachten op grond van artikel 10 van de wet als kennelijk ongegrond of als van onbeduidende aard zonder nader onderzoek af te wijzen alsmede dat de leden-geneeskundigen te streng over hun collega's oordelen doordat zij te hoge normen aanleggen. Het moge duidelijk zijn dat deze – tegengestelde – kritiek van beide tegenpolen nimmer kan worden weggenomen. Deze kritiek uit beide kampen vormt een aanwijzing, dat de colleges in het algemeen *het juiste midden* houden tussen de belangen

van klagers en die van de personen over wie geklaagd wordt. In zoverre is het wellicht zelfs goed dat deze kritiek uit beide kampen bestaat.

Tegengestelde kritiek

Een belangrijk deel van de kritiek tegen het huidige functioneren van de Medische Tuchtcolleges richt zich tegen de omstandigheid dat van de steeds toenemende hoeveelheid klachten slechts een betrekkelijk gering percentage gegrond wordt bevonden. Het publiek ziet daarin een bevestiging, dat de colleges de personen over wie wordt geklaagd de hand boven het hoofd houden en de artsen klagen over een gebrek aan bescherming tegen al deze ongegronde klachten en stellen, als gezegd, dat de colleges meer klachten als kennelijk ongegrond zouden behoren af te doen. Zoals hiervoor reeds is opgemerkt, kunnen de colleges deze tegengestelde kritiek onder de huidige wetgeving niet wegnemen. Immers, indien de colleges nog meer tijd zouden besteden aan het onderzoek van klachten en meer klachten ter zitting zouden behandelen in plaats van in raadkamer zonder oproep van partijen, zou de kritiek van de zijde van de artsen toenemen; indien de colleges gevolg zouden geven aan het standpunt van de artsen, dat meer nog dan thans reeds geschiedt gebruik zou moeten worden gemaakt van de mogelijkheid klachten zonder nader onderzoek als kennelijk ongegrond of als van onbeduidende aard af te wijzen, dan zou de kritiek vanuit het publiek toenemen en zou met nog meer nadruk worden gesteld dat de colleges de artsen zozeer de hand boven het hoofd houden dat klachten niet eens behoorlijk worden onderzocht.

Voorts dient voor ogen te worden gehouden, dat een klacht volgens de bedoeling van de wetgever en het standpunt van het Centraal Medisch Tuchtcollege slechts dan zonder nader onderzoek en derhalve zonder behandeling ter zitting met oproep van partijen, mag worden afgewezen indien de in de klacht gestelde feiten – ook indien juist – geen handelen als bedoeld in artikel 1 van de Medische Tuchtwet kunnen opleveren en derhalve de klacht ook niet tot het opleggen van een maatregel zou kunnen leiden. Deze situatie doet zich slechts zelden voor. Terecht is dan

ook door Sanders, De Praktijk van het Medische Tuchtrecht, opgemerkt, dat in dit standpunt bijna iedere klager kan rekenen op een volledige behandeling. Desalniettemin laat de praktijk zien dat de colleges, mede door de steeds toenemende hoeveelheid klachten, in ruimere mate gebruik zijn gaan maken van de mogelijkheid om klachten zonder behandeling ter zitting als kennelijk ongegrond af te wijzen.

Oorzaken afwijzing

Van de oorzaken van het hoge percentage uiteindelijk afgewezen klachten (slechts circa 10 à 15% wordt gegrond bevonden) zou ik er, in willekeurige volgorde, enkele willen noemen.

In de eerste plaats kunnen de meeste mensen het medisch handelen onvoldoende beoordelen. Indien een patiënt overlijdt of een behandeling niet het verwachte resultaat heeft gehad, wordt nog wel eens aangenomen dat de arts 'dus' een fout heeft gemaakt. Soms wordt de klacht ingediend om het college te laten onderzoeken of een fout is gemaakt.

In de tweede plaats spelen contacten tussen de patiënt en de arts zich vaak buiten tegenwoordigheid van derden af. Het is niet uitgesloten dat een deel van de afgewezen klachten in feite niet ongegrond was, doch dat de klacht moest stranden op het feit dat de klacht tegenover de ontkenning van de persoon over wie werd geklaagd niet aannemelijk kon worden gemaakt.

In de derde plaats heeft een de laatste tijd steeds toenemend aantal klachten betrekking op beslissingen van controlerende artsen, in de praktijk steeds arbeidsgeschiktheitsverklaringen. Deze klachten hebben slechts zelden succes, nu het niet tot de taak van de colleges behoort na te gaan of de beslissing juist was (welk oordeel aan de Raden van Beroep is voorbehouden); zij zullen dienen te volstaan met een marginale toetsing, in die zin dat in het algemeen slechts dient te worden nagegaan of de persoon over wie is geklaagd in redelijkheid tot zijn beslissing heeft kunnen komen.

In de vierde plaats komt wel eens

voor, dat de bij de klager bestaande grieven niet ongegrond waren doch de klacht tegen de verkeerde persoon is gericht.

In de vijfde plaats vinden de colleges menig gestoorde en querulant op hun pad. Ook hun klachten dienen echter te worden onderzocht, nu niet uitgesloten is dat zo iemand een geponde klacht kan hebben.

Overigens kan niet zonder meer worden geoordeeld dat alle afgewezen klachten slechts nodeloos werk en tijdverlies zouden betekenen. De klager die door het antwoord op zijn klacht kennis heeft gekregen van de visie van de persoon over wie hij heeft geklaagd kan daardoor tevreden zijn gesteld, althans begrip voor die visie hebben gekregen. Het komt nogal eens voor dat een klacht na kennisname van het antwoord wordt ingetrokken, in welke gevallen de behandeling zeker nuttig is geweest. Een klager die door het college heeft willen laten onderzoeken of een fout is gemaakt kan geheel tevreden zijn gesteld indien het college tot het oordeel komt dat er geen fout is gemaakt, ook al leidt dat oordeel er toe dat zijn klacht wordt afgewezen (dit is overigens alleen mogelijk als het college de zaak behoorlijk onderzoekt en de klacht niet zonder deugdelijk onderzoek als kennelijk ongegrond afwijst!)

Ondanks het voorgaande plaatst de jaarlijks toenemende stroom klachten de colleges voor ernstige problemen. Aangezien een groot deel van de klachten ongegrond blijkt te zijn, rijst de vraag of een 'zeef' zou kunnen worden ingebouwd ten einde de personen over wie wordt geklaagd een tuchtrechtelijke behandeling te besparen en de Medische Tuchtcolleges in staat te stellen hun aandacht te geven aan zaken die die aandacht werkelijk behoeven. De Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening, bekend als de *commissie-De Vreeze*, is om die redenen gekomen met het voorstel een klachtrecht uitsluitend toe te kennen aan de Inspecteur van de Volksgezondheid. In de visie van deze commissie zouden klagers zich tot de Inspecteur van de Volksgezondheid dienen te wenden en zou deze, na onderzoek, dienen te beslissen of aanleiding bestaat een klacht bij een Medisch Tuchtcollege in te dienen. Dit systeem biedt naast duidelijke voordelen tevens het nadeel dat aan

het publiek het recht wordt ontnomen zichzelf, zonder inmenging van derden, tot de (tucht)rechter te wenden. Naar mijn mening zou het aanbeveling verdienen het klachtrecht in zijn huidige vorm wel te handhaven, doch te bepalen dat colleges bevoegd zijn om de desbetreffende inspecteur te verzoeken een onderzoek in te stellen en advies uit te brengen en tevens de bevoegdheid krijgen een klacht op grond van het advies van de inspecteur zonder nader onderzoek, en dus zonder behandeling ter zitting met oproep van partijen, als kennelijk ongegrond af te wijzen.

Werkwijze

Ik meen er goed aan te doen dit artikel af te ronden met een – korte – schets van de werkwijze van de Medische Tuchtcolleges, aangezien daaromtrent weinig of niets is gepubliceerd en daarover veel onwetendheid blijkt te bestaan.

Klachten dienen schriftelijk te worden ingediend en dienen de feiten en gronden waarop zij berusten te bevatten. De secretaris tekent de dag van ontvangst op het klaagschrift aan en doet het stuk onverwijld aan de voorzitter, in de praktijk thans steeds een lid van de rechterlijke macht, toekomen. Indien de klacht onvolledig is, wordt de klager in de gelegenheid gesteld de klacht aan te vullen. Blijft de klager hiermede in gebreke, dan kan het college de klacht als niet voor behandeling vatbaar terzijde stellen. De klager blijft dan echter bevoegd op grond van dezelfde feiten een nieuwe klacht in te dienen.

Naar aanleiding van alle voor behandeling vatbare klachten dient de voorzitter een *voorlopig onderzoek* in te stellen. In de praktijk wordt vrijwel steeds aan de persoon over wie geklaagd is, onder toezending van een afschrift van de klacht, verzocht op de klacht te antwoorden. De persoon over wie wordt geklaagd dient zich te realiseren dat dit antwoord naar de klager zal worden gezonden of althans voor hem ter inzage zal zijn. Na ontvangst van het antwoord beoordeelt de voorzitter of het voorlopig onderzoek daarmee kan worden afgesloten dan wel het vooronderzoek nog verder moet worden uitgebreid, eventueel door het opvragen van bescheiden of het

inwinnen van inlichtingen bij derden. Het college te 's-Gravenhage pleegt in vele zaken te laten re- en dupliceren, hetgeen praktisch is, aangezien daardoor vaak meer klaarheid over de feiten ontstaat en ter zitting minder over de feiten behoeft te worden gedebatteerd (terwijl dit er ook toe leidt dat de klager spoedig de visie van de persoon over wie geklaagd wordt leert kennen, hetgeen bovendien herhaaldelijk tot intrekking van de klacht leidt).

Na afsluiting van het vooronderzoek bepaalt de voorzitter of de zaak in raadkamer, derhalve zonder oproep van partijen, kan worden behandeld dan wel ter zitting dient te worden behandeld. Zoals hiervoor reeds is opgemerkt, kan *behandeling in raadkamer* in beginsel slechts geschieden indien de in de klacht gestelde feiten, ook indien juist, geen handelen in strijd met artikel I van de Medische Tuchtwet kunnen opleveren. Als regel dient derhalve de *behandeling ter zitting*, met oproep van klager en de persoon over wie geklaagd is, plaats te vinden. In de oproep voor de zitting wordt de samenstelling van het college vermeld, terwijl tevens melding wordt gemaakt van het feit dat de stukken waarvan het college kennis neemt ter inzage liggen. (Het is praktisch, niet zonder meer van deze inzagemogelijkheid gebruik te maken doch eerst bij de secretaris te informeren of er nog onbekende stukken zijn, nu de persoon over wie geklaagd is veelal alle stukken in afschrift heeft ontvangen.) De persoon over wie geklaagd is, is niet verplicht ter zitting te verschijnen (zulks tenzij het college van oordeel is dat een klacht niet buiten zijn tegenwoordigheid kan worden behandeld en zijn verschijning heeft

gelast). Het is echter veelal wel gewenst dat de persoon over wie geklaagd wordt aan de oproep gevolg geeft, aangezien de behandeling buiten tegenwoordigheid van de persoon over wie geklaagd wordt veelal een weinig bevredigend verloop heeft en dan ook veelal tot een aanhouding van de behandeling pleegt te leiden. Over het algemeen plegen de personen over wie wordt geklaagd te verschijnen. Zowel de persoon over wie geklaagd wordt als de klager hebben het recht getuigen en/of deskundigen ter zitting mede te brengen, mits dat uiterlijk drie dagen voor de zitting wordt medegedeeld. Zowel de persoon over wie wordt geklaagd als de klager kunnen zich, zowel tijdens het vooronderzoek als ter zitting, door een advocaat laten bijstaan. Van deze bevoegdheid wordt slechts in een betrekkelijk gering percentage van de zaken gebruik gemaakt.

De zitting verloopt betrekkelijk informeel. Beide partijen hebben de gelegenheid hun standpunt nader toe te lichten. Herhaling van het in de stukken gestelde is overbodig, aangezien de stukken volledig aan de leden van het college bekend zijn. De persoon over wie geklaagd is, heeft het laatste woord.

Het college beraadslaagt terstond na de zitting. Nadien dienen de bewoordingen van de *beslissing* door het college te worden vastgesteld. De beslissing, die binnen drie weken na de zitting dient te worden gegeven, is met redenen omkleed. De klager en de persoon over wie is geklaagd ontvangen een afschrift van de beslissing. Op deze beslissing is vermeld of, en zo ja voor wie, hoger beroep openstaat en hoe dit dient te worden ingesteld.

Klacht over vermeende fout bij operatie ongegrond

Bij klaagster werd in augustus 1973 een stijgbeugeloperatie aan het rechteroor verricht (stapedectomie met interpositie) wegens otosclerose. De beoogde verbetering van het gehoor trad na circa vier maanden in. Ongeveer een maand na de operatie ondervond klaagster een prikkeling in de mond welke aanvankelijk vergezeld ging van een afscheiding van een meer dan normale hoeveelheid speeksel in de mond en kort nadien overging in een voortdurende aanwezige zoutsmaak in de mond. Klaagster verweet de beklaagde keel-, neus- en oorarts tijdens de operatie een fout te hebben gemaakt als gevolg waarvan de zoutsmaak was ontstaan.

Uit het operatieverslag bleek niet of bij de onderhavige operatie de chorda tympani al dan niet was doorsneden of opzijgelegd.

Volgens een door klaagster geconsulteerde hoogleraar in de keel-, neus- en oorheelkunde moest het bijzonder onwaarschijnlijk worden geacht dat de bij klaagster bestaande klachten veroorzaakt zouden kunnen zijn door een kwetsing, rekking of doorsnijding van de chorda tympani bij een operatie als de onderhavige, omdat een dergelijk klachtenpatroon naar aanleiding van een dergelijk letsel hem onbekend was.

De Districtsraad was van oordeel dat de beklaagde arts redelijk en normaal voorzichtig had gehandeld, dat de voor klaagster resterende klachten medisch in geen enkel opzicht waren te verklaren, omdat zodanige klachten na een operatie zoals door klaagster ondergaan nimmer voorkomen en ook nimmer eerder zijn voorgekomen. In beroep trok klaagster in twijfel dat klachten als de hare nimmer een gevolg zouden kunnen zijn van een

operatie zoals zij had ondergaan, terwijl zij zulks, zelfs indien geen verband zou bestaan tussen haar klachten en de operatie welke zij had ondergaan, onvoldoende bewijs achtte dat bij het verrichten van de operatie door beklaagde fouten waren gemaakt, waarbij zij met name wees op mogelijke kwetsing of doorsnijding van de chorda tympani.

De Raad van Beroep won ambtshalve het advies in van een tweede hoogleraar in de keel-, neus- en oorheelkunde, wiens advies luidde: Bij bijna iedere stapedectomie met interpositie wegens otosclerose wordt de chorda tympani opzij gelegd of zelfs wel doorsneden om op die wijze het operatiegebied in de ovale vensternis goed te kunnen overzien. Het komt dan ook nog al eens voor dat deze patiënten klagen over verlies van smaak in het voorste deel van de zelfde zijde van de tong als de operatie. Meestal gaat dit spoedig over maar een enkele keer – en dit vooral indien de chorda alleen maar wat gerekt is – ontstaat weer functie die echter tot dysgeusie kan leiden, het proeven van een nare smaak. In de meeste gevallen, gaat die ook weer spontaan voorbij maar een doodenkele keer, bij daarvoor gevoelige mensen, blijft subjectief een dysgeusie over.

Het is niet geheel uitgesloten dat de subjectieve smaakstoornis van deze vrouw het gevolg is van de operatie, een zeldzaam gevolg overigens. Voor een stapedectomie moet vrijwel altijd de chorda tympani opzij worden gelegd.

Het aanwezig zijn van dysgeusie – indien die het gevolg is van de operatie – bewijst dat de operatie op dit punt met zorg is verricht, de chorda

tympani moet hiervoor immers nog intact zijn.

De Raad overwoog dat, gezien de opvatting van de door de Raad ambtshalve geconsulteerde hoogleraar, het bij de huidige stand van de medische wetenschap voor waarschijnlijk moet worden gehouden dat klachten omtrent een zoutsmaak in de mond een gevolg kunnen zijn van rekking van de in het middenoor gelegen smaakzenuw bij een stijgbeugeloperatie van het oor wegens otosclerose, zodat de overwegingen van de Districtsraad in zoverre onjuist waren en onderzocht hadden moeten worden of bij een operatie als de onderhavige, rekking en/of beschadiging van de chorda tympani vermeden had kunnen worden of behoren te worden.

De Raad nam aan dat in het onderhavige geval de chorda tympani inderdaad opzij was gelegd, maar was van oordeel dat de beklaagde daarvan geen verwijt kon worden gemaakt omdat zulks een algemeen noodzakelijk geachte en medisch gezien juiste handeling is terwijl het ontstaan van beschadiging en/of rekking als gevolg van het opzij leggen onvermijdelijk en dus niet verwijtbaar is.

Een en ander leidde de Raad tot de slotsom dat de onderhavige operatie op verantwoorde wijze en overeenkomstig de regels der kunst werd verricht, nu de gewraakte handeling geenszins als een kunstfout van beklaagde kon worden aangemerkt en ook overigens niet gebleken was dat bij de operatie fouten of verzuimen waren gemaakt. Het beroep werd ongegrond verklaard en de uitspraak van de Districtsraad werd bevestigd onder verbetering en aanvulling der gronden.

Menselijke subjectiviteit in de geneeskunde

Over reductionisme en antireductionisme

Het reductionisme en holisme met betrekking tot de menselijke subjectiviteit kan worden gezien als een inhoudelijke concretisering van het reductionisme en holisme in ruime zin. Het reductionisme in ruime zin is de neiging of opzet bepaalde eigenschappen of aspecten van een object of proces buiten beschouwing te laten. Het antireductionisme ('holisme' kan beter tegenover het elementarisme worden gesteld) is de poging zo veel mogelijk aspecten van een object of proces in de beschouwing te betrekken. Beide stellingnames zijn alleen met betrekking tot elkaar te definiëren. In concrete gevallen kan onderzocht worden welke kijk meer en welke minder reductionistisch is.

De term 'subject' heeft in de filosofie, de wetenschap en het dagelijks leven vele betekenissen. Hier gaan we uit van enkele algemene ideeën over subjectiviteit, die verderop enigszins zullen worden gespecificeerd. In het bewuste kenproces is er een ik, als kenner te onderscheiden van het niet-ik dat gekend wordt. Het ik richt zich in het kennen, maar ook in het handelen, op een object als 'Gegenstand'. Als subject kan het ik eigenschappen van het object vaststellen, er uitspraken over doen, het misschien veranderen. Op dit model is nogal wat kritiek geleverd; in de existentiële fenomenologie bijvoorbeeld heeft men een veel ruimere subjectopvatting, het subject betreft hier de hele existentie, de persoonlijk geleefde zijnswijze, het eigene.

Hieronder willen we eerst vooral kijken naar het objectkarakter van de mens, zoals dat naar voren komt in het rationalistische model van de subject-object scheiding. Daarna zal

door **Drs. D. Tiemersma**



De heer Tiemersma werkt vanuit de Centrale Interfaculteit van de Erasmus Universiteit te Rotterdam aan een uitbouw van de filosofie in verband met de geneeskunde binnen de medische faculteit.

speciaal het subjectkarakter van de mens aan bod komen, vooral daar waar een doorbreking van het dualisme wordt gevonden.

Het objectkarakter van de mens, scheiding tussen subject en object

a. In de medische wetenschap
Wanneer een arts of specialist een patiënt onderzoekt gaat het hem om het vaststellen van een feitelijke situatie. Hij gaat uit van het idee dat er een feitelijk bestaande, objectieve realiteit is, die hij met of zonder instrumenten kan leren kennen. In het fysiologisch onderzoek wil men bijvoorbeeld tot vaststelling komen van het suikergehalte in het bloed of de aanwezigheid van een enzym. De feitelijke situatie is voor de meeste medische onderzoekers de fysisch-chemische en biologische situatie; de ander als sociaal wezen en als vrij en verantwoordelijk persoon

wordt bij het wetenschappelijk kennen meestal niet betrokken. Er vindt dus niet alleen een reductie plaats betreffende het organisatieniveau maar ook betreffende de menselijke subjectiviteit.

Ook aan de kant van de onderzoeker wordt het persoonlijke zoveel mogelijk uit het kennen en de kennis verwijderd. De wetenschappelijke kennis moet niet persoonsgebonden zijn, juist omdat het om een feitelijke situatie gaat, die los van de onderzoeker aanwezig is. Voor iedereen die eenzelfde waarnemingsmethode volgt is die situatie vast te stellen. De kennis moet intersubjectief zijn. Om de persoonlijke, subjectieve factoren zoveel mogelijk uit te schakelen maakt men gebruik van een wetenschappelijke methode. De opkomst van de empirische methode (Francis Bacon) en van de deductieve methode (Descartes) maakte de grote wetenschappelijke vooruitgang mogelijk. De intersubjectiviteit van de kennis uit experimenten moet worden gewaarborgd door de opzet. Er moet zo weinig mogelijk ruimte worden gelaten voor subjectieve interpretaties door het gebruik van controlegroepen, statistische technieken e.d. De kwantificering van gegevens helpt verder bij het losmaken van de kennis van het kennende subject. Een ander, heel fundamenteel punt betreft het begripsmatig denken, dat altijd generaliseert. Vaststellingen van feitelijke situaties worden in het denken in contact gebracht met algemene ideeën. In de wetenschap moet men van het unieke, persoonlijke geval overgaan op algemene uitspraken (hypothesen, wetten, modellen, theorieën). In de

diagnosestelling probeert de arts de verschijnselen onder te brengen in een ziekte-categorie. Reitsma (1977) zegt dan ook, dat de dehumanisering een verschijnsel is dat inherent is aan het medisch denken: het denken vindt nu eenmaal plaats in het kader van algemene begrippen en theorieën. De medische wetenschap is dus als empirische wetenschap gericht op zowel concrete objectkennis als op algemene kennis. Betreffende beide soorten kennis wordt het menselijk subject over het algemeen zoveel mogelijk buitengesloten. Dit kan ook niet anders, willen we 'objectieve' kennis verkrijgen.

b. In de medische praktijk

De analyse en het experiment zijn in de eerste plaats gericht op kennis, maar in feite bestaan ze uit handelingen. Er is in deze handelingen dan ook een gerichtheid op objectieve toestanden, in de geneeskunde betreffende de mens. Ook in de meer direct helende praktijk van de geneeskunde gaat het om het beïnvloeden van objectieve situaties. Dit objectgerichte handelen kunnen we vooral daar verwachten waar de invloed van de wetenschap, de wetenschappelijke interesse sterk is. Dit is over het algemeen in ziekenhuizen meer het geval dan in de huisartspraktijk en in academische ziekenhuizen weer meer dan in niet-academische. Door de theoretische achtergrond en interesse zullen specialisten kundiger in hun vakgebied zijn dan huisartsen, maar ze zullen er ook sneller toe geneigd zijn het ziektegeval als verschijnsel een centrale plaats in hun aandacht te geven. Dus ook in een groot deel van de hedendaagse geneeskundige praktijk bestaat er een sterke scheiding tussen subject en object. Deze scheiding maakt een rationeel handelen mogelijk, maar het gevolg is dat de subjectiviteit uit de wereld verdwijnt. De gevaren hiervan worden regelmatig naar voren gebracht, bijvoorbeeld het gevaar van overmedicalisering wanneer de kennis en kunde op zich de centrale plaats krijgt. In verband met de sterk uitgegroeide medische technologie: de technologie kan zo'n belangrijke plaats krijgen dat de patiënt slechts een aanhangsel van het apparaat wordt. In een objectwereld kunnen kennis en kunde (technologie) een eigen leven gaan leiden en doel in zich

zelf worden, waardoor er een ontmenselijking van de wereld ontstaat. Andere dehumaniserende tendensen vinden we daar waar sociale structuren belangrijker worden dan het welbevinden van mensen (zie kritiek op de gezondheidszorg van Ivan Illich) en daar waar mensen een element vormen in het economisch systeem van op winst gerichte produktie en afzet (zie de kritiek op de geneesmiddelenindustrie).

c. Objectivering van het eigen lichaam

Niet alleen het lichaam van een ander kan als object verschijnen, ook het eigen lichaam kan zich verzelfstandigen tot een object. De objectivering van het eigen lichaam kan ontstaan onder invloed van de ander, die je door zijn 'blik' tot een ding maakt (zie Sartre 1943). Een arts kijkt onderzoekend naar het lichaam, luistert en beklopt het en stelt misschien een afwijking vast. Op deze biologische situatie kan men zich helemaal vastgepind voelen door helemaal, klein in het lichaam te zitten. Maar ook kan er een vervreemding ten opzichte van het eigen lichaam ontstaan. Als reflecterend bewustzijn kan de patiënt afstand ten opzichte van het eigen lichaam nemen. Dit is te zien als een ontsnapping uit de objectivering van de onderzoekssituatie: de patiënt levert zich slechts gedeeltelijk uit aan de blik van de ander.

Deze vervreemding ten opzichte van het eigen lichaam kan ook zonder de ander optreden, vooral in het geval van ziekte. Bij functieverlies van lichaamsdelen, bij onlustgevoelens en pijn wordt men zich het lichaam bewust als een instrument dat niet meer goed werkt. Er heeft zich dan een scheiding voltrokken tussen het zelf, het subject, en het lichaam als object. Over een lam heen kan dan in de derde persoon worden gesproken als over 'dat slappe ding daar'. Juist omdat het niet meer is opgenomen in de dagelijkse leef sfeer wordt het een levenloos ding, een object. Van hieruit is het begrijpelijk dat zo'n patiënt een technisch-reductionistische behandeling van het reeds gereduceerde lichaam verwelkomt.

Korte filosofische uitwerking

Steeds ging het in het voorgaande om de relatie tussen subject en object.

Een aspect van deze relatie is het denkend kennen. Het model hiervan biedt Descartes, die met behulp van zijn methode van de twijfel teruggaat tot op het 'cogito' als feitelijke, onbetwifelbare plaats van het zelf-zijn, het ik, dat als helder bewustzijn ondubbelzinnige kennis kan verkrijgen.

In de klassieke wetenschap is dit kenmodel terug te vinden. De wetenschapsman kan als waardevrij toeschouwer, als spiegel, een duidelijk beeld van de enkelvoudige wereld verkrijgen. Dit betekent waarheid: overeenkomst tussen kennis en wereld, 'adequatio mentis et rei'. Dit kenmodel houdt dus ook een dualistische zijsleer (ontologie) in. Deze ontologie is ook te verkrijgen vanuit de klassificatie, het steeds verder ordenen van de mogelijke ervaringsgegevens. Hierbij komen we uit op erg algemene klassen, bijvoorbeeld die van het levende en levenloze. Maar wanneer we verder gaan vinden we de categorieën van het mentale en het materiële, van de 'res cogitans' en de 'res extensa'. In de mens vinden we deze tweedeling als de klassieke tegenstelling tussen lichaam en ziel, in de geneeskunde in ruime zin als de somatische geneeskunde en bepaalde psychologische georiënteerde psychotherapieën. Wat betreft de eigenschappen van de twee zijsgebieden kunnen respectievelijk het privé-zijn en het publiek-zijn worden genoemd en het niet-uitgebreid-zijn en het uitgebreid-zijn. De relatie tussen het somatische en psychische, die toch steeds weer wordt gevonden, probeert men zich toch ook vanuit het dualisme voor te stellen.

Zo komt men tot modellen als die van het psycho-fysisch parallelisme, het interactionisme en de identiteitstheorie. Deze modellen blijven echter in het dualisme steken, omdat ze er van uitgaan. In het cartesianisme van de wetenschappelijke praktijk viel het 'cogito' vrij snel weg, zodat er een reductionistisch monisme overbleef (materialisme, mechanisme, klassiek behaviorisme etc.).

Het subjectkarakter van de mens, doorbreking van het dualisme

a. In het dagelijks leven,

*in de arts-patiëntrelatie,
betreffende het eigen lichaam*

We zagen bij de onderzoekende arts een objectgerichtheid, maar de arts-patiëntrelatie is voor een groot deel gewoon intermenselijk. Op een spreekuur richt de arts zich primair tot een ander mens: 'Goedendag meneer, mevrouw, vertelt U het maar eens'. Ook betreffende de therapie: 'U moet ervoor zorgen dat U driemaal daags na het eten een eetlepel neemt'. We vinden hier dus een gerichtheid op de andere mens als persoon met een eigen leven en eigen verantwoordelijkheid. Hierbij zal de arts ook rekening houden met de specifieke eigenschappen en omstandigheden van de betreffende persoon. Vanuit zijn algemene, theoretische kennis zal de arts tot concrete uitspraken en handelingen komen, die in het directe intermenselijke contact op aangepaste wijze functioneren. De revalidatiegeneeskunde ruimt een grote plaats in voor de verantwoordelijkheid van de patiënt voor zijn eigen revalidatie. Hier maar ook elders in de geneeskunde is men gericht op de somatische, psychische en sociale bestaansinhoud, dit is de existentie.

In de holistische ziektekunde en gezondheidszorg wordt deze holistische persoonsgerichtheid expliciet als uitgangspunt gesteld. Ook in het dagelijks leven zijn de andere mensen geen wetenschappelijk of een te manipuleren object. Nee, we leven samen met mensen die we als persoon met een eigen subjectiviteit, met een eigen zelf, erkennen. We houden rekening met de eigen keuze die anderen kunnen maken wanneer we bijvoorbeeld anderen van onze mening proberen te overtuigen. Wanneer we iets aan de ander vragen verwachten we dat hij ons kan antwoorden. Dat betekent dat hij een voorstelling van onze uitspraken kan maken, deze kan vergelijken met zijn eigen kennis, deze kan beoordelen en dat hij zich kan uitdrukken. Het kunnen antwoorden is dan ook een belangrijk criterium voor subjectiviteit. De mogelijkheid van creatieve antwoorden verwachten we namelijk niet van een orgaan in een fysiologisch onderzoek, maar wel van een ander in een gesprek. Overigens is vaak een half woord genoeg om elkaar te begrijpen: een bepaalde stand van de wenkbrauwen of spanning van de

mondspieren. In het dagelijks leven en zo ook in de arts-patiëntrelatie is er meestal een direct begrip voor elkaar, geen expliciet bewustzijn van tekens die moeten worden ontcijferd maar een direct zien van betekenissen; we leven nu eenmaal in een betekeniswereld. Op dit niveau is er sprake van kunst, ook van geneeskunst in onderscheiding van medische wetenschap.

We zagen al de scheiding tussen het ik en het lichaam in de vervreemding. Deze scheiding is in het dagelijks leven niet of niet vaak aanwezig. Vooral existentieel-fenomenologen, zoals Merleau-Ponty (1945), hebben de nadruk gelegd op het subjectkarakter van het lichaam. Het lichaam is men zich in het dagelijks leven niet of slechts zijdelings bewust. Het is niet een object waarover we nadenken, maar we zijn het zelf. Het lichaam is een geleefd lichaam, een 'corps vécu'. Er staat dus niet een bewustzijn centraal maar, heel praktisch, een kunnen; niet een 'je pense', maar een 'je peux'. Dit geldt ook voor onze voorstellingen: straks doen we dit en daarna dat. Wanneer we spreken of ons op een andere manier uitdrukken, is dit ook op een lichamelijke wijze. We gaan dan niet alle onderdelen van het lichaam manipuleren, stuk voor stuk, maar het lichaam zijn we zelf en datgene wat wordt uitgedrukt zijn we zelf. Bij Freud is er het idee van het onbewuste deel van de persoonlijkheid, dat zich op talloze wijzen, ook pathologisch, kan uitdrukken. Verder vinden we bij Viktor von Weiszäcker (1956) en in de psychosomatische geneeskunde het idee van de directe uitdruktingsrelatie tussen het psychische en het somatische.

b. In de medische wetenschap

In het veld van wetenschappelijk onderzoek kan het persoonlijke, subjectieve karakter van de mens daar naar voren komen waar functioneel wordt gedacht. De functie betreft een structuur die is verwickeld in een proces met een doel dat meestal op een hoger organisatieniveau dan op dat van de betreffende structuur moet worden gezocht (zie bijvoorbeeld de nieren). In het biologisch-functioneel denken is in de hiërarchie van doelen het voortbestaan van het individu en van de soort de laatste term. Betreffende de mens vinden we in de

geneeskunde het goed functioneren in de maatschappij als definitie van gezondheid en als doel van het geneeskundig handelen. Juist op dit laatstgenoemde niveau kan men er niet onderuit subjectieve factoren in de beschouwing te betrekken. Voor de bepaling van gezondheid is de wijze waarop de betreffende persoon zijn situatie interpreteert primair. Ook het begrip 'self-control', dat basaal is in het biofeedback-onderzoek, veronderstelt de persoonlijke interpretatie, normering en beïnvloeding.

De persoonlijke factoren kunnen wetenschappelijk worden onderzocht door middel van psychologische tests. Subjectieve elementen worden hier dus in het veld van onderzoek opgenomen, wat in het mechanistisch, in het behavioristisch en in het strikt fysiologisch denken onmogelijk was. Deze ruime holistische benadering is ook aanwezig in de systeemtheorie. De verschijnselen die betrekking hebben op de hele persoon, ook met subjectieve elementen, worden hierin wetenschappelijk verwerkbaar gemaakt. Een belangrijke vraag is dan of het subject inderdaad in deze theorie kan worden opgenomen. Natuurlijk, de mens is een open systeem in een dynamisch proces, met een eigen activiteit, in een symbolische wereld. Dit zijn kenmerken die Ludwig von Bertalanffy steeds weer heeft benadrukt. Daarom is de 'General System Theory' ook holistisch te noemen in vergelijking met vele vakwetenschappen. Maar toch blijft de menselijke persoon in een systeem-model een element of verzameling elementen in een groter geheel. Het subject-karakter van de mens wordt geobjectiveerd tot een functioneel systeem of sub-systeem in een meer omvattend sociaal systeem. Daarom blijft de systeemtheorie een wetenschappelijke theorie en als zodanig blijft ze in het kennis-dualistische model zitten. Het subject, de directe ervaring komt ook hierin niet direct aan bod. Er is altijd een 'cogito' dat het systeem stelt. Hetzelfde geldt voor andere holistische benaderingen waarin wordt gesproken over vrijheid op hoger organisatieniveau (Weiss 1977). We moeten hierbij beseffen dat er in het wetenschappelijk kader geen doorbraak kan zijn van het

objectivistische schema. Ook variabel, minder goed voorspelbaar gedrag heeft in principe de mogelijkheid te worden opgenomen in het wetenschappelijk stelsel. Een ander punt betreft de invloed van de organisatiecontext op laag organisatieniveau. Fysisch-chemische processen zijn in het organisme opgenomen in het biologische geheel van een organisch leven, in de mens in een bewust leven waarin symbolen belangrijk zijn. We kunnen ons afvragen wat het voor (an)organische structuren betekent dat ze zijn opgenomen in een groter geheel van menselijk leven, bijvoorbeeld: wat is het fysiologisch correlaat van bepaalde verwachtingspatronen bij ziektes? A. N. Whitehead (1959, p. 150) zag dan ook de mogelijkheid van fysische wetten die op moleculair niveau de veranderingen op het niveau van het gehele organisme uitdrukken. In de psychosomatische geneeskunde gaat men uit van het idee dat de psychische situatie de fysiologische situatie beïnvloedt. Het wetenschappelijk onderzoek naar het waarnemen en kennen laat andere kenwijzen zien dan de afstandelijke, dualistische. Vooral vanuit de biologie kwam het idee van de praktijkgebondenheid van het kennen. De 'Merkwelt' en de 'Wirkwelt' blijken vrijwel met elkaar samen te vallen (J. van Uexküll). In het pragmatisme benadrukt men deze verwevenheid van kennis en praktijk en wijst men het rationalistische, dualistische model af. In de psychologie is het een bekend feit dat waarnemingen voor een groot deel worden bepaald door persoonlijke factoren, zoals de gerichtheid. In de kennis die men heeft zitten objectieve (intersubjectieve) en individueel-subjectieve elementen. Vanuit de ontwikkelingspsychologie en de culturele antropologie komt men tot de conclusie dat het dualisme van het ik in de wereld alleen te vinden is bij volwassenen en dan voornamelijk bij volwassenen uit de westerse cultuursfeer; het dualisme is in de meeste andere culturen afwezig of niet zo sterk, terwijl het in het westen het resultaat is van een lange ontwikkeling in de jeugd (zie Ludwig von Bertalanffy 1964). Wanneer subjectieve en objectieve aspecten in het kennen samengaan is er plaats voor andere categorieën dan die van het 'cogito' en de materie. Een

acceptatie van voelen, lijden, empathie, sympathie e.d. geeft de mogelijkheid van een nieuwe ontologie, van een nieuwe filosofische antropologie. Hoewel fenomenologen, dialectici en anderen al erg lang het subjectaspect van het kennen belangrijk vonden, betreft men dit in de meer exacte wetenschapsleer de laatste jaren steeds meer in de beschouwing (Kuhn, Lakatos, Feyerabend). Het wetenschappelijk onderzoek wordt steeds meer gezien als een menselijke activiteit vanuit een bepaald perspectief dat verband houdt met een gerichtheid op een doel, met de interesse. Dit perspectief kan een meer of minder gereduceerd beeld opleveren. Ook vanuit de wetenschapsleer wordt het duidelijk dat de objectwerkelijkheid en de subjectieve zijnswijze erg veel met elkaar te maken hebben. In het kader van de wetenschap die zich op de mens richt, dus ook de geneeskunde, kunnen we nog eens vragen naar de aard van het menselijk subject. Als mens valt de onderzoeker binnen het veld van onderzoek en is hij als zodanig onderzoeksobject. Als onderzoeker valt hij hiermee niet samen, maar de wijze van onderzoek kan ook weer het object worden van wetenschapsbeoefening, enz. In het algemeen geldt dat de mens op steeds hoger plan kan gaan staan om zich steeds meer, ook van zichzelf, bewust te worden. Dit is de fundamentele mogelijkheid van steeds verder doorgevoerde reflectie. Het subject van de reflectie is echter nooit te vangen: 'Ainsi l'être de la connaissance ne peut être mesuré par la connaissance' (Sartre 1943, p. 17). Ook in holistische benaderingen als die van de systeemtheorie ontsnapt het subject steeds opnieuw. Er is altijd een gebied van eigen zijn, de existentie die je niet kunt pakken maar alleen kunt leven. Hoogstens kan men, zoals in de existentiële fenomenologie, van binnenuit de

structuren van deze existentie proberen aan te geven. Van buitenaf kun je alleen een beroep doen op andermans existentie en deze proberen te begrijpen. Dit is het echte holistische aspect van de arts-patiëntrelatie.

Slot

Aan het eind gekomen van onze beschouwing kunnen we de filosofisch-antropologische conclusie trekken dat de mens blijkbaar heel wat mogelijkheden heeft tussen de polen van subjectiviteit en objectiviteit. Hij kan zich volledig object voelen onder de ogen van anderen, maar ook volledig subject, absoluut in de reflectie of meer existentieel in de wereld. Hij kan in een wereld leven waarin geen scheiding aanwezig is tussen zichzelf en de wereld, maar ook kan hij zich er op een grote afstand van voelen. Ook alle plaatsen tussen de polen kan hij bezetten. Welke plaats men op een bepaald tijdstip inneemt hangt af van allerlei factoren, maar in ieder geval van de interesse die men heeft. Vanuit deze visie kan de geneeskunde nog eens worden bekeken. In de concrete situatie van de medische wetenschap en gezondheidszorg kan men de realiseringen van vele subject-objectmogelijkheden tegenkomen. In de wetenschap is er meestal een sterk objectivistische en aspectsgewijze benadering van de mens, vanuit de gerichtheid op de uitbreiding van kennis. Deze benadering is ook aanwezig in de geneeskunige praktijk, wanneer de medicus eenzijdig moet ingrijpen in de situatie waarin de patiënt alleen maar passief is of kan zijn (anesthesie, zwaar letsel e.d.). De lichamelijke situatie maakt hier een subjectbijdrage onmogelijk. In andere gevallen, bijvoorbeeld van acute infectie, is er een grotere samenwerking van arts en patiënt,

NIET ROKEN

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

hoewel de arts aan de patiënt voorschrijft wat hij moet doen. In gevallen van de meeste chronische ziekten is de bijdrage van de patiënt aan de heling nog groter. Th. Szasz en M. H. Hollender (1956) zien deze relatiemogelijkheden respectievelijk als die tussen ouder en kind, tussen ouder en opgroeiend kind en tussen volwassenen. Dus ook in de geneeskunde zijn de vele subject-objectmogelijkheden van de mens terug te vinden. Als mogelijkheid is het object-zijn zeer menselijk, maar het is niet de volledige mens. Wanneer men de waarde ziet van de volledige mens zal men altijd ook achter het zieke lichaam de mens blijven zien, als subject lijdend aan zijn situatie. Dit is ook mogelijk in een situatie waarin het primair om onderzoek gaat. De mens in het

onderzoek kan gereduceerd zijn, maar ter wille van de menselijkheid zal de reductie niet sterker mogen zijn dan nodig is en er zal altijd oog moeten zijn voor het ruimere kader van de relatie tussen medicus en patiënt als volledige mensen. Vanuit het idee van de 'hele' mens, dat aan de basis van de geneeskunde staat, zal een zo sterk mogelijke emancipatie van de patiënt moeten worden verwelkomd.

Literatuur

L. von Bertalanffy (1964) The mind-body problem: a new view. *Psychosom. Medicine* 26, p. 29-45.

M. Merleau Ponty (1945) *Phénoménologie de la Perception*. Paris, Gallimard.

F. E. Reitsma (1977) Generalisatie en

individualisatie in het geneeskundig denken. *Medisch Contact* 32, p. 703-704.

J.-P. Sartre (1943) *L'être et la néant; essai d'ontologie phénoménologique*. Paris, Gallimard.

Th. Szasz and M. H. Hollender (1956) A contribution to the philosophy of medicine. *Arch. Internal Medicine* 97, p. 585-592.

P. Weiss (1977) The system of nature and the nature of systems: empirical holism and practical reductionism harmonized; in: *Toward a man-centered medical science*, K. E. Schaeffer e.a. (eds.), MtKisco, New York, Futura Publ. Co.

V. von Weizsäcker (1956) *Pathosophie*. Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht.

A. N. Whitehead (1959) *Science and the modern world*; Ned. vert. *De natuurwetenschap in de moderne wereld*; Utrecht-Antwerpen, Spectrum.

UNIVERSITAIRE BERICHTEN

Gepromoveerd tot doctor in de geneeskunde:

G. M. Alink, aan de Universiteit van Amsterdam; proefschrift: 'Heart cell preservation by freezing; a cryobiological study'. Promotores: Prof. Dr. J. Th. F. Boeles en Prof. Dr. J. J. van Loghem.

A. P. van den Berg, aan de Erasmus Universiteit Rotterdam; proefschrift: 'Cytochrome P-450-substrate interaction and hepatic drug metabolism in the mouse'. Promotores: Prof. Dr. I. L. Bonta en J. H. P. Wilson.

J. K. Boeijsing, aan de Vrije Universiteit Amsterdam; proefschrift: 'Some aspects of the analgesic glafenine (Glifan[®]). A clinical-pharmacological study'. Promotor: Prof. Dr. C. van der Meer.

R. L. H. Bolhuis, aan de Erasmus Universiteit Rotterdam; proefschrift: 'Cell mediated immunity to carcinoma of the urinary bladder'. Promotor: Prof. Dr. D. van Bakkum.

S. A. Danner, aan de Universiteit van Amsterdam; proefschrift: 'Methuselah's secret; cardiovascular health in the tenth decade. A study of 100 Dutch nonagenarians'. Promotor: Dr. A. J. Dunning.

F. M. J. Debruyne, aan de Katholieke

Universiteit Nijmegen; proefschrift: 'Niertransplantaties, chirurgische, in het bijzonder urologische aspecten'. Promotores: Prof. Dr. W. A. Moonen en Prof. Dr. P. G. A. Wijdeveld.

J. J. Dekker, aan de Erasmus Universiteit Rotterdam; PROEFSCHRIFT: 'Identification of axon terminals and synapses of different fiber systems in the brain. EM autoradiography and EM degeneration techniques compared'. Promotor: Prof. Dr. H. G. J. M. Kuipers.

E. Egberts, aan de Rijksuniversiteit Groningen; proefschrift: 'Aspects of protein synthesis in mengovirus-infected ehrlich ascites tumor cells'. Promotor: Prof. Dr. M. Gruber.

K. P. Eterman, aan de Universiteit van Amsterdam; proefschrift: 'Immunological studies in coeliac disease'. Promotor: Prof. Dr. T. W. E. Felkamp.

J. Festen, aan de Katholieke Universiteit Nijmegen; proefschrift: 'Hypertensie-behandeling met chloorthalidon'. Promotor: Dr. A. van 't Laar.

A. Grevers, aan de Universiteit van Amsterdam; proefschrift: 'Width of attached gingiva and vestibular depth in relation to gingival health'. Promotor: Prof. Dr. L. Coppes.

H. F. W. Hoitsma, aan de Vrije Universiteit Amsterdam; proefschrift: 'De chirurgische behandeling van het adenocarcinoom van het duodeno-pancreas'. Promotor: Prof. Dr. G. den Otter.

R. M. Huisman, aan de Vrije Universiteit Amsterdam; proefschrift: 'Forces in the wall of the left ventricle'. Promotoren: Prof. Dr. A. A. Knoop en Dr. N. Westerhof.

F. H. A. Janszen, aan de Erasmus Universiteit Rotterdam; proefschrift: 'Lutropin regulation of steroidogenesis and specific protein synthesis in rat Leydig Cells'. Promotor: Dr. B. A. Cooke.

A. Kijlstra, aan de Rijksuniversiteit Leiden; proefschrift: 'Fate of circulating immune complexes and immune aggregates'. Promotor: Dr. L. A. van Es.

F. L. E. Lecluse, aan de Erasmus Universiteit Rotterdam; proefschrift: 'Elektroglottografie'. Promotor: prof. dr. W. H. Struben.

P. C. Makkes, aan de Universiteit van Amsterdam; proefschrift: 'Responses of the living organism to dead and fixed dead enclosed tissue'. Promotor: Prof. Dr. A. van den Hooff.

Teer- en nicotinegehalte in sigaretten

In het kader van het onderzoek van de op de Nederlandse markt verkochte sigaretten op hun teer- en nicotinegehalte, is thans door TNO voor de derde maal een rapport over de situatie, zoals die bij bemonstering in oktober 1977 was, aan de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne uitgebracht. Het onderzoek werd uitgevoerd volgens de Nederlandse norm. De resultaten worden weergegeven als teergehalte in mg/sigaret en nicotinegehalte in mg/sigaret. In afwijking van de vorige rapporteringen is thans het echte teergehalte weergegeven; dat

wil zeggen dat het volgens de norm bepaalde droogcondensaatgehalte met het nicotinegehalte is verminderd om tot het teergehalte te komen.

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat geleidelijk aan meer merken met een laag tot zeer laag teergehalte op de markt worden gebracht; deze ontwikkeling heeft zich ook nog voorgedaan na het tijdstip van bemonstering (oktober 1977). Met deze laatste ontwikkeling kon echter bij de rapportering geen rekening worden gehouden. Voor het overige wijkt dit

onderzoek niet af van het vorige. De gegevens zijn opnieuw naar oplopend teergehalte gerangschikt; daarnaast wordt het nicotinegehalte apart aangegeven. Het advies blijft: Probeer het roken na te laten; lukt dat niet, rook dan minder; er zijn gronden om aan te nemen dat sigaretten met lager teer- en nicotinegehalte minder schadelijk zijn voor uw gezondheid. N.B. De lijst is op aanvraag voor belangstellenden verkrijgbaar bij het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, tel. 070-20 92 60, tst. 2093.

merknaam	fil- ter	teer in mg per sigaret	nico- tine in mg per sigaret
Peter Stuyvesant ultra mild	+	.7	.06
Roxy Dual no. 1	+	.7	.07
Auslese extrém leicht ...	+	1.8	.13
Rembrandt multivent filter	+	2.0	.18
Everest mild	+	2.4	.26
Peter Stuyvesant menthol	+	3.2	.30
Roxy Dual extra light	+	3.5	.23
Kelly halvaret menthol filter	+	3.6	.31
Flair dubbel filter	+	3.9	.41
Gladstone ultra mild	+	4.9	.54
Tivoli light	+	5.1	.28
Kelly halvaret KS-filter	+	5.1	.39
Peter Stuyvesant extra mild	+	5.5	.43
Columbus KS-filter	+	6.2	.39
Atika extra leicht	+	6.5	.50
SL Superior light filter	+	6.6	.54
Roxy Dual filter menthol	+	6.7	.35
Boule d'Or ultra light filter	+	6.8	.63
Everest filter	+	6.9	.40
Everest menthol filter	+	7.0	.37
St. John Denver KS-filter	+	7.2	.48
Roxy Dual filter	+	7.9	.54
Milde Sorte super extra mild	+	8.3	.38
Pall Mall export golden mild filter	+	8.7	.48
Caballero light KS-filter	+	8.7	.63
Merit filter	+	9.1	.64
Cambridge KS-triple filter	+	9.3	.58
Tivoli Super KS-very mild filter	+	9.4	.76
Alaska KS-filter	+	9.7	.63
Pall Mall extra long filter	+	10.0	.82
Cambridge menthol KS-triple filter	+	10.0	.67
Reemtsma R6 extra-leicht	+	10.0	.62

merknaam	fil- ter	teer in mg per sigaret	nico- tine in mg per sigaret
Roxy Dual International	+	10.5	.62
Golden Fiction extra mild	+	11.0	.85
Silk Cut	+	11.0	1.05
Prince de Monaco KS-filter	+	11.0	.87
Lord extra	+	11.5	.58
Tivoli menthol fresh	+	11.5	.80
Eve filter	+	11.5	.86
Tivoli very mild	+	11.5	.85
Stella mild filters	+	11.5	.95
Eve menthol filter	+	11.5	.85
Gitanes Bout filtre	+	11.5	.83
Belinda KS-menthol filter	+	12.0	.79
Reynolds no. 1	-	12.0	.71
Belinda filter KS	+	12.5	.78
Dunhill International menthol filter	+	12.5	1.00
Clyde filter	+	12.5	.84
Kent Crush-proof box ..	+	12.5	.79
Lux Filter	+	13.0	.78
St. Moritz gold band menthol filter l. length ...	+	13.0	.91
St. Moritz 120's filter superlength	+	13.0	1.08
Krone filter	+	13.5	.62
Belinda super KS-filter menthol	+	13.5	.96
Belinda super KS-filter Rival filter	+	14.0	.96
Gauloises caporal filter Consulate menthol KS-filter	+	14.0	.87
Ernte 23 filter	+	14.0	.80
St. Moritz 120's superlength menthol	+	14.5	1.10
Craven 'A' filter KS	+	14.5	1.03
Caballero KS-filter	+	14.5	1.24
Muratti Ambassador Multifilter	+	14.5	.79
Runner KS-filter	+	14.5	.69
Roth-Haendle filter	+	15.0	.88
Mercedes activated charcoal filter	+	15.0	.79
Dunhill KS-filter	+	15.0	1.05
Runner KS-menthol filter	+	15.0	.76
Bastos KS-filter	+	15.0	1.07
Peter Stuyvesant filter	+	15.0	1.00

merknaam	fil- ter	teer in mg per sigaret	nico- tine in mg per sigaret
Lark filter	+	15.5	1.05
Kim KS-filter	+	15.5	.76
North State KS-filter	+	15.5	.92
Roxy special 25	-	16.0	.71
Roxy	-	16.0	.69
Mantano filter KS	+	16.0	1.08
HB Crown filter	+	16.0	.90
Lucky Strike flavor flo filter	+	16.0	1.10
Golden American filter ..	+	16.5	.91
Alaska menthol	+	16.5	1.00
Kent KS	+	16.5	.88
Winston filter	+	16.5	.89
Full Speed	-	16.5	.95
Reyno menthol fresh filter	+	16.5	.91
Camel filter	+	16.5	1.15
Pall Mall export filter	+	17.0	1.03
Philip Morris filter KS ..	+	17.0	.82
El Paso filter blend	+	17.0	1.29
Twiggy KS-filter	+	17.0	1.03
Arizona slim filter	+	17.0	.88
Mantano superlongs filter	+	17.0	.98
Rothmans KS-filter tipped	+	17.0	1.03
Gold Dollar KS-filter	+	17.0	1.07
Chesterfield filter	+	17.0	1.33
Gladstone mild	+	17.0	1.23
King's Cross	-	17.5	1.06
Lexington filter	+	17.5	.93
Rothmans International ..	+	17.5	1.31
Pall Mall International ..	+	17.5	1.02
Philip Morris International	+	17.5	1.12
L & M filter	+	17.5	1.16
Mantano	-	17.5	1.08
Gladstone mild menthol	+	17.5	1.20
Gauloises caporal	-	17.5	1.07
Winfield KS-filter	+	17.5	1.01
Arizona slim menthol filter	+	18.0	1.03
Chesterfield International-filter	+	18.0	1.55
Gold Coast filter KS	+	18.0	.99
Craven 'A'	-	18.0	1.17
Pall Mall filter	+	18.5	1.04
Pall Mall export menthol filter	+	18.5	1.17

vervolg van vorige blz.

merknaam	filter	teer in mg per sigaret	nico- tine in mg per sigaret
Newport menthol			
kings	+	18.5	1.00
Time 120 mm	+	18.5	1.09
Santos Dumont super- length menthol	+	18.5	1.37
Winfield	-	18.5	1.13
Benson & Hedges			
special filter	+	18.5	1.40
Lex 25	-	19.0	1.05
Camel	-	19.0	1.29
Peter Stuyvesant			
filter luxury length	+	19.0	1.24
Old Mac	-	19.0	1.07
North State	-	19.0	1.09
Gitanes	-	19.0	1.06
Dr. Dushkind	-	19.0	1.05
Miss Blanche filter	+	19.0	1.13
Marlboro filter	+	19.5	1.10
Columbus filter	+	19.5	.86
Miss Blanche	-	19.5	1.19
Pall Mall export			
plain	-	19.5	1.06
Santos Dumont			
superlength	+	19.5	1.58
Dunhill international			
filter	+	19.5	1.24
Philip Morris	-	19.5	1.18
Lucky Strike	-	20.0	1.10
Hunter KS	-	20.0	1.08
Kool Filter KS-mild			
menthol	+	20.0	1.40
Rival	-	20.5	1.50
Golden Fiction	-	20.5	1.49
Kent deluxe length	+	20.5	1.00
St. Michel filter	+	20.5	1.08
St. Moritz gold band			
filters luxury			
length	+	20.5	1.16
Runner KS-plain	-	20.5	.91
Bastos legeres	-	20.5	1.25
Time menthol 120 mm	+	21.0	1.12
Chief Whip	-	21.0	1.17
Belga filter	+	21.0	1.59
Belga legere	-	21.0	1.50
Lexington	-	21.5	1.32
Chesterfield	-	21.5	1.34
Gladstone KS	-	21.5	1.31
Columbus plain	-	21.5	.95
Caballero	-	22.0	1.54
Laurens 10	-	22.0	1.45
Bastos Havane	-	22.0	1.24
Wings KS	-	22.0	1.37
Bond Street	-	22.0	1.39
Rothmans KS	-	22.5	1.32
Prince of Blends			
filter tipped	+	23.5	1.76
Senior Service	-	23.5	1.61
Arsenal KS	-	23.5	1.45
Roth-Haendle	-	25.5	1.79
St. Michel	-	25.5	1.28
Pall Mall	-	27.0	1.62
Blue Ribbon	-	29.0	1.80
Benson & Hedges super			
virginia	-	31.0	1.95
Cecil Blended KS	-	31.5	2.07
Black Beauty	-	34.0	3.40



ANATOMIE VAN HET GEVOEL

Twee wijze lessen

Vanochtend kreeg ik op de poli een patiënte die klaagde over 'idiotie' moeheid. Uiteraard moest ik onmiddellijk denken aan 'Idiot wind' van Bob Dylan, het lied dat ik vaak 's avonds afspeel op mijn cassette recorder. Nadat ik de patiënte uitvoerig had onderzocht, meldde ik mij bij Dr. Frederiks. Nu was daar net Noud zijn status aan het voorlezen:

Noud: 'Bij percussie waren de longen hypersonoer; toen ik ausculteerde, hoorde ik een licht verlengd expirium.'

Dr. Frederiks: 'Hoe waren de longgrenzen?'

Noud: 'Die waren normaal verschuifbaar.'

Dr. Frederiks: 'Maar op welke intercostaalruimte?'

Noud: 'Oh, dat weet ik zo niet . . .'

Dr. Frederiks: 'Maar dokter, wat is dat voor iets belachelijks. Dat licht verlengde expirium interesseert mij de ballen en ook die hypersonoriteit kan mij gestolen worden, maar u moet toch wel kunnen zeggen waar die longgrenzen liggen. Dat kan een koe zelfs bepalen, dus een co moet dat toch ook kunnen. U zet gewoon een streep op de plaats van de long-levergrens en rekent dan uit in welke intercostaalruimte deze staat. Goed, maar gaat u verder . . .'

(even later)

Noud: 'De lever was niet vergroot; bij een diep inspirium voel je hem wel tegen je vingers aantikken, maar dat is toch niet abnormaal.'

Dr. Frederiks: 'Maar dokter, bent u nou helemaal bedonderd? Verrek, wat is dat voor een onzin . . .! Als de lever nu heel hoog begint en hij komt net onder de ribbenboog uit, dan is hij toch vergroot? Begint de lever heel laag en steekt hij drie vingers onder de ribbenboog uit, dan is de lever normaal. Nee dokter, u tekent gewoon twee streepjes op de plaatsen waar de leverdemping begint en waar hij eindigt. Dan pas kunt u zeggen of de lever vergroot is of niet.' Arme Noud, wat had ik een medelijden met hem. Laf als ik blijkbaar ben, durfde ik er niet tussen te komen. Toen het mijn beurt

was ging alles er wat kalmer aan toe. Het enige dat ik moest doen was navragen of mijn patiënte nog onder behandeling stond van de gynaecologe.

Maar toen kwam het. Dr. Frederiks vroeg mij, hoe ik het vond in het Alouïsiusziekenhuis. Ik vertelde hierop eerlijk dat mijn verwachtingen niet waren uitgekomen wat betreft de artsen en dat ik er serieus aan dacht om een andere studie te kiezen. Daar schrok Dr. Frederiks van. Toen werd hij plotsklaps heel serieus: 'Je moet weten', zei hij, 'dat ik sociaal geen klap waard ben. Ik heb geen enkele hobby meer; werkelijk niets en niets . . . Mijn gezin lijdt onder mijn aanwezigheid. Ik heb vijf kinderen en daar gaat het niet al te best mee. Per week heb ik slechts één avond vrij voor mijn gezin en dan nog kan ik door een patiënt worden gebeld. Wanneer ik dan een van mijn kinderen aan het meehelpen ben met het huiswerk moet ik zeggen: sorry, maar ik moet er vandoor. Een arts, die met mensen werkt en die daarnaast nog een hobby heeft, is een klungel'.

DAGBOEK
VAN EEN
CO-ASSISTENT
(32)

Ook sprak ik over het sarcasme, de onderlinge ruzies en het dédain waarmee sommige patiënten werden benaderd. Hierop zei Dr. Frederiks: 'Op jouw leeftijd had ik ook mijn idealen. Maar nu zie ik dat het niet anders kan. Hoe moet ik het dan doen? Wanneer ik opnieuw mocht kiezen had ik nooit voor dit specialisme gekozen. Tegen iedere sollicitant die internist wil worden zeg ik dan ook: Dokter, weet u wel, wat u gaat doen? Ik raad het u af.'

Alexander van Es



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)

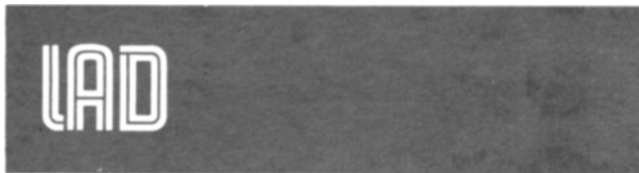
H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

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

Stichting Beroepspensioenfonds Artsen (SBA)

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



van het centraal bestuur

Jaarverslag 1977

Inleiding

Vergeleken met vorige jaren was 1977 een bijzonder druk jaar voor het centraal bestuur. Het aantal te bespreken onderwerpen werd zo groot, dat de frequentie van de bestuursvergaderingen moest worden verhoogd. De tweemaandelijks vergadering van het college van gedelegeerden werd vervangen door een pleno-bestuursvergadering. Veel tijd en energie werden besteed aan de wetsontwerpen Voorzieningen- en Tarieven Gezondheidszorg, de assistent-geneeskundigen en hun kwesties met CAO en PGGM, de regeling-Klein en het rapport van de taakgroep sociale geneeskunde. Maar er gebeurde nog meer. Hieronder treft u een summier overzicht aan van de gebeurtenissen in 1977.

Algemene aangelegenheden

Wetsontwerpen Voorzieningen- en Tarieven Gezondheidszorg

Sedert de publikatie in oktober 1976 hebben de wetsontwerpen Voorzieningen- en Tarieven Gezondheidszorg van toenmalige staatssecretaris Hendriks felle reacties van LAD en vele andere organisaties opgeroepen. Deze reacties varieerden van 'dit zijn de opstapjes tot nationalisatie van de gezondheidszorg' tot 'zij gaan nog lang niet ver genoeg'.

In ieder geval deelden het centraal bestuur en de ledenvergadering het standpunt dat beide wetsontwerpen in deze vorm niet aanvaardbaar konden zijn.

In KNMG-verband werden de bezwaren besproken en de LAD-visie werd neergelegd in een memorandum (MC dd. 25 februari 1977). Dit memorandum werd ter kennis gebracht van het parlement. De vaste kamercommissie hield een hoorzitting en stelde de LAD-delegatie vragen over het memorandum.

Vanuit de kamer kwam naar voren dat men het uiten van bezwaren en het geven van negatieve kritiek niet voldoende achtte. Kortom, een uitdaging om een beter plan te maken.

De KNMG en de maatschappelijke verenigingen namen de uitdaging aan.

De rest van het jaar werd veel tijd besteed aan alternatieve ideeën over de structuur van de gezondheidszorg en de financiële onderbouw.

Ledenbulletin

Het toegenomen aantal problemen waarmee het centraal bestuur werd geconfronteerd en de ingewikkeldheid daarvan, dwongen het centraal bestuur ertoe de leden meer dan voorheen informatie te verstrekken. Het centraal bestuur ging over tot het rondzenden van een LAD-ledenbulletin.

Naast de maandelijkse rubriek in Medisch Contact 'LAD-bestuursmededelingen', kon nu in dit aparte bulletin dieper op de zaken worden ingegaan. De redactiecommissie, bestaande uit J. J. R. Buirma, H. R. Beukers en Dr. J. M. C. Douze, gaf in 1977 vier edities uit. Ook de categorale verenigingen werden in staat gesteld mededelingen e.d. te plaatsen. Gehoopt werd, dat met behulp van het bulletin de band tussen het centraal bestuur en de leden zou worden versterkt.

De talrijke reacties van de lezers wezen erop dat deze hoop waarheid kon worden.

Lidmaatschap vakcentrales

a) Nederlandse Centrale van Hoger Personeel (NCHP)

In het voorafgaande jaar waren de banden tussen LAD en NCHP al verbroken, maar de besprekingen over een hernieuwd lidmaatschap bleven wel doorgaan.

Nadat het de voor- en nadelen tegenover elkaar had afgewogen, besloot het centraal bestuur om voor het jaar 1977 geen lidmaatschap met de NCHP aan te gaan.

Hiertegen rees met name uit de vereniging van GAK- en GMD-artsen verzet. Zij meenden dat het via de NCHP mogelijk zou moeten zijn deel te nemen aan de onderhandelingen over hun arbeidsvoorwaarden.

Per 1 juli verbond de Vereniging van Geneeskundigen bij de GMD zelf haar leden door naar de NCHP. De financiële kant hiervan werd vergemakkelijkt, omdat door de LAD een tegemoetkoming in de contributie werd gegeven. De ledenvergadering immers had een bedrag van f 30.000,— gevoteerd, waaruit individuele leden, die een NCHP-lidmaatschap behoeften, een proportionele tegemoetkoming in de lidmaatschapskosten konden verkrijgen. Naast de GAK-artsen deden ook een aantal bedrijfsartsen een beroep op dit fonds.

b) Centrale van Hogere Functionarissen bij Overheid en Onderwijs (CHA)

Al met al was de CHA nog de enige werknemerscentrale waarbij de LAD was aangesloten. Maar ook hier waren problemen. De hoge contributie, gerelateerd aan het aantal van 3300 leden in overheidsdiensten, veroorzaakte een onaantvaardbare last op het LAD-budget. Bovendien bracht een aanzienlijk deel van deze leden minder contributie op dan de LAD voor hen aan de CHA moest afdragen. Het centraal bestuur stond voor de keus het CHA-lidmaatschap op te zeggen, dan wel een nieuwe formule te bedenken.

In de daaropvolgende besprekingen werd overeengekomen dat het aantal door te verbinden leden werd gewijzigd.

Voorts beloofde de CHA dat het een meerjarenbegroting zou opzetten. De contributie zou niet meer dan trendmatig stijgen.

Betrekkingen met andere organisaties

a) Nationale Ziekenhuis Raad (NZR)

Met de sectie ziekenhuizen van de NZR werd in het zogenaamde voorzittersoverleg (NZR, LSV en LAD) periodiek overleg gepleegd over gemeenschappelijke onderwerpen van voornamelijk procedurele aard. Daarnaast is gecorrespondeerd over de onafhankelijkheid en het takenpakket van een door deze sectie ingestelde commissie van advies en bijstand voor ziekenhuisdirecteuren.

Het college voor arbeidszaken en de afdeling sociale zaken waren voor de LAD, vooral in FHZ-verband (Federatie van verenigingen van Hogere functionarissen in Ziekeninrichtingen), partijen met wie zeer intensief overleg is gepleegd. Hoofdonderwerp was uiteraard de CAO voor het Ziekenhuiswezen (zie paragraaf III-2).

b) Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG)

De besprekingen met de NVAGG over het tot stand komen van een collectieve rechtspositieregeling c.q. CAO werden gestagneerd wegens een intern probleem bij de NVAGG. Deze koepelorganisatie bleek nogal wat tijd nodig te hebben om uit te maken hoe de werkgeversvertegenwoordiging geregeld zou moeten worden. Uiteindelijk werd in het najaar overgegaan tot het oprichten van een aparte werkgeversorganisatie buiten de NVAGG, dit overigens tegen het advies van de LAD in.

Een en ander betekende, dat in 1977 geen voortgang werd geboekt in de harmonisatie van arbeidsvoorwaarden in de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Of dit in de komende jaren wel zal kunnen geschieden moet worden betwijfeld, gezien de vraag of de nieuwe werkgeversorganisatie zich waar zal kunnen maken en zich positief zal opstellen t.o.v. de voor deze sector representatieve werknemersorganisaties.

c) *Nederlandse Vereniging van Verpleeghuis Artsen (NVVA)*

Met de NVVA werd gesproken over de mogelijkheid dat een verpleeghuisarts zou deelnemen aan de bestuursactiviteiten van de LAD en over het tot stand brengen van een professioneel statuut. Via tussenkomst van de NVVA werd Dr. P. A. Ykelensham voorgedragen en benoemd in het centraal bestuur. De NVVA kon, wegens haar nauwe banden met de NZR, niet als categorale vereniging van de LAD worden erkend. Tussen beide verenigingen zijn werkafspraken gemaakt. Na het professioneel statuut voor specialisten in dienstverband zal begonnen worden aan het ontwerpen van een professioneel statuut voor verpleeghuisartsen.

d) *Buitenlandse artsenorganisaties*

Over een aantal consequenties van het invoeren van de EEG-richtlijnen betreffende de vrije circulatie van artsen, werd overleg gepleegd met de partners in het Comité Permanent, de Fédération Européenne des Médecins de Collectivités en de permanente werkgroep van Europese junior-ziekenhuisartsen. De assistent-geneeskundigen, E. L. Vrijland en Dr. B. Sangster, verstrekten aan laatstgenoemde werkgroep nuttige informatie over de positie van assistent-geneeskundigen in Nederland. Voorts ontvingen zij dezelfde informatie over mogelijkheden van vestiging en studie in het buitenland (zie MC no. 38 dd. 23 september 1977).

Reorganisatie

Op twee plaatsen werd gewerkt aan plannen ter reorganisatie van de KNMG. In de eerste plaats bracht een maatschappijcommissie een rapport uit, dat voor de LAD ingrijpende wijzigingen inhield. De LAD zou zich – volgens dit voorlopig rapport – moeten gaan beperken tot de behartiging van sociaal-economische belangen van haar leden. Daartoe zou een dubbelcriterium worden ingevoerd met de LHV, de LSV en de nog op te richten Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG). Deze verenigingen zouden tot taak krijgen om (ook) voor de dienstverbanders de functionele belangen te behartigen. Terzijde zij opgemerkt dat tussen LSV en LAD een dergelijke regeling reeds bestond. Wel zou de LAD ook voor die leden, voor wie geen 'functionele' vereniging bestaat de functionele belangen blijven behartigen.

Het centraal bestuur heeft in beginsel met deze plannen ingestemd; op sommige punten is kritiek geleverd.

Vrijwel tegelijkertijd was de ANVSG bezig om zich te beraden over haar toekomst. In een symposium op 10 en 11 maart werd gediscussieerd over de vraag of een aparte vereniging van sociaal-geneeskundigen in KNMG-verband zinvol was te achten. In haar najaars-ledenvergadering werd ingestemd met het starten van voorbereidingen om tot het oprichten van een LVSG te geraken.

Binnen het LAD-bestuur bleef twijfel bestaan of een aparte vereniging van sociaal-geneeskundigen naast de specifieke verenigingen (NVAB, NVVG, NVJG) en naast ANVSG en LAD voldoende zinvolle taken zou kunnen hebben. Niettemin vond het centraal bestuur dat het zich niet tegen het oprichten van een dergelijke vereniging zou moeten verzetten, indien de sociaal-geneeskundigen zelf dit zouden wensen.

Categorale aangelegenheden

De regeling-Klein voor het medisch wetenschappelijk corps

In mei kreeg staatssecretaris Klein van het kabinet toestemming

om zijn plannen voor een nieuwe honoreringsregeling voor het medisch wetenschappelijk corps uit te brengen. Deze plannen bleken een uitwerking te zijn van de grondlijnen welke hij in de circulaire van 5 november 1974 had neergelegd.

Aanvankelijk leek het erop, dat Klein haast had met het invoeren van zijn plannen. Hij vergiste zich echter zowel in de presentatie als in de acceptatie.

In de presentatie, omdat hij in strijd met de gebruiken, vooraf geen overleg had gepleegd met de erbij betrokkenen.

In de acceptatie, omdat vrijwel alle erbij betrokkenen de regeling afwezen. De plannen pretendeerden een ambtelijke regeling te zijn zonder echter de voordelen daarvan te bevatten.

De KNMG zond onmiddellijk een brief, waarin geprotesteerd werd tegen het ontbreken van overleg. Klein ontving een KNMG-delegatie, die de belangrijkste bezwaren naar voren bracht. Kennelijk gevoelig hiervoor, nodigde de staatssecretaris de KNMG uit om een andere regeling te ontwerpen. Hetzelfde deed hij t.o.v. de besturen van de academische ziekenhuizen en de besturen van de universiteiten, de werkgevers. Kortom, werknemers en werkgevers mochten ieder huiswerk gaan maken. Alras werd duidelijk, dat binnen beide groeperingen een scheidslijn te trekken was; een deel sympathiseerde met een ambtelijke toelageregeling en een ander deel gaf de voorkeur aan een niet ambtelijke toelageregeling op basis van een honorariumfonds. De LAD had zich al jaren geleden – ten tijde van de Smallenbroekcommissie – uitgesproken voor de ambtelijke regeling. Naar aanleiding van de regeling-Klein werd deze uitgewerkt en voorgelegd aan de ledenvergadering in september, die hiermee akkoord ging. Deze ambtelijke regeling kwam in grote lijnen erop neer, dat de inkomsten uit de zogenaamde vrije praktijk zouden worden afgeschaft en dat de leden van het medisch wetenschappelijk corps een ambtelijke toelage boven hun universitair salaris zouden krijgen, die het salarisverschil met de periferie kon overbruggen; dit alles op basis van het LAD-salarissysteem.

Door het bestuur van de Landelijke vereniging van Academici in Academische Ziekenhuizen (LAAZ) werd gedacht aan een niet ambtelijke variant. Details hierover waren in 1977 nog niet bekend. De LAAZ werd in mei, de maand van de Kleinplannen, door medisch hoogleraren, die daarvoor actief waren in het COSAZ, opgericht.

De LAD streefde ernaar om zoveel mogelijk met de LAAZ contact te houden. In hoeverre dit ook voor de toekomst mogelijk kan zijn, zal in het bijzonder afhangen van de intenties ter andere zijde. Het zou betreurd worden indien de LAAZ zou kiezen voor een geïsoleerde opstelling.

CAO voor het Ziekenhuiswezen

De eerste CAO voor het Ziekenhuiswezen werd ingevoerd op 1 januari van het verslagjaar. Van de CAO werd verwacht, dat het een einde zou maken aan de diversiteit van arbeidsvoorwaarden van ± 150.000 werknemers werkzaam in ± 700 instellingen.

Vanaf de aanvang van de onderhandelingen in oktober 1974 heeft de LAD het ontwerpen van de CAO kritisch bekeken; het maken van één collectieve regeling, die zowel voor de academisch gevormde beroepsbeoefenaren als ook voor de niet academici zou moeten gelden, leverde de nodige vraagtekens op. Bovendien was de financiering van de CAO een ongewisse zaak. De NZR, die als werkgeversorganisatie voor de financiering verantwoordelijk was, had in het verleden in de kwestie van de noodverbanden voor assistent-geneeskundigen zijn zwakke kant al laten zien (zie vorige jaarverslagen).

Waakzaamheid was dus geboden. Niettemin stelde de LAD zich in de onderhandelingen actief en positief op en tekende in juli 1976 de CAO. In 1977 bleken de bovengenoemde kwesties inderdaad problemen op te leveren. Het toepassen van de CAO-regelingen betreffende de arbeidsduur en het overwerk gaf voor artsen in dienstverband en andere functionarissen, die ook een taakfunctie hebben, grote problemen. In deze werd een definitie van het begrip 'werktijd' gemist.

De financiering van de meerkosten leverde een geschil met de ministers van Sociale Zaken, Economische Zaken en de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne op. Een en ander kon uiteindelijk in bepaalde opzichten wel worden opgelost, maar een definitieve oplossing voor de meerkosten voor de assistent-geneeskundigen werd niet bereikt (zie hieronder).

De CAO was nog niet ingevoerd of er moest al begonnen worden aan de onderhandelingen voor de tweede CAO.

De verhouding tussen de kosten van de wijzigingsvoorstellen van werknemerszijde en de marge die de werkgeversvertegenwoordiging kon aanbieden, leidde ertoe dat de besprekingen langzaam verliepen. De definitieve afronding vond pas plaats twee maanden na afloop van de eerste CAO.

Ondertussen werd het project 'herstructurering' leven ingeblazen. Dit project richtte zich op het maken van een systeem van functiewaardering in de CAO-sector.

In overleg met de CAO-partijen werd het organisatiebureau Bakkenist, Spits & Co uitgekozen, dat tot taak kreeg een aan de gezondheidszorg aangepast functiewaarderingssysteem te ontwerpen.

Aanvankelijk claimden de LAD en de andere FHZ-verenigingen dat voor de academische functies een ander systeem gevolgd zou moeten worden. Het Hay-systeem, dat de NZR voor de directiefuncties had gekozen, stond daarbij als model voorop. Uiteindelijk vond men elkaar in de afspraak dat het bureau Bakkenist, Spits & Co de kans zou krijgen te bewijzen dat hun systeem ook voor de academische functies aanvaardbaar zou zijn. Indien een der CAO-partijen zou menen, dat het Bakkenist-systeem daarvoor niet deugt, zal worden gezocht naar een andere oplossing. Bakkenist ging met voortvarendheid te werk. De eerste signalen uit de achterban van de LAD wezen erop, dat dit systeem te weinig is afgestemd op de specifieke aspecten van de gezondheidszorg en in het bijzonder op de zelfstandige functie van de academisch gevormde werkers in deze sector.

Een andere zaak die veel beroering gaf was de collectieve ziektekostenverzekering. Na veel strubbelingen veroorzaakt door een chaotische informatiestroom en een weinig doordachte opzet, werd deze regeling definitief geformuleerd. Aan het eind van 1977 kon worden geconstateerd, dat de ergste gebreken waren verdwenen.

Assistent-geneeskundigen en de CAO

Sinds de invoering van de CAO werd de LAD veelvuldig door assistent-geneeskundigen geconsulteerd over het toepassen van de CAO. In vele gevallen bleken ziekenhuisdirecties met moeilijkheden te kampen over het hanteren van de arbeidsduur- en werktijdenregeling, de overwerkregeling en over de financiële verrekening. Dit laatste punt was ook begrijpelijk. Hoe is een en ander verlopen?

– Korte geschiedenis van de meerkosten. Al vóór het invoeren van de CAO was, op aandrang van de LAD, de NZR met de ziekenfondsen én de LSV overeengekomen dat de meerkosten op de verpleegprijs – en dus niet op de specialisten – zouden drukken. Begin 1977 besloot het COZ, verantwoordelijk voor verhogingen van verpleegprijzen, dat zulks zou geschieden maar onder voorbehoud dat de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne zijn goedkeuring zou geven. Welnu, de staatssecretaris deed dit niet. Resultaat: verwarring alom. Immers de CAO moest worden uitgevoerd, maar de middelen ontbraken. De LSV op haar beurt adviseerde de specialisten dan ook om niet te betalen. Door LAD, LVAG, LSV en NZR werd bij de staatssecretaris aangedrongen op herziening van zijn besluit. Op de valreep, dat wil zeggen, vlak voor zijn aftreden op het eind van 1977, berichtte de staatssecretaris dat de meerkosten voor het jaar 1977 mochten worden doorberekend in de verpleegtarieven. Hoewel de financiële middelen ontbraken drong de NZR, daartoe gemaand door de LAD, er bij de ziekenhuisdirecties op aan, dat de CAO zou worden uitgevoerd. Sommige directies deden dat direct, andere slechts nadat zij van de zijde van de LAD een schrijven hadden ontvangen, waarin gewezen werd op de moge-

lijkheid van tussenkomst van de rechter. In de periode van de aarzeling van het al dan niet toepassen van de CAO hield het Centraal College een studiedag over de vraag of de positie van de assistent-geneeskundigen zich wel verdraagt met een CAO. Er werd gedebatteerd over de keuze of de Centraal College-regelingen zich moeten aanpassen aan de CAO of andersom.

Door het Centraal College en de LSV werden bij de LAD voorstellen ingediend ter wijziging van de overwerk- en dienstenregelingen. Deze konden niet worden overgenomen. Inmiddels was toch wel duidelijk geworden dat de CAO te veel 'confectiewerk' was. Een commissie werd door het CAO-overleg ingesteld, die 'maatwerk' voor de assistent-geneeskundigen zou gaan maken. Ultimo 1977 was deze commissie, gesteund door deskundigen uit opleiders- en assistentenkringen ver gevorderd met het opstellen van praktische regels bij het feitelijk toepassen van de CAO op de assistent-geneeskundigen.

Specialisten en de CAO

Hier en daar leverde het aanpassen van bestaande arbeidscontracten aan de CAO problemen op. Deze konden in de praktijk worden opgelost. Belangrijker bleek de behoefte aan een professioneel statuut te zijn. LSV en LAD droegen de commissie specialisten in dienstverband op een dergelijk statuut te ontwerpen. In augustus kwam dit in concept gereed. Na het aanbrengen van kleine wijzigingen kwamen de besturen van LSV en LAD overeen, dat het professioneel statuut ter advies aan de ledenvergadering van de LSV, daartoe in het bijzonder in december bijeenroepen, zou worden voorgelegd. Aldus geschiedde.

Verwacht wordt dat het professioneel statuut in 1978 besproken zal worden met de NZR, en indien overeenstemming zal worden bereikt, na fiatting door het COAZ, een onderdeel van de CAO zal uitmaken.

Sociaal-geneeskundigen

– De gemeenschappelijke ANVSG-LAD-taakgroep sociale geneeskunde werkte intensief aan het tot stand brengen van een rapport sociale geneeskunde. Hierin werd een aanvulling op de Structuurnota Gezondheidszorg 1974 t.a.v. de sociale geneeskunde neergelegd. Met name werd aandacht besteed aan:

- globale omschrijving van de taken en functies binnen de sociale geneeskunde
- signaleren van leemten en knelpunten bij de activiteiten binnen de verschillende leeftijdsfasen (zuigelingen, kleuters, schoolgaande jeugd, adolescenten, mannelijke en vrouwelijke arbeidsproductieven, huisvrouwen, buitenlandse werknemers en administratief bejaarden)
- informaticabeleid
- opleiding
- organisatorische en financiële barrières
- definities.

De taakgroep bracht in december haar rapport uit t.b.v. de besturen van beide verenigingen. Verwacht mag worden, dat het in 1978 zijn beslag zal krijgen.

– *Schoolartsen.* Diverse schoolartsen werden geconfronteerd met de gevolgen van het regionalisatiebeleid t.a.v. schoolartsendiensten. Wanneer een kleine schoolartsdienst overgenomen werd door de nieuwe grote regionale dienst, geschiedde dit in het algemeen zo, dat het bij de oude dienst werkende personeel in zijn geheel in dienst dienst bij de nieuwe dienst. Bij deze indiensttreding dienst werden beginsel alle bij de oude dienst verkregen rechten gerespecteerd. Problemen deden zich echter voor daar waar de schoolarts bij de oude dienst bepaalde extra (gunstige) arbeidsvoorwaarden 'door gebruik' had verkregen. Te denken valt hier aan het volgen der schoolvakanties, aan informele toezeggingen om bepaalde nevenwerkzaamheden te mogen verrichten, enz. Over de vraag of deze 'extra's' als te respecteren verkregen recht of als voor de nieuwe dienst irrelevante gunst moesten worden beschouwd, bleek nogal eens diepgaand verschil van mening te bestaan. De LAD stelde zich

hierbij op het standpunt dat bij verschil van inzicht slechts een uitspraak van de rechter een oplossing kan geven.

In de voorbereidende fase van een reorganisatie had de LAD de schoolartsen telkens geadviseerd hun arbeidsvoorwaarden bij de oude dienst zoveel mogelijk op schrift te stellen. Op deze wijze werd reeds veel onnodige discussie over de begrippen 'gunst' en 'recht' voorkomen.

– *Consultatiebureau-artsen.* In de tweede helft van het jaar ontstond in kringen der CB-artsen grote ongerustheid door de aankondiging van de bedrijfsvereniging dat ook de artszen werkzaam op uurtarief verplicht verzekerd zouden worden volgens de sociale verzekeringswetten. Uitgebreide correspondentie en gesprekken met bedrijfsvereniging en nationale kruisvereniging leidden ertoe dat in ieder geval meer duidelijkheid kwam over de bij de bepaling van de sociale verzekeringsplicht te hanteren criteria. De in het algemeen zeer slecht en onduidelijk geregelde rechtspositie van de op uurhonorarium werkzame CB-artszen kwam in dit kader uitvoerig ter sprake. Gevreesd moet zelfs worden dat de kwaliteit van de zorg in deze sector in gevaar zal komen wanneer de combinatie slechte rechtspositie en verzekeringsplicht inderdaad tot stand zal komen. Op verzoek van vele CB-artszen werd informatie gegeven over de verzekeringsplicht en de daaraan verbonden consequenties. Tevens werden CB-artszen actief begeleid in hun pogingen om een betere rechtspositie te verkrijgen door middel van een reguliere arbeidsovereenkomst.

Concrete resultaten in deze werden in 1977 nog niet bereikt; wel werd kruisverenigingen en bedrijfsvereniging duidelijk gemaakt dat de onrust bij de CB-artszen groot is. Hopelijk zal in 1978 een voor de CB-artszen aanvaardbare oplossing tot stand komen.

4. Medisch directeuren

Geconstateerd moet worden dat het dienstverband van medisch directeuren, en wel met name van directeuren van verpleeghuizen, grote problemen opleverde. Er deden zich numeriek veel kwesties op het vlak van schorsingen en ontslagen voor. Een belangrijke handicap bij een adequate belangenbehartiging vormde het ontbreken van een behoorlijke rechtspositieregeling. Vele directeuren bleken bij indiensttreding slechts te beschikken over een summiere aanstellingsbrief. Verzuimd was om bijvoorbeeld de CAO-Ziekenhuiswezen van toepassing te verklaren. Dit, alsmede een stringente COZ-norm betreffende het doorberekenen van afvloeiingsregelingen, leidde tot onbevredigende situaties. De NZR stelde een zogenaamd breed samengestelde commissie o.l.v. de heer Rottier in, die een model-arbeidsovereenkomst voor ziekenhuisdirecteuren moet opstellen. Het gegeven, dat de LAD hierin niet participeert en de geheimzinnigheid waarmee de commissie is omgeven, doet voorshands slechts vraagtekens rijzen.

5. Specialisten in dienstverband

1977 was het proefjaar voor het invoeren van het dubbelcriterium voor specialisten in dienstverband, d.w.z. de specialisten in volledig dienstverband, lid van de LAD, werden tevens lid van de LSV. Dit tweede lidmaatschap leverde geen extra contributie op voor de 1000 belanghebbenden. De LSV hield zich bezig met alle kwesties rondom het functioneren als specialist, terwijl de LAD de sociaal-economische belangen bleef behartigen.

Een uitvloeisel hiervan vormde het instellen van een LAD/LSV-commissie specialisten in dienstverband, die zich in het verslagjaar richtte op het creëren van een professioneel statuut (zie paragraaf 2. CAO-Ziekenhuiswezen). De overgang van vrije vestiging naar dienstverband ging gestadig, maar in beperkte mate verder. De in vorige jaarverslagen gesignaleerde belemmeringen voor het dienstverband waren nog onverkort aanwezig. De grootste problemen deden zich voor bij het dienstverband voor kinderartsen.

In de maand november werd een salarisenquête gehouden onder die LAD-leden, die als specialist in dienstverband in een particu-

liere ziekeninrichting werkzaam waren. Deze enquête was in eerste instantie bedoeld om te bezien in hoeverre de LAD-salarisrichtlijnen in de praktijk worden gevolgd. De uitkomsten wezen erop dat zulks het geval was: zij gaven het centraal bestuur inzage in de feiten. Deze inzage was noodzakelijk voor de besprekingen bij de regeling-Klein en de CAO.

6. Universitaire artsen

Naast de regeling-Klein (zie het eerste punt onder 'categorale aangelegenheden') ontwikkelde de staatssecretaris ingrijpende plannen, die de universitaire medewerkers en dus ook de artsen, werkzaam op de medische faculteiten en in de academische ziekenhuizen raakten. De salariëring van de nieuw (nà 1 september) aan te trekken wetenschappelijke medewerkers werd verlaagd en de richtlijnen 1975 inzake de toepassing van het rangstelsel wetenschappelijke medewerkers werden herzien. Deze herzieningen hadden overigens geen gevolgen voor de arts-assistenten.

Een voor de toekomst nog belangrijker zaak betrof de zogenaamde slanke-lijn nota. Hierin liggen de plannen klaar voor een drastische bezuiniging in de wetenschappelijke sector op basis van de ideeën van de stuurgroep-Van Trier. Over deze nota werd nog geen overleg met de staatssecretaris gevoerd. Wel kon worden geconstateerd dat op plaatselijk niveau al vooruit werd gelopen op de in deze nota neergelegde plannen.

De CHA belegde op 14 oktober een protest-bijeenkomst, tijdens welke ons bestuurslid Rasker stelde, dat de kwaliteit van het wetenschappelijk onderwijs en -onderzoek door deze plannen ernstig zal worden bedreigd.

7. Pensioenregeling assistent-geneeskundigen

In oktober berichtte het bestuur van het Pensioenfonds voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke belangen (PGGM) dat het besloten had om de assistent-geneeskundigen te verplichten deelnemer te worden in het PGGM. Voordien waren de assistent-geneeskundigen uitgezonderd geweest van verplichte deelname; deze regeling was in 1972 in overleg tussen PGGM, LAD, LVAG, LSV en NZR overeengekomen. Zonder overleg met laatstgenoemde verenigingen werd door het PGGM een einde aan deze regeling gemaakt. Een onbegrijpelijke zaak, omdat er zich in de afgelopen jaren geen wijzigingen hadden voorgedaan in de redenen, die in 1972 leidden tot deze regeling. Het PGGM meende, dat de financiering van de pensioenpremie via de CAO-regeling zou geschieden. Hierop was ook het besluit gebaseerd. De voorzitters van LSV, LVAG en LAD berichtten het Pensioenfonds, dat de verplichte deelname voor assistent-geneeskundigen afgewezen moest worden. De bezwaren golden in het bijzonder het feit, dat de assistent-geneeskundigen er niets aan hebben. Op grond van de 'vijfjaarsclausule' komt de assistent-geneeskundige, die meestal minder dan vijf jaar werknemer kan zijn in de zin van het reglement van het PGGM, niet in aanmerking voor een welvaartsvast pensioen. Een ander belangrijk bezwaar betrof het gegeven dat de financiering niet was geregeld. De specialist-opleiders weigerden te betalen en de ziekenhuizen konden de werkgeversbijdrage ook niet financieren.

In de kringen van de erbij betrokken organisaties leefde grote ontstemming omdat ook een gemaakte afspraak was geschonden. Overeengekomen was, dat de vraag omtrent het al dan niet in het Pensioenfonds deelnemen pas beantwoord zou worden, nadat de commissie assistent-geneeskundigen o.l.v. Prof. Rang hierover had geadviseerd. Dit advies werd door het PGGM niet afgewacht. Ook de NZR maakte bezwaar en wel wegens het ontbreken van de financieringsregeling. De ziekenhuizen werden geadviseerd om de assistent-geneeskundige voorlopig niet aan te melden. Een en ander leidde tot een wonderlijke situatie. Het centraal bestuur hoopt, dat in het jaar 1978 duidelijkheid zal worden verschaft in die zin, dat het PGGM op zijn ongelukkig besluit zal terugkeren.

De LAD als vereniging

Leden

Het aantal leden van de LAD bedroeg 6848 (eind 1977).

De ledenvergaderingen

Een extra ledenvergadering kwam bijeen op 2 februari 1977 en besprak het besluit lidmaatschap-NCHP en het LAD-standpunt inzake de wetsontwerpen Voorzieningen- en Tarieven Gezondheidszorg.

De voorstellen van het centraal bestuur om het collectieve S-lidmaatschap van de NCHP in 1977 niet door te laten gaan en het gevoteerde bedrag van f 30.000,— te gebruiken als een fonds waaruit LAD-leden een proportionele tegemoetkoming in de kosten van het lidmaatschap kunnen verkrijgen (zie het derde punt onder 'algemene aangelegenheden') werden goedgekeurd. Met betrekking tot het LAD-standpunt inzake de wetsontwerpen Voorzieningen- en Tarieven Gezondheidszorg werden de betreffende conclusies zonder discussie en zonder stemming vastgesteld.

De algemene ledenvergadering kwam bijeen op 10 september 1977 en besprak daar o.a.:

- de regeling extra honorering medisch wetenschappelijk corps
- CAO voor het Ziekenhuiswezen (met name m.b.t. de positie van assistent-geneeskundigen en de verlenging en wijziging)
- goedkeuring van de richtlijnen voor salarissen voor 1977
- verkiezing nieuwe bestuursleden

Aan de beurt van aftreden waren Dr. K. A. Dicke (plv. W. Weimar), Dr. J. M. C. Douze en E. van de Weg. Dicke en Douze werden herkozen als lid van het centraal bestuur. Van de Weg was niet herkiesbaar. Het centraal bestuur stelde geen kandidaat ter opvolging, omdat de categorie van artsen in de algemene gezondheidszorg adequaat vertegenwoordigd is. W. C. de Boer trad tussentijds af wegens het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd. Na overleg met de vereniging van artsen van de consultatiebureaus voor tuberculosebestrijding meende het centraal bestuur de representatie van de consultatiebureau-artsen te vervangen door een vertegenwoordiger van de categorie specialisten in dienstverband. Als vertegenwoordiger van deze categorie werd E. L. Vrijland benoemd, die tot dusverre de assistent-geneeskundigen had vertegenwoordigd. Als opvolger van Vrijland werd C. La Lau benoemd. Voorts was het centraal bestuur van mening dat de categorie verpleeghuisartsen vertegenwoordigd diende te zijn in het centraal bestuur. Hierin werd voorzien door benoeming van Dr. P. A. Ykelenstam.

Centraal bestuur

Eind 1977 was het centraal bestuur als volgt samengesteld: Z. S. Stadt, voorzitter, J. J. R. Buirma, ondervoorzitter, K. Visser, ondervoorzitter, Dr. E. van Leer, secretaris/penningmeester, H. R. Beukers, A. L. Bouma, G. H. Kranendonk, C. La Lau, F. M. T. Rasker, E. L. Vrijland, Dr. J. M. C. Douze, J. H. de Waal Malefijt, Dr. P. A. Ykelenstam, R. A. Francken, Dr. K. A. Dicke en J. W. H. Garvelink. Adviserend leden: Dr. J. G. Verhoeven (hoofdbstuur KNMG), W. M. van der Valk (LHV), Dr. D. J. van Dijk (LSV) en Dr. C. J. Jonkman (ANVSG).

De LAD werd in het hoofdbestuur der KNMG vertegenwoordigd door: Z. S. Stadt, J. J. R. Buirma en K. Visser (plv.); in het centraal bestuur der LHV door: G. H. Kranendonk en J. H. de Waal Malefijt (plv.) en in het centraal bestuur der LSV door: W. C. de Boer en K. Visser (plv.).

Namens de LAD nam in de commissie relatie verpleeghuis-/ziekenhuis zitting: Dr. E. van Leer. In de commissie regionalisatie nam zitting: J. W. H. Garvelink.

Buitenlandse aangelegenheden werden verzorgd door: W. C. de Boer, mw. Mr. P. Swenker en J. J. R. Buirma (plv.); de werkgroep Junior Ziekenhuisartsen door Dr. B. Sangster, Mr. W. G. van der Putten en E. L. Vrijland (plv.).

De AMWO werd gevormd door: Prof. Dr. F. A. Nelemans, Prof. Dr. F. Schwartz, Dr. H. M. J. Krans, H. H. P. J. Lemkes, Prof. Dr. C. F. Hollander, F. M. T. Rasker, Dr. H. van Kessel, Dr. P. J. van Elk, Dr. Th. H. Rozijn, mw. I. C. G. Roos, Dr. R. A. F. M. Chamuleau, Dr. J. M. C. Douze, Mr. W. G. van der Putten en Mr. F. W. du Marchie Sarvaas.

In het hoofdbestuur der VMWO had namens de LAD zitting: F. M. T. Rasker.

In de sector HFO der CHA nam deel: J. W. H. Garvelink.

In het sectorbestuur WO der CHA nam deel: mw. Dr. A. J. M. van Beusekom-Kits van Heijningen.

De vertegenwoordiging in het COPWO bestond uit: Mr. W. G. van der Putten.

In het centraal bestuur der CHA had zitting: J. W. H. Garvelink.

De salaris- en pensioencommissie bestond uit: M. C. de Haan, voorzitter, Dr. Th. H. Rozijn, Dr. B. Sangster, Dr. C. K. J. Kaaijk, Dr. E. van Leer, R. A. Francken, T. Landheer en Mr. F. W. du Marchie Sarvaas.

De commissie specialisten in dienstverband werd gevormd door: K. Visser, voorzitter, Dr. B. K. Bootsma, Dr. A. H. Waterman, B. A. Leliveld, F. M. T. Rasker, mw. Mr. P. Swenker, J. Pols (LSV), Dr. P. J. J. van Ginneken (LSV) en Mr. P. Jongepier (LSV).

De commissie huisartsen in dienstverband werd gevormd door: M. C. de Haan, voorzitter, mw. Mr. P. Swenker, J. J. R. Buirma, F. Padeloup (LHV), Mr. N. de Graaf (LHV) en S. van Randen (LHV, plv.).

Het centraal bestuur werd in het COAZ vertegenwoordigd door: Mr. W. G. van der Putten en mw. Mr. P. Swenker (plv.).

In de FHZ was de LAD vertegenwoordigd door: Z. S. Stadt, K. Visser, Mr. W. G. van der Putten en mw. Mr. P. Swenker.

In het hoofdbestuur ANVSG had namens de LAD zitting: H. R. Beukers.

De taakgroep sociale geneeskunde werd gevormd door: J. J. R. Buirma, Dr. C. K. J. Kaaijk, N. A. Meursing, E. van der Weg, Dr. J. H. Baaij, W. H. van Dijk, H. T. Kijlstra en Mr. F. W. du Marchie Sarvaas.

De vertegenwoordiging der LAD in de commissie assistent-geneeskundigen (commissie Rang) bestond uit: F. M. T. Rasker, Mr. W. G. van der Putten, K. Visser (plv.) en mw. Mr. P. Swenker (plv.).

In het college voor ziekenhuisvoorzieningen nam K. Visser zitting.

De LAD-vertegenwoordiging in de bedrijfscommissie voor het ziekenhuiswezen werd gevormd door mw. Mr. P. Swenker en Mr. W. G. van der Putten (plv.).

In de commissie wachtassistentie namen zitting: R. van Mechelen en mw. Mr. P. Swenker.

In de commissie voorbereiding LVSG nam zitting: J. W. H. Garvelink.

In de werkgroep positie verpleeghuisartsen had zitting: Dr. E. van Leer.

Mr. W. G. van der Putten nam zitting in de ANVSG-commissie 'School of public health'.

In de begeleidingscommissie regionaal overleg ziekenfondsen, ziekenhuizen, medische staven nam Z. S. Stadt zitting.

Het bureau

Mw. H. Ciuráns, secretaresse, beëindigde op 1 juni 1977 haar dienstverband en werd opgevolgd door mw. S. W. aan 't Goor.

Mr. W. G. van der Putten: directeur bureau.
Mw. mr. P. Swenker: rechtshulp aan artsen in niet-overheidsdienst.
Mr. F. W. du Marchie Sarvaas: rechtshulp aan artsen in overheidsdienst.
Mw. J. C. Steenbrink: secretaresse.
Mw. S. W. aan 't Goor: secretaresse, ondernemingsraden.
Mw. B. de Leeuw: secretaresse, arbeidsinformatie en redactie Ledenbulletin.

Het bureau heeft zich in het bijzonder gericht op het geven van adviezen over: arbeidscontracten en aanstelling, geschillen, schorsingen en ontslagen, CAO-kwesties, pensioenen, sociale verzekeringszaken, beroepsverantwoordelijkheid, arbeidsbemiddeling, wettelijke regelingen in de gezondheidszorg, gezondheidsrecht, salariering en secundaire arbeidsvoorwaarden, ondernemingsraden (23 leden werden als lid van een ondernemingsraad voorgedragen, waarvan 18 werden gekozen).

Voor het centraal bestuur, dat dit verslag op 15 mei 1978 vrijgaf voor publicatie:

Dr. E. van Leer, secretaris.



van de Permanente Commissie Doktersassistenten

Salarisverhoging en uitkering-ineens doktersassistenten

In verband met een voorlopige salarisverhoging, die in het kader van het trendbeleid met ingang van 1 januari 1978 voor de ambtenaren is vastgesteld op 2%, worden met ingang van 1 juni 1978 de navolgende richtlijnen voor de arbeidsvoorwaarden van doktersassistenten geadviseerd.

Gezien het late tijdstip in het jaar waarop deze beslissing kon worden genomen, wordt er uit praktische overwegingen de voorkeur aan gegeven deze verhoging over de eerste vijf maanden van dit jaar te realiseren door middel van een uitkering-ineens, zulks op basis van het door de doktersassistente genoten salaris per 1 mei 1978. Indien de doktersassistente op die datum de hoedanigheid van belanghebbende niet meer bezat, geldt als peildatum de laatste dag waarop zij nog belanghebbende was, of, indien zij die hoedanigheid na 1 mei 1978 verkreeg, de datum waarop dit plaatsvond.

Voorts dient deze uitkering-ineens te worden vermeerderd met 8%, waarmee de aanspraak op vakantiegeld uitkering over het uitkeringsbedrag is verrekenend.

Richtlijnen arbeidsvoorwaarden doktersassistenten per 1 juni 1978

1. Onder doktersassistente wordt verstaan het hulpper-

soneel dat in het bezit is van een door de KNMG erkend diploma voor doktersassistente en werkzaam is in een artsenpraktijk.

2. Op grond van de maximaal door de overheid toegestane loonsverhoging wordt als bruto-salaris per maand op basis van een *veertigurige werkweek* (voor een doktersassistente ouder dan 50 jaar op basis van een 37-urige werkweek) als minimum geadviseerd:

in het eerste dienstjaar	f 1.485,—
in het tweede dienstjaar	f 1.582,—
in het derde dienstjaar	f 1.680,—
in het vierde dienstjaar	f 1.785,—
in het vijfde dienstjaar	f 1.894,—
in het zesde dienstjaar	f 2.024,—
in het zevende dienstjaar	f 2.113,—
in het achtste dienstjaar	f 2.209,—
in het negende dienstjaar	f 2.389,—
in het tiende en volgende dienstjaar	f 2.543,—

3. Indien het wettelijke minimumloon hoger ligt dan de door de KNMG geadviseerde salarisbedragen dient het wettelijk minimumloon volgens onderstaande tabel te worden betaald:

Bruto minimumloonbedragen per maand per 1-1-1978:

18 jaar	f 1.045,70
19 jaar	f 1.171,20
20 jaar	f 1.296,70
21 jaar	f 1.422,10
22 jaar	f 1.547,60
23 t/m 64 jaar	f 1.673,10

4. Het salaris wordt evenredig verminderd bij een werkweek van minder dan 40 uur.

5. De arbeidstijd wordt geregeld met inachtneming van de desbetreffende wettelijke voorschriften en van hetgeen in dienstbetrekking gebruikelijk is.

6. De doktersassistente heeft recht op vakantie met behoud van salaris gedurende 20 werkdagen per jaar, gerekend vanaf 1 juli.

7. De doktersassistente heeft voorts per 1-4-1977 recht op een vakantietoelage van 8% van het salaris genoten in de periode waarover de vakantie geldt.

8. De doktersassistente is verplicht het beroepsgeheim te bewaren in dezelfde omvang als van een medicus wordt geëist.

9. Deze richtlijnen gelden vanaf **1 juni 1978**.

N.B. De stageverlenende huisartsen dienen een toereikende WA-verzekering te of af te sluiten waarin met het feit dat de stagiaires in de praktijk werkzaam zijn, rekening wordt gehouden.

OLMA

Fractiewaarde

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

KNMG

Personalia

Nieuwe leden

A. J. A. Barendse, E. v. Hoogenveense hof 8, Leiden.
S. A. van Belle, Doornenburg 406, Colmschate.
K. F. van der Bent, Chr. de Wetstraat 22-2, Amsterdam.
B. C. Benz, F. van Oostenrijkstraat 666, Venlo.
Mw. F. Berends, Felland 48, Onnen (Gr.).
J. H. J. Beunders, Etudestraat 3, Nijmegen.
P. A. L. Blokzeijl, Graaf Willem de Oudelaan 28, Naarden.
P. J. Bode, El. Rooseveltlaan 56, Amstelveen.
Mw. C. A. F. Boerefijn, Balistraat 34A, Den Haag.
Mw. S. Boudiouan-Mogendorff, Beukstraat 56, Utrecht.
J. Bouman, Uilenstede 49-9, Amstelveen.
A. G. Bouwmeester, Dentzstraat 11, Oegstgeest.
L. Dakman, Vechtplantsoen 302, Utrecht.
M. F. van Driel, Pr. Bernhardstraat 8, Heerjansdam.
C. J. van Duin, Graan voor Visch 18615, Hoofddorp.
Mw. J. A. Eggink-Dik, Hulstlaan 30, Noord Scharwoude.
J. C. Feenstra, Ooftstraat 4, Groningen.
S. T. Ganzinga, Westeinde 206, Wapserveen.
Dr. J. L. C. van Geel, Rodelaan 115, Voorburg.
W. J. M. Gerver, Krassumerstraat 32, Garnwerd.
Mw. D. Grobben, Grote Markt 17, Dordrecht.
W. A. B. Hagen, Kasteel Malborghstraat 28, Roermond.

T. H. M. Hasaart, Wimmersstraat 41, Eijgelshoven.
Mw. M. C. Hiensch-de Groot, Croesinckplein 43, Zoetermeer.
L. G. J. Huynen, Groesbeekseweg 43, Nijmegen.
H. L. Jaarsma, Hanenberglanden 216, Enschede.
J. T. W. Jansen, van Nispenstraat 122, Nijmegen.
C. R. A. M. Knüppe, Lange Hezelstraat 106, Nijmegen.
J. Kreiken, Wilhelminapark 16, Utrecht.
C. E. v.d. Kwaak, Nieuwe Kerkstraat 111-2, Amsterdam.
N. J. M. Kramer, Sophiakade 24A, Rotterdam.
Mw. F. A. Kwantes, Valckenierstraat 43-2, Amsterdam.
O. J. A. Mattheussens, Jan Luijkenlaan 249, Leiden.
Mw. H. M. v.d. Meide-van Vreeswijk, Pauwenstraat 26, Voor-
schoten.
W. van de Merwe, Tamboerijnlaan 75, Rijswijk.
M. de Moel, Gruttolaan 2, Schagen.
P. P. L. M. Molkenboer, Buorren 27, Oudega.
B. Ch. F. Muller, Heemraadstraat 56B, Rotterdam.
Mw. G. P. van de Neut-Bijl, F. G. Hopkinsweg 15, De Bilt.
Mw. E. M. Nieuwenhuis, 2e J. v.d. Heijdenstraat 2-3, Am-
sterdam.
J. K. Oosten, Hanenberglanden 145, Enschede.
W. H. V. M. l'Ortije, Past. Dom. Hexstraat 15, Meerssen.
D. Pasma, Burggr. Zwederlaan 36, Linschoten.
M. H. P. van der Poel, Kon. Julianalaan 346, Voorburg.
K. B. Prenger, p/a Dr. W. H. Nolensstraat 3, Enschede.
A. F. Reinders, Keerberg 89, Voerendaal.
Mw. M. L. P. A. Remmers, Kervelstraat 84, Apeldoorn.
Mw. C. L. Rier-Ten Jet Foei, Dr. Catzlaan 3, Blaricum.
W. B. Rier, Dr. Catzlaan 3, Blaricum.
A. B. Rottier, Vlist 10, Barendrecht.
K. van der Scheer, Meerhuizenstraat 11 hs, Amsterdam.
F. A. de Schipper, Pr. Beatrixlaan 49, Sittard.
F. W. J. Schreij, Morsweg 108 A, Leiden.
T. S. Sie, De Nieuwe Aanleg 2, Diepenveen.
A. J. Smans, Rompertdreef 6, Den Bosch.
W. E. Th. J. de Smet, De Roy v. Zuidewijlaan 58, Breda.
F. Steeneken, Amerstraat 54, Deventer.
R. W. Stigter, Julianaweg 153, Utrecht.
J. A. I. M. Swaans, Nierhoven 13 A, Nuth.
B. A. Swierstra, J. Ligthartstraat 148, Rotterdam.
J. A. Swinkels, Uilenstede 16-80, Amstelveen.
H. S. The, P. Schunckstraat 1274, Heerlen.
B. Tjaden, Herenmarkt 9, Amsterdam.
Ph. A. L. E. Tjeenk Willink, Clioststraat 21, Eindhoven.
A. H. Treuning, Rozemarijntuin 73, Leiderdorp.
F. Ugahary, Laan van Westmolen 41, Mijnsheerenland.
Mw. F. A. A. Valster, W. Barendszweg 68, Hilversum.
R. C. W. Vermeulen, Rooseveltlaan 193 hs, Amsterdam.
Mw. H. E. Vriesendorp-de Haas, Vivaldistraat 110, Leiden.
J. Westbroek, J. v. Goyenstraat 30, Krimpen a/d IJssel.
Mw. E. J. Wieringa, v. Boetzelaarlaan 51, Den Haag.
Mw. M. T. Winten-Huisman, Kerkstraat 37, Nuth.
L. T. de Wit, van Beuningenstraat 177¹, Amsterdam.
G. M. P. Wolters, Boterbloemweg 11, Zaandam.
C. J. Wouters, Bijltjespad 58, Amsterdam.
K. S. Yuen, Westkruiskade 6, Rotterdam.

INHOUD OFFICIEEL

LAD, van het centraal bestuur:

Jaarverslag 1977 714

KNMG, van de Permanente Commissie Doktersassistenten:

Salarisverhoging en uitkering-ineens dokterassistenten 719

Richtlijnen arbeidsvoorwaarden doktersassistenten per 1 juni 1978 719

Personalia 720

OLMA:

Fractiewaarde 720

Nr. 23 - 9 juni 1978