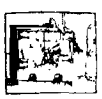
medisch contact

Nr. 44 – 29 oktober 1976

redactioneel

In dit nummer:

- **Allereerst de ledenvergadering der L.S.V., de vereniging met het gedepartementaliseerde bureau. In het beleid ten opzichte van de overheid lijkt een zekere polarisatie onvermijdelijk. Het centraal bestuur houdt daar althans ernstig rekening mee.**
- **Verder een extra ledenvergadering van de L.H.V. Daar werd vooral gesproken over verloskundige hulp door de huisarts.**
- **Een in deze kolommen afgedrukt artikel over de vestiging van huisartsen deed de directeur van de Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen (S.B.A.), Drs. J. G. M. Hoes, naar de pen grijpen. Let wel: de premie voor het huisartspensioen is niet zo hoog omdat het gaat om een onderling pensioenfonds, maar omdat het gaat om een welvaartsvaste uitkering.**
- **Nóg een reactie. Kinderuitzending – eerder hier voorwerp van felle kritiek – heeft ook anno 1976 zin. Zeggen de psychologen en pedagogen van medische kindertehuizen. Drs. C. M. Boon verhaalt.**
- **Dan de basisfilosofie en de intentieverklaring voor de academische ziekenhuizen. De staatssecretarissen Klein en Hendriks hebben ze doen uitgaan. Besturen en directies van de betrokken instellingen zijn er nogal teleurgesteld onder; hun commentaar staat achter het staatsstuk.**
- **Opgewaaid stof, deel drie. Wat het C.O.Z. overleg noemt nader bekeken, door redactie en hoofdredacteur.**
- **Ook deel drie, namelijk van de handelingen van het ledencongres laatstleden, te weten de tekst van de voordracht van R.U.L.-rector Tiddens over de gezondheidsuniversiteit. Ons gezondheidszorgstelsel als vangnet. Voor slachtoffers van milieu en ongezond gedrag.**



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

Een afbeelding (pag. 254) uit 'Geneeskundige aanmerkingen alsmede een manier om de Venusqualen te geneesen', door J. van Hervelt, Amsterdam 1693. – Hervelt, Nijmegenaar van geboorte, werd op 29 oktober 1668 te Leiden ingeschreven als medisch student.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven aan de redactie **1374**
Inzenders: Dr. H. Roelink, N. F. Vogel, H. Neeb, M. H. Oeberius Kapteijn, C. H. Brinkman

Ledenvergadering der L.S.V. **1379**

Extra ledenvergadering der L.H.V. **1383**

Informatie over de pensioenregeling voor huisartsen **1385**

Het medisch kindertehuis anno 1976, door *Drs. C. M. Boon* **1386**

Ziekenfondsorganisaties eisen daadwerkelijke beteugeling kosten gezondheidszorg **1388**

Basisfilosofie en intentieverklaring nieuwe poging tot grensverlaging. Commentaar academische ziekenhuizen **1389**

Het overleg van C.O.Z. en L.S.V. **1392**

Handelingen van het 28e Ledencongres der K.N.M.G. (III) – 'Gezondheidsuniversiteit', door *Prof. Dr. H. A. Tiddens* **1393**

OFFICIEEL **1397**

Inhoudsopgave officieel **1408**

MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

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

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

Uitgeverij

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

Abonnementen

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

Advertenties

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

Adreswijziging

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

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.

Brieven

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

ALGEMENE ZEDENVERWILDERING DOOR ABORTUSWETGEVING?

Onder de titel 'Abortuswetgeving: algemene zedenverwildering' publiceerde collega Slooff, oud-hoogleraar in de kindergeneeskunde, een ingezonden artikel in Medisch Contact van 24 september 1976 (blz. 1216).
Mét hem ben ik het eens dat menselijk leven ontstaat uit de vereniging van eicel en zaadcel. In wezen is, naar mijn mening, iedereen net zo tegen abortus als tegen oorlog. Maar daarom stemt ons parlement nog niet en bloc tegen de defensie van begroting. Ook een kwaad kan noodzakelijk zijn!
Collega Slooff beperkt zich tot de concepties (of meent dat hij er geen andere zijn?), die ontstaan uit een onvermijdelijke en oprecht wederkerige liefde. Het zijn echter niet deze beginnende levens, maar de, hetzij op oneigenlijke onvermijdbare gronden, hetzij uit niet oprechte wederkerige liefde, ontstane graviditeiten waarom het hier gaat.
Wat betreft de hoop op afnemende frequentie van abortus: deze verwachting wordt al gerealiseerd en het zijn niet in het minst degenen, die zich actief en intensief met abortus provocatus bemoeien, die hieraan een positieve bijdrage hebben geleverd door voorlichting en begeleiding.
Moeite heb ik met het cultuurpessimisme van collega Slooff. De zedenverwildering onder de jeugd is beslist niet zo algemeen als hij beweert. Trouwens wat is 'zedenverwildering'? Opgegroeid op het platteland, beleefde ik dat een zeer hoog percentage van mijn mededorpelingen verwekt werd in het warme hooi boven de koeienstal of in het te veld staande hooi op een zwoele zomeravond. Is het de schuld van die jeugd dat hun hormonale ontwikkeling voorafging aan de ontwikkeling van een oprechte wederkerige liefde?
Is dat zedenverwildering?
Of we onherroepelijk gaan naar een decadentie der westerse beschaving (wat dat ook moge zijn) betwijfel ik. Cultuurpessimisme is van alle tijden.
Vier citaten daarover:

1. 'Onze jeugd houdt van weelde, heeft slechte manieren, heeft geen eerbied voor autoriteit of leeftijd; onze kinderen zijn tyrannen; ze staan niet op wanneer je de kamer binnenkomt, ze spreken hun ouders tegen; in één woord ze zijn slecht'.

2. 'Er is niet langer hoop voor ons land wanneer de jeugd van vandaag de leiders van morgen zijn geworden; want deze jeugd is onverdraagzaam, onberekenbaar, in een woord vreselijk'.

3. 'Onze wereld is in een kritieke fase gekomen; kinderen luisteren niet meer naar hun ouders; het einde der wereld kan niet ver meer zijn'.

4. 'Deze jeugd is verrot tot in de grond van hun hart; deze jonge mensen zijn kwaadaardig en lui; zij zullen nooit zo worden zoals de jeugd vroeger was; onze hedendaagse jeugd zal niet in staat zijn onze cultuur te handhaven'.

Ter toelichting:
Citaat 1 is van Socrates: 470-399 voor Christus.
Citaat 2 is van Hesiodus: ± 720 voor Christus.
Citaat 3 is van een Egyptische priester ± 2000 jaar voor Christus.
Citaat 4 is ontdekt in de ruïne van Babylon en is meer dan drieduizend jaar oud!

Er is dus niets nieuws onder de zon, zoals de prediker terecht zegt. Nog steeds wil een jongen een man worden en een meisje een vrouw. Dat wilden u en ik, evenals Socrates, toch ook, collega Slooff? Wat ik u wil vragen is: oordeel niet te hard en vooral niet te gauw. Alles wat de jeugd van ons vraagt is er te zijn wanneer ze hulp nodig hebben en voorts hen te laten proberen een voor hen eigen weg te vinden. Dat is moeilijk en vaak triest. Soms geeft het eindprodukt verdriet, maar voor mij nog in de regel meer reden tot dankbaarheid en vaak trots, wanneer ik zie wat de hedendaagse jeugd toch maar maakt en moet zien te maken uit een wereld, die wij mede voor hen hebben geschapen. Leven tussen de jeugd en opgroeiende jonge mensen (en ook collega Slooff heeft ambtshalve dat voorrecht – want dat is het – gehad) heeft mij althans dankbaar gemaakt. Het houdt de oudere jong van geest en van hart, wanneer men zich althans daartoe ook zelf mede inspant.
Kahlil Gibran zegt in 'The Prophet' sprekend over onze kinderen: 'For their souls dwell in the house of tomorrow, which you can not visit, not even in your dreams. You may strive to be like them, but seek not to make them like you. For life goes not backward nor tarries with yesterday'.
Chesterton zei: 'De enige man, die mij begreep, was mijn kleermaker, die mij iedere keer dat wij elkaar ontmoeten opnieuw de maat nam'.
Laten we dat ook doen met de jeugd wanneer we haar ontmoeten, hoe dan ook, als onze kinderen, onze leerlingen of onze patiënten ongeacht het feit of het interval tussen de ontmoetingen kort of lang was. Want wij allen waren gisteren anders dan vandaag en morgen zijn we anders dan heden. Ik wens collega Slooff een goede dosis cultuuroptimisme toe!

Zeist, 5 oktober 1976

Dr. H. Roelink

C.O.Z.-OVERLEG

De Stichting Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven bericht ons, dat haar dagelijks bestuur na kennisneming van het redactioneel commentaar in M.C. nr 34/1976 op het jaarverslag 1975 van de stichting het betreurt dat op generlei wijze melding is gemaakt van het overleg van de Landelijke Specialisten Vereniging met een delegatie van het dagelijks bestuur, zoals vermeld op blz. 21 van dat jaarverslag. Het dagelijks bestuur verzoekt de redactie dit deel van het jaarverslag integraal op te nemen in Medisch Contact. Wij hebben na enig aarzelen besloten aan dit verzoek te voldoen (blz. (1392). Waarom die aarzeling?

Wij eindigen bovengenoemd commentaar, waarin wij het ondoorzichtig handelen en het gebrek aan overleg door het C.O.Z. een weinig aanlokkelijke zaak noemden met betrekking tot het aangaan van een dienstverband voor de medische specialist, met de zin: 'Wij menen, dat slechts een positievere houding van het C.O.Z. ten opzichte van overleg met, en inspraak van, de beroepsorganisaties hieraan iets kan veranderen'. Kennelijk heeft het dagelijks bestuur met zijn verzoek om plaatsing willen zeggen: dat overleg is er immers, zie ons jaarverslag.
Uiteraard hadden wij het deel van het jaarverslag met het opschrift 'Overleg met Landelijke Specialisten Vereniging e.a.' extra nauwkeurig gelezen. Dan blijkt – de lezer oordele zelf – dat het hier ging om een informatief gesprek. De L.S.V. bracht iets naar voren, het C.O.Z. stipuleerde een aantal zaken, vervolgens stelde het C.O.Z. nog een paar dingen en deelde mee niet anders te kunnen doen dan voorlopige regels te hanteren, indien het aanvaarden van een dienstverband gepaard gaat met een praktijkoverdracht.
Het kan nooit kwaad dat het C.O.Z. zijn standpunten formuleert, hoe vaag ook, tegenover de L.S.V., maar met overleg en inspraak heeft dit alles weinig te maken. Onze aarzeling kwam daaruit voort, dat we het eigenlijk voor het C.O.Z. een beetje genant vonden dit stukje jaarverslag te publiceren als voorbeeld van overleg en inspraak.

GOODWILL

Het is verhelderend, dat het C.B. de L.S.V. een uitvoerige toelichting geeft op de richtlijnen ter bepaling van de goodwillsom bij praktijkoverdracht (blz. 1398). Deze richtlijnen zijn tevens als bijlage bij het rapport 'Specialist in dienstverband' gevoegd, een rapport dat in het volgende nummer van Medisch Contact integraal aan de orde komt. Uit de toelichting op de richtlijnen

. . . hoog tijd dat de K.N.M.G. de goodwill opnieuw in studie neemt . . .

voor het bepalen van de goodwillsom blijkt, dat men heeft getracht een reeds lang in de historie verankerd gebruik aan eigentijdse problemen aan te passen. De basis-richtlijn, dat de overnamesom gelijk is aan een jaar bruto-omzet, vereist door vele ontwikkelingen zoals pensioenvoorzieningen en opleidingspraktijken nadere verfijningen. Aangezien de beginnende medische specialist vrijwel altijd een contract met een ziekenhuis moet afsluiten (toelatingscontract) kan de L.S.V. de stelling, dat de hoogte van de goodwill los moet worden gezien van de economische wet van vraag en aanbod, in de praktijk voor een groot deel waar maken. Deze contractuele relatie biedt daarenboven de mogelijkheid, dat het geïnvesteerde bedrag aan het eind van de rit terugkomt en zo nodig in de oudedagsvoorziening kan worden ingebouwd.
Hoewel op den duur de overnamesom voor de oudedagsvoorziening door de verbeterde pensioensvoorzieningen minder urgent zal worden, betekent dit niet dat dan alle redenen voor het betalen van een goodwillbedrag zijn verdwenen. Immers, de beginnende specialist of huisarts weet zich daardoor verzekerd van een vrij exact te berekenen inkomen, ook al omdat de overdragende arts zich verbindt zich niet in de onmiddellijke omgeving te vestigen.
De richtlijnen van de L.S.V. zijn niet de enige op het gebied van de goodwill. De L.H.V. hanteert een maximale overnamesom: 90% van de bruto-omzet. Door het ontbreken van contractuele relaties of wettige regelingen is deze regel moeilijk hard te maken. De weg van vraag en aanbod speelt bij de huisartsen een veel belangrijker rol dan bij de specialisten. Ook het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven kent een voorlopige richtlijn voor de goodwill ingeval de (nieuwe) specialist in dienstverband de praktijk wil gaan uitoefenen en het ziekenhuis dan de goodwill betaalt. Hoewel het C.O.Z. zegt, nimmer de bedoeling te hebben een ontwikkeling naar het dienstverband te blokkeren, is dit wel een gevolg van deze voorlopige regeling. Vooral de voorwaarde, dat de in dienst tredende arts niet ouder mag zijn dan 50 à 55 jaar, werkt belemmerend voor de betreffende artsen om in een dienstverband te gaan werken, aangezien zij deel uitmaken van een generatie van artsen die de goodwillsom die zij indertijd ook geïnvesteerd hebben voor hun oudedagsvoorziening nodig hebben.
Hoewel in het verleden rapporten over deze materie nooit de instemming van hoofdbestuur en/of Algemene Vergadering hebben gekregen, wordt het hoog tijd dat de K.N.M.G. opnieuw de goodwill in studie neemt.

B.

'ZO GEZOND MOGELIJK'

Als deelnemer aan het 28ste Ledencongres der K.N.M.G. moet mij van het hart, dat ik in één opzicht ernstig teleurgesteld ben. De congrescommissie koos 'Zo gezond mogelijk' als onderwerp en wilde onder meer 'licht laten werpen op de rol van de arts. . . . als iemand die schadelijke factoren *uit*- en de gezondheid begunstigende factoren *in*-schakelt.' (Dr. P. van Rosevelt).
Voor de vergadering, in de diverse pauzes en na afloop zag ik tientallen collegae, waaronder ook leden van de congrescommissie (! !), zo snel mogelijk een sigaret opsteken. Blijkbaar kunnen zelfs collegae, die zich intensief bezighouden met het thema 'voorkomen is beter dan genezen', daaruit niet de inspiratie putten om op zijn minst gedurende het aan dat thema gewijde congres hun zo schadelijk mogelijke rookwaar thuis te laten.
'Hoe kunnen artsen meewerken aan gezondheidsvoorlichting en -opvoeding?', zo vroeg de congrescommissie zich af. Na deze deprimerende ervaring ben ik geneigd om mij over de rol van de arts bij het bevorderen van gezond gedrag zo weinig mogelijk illusies te maken.

Capelle a/d IJssel, 8 oktober 1976

N. F. Vogel

PATIËNTENMEDEWERKING

Er zijn aandoeningen, waarbij de medewerking van de patiënt absoluut noodzakelijk is tot herstel of behoud van hun gezondheid. Bijvoorbeeld gewichtsvermindering bij diabetes mellitus of bij arthrosis met klachten of bij 'slechte voeten', of het niet-meer-roken bij emphyseempatiënten, of het opvolgen van het cholesterol-arme dieet bij familiaire of ernstige gewone hypercholesterinaemie en nog enige andere aandoeningen. Je raakt bovendien wel wat onthutst als je een sigaret rokende emphyseempatiënt ziet zitten in een dagverblijf van een ziekenhuis, die je met een blij gezicht zegt: 'Heerlijk zo even uit te rusten na al die ademhalingsoefeningen op de fysische therapie!' Een adipeuse diabeteslijder(es) tracht je verontwaardigd te overtuigen: 'Ik houd me echt aan het (800-caloriën)dieet en ik val helemaal niet af!' En wat voorts te denken van adipeuse personen, die toch maar aan heupen, knieën of voeten worden geopereerd, omdat zij zogenaamd toch niet (kunnen) afvallen? Hoeveel emphyseempatiënten stoppen niet met hun ademshalingsoefeningen na thuiskomst uit het ziekenhuis, er van overtuigd dat de oefeningen speciaal en alleen behoorden bij de ziekenhuisopname toen zij het erger benauwd hadden? Wat te denken van een vrouw uit hogere kringen die 'beslist twee keer per jaar bestraald en gemasseerd moet worden' voor (lage) rugklachten zonder duidelijke afwijkingen, 'anders houd ik het niet uit'. Moeten wij ook haar niet eens wat duidelijk maken (?), inplaats van haar maar weer een briefje te geven voor de volgende serie fysische verrichtingen. Een goede uitzondering vormen de post-infarct patiënten, die – nadat zij de schrik van hun leven hebben gehad – gelukkig wel meewerken.

Zouden wij deze patiënten voortaan niet moeten dwingen de adviezen voor o.a. dieeten en oefeningen op te volgen? Op straffe van besliste weigering tot verdere behandeling? Daarmee hun medewerking in deze – en mogelijk ook andere – gevallen verplicht te stellen? Want zonder de medewerking van de patiënt is een *goede* behandeling niet mogelijk. Behalve de opgezette behandeling is de 'controle' van deze patiënten ook tijdverspilling van beide partijen, verspilling van energie van de arts en zijn medewerkers en verspilling van veel geld van de gemeenschap (ziekenfondsen en andere verzekeringsmaatschappijen).
Zo ja, dan moeten de artsen toch wel één lijn trekken, want anders gaat de patiënt ijverig op zoek naar een andere zachte heelmeester.

Arnhem, 22 september 1976

H. Neeb, internist,
('beroepswaarnemer')

VREEMD PROBLEEM (I)

In M.C. nr. 38/1976 las ik op blz. 1202 het vreemde praktijkperikel 'Vreemd probleem'.
Mijn reactie is bedoeld als poging om samen met de schrijver na te denken over de oplossing van zijn probleem. De vrouw in kwestie lijkt zo op het eerste oog geen probleem te hebben; dit wordt althans in het perikel niet gesuggereerd. Zij vraagt slechts om hulp bij het uitvoeren van de door haar bedachte oplossing van haar probleem, i.e. sterilisatie. Medisch-technisch kan dit een adequate oplossing van haar anticonceptieprobleem betekenen. Het is echter een keus uit meerdere mogelijkheden.

Nu de *eerste vraag* van de schrijver van ons perikel. Deze vrouw zonder nadere informatie doorsturen komt mij in eerste instantie niet juist voor. De huisarts heeft hier een voorlichtende taak, met name over de pro's en contra's van andere anticonceptiemethoden. Als deze vrouw daaraan althans behoefte heeft, lijkt een gesprek hierover op zijn plaats. Het is heel wel mogelijk en geïndiceerd om haar man in tweede instantie bij dit gesprek te betrekken, zo zij dit wil. Dit laatste zal er mede vanafhangen, of hij op de hoogte is van haar buitenechtelijke seksuele vreugden. In het gesprek met de vrouw kan voorts een indruk verkregen worden, welke functie de buitenechtelijke relaties voor haar hebben: komt zij thuis te kort, seksueel of anderszins? Is de man soms impotent geworden na de vasectomie? Misschien zijn er huwelijksproblemen, welke schuil gaan achter haar vraag, en wilde zij eigenlijk daarover komen praten. Het kan ook best zijn, dat hier in het geheel geen sprake van is, omdat zij in goede harmonie leeft met haar man en de seksuele attitudes. Het lijkt me onjuist zonder meer aan dit soort vragen voorbij te gaan. Aan tenminste drie voorwaarden dient voldaan te worden: 1) interesse in deze vrouw met dit probleem; 2) tijd en 3) voldoende eigen mogelijkheden samen te kunnen praten.

Het antwoord op de *tweede vraag* kan kort zijn. De verantwoordelijkheid voor de beslissing, of deze vrouw zich al dan niet zal laten steriliseren, ligt bij de vrouw zelf. Mijns inziens kan noch hoeft de huisarts of de gynaecoloog deze verantwoording op eigen schouders te laden. Zijn verantwoording houdt op bij het gesprek met de hierboven aangegeven doelstellingen, althans wat de beslissing zelf betreft. De verantwoording voor een technisch correcte uitvoering van de ingreep is uiteraard een andere.

Dan de *derde vraag:* medewerking weigeren? Als de probleemsteller de vrouw naar een collega of een op dit soort vragen gespecialiseerde instantie verwijst: akkoord. Het is eerlijk en de normale procedure om een patiënt met een probleem, waarop men zelf het antwoord niet weet dan wel zich niet in staat voelt om er (met voldoende distantie) over te praten, door te verwijzen. Dat is het geval met een appendicitis en behoort evenzo te gebeuren met levensproblemen. Misschien is in dit geval de gynaecoloog aangewezen (u en uw collega toch?), misschien is eerst een gesprek met een niet-medicus aangewezen (kent u uw maatschappelijk werkenden, die in uw praktijkgebied werken?). Hoe dan ook: laat deze vrouw niet zitten (met uw probleem).

Het antwoord op de *vierde vraag* over de juistheid van de vasectomie is door uzelf niet te geven: vraag het hem, of zijn vrouw. De kans bestaat, dat de vragensteller zich door mijn min of meer concrete antwoorden enigszins bedrogen voelt. Zijn (haar) persoonlijke emoties bij deze hulpvraag ken ik immers helaas niet.

Waarom dan toch deze reactie? Mijn bedoeling was duidelijk te maken, dat een arts met zijn eigen gevoelens zijn patiënten kan helpen: niet alleen op de wal, maar ook in de spreekwoordelijke sloot. Steeds weer behoren we ons hiervan in de spreekkamer bewust te zijn.
Tenslotte nog dit: 'Vreemd gaan' zonder goede anticonceptie kan later tot de vraag om abortus provocatus leiden. En daar moest ik ten tijde van de behandeling van de wetswijziging op dit punt na lezing van dit 'vreemde probleem' toch even aan denken.

Soest, 2 oktober 1976

M. H. Oeberius Kapteijn,
Secretaris Sectie Seksuologie Ned. Ver. voor Psychiatrie

VREEMD PROBLEEM (11)

De brief van Dr. J. C. P. Moors (M.C. nr. 41/1976, blz. 1276) geeft mij aanleiding tot de volgende reactie:
Met hem ben ik van mening, dat zeer duidelijke voorlichting gewenst is. In mijn praktijk (advocaat) ben ik dit jaar tweemaal kort achter elkaar een geval van sterilisatie (man) tegengekomen, dat in verband met de door zijn partner daarop gewenste echtscheiding plotseling een geheel andere dimensie kreeg. Ik wil niet ontkennen dat mijn beeld van deze gevallen noodzakelijkerwijs eenzijdig is, doch mijn stellige indruk in beide gevallen was dat de reeds spelende huwelijksproblemen mede aanleiding vormden tot deze ingreep, die meer kinderen moest voorkomen. Nu het zover was realiseerde de man zich echter pas de gevolgen hiervan voor hem, dat wil zeggen het contact met zijn kinderen zou miniem zijn en opnieuw beginnen, onlosmakelijk gezien met opnieuw kinderen verwekken, behoorde met grote waarschijnlijkheid tot de onmogelijkheden.
Gezien de echtscheidingspercentages lijkt mij dit een probleem waar de geraadpleegde arts zeer alert op dient te zijn en waar de echtelieden met grote nadruk op zouden moeten worden gewezen. In mijn twee gevallen was dat duidelijk niet zo.

Middelburg, 12 oktober 1976

C. H. Brinkman

Varia

Spastisch Centrum Zwolle – Sinds het onderzoekteam van de Stichting tot Hulp aan Spastische Patiënten te Zwolle in 1956 begon met de werkzaamheden, is in dit centrum een motorische ontwikkelingstest ontworpen, waardoor afwijkende kinderen op een eenvoudige wijze kunnen worden ontdekt. De beoordeling van de spastische kinderen vindt hier plaats aan de hand van een vast schema van oefeningen, dat op film en tegenwoordig op videoband wordt vastgelegd. De patiëntjes worden eenmaal per halfjaar of per jaar opgeroepen voor controle, waardoor objectief vergelijkingsmateriaal ontstaat. Op vijfjarige leeftijd is de fundamentele ontwikkeling maximaal, daarna is het voor behandeling vaak 'te laat'. Huisartsen, artsen van consultatiebureaus en wijkzusters kunnen dus in eerste instantie bevorderen, dat jonge kinderen tijdig onder behandeling worden genomen. Tot dat doel houdt een multidisciplinaire werkgroep van de stichting iedere week zitting, waarbij de nieuwe en eerder geconstateerde afwijkingen aan de hand van de gemaakte film- en video-opnamen worden vastgelegd en geanalyseerd. In totaal heeft de werkgroep reeds over een kleine duizend patiëntjes advies uitgebracht. Ook elders in Nederland wordt van deze ontwikkelingstest gebruik gemaakt. Bouw en dagelijks gebruik/exploitatie van het Centrum Zwolle zijn onder meer mogelijk gemaakt door bijdragen van de Dr. Phelpsstichting voor Spastische Kinderen te Amsterdam (O. Handelskade 29). Deze particuliere stichting is bereid om soortgelijke initiatieven ook elders in het land mogelijk te maken.

Congres N.Z.R. – 'Goed Beter Worden' is de titel waaronder de Nationale Ziekenhuisraad (N.Z.R.) in de Doelen te Rotterdam op 9 en 10 november a.s. een congres heeft georganiseerd. Het is de bedoeling een brede discussie tussen allen die in en rondom de ziekenhuiswereld bij de zorgverlening zijn betrokken op gang te brengen. Gediscussieerd zal worden over de thema's: Hoe beoordelen we de kwaliteit van zorg in een algemeen ziekenhuis?, De continuïteit van zorg, Hoe beleeft de zwakzinnige binnen de inrichting zijn mens-zijn?, Opname en ontslag, Therapieën in de psychiatrie, Stervensbegeleiding, Hoe kan een patiënt een eigen inbreng hebben in zijn beter worden? (rollenspel) en Samenwerking tussen de verschillende disciplines binnen de inrichting. Deelname staat open voor werkers uit alle sectoren van de ziekenhuiswe-

In memoriam Dr. H. Navis



Toen Dr. H. Navis, rustend keel-, neus- en oorarts sinds 1972, op 23 september 67 jaar oud, plotseling overleed, was hij nog niet klaar met alles wat hij op zich had genomen. Buiten en over de grenzen van zijn vak had hij zich immers over een periode van welhaast 25 jaar ingezet voor een groot aantal functies op sociaal-medisch terrein. In het bijzonder was hij werkzaam op het gebied van de kruisverenigingen en van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid, dit op een wijze die ertoe leidde dat hem de versierselen van Officier in de Orde van Oranje Nassau werden uitgereikt.
Nòg stond hij midden in dit werk toen hem de dood overviel. Anderen die hem op deze posten van nabij meemaakten hebben over dat deel van zijn leven reeds gesproken of geschreven, maar zeker is er reden afzonderlijk in herinnering te roepen de rol die collega Navis in de interne rechtspraak van de Maatschappij heeft gespeeld. Nadat hij enkele jaren namens het bestuur van de Landelijke Specialisten Vereniging als adviserend lid in het Hoofdbestuur was opgetreden, werd hij in 1963 tot lid van de Raad van Beroep gekozen, een functie die hij vervulde tot hij eind 1972 reglementair aftrad en plaatsvervangend lid werd. Zijn gaven werden snel herkend en vanaf 1965 bekleedde hij ononderbroken en met grote overgave de functie van secretaris van de Raad.
Begiftigd met een sterk gevoel voor orde en precisie vervulde hij weldra een welhaast onvervangbare rol in het werk van de Raad. Dit kwam temeer tot uiting door zijn ongewone toewijding. Hoewel hij alles zelf deed, was niets hem teveel, omdat hij het graag deed, omdat hij wist dat het goed gebeurde en omdat hij zó voor de geheimhouding borg kon staan.
Kenner van het Huishoudelijk Reglement van de K.N.M.G. waar het de rechtspraak betrof bij uitstek en vervuld van een zuiver gevoel over de hoge eisen die artsen aan zichzelf en artsen aan artsen hebben te stellen, was hij een strenge maar rechtvaardige rechter. Zo iemand ervan doordrongen was dat er alleen dán reden kan zijn voor vertrouwen in artsen dan was hij het.
Streng, droog haast en rechtvaardig, zeker. Maar dan moet daar direct aan toegevoegd worden dat Henk in het persoonlijke vlak een warme belangstelling voor mensen had, een grote gastvrijheid uitstraalde en een grote eerlijke vriendschap voor mensen had. Zoals iemand bij zijn laatste rustplaats sprak: 'een hand van hem krijgen, dat was altijd iets persoonlijks'.
Bij dat alles was Henk een bescheiden man, die zich zonder twijfel beschouwde als één uit velen, maar die op zijn wijze één uit weinigen was.

Gouda, oktober 1976

Veldhuijzen van Zanten

reld en uit zoveel mogelijk verschillende beroepen. Verdere informatie bij het secretariaat van de congrescommissie, Nationale Ziekenhuisraad, p.a. Lange Voorhout 16, Den Haag, tel. 070-657850.

Ziekenhuisbeleid – Van 20 t/m 22 januari 1977 zal het derde symposium in het kader van de Cursus Ziekenhuisbeleid worden gehouden in de aula van de Katholieke Hogeschool in Tilburg. Het thema van deze bijeenkomst is gericht op de verandering in de gezondheidszorg onder invloed van maatschappelijke ontwikkelingen. Naast een aantal Nederlandse deskundigen is ook een drietal buitenlandse docenten bereid gevonden inleidingen te houden. Deelname dient zo spoedig mogelijk gemeld te worden bij het secretariaat van de Cursus Ziekenhuisbeleid, Hogeschoollaan 225 te Tilburg. Nadere inlichtingen bij het correspondentie-adres van de cursus, Prof. Verbernelaan 250 te Tilburg, tel. 013-662197 of 669111.

Nascholing Limburgse huisartsen – De Commissie Nascholing Limburg, district XI K.N.M.G., organiseert op 13 en 14 januari 1977 een sandwich nascholingscursus (een identieke cursus op beide dagen) voor huisartsen en andere belangstellende artsen onder de titel: 'Capita selecta uit de kindergeneeskunde' in de stadsschouwburg te Sittard. De Limburgse huisartsen zullen te zijner tijd hiervoor een inschrijvingsformulier ontvangen. Andere belangstellenden kunnen dit aanvragen bij het secretariaat van de Commissie Nascholing Limburg, Wilmenweg 19 in Merkelbeek (L.).

T.V.-TIPS

Zaterdag 30 oktober 1976:
(Ned. I) Teleac, 10.30-11.00 uur:
'Het menselijk lichaam', herhaling les I.

(Ned. I) Teleac, 11.00-11.30 uur:
'De eerste levensjaren van een kind', les 7.

Maandag 1 november 1976:
(Ned I) Teleac, 18.15-18.45 uur:
'De eerste levensjaren van een kind', herhaling les 7.

Dinsdag 2 november 1976:
(Ned. I) Teleac, 18.15-18.45 uur:
'Het menselijk lichaam', herhaling les 2.

Dinsdag 2 november 1976:
(Ned. I) N.C.R.V., 19.55-20.30 uur:
'Onder behandeling'

VERTROUWENSARTSEN KINDERMISHANDELING

- **Amsterdam:** A. J. Koers, kinderarts, F. M. van de Velde, kinderarts, tel. 020-142455, postbus 8333, Amsterdam 1015, voor de provincie *Noord-Holland;*
- **Arnhem:** E. van Ruller, arts, J. A. J. Stevens, arts, tel. 085-210857, postbus 467, Arnhem, voor de *provincie Gelderland;*
- **Breda:** Mevr. M. J. de Koningh, kinderarts, tel. 076-651332 of 076-122133, postbus 2231, voor de provincie *Noord-Brabant;*
- **Groningen:** J. M. Rijkmans, arts, R. Peters, kinderarts, tel. 050-232003, postbus 145, Groningen, voor de provincies *Groningen en Drente;*
- **Leeuwarden:** H. W. Mauser, arts, P. D. van Drooge, arts, tel. 05100-33393, postbus 2204, Leeuwarden, voor de provincie *Friesland;*
- **Rotterdam:** J. I. v.d. Leeuw, arts, tel. 010-128110, postbus 2525, Rotterdam, voor de provincies *Zuid-Holland en Zeeland;*
- **Maastricht:** Th. M. van der Kley, kinderarts, W. M. Maertzdorf, kinderarts, tel. 043-14772, postbus 46, Maastricht, voor de provincie *Limburg;*
- **Zwolle:** J. G. Lingeman, kinderarts, J. F. van Gils, kinderarts, tel. 05200-19828, postbus 418, Zwolle, voor de provincie *Overijssel en Oostelijk Flevoland;*
- **Utrecht:** Th. Sybesma, arts en G. J. Schmidt, arts, tel. 030-89 24 25 (9-5 uur) postbus 4042, voor de provincie *Utrecht.*

Sociaal en Cultureel Planbureau – Een *informele bijeenkomst*, georganiseerd door het Sociaal en Cultureel Planbureau, vindt op maandag 15 november aanstaande plaats in het Jaarbeurs Congrescentrum te Utrecht. Welkom is ieder die beroepshalve of anderszins belangstelling heeft voor het werk van het planbureau. Er is gelegenheid om met verschillende medewerkers te praten, bijvoorbeeld over het Sociaal en Cultureel Rapport 1976 en/of over methodologie en modelbouw. Na een gezamenlijke lunch is er een discussie gepland over een notitie aangaande inspraak, opgetekend door de voorzitter van het begeleidingscollege, Mr. Th. van Lier. Geïnteresseerden kunnen zich melden (en tegelijk meedelen of zij van de koffiemaaltijd gebruik willen maken) bij het Sociaal en Cultureel Planbureau, J. C. van Markenlaan 3, Rijswijk (Z.H.), tel. 070-949330.

'Genetic counseling' – Over 'genetic counseling', dat is erfelijkheidsvoorlichting, gaat een groot deel van het Maandblad Geestelijke Volksgezondheid (M.G.V.) van september 1976. Prof. H. Galjaard schrijft erin over de vraag: welke afwijkingen en ziekten verdienen onze aandacht met het oog op een juiste voorlichting? Mevr. A. M. Batenburg-Plenter beschrijft de vier fasen die naar haar inzicht in de erfelijkheidsbegeleiding van belang zijn: hoe breng ik de mensen tot het vragen van advies? hoe geef ik advies? hoe verwerken ze het advies? en hoe wordt het advies uitgevoerd? B. van Zijderveld reikt vervolgens een samenwerkingsmodel aan om de vroege signalering van handicaps tot stand te brengen. Losse nummers van het Maandblad Geestelijke Volksgezondheid kosten *f* 4,70 (inclusief porto); ze zijn te bestellen via tel. 030-517804, toestel 120 (administratie M.G.V.).

Medische dienst — In verband met de pensionering van de huidige medisch adviseur van het Gemeenschappelijk Administratiekantoor (G.A.K.) Dr. H. Doeleman per 1 november a.s. werd benoemd tot zijn opvolger de Heer D. de Pater, arts, wonende te Bergen (N.H.), thans plaatsvervangend medisch adviseur. Als plaatsvervangend medisch adviseur treedt op de inmiddels als zodanig werkzame arts W. P. J. Woittiez, wonende te Purmerend.

Rectificatie – Een fonds is geen huis en M.C. werkt niet feilloos. Dus als Medisch Contact schrijft: 'Ziekenhuisorganisaties nu gefuseerd' (kop M.C. nr. 42/1976, blz. 1334) en het ging om de oprichtingsvergadering van de Nederlandse Vereniging van Ziekenfondsen (onderkop *idem*), dan gaat M.C. in de fout. Sorry! Wij blijven ons best doen, tussen de telefoontjes door.

Ledenvergadering der L.S.V.

De voorzitter van de Landelijke Specialisten Vereniging, de heer *A. M. Gründemann,* heeft de ledenvergadering van de L.S.V., zaterdag 16 oktober j.l. gehouden in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht, ingeleid met een rede, die hier integraal wordt gereproduceerd:

I. Algemeen

'Het centrale probleem bij de herstructurering van de gezondheidszorg wordt gevormd door de noodzaak een organisatie-structuur te ontwikkelen, waarbinnen beter dan op dit moment de kosten tegen de kwaliteit van de gezondheidszorg afgewogen worden'. Deze stelling*, aan het begin van dit jaar door oud-N.N.V.-voorzitter, thans C.O.Z.-bestuurder, Prof. H. ter Heide geponeerd, tekent de tekortkomingen van het huidige overheidsbeleid uitstekend. Op het ogenblik worden de werkers in de gezondheidszorg in het algemeen en het ziekenhuiswezen in het bijzonder geconfronteerd met een overheid, die uitsluitend kostenbeheersing in haar vaan geschreven lijkt te hebben. Van een reële afweging tegen de kwaliteit of zelfs maar mogelijke gevolgen voor die kwaliteit valt weinig te merken.

Bezien wij bijvoorbeeld de Memorie van Telichting op de begroting Volksgezondheid 1976/1977, dan valt op dat het beleid primair bepaald wordt door de doelstelling: 'sanering van scheef gegroeide of uit de hand gelopen situaties'. Zelfs een eenvoudige wens tot minimale handhaving van de huidige kwaliteit kan in dit, overigens omstandige document, niet worden teruggevonden. Dit past overigens geheel in het stramien zoals wij dat de laatste jaren aantreffen. Dat de kwaliteit van onze gezondheidszorg niet alleen boven iedere twijfel verheven zou zijn, doch ook menige kostenbesparende maatregel zou kunnen velen, is in de loop der jaren achtereenvolgens van stelling tot axioma en nu dan tot dogma verheven.
Naar aanleiding van het jongste K.N.M.G.-congres heeft Staatssecretaris Hendriks als zijn visie verwoord, dat in de gezondheidszorg voldoende rek zit, zodat prioriteiten-stelling niet nodig is. Ondertussen wordt wel door hem de ene prioriteit na de andere gesteld, maar dan in negatieve zin. En déze prioriteiten-stelling treft bij herhaling de specialistische geneeskunde.
Een recent voorbeeld daarvan is de Beschikking welke de uitbreiding van ziekenhuisfuncties (lees: het aantrekken van een cardioloog in stede van een internist of van een uroloog in plaats van een chirurg) afhankelijk stelt van een vanuit Den Haag verleende goedkeuring.
Na de staf, de directie en het ziekenhuisbestuur, zal derhalve in de toekomst ook nog deze ambtelijke barrière genomen moeten worden alvorens een in 99 van de 100 gevallen reëel bestaande vacature eventueel kan worden vervuld. Ik kan mij nauwelijks voorstellen dat de patiënten zich bij deze gang van zaken zullen neerleggen.
Wij, als beroepsorganisatie, zullen dat in ieder geval niet doen. Kernachtig samengevat komen de bezwaren van het Centraal Bestuur tegen de Beschikking hier op neer:

- er is geen enkel overleg geweest bij de totstandkoming van deze Ministeriële Beschikking,
- hier is sprake van het oneigenlijk gebruik van een Wet, in casu de Ziekenfondswet,
- een en ander komt neer op het creëren van rechtsonzekerheid doordat een afdoende beroepsmogelijkheid, termijnen waarbinnen beslissingen moeten worden genomen, kenbare criteria en bepalingen omtrent de uitvoering, in het algemeen ontbreken.

Nu zou ik vandaag niet in detail verder op deze Beschikking en de vele bezwaren die daartegen kunnen worden ingebracht, in willen gaan.



L.S.V.-voorzitter A. M. Gründemann leidt de tweede gewone ledenvergadering van dit jaar in

Ik zou willen volstaan met enerzijds te verwijzen naar het voorlopig commentaar dat gezamenlijk met het Hoofdbestuur ten behoeve van de Vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid is opgesteld** en anderzijds te vermelden dat het Centraal Bestuur op zijn vergadering van donderdag jl. besloten heeft een nader uitgewerkt commentaar bij de Staatssecretaris te deponeren, daarbij de verwachting uitsprekend dat alsnog op basis van dit commentaar overleg zal plaatsvinden. Van de inhoud die aan dit overleg zal worden gegeven, zal het afhangen in hoeverre wij aan de uitvoering van deze Beschikking kunnen medewerken.

II. Relatie met de overheid

Wèl zou ik vandaag wat langer willen stilstaan bij onze relatie met de overheid in het algemeen, en enige recente ervaringen ten deze en wat in het licht daarvan onze koers in de toekomst moet zijn.

In het algemeen kan gesteld worden, dat de doelstelling van een organisatie als de L.S.V. en die van een Departement Volksgezondheid in belangrijke mate identiek zijn, althans parallel dienen te lopen.
Het gemeenschappelijk uitgangspunt wordt verlaten wanneer het beleid op het Departement Volksgezondheid duidelijk ondergeschikt wordt gemaakt aan Kabinetsvoornemens, die zonder meer op bezuiniging en nivellering zijn gericht.
Men kan zich moeilijk aan de indruk onttrekken, dat men op het ogenblik bij Volksgezondheid voorop loopt, ja misschien zelfs 'plus royaliste que le roi' is met betrekking tot deze bezuinigings-politiek.

Voor alle duidelijkheid: wanneer het erom zou gaan tezamen met de professie kritisch te bezien of in haar handelen geen besparing mogelijk is met behoud van de kwaliteit, kan op loyale medewerking worden gerekend.
Dat de L.S.V. wat dit betreft volledig 'open' staat heb ik twee dagen geleden tegenover de Vereniging van Ziekenhuiseconomen aan de hand van een aantal – u, geachte afgevaardigden – maar al te bekende voorbeelden nog eens aangetoond. Dit blijkt bovendien uit ons initiatief tot het houden van een symposion over 'Kostenbeheersing vanuit het medisch functioneren onder handhaving van de kwaliteit' én de zeer gevarieerde sprekerslijst waarvan wij ons hebben weten te verzekeren.
Ik kom hiermee op een andere pijler van de relatie overheid/professie. De overheid is van nature – zo behoort het althans te zijn – met gezag omkleed en dient dus met ontzag te worden bejegend. Ik kom hier op het autoriteits-probleem. Autoriteit moet zich waarmaken en dit waarmaken begint met de 'geloofwaardigheid'.

---

* Voordracht uitgesproken tijdens de in het voorjaar 1976 gehouden studiedagen, georganiseerd door de Stichting Studiecentrum voor Ziekenhuiswetenschappen.

** Zie Medisch Contact 1976/41.

Wat valt nu op? Bij herhaling is door déze overheid, bij monde van de huidige bewindsman, betoogd dat men bijzondere waarde hecht aan de samenspraak met de beroepsorganisaties, zonder wier loyale medewerking maatregelen nauwelijks door te voeren zijn.

Bij herhaling is echter ook gebleken, dat van zo'n samenspraak in de praktijk weinig of niets terecht komt. Enige voorbeelden:

– Het Wetsontwerp Algemene Wet Gezondheidszorgverzekering raakte via een publikatie in het Ziekenfondsblad De Unie bij ons bekend.
– Bij de Raad van State liggen momenteel twee – blijkens een persbericht van het ministerie zeer ingrijpende – Wetsontwerpen, namelijk een Wet Gezondheidszorgvoorzieningen en een Wet Gezondheidszorgtarieven, zonder dat zelfs maar over de algemene strekking enig vooroverleg heeft plaatsgevonden.
– Een diep in de specialistische geneeskunde ingrijpende maatregel als de beperking van ziekenhuisfuncties werd achteraf aan ons toegezonden.

Is het verwonderlijk, dat onder die omstandigheden de geloofwaardigheid van dit beleid vanuit de K.N.M.G. kritisch wordt bezien? Is het verwonderlijk, dat onder die omstandigheden door de K.N.M.G. het open gesprek over wenselijkheid c.q. mogelijkheid van een vestigingsbeleid wordt opgeschort?

Uit het voorgaande zal u duidelijk zijn dat uw Centraal Bestuur, dat tot nog toe van nature geneigd was zeker ten opzichte van de overheid van het zogenaamde harmonie-model uit te gaan, meent dat onder de huidige omstandigheden er ernstig rekening mee moet worden gehouden, dat een zekere polarisatie onvermijdelijk is. In feite wordt die polarisatie ons dan dus opgedrongen. Een beroepsorganisatie als de onze dient nu eenmaal op te komen voor het optimaal functioneren van de specialistische geneeskunde.
Zoals gezegd, een evenwichtige afweging van kwaliteit tegen kosten gaan wij daarbij zeker niet uit de weg. Wij zijn zelfs bereid daarvoor mede-verantwoordelijkheid te dragen. Wanneer dit echter een eenrichtings-verkeer, uitsluitend gericht op kostenbeheersing, gaat worden, dan kan een dergelijke medewerking niet zonder meer van de professie worden verlangd; laat staan door ons worden gegeven.

III. Beleidsvoornemens van de overheid

Hiervoor is reeds een tweetal zeer belangrijke Wetsontwerpen aangestipt. Op deze plaats zou ik iets langer bij beide willen verwijlen.

In de eerste plaats gaat het om de *Wet Gezondheidszorgvoorzieningen.* Hierbij dient onmiddellijk voorop te worden gesteld, dat reeds in 1971 op de gedachte aan zo'n Wet door de K.N.M.G. positief is gereageerd. Of echter de uitwerking die aan deze gedachte thans wordt gegeven op een zelfde positieve response mag rekenen, waag ik te betwijfelen. Mijn twijfels gelden met name voor een punt als: Welke rol zal in deze Wet nog aan de professie worden toegekend zowel op landelijk als op regionaal niveau. Daarbij gaat het zowel om inspraak van de beroepsbeoefenaren als om erkenning van hun deskundigheid.

In de tweede plaats betreft dit de *Wet Gezondheidszorgtarieven.* In dit Wetsontwerp zou de basis gelegd worden voor een stroomlijning, uniformering en onderlinge afstemming van de tarief- en honoreringssystemen van de instellingen en de individuele beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Uitgangspunt daarbij is dat in de Structuurnota aangetoond zou zijn dat de thans in de gezondheidszorg geldende tarief- en honoreringssystemen weinig overzichtelijk, sterk verbrokkeld en nauwelijks samenhangend zijn. In dit verband zou ik mij willen aansluiten bij hetgeen daaromtrent recentelijk vanuit ziekenfondskring is opgemerkt, nl. dat 'het G.O.Z. deze zinsnede nadrukkelijk voor rekening van de bewindsman laat'. Wat eenmaal geschreven is – bewezen of niet – zou dus waar zijn.
Is een dergelijke bewijsvoering misschien louter het zoveelste teken aan de wand, voor medewerkers en ziektekostenverzekeraars in de gezondheidszorg is zo mogelijk nog belangrijker dat wel vast lijkt te staan, dat zij als enigen in de Nederlandse samenleving niet meer zelfstandig overeenkomsten mogen sluiten.
De inhoud van hun overeenkomsten zou in feite bepaald gaan worden door een College van 'wijze mannen' dat niet alleen overeenkomsten goed- of afkeurt, doch ook tarieven zelfstandig kan vaststellen. Deze zijn echter weer niet zó wijs, dat zij niet van richtlijnen vanwege de Minister zullen worden voorzien. En dat terwijl wij in Nederland een vrije loonpolitiek kennen, waarbij zelfs door de Minister niet meer marginaal kan worden getoetst aan het algemeen loon- en prijsbeleid. Alleen een geldende loon- en prijsmaatregel kan – zoals nu bijvoorbeeld ten aanzien van de C.A.O. voor het Ziekenhuiswezen – de Regering uitkomst bieden.
Zou dit voor de tariefvoering – lees de honorering van de werkers in de gezondheidszorg – anders moeten liggen? Ik acht dit een discriminatie, waarover niet alleen door ons maar ook door machtiger organisaties het laatste woord nog niet gezegd zal zijn.
Persoonlijk kan ik mij overigens wel voorstellen dat, waar het in de gezondheidszorg niet om het 'eigen geld' van een onderneming gaat, aan de betrokken ministers een ruimere bevoegdheid wordt toegekend dan ten aanzien van C.A.O.'s in het bedrijfsleven het geval is. In het licht van deze tijd moet een bevoegdheid, die zou bestaan uit een vernietiging c.q. schorsing ingeval van strijdigheid met de Wet of het algemeen belang, toch als ruim voldoende worden beschouwd.



Het Centraal Bestuur der Landelijke Specialisten Vereniging samen met directie en stafmedewerkers geconfronteerd met de tweede gewone ledenvergadering van dit jaar in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht

Voor een goed begrip: dit legt de verantwoordelijkheid uitsluitend bij de verantwoordelijke minister, uiteraard gecontroleerd door het parlement. Tussenstadia zoals die thans bestaan en in de toekomst nog in stringenter mate zouden gaan bestaan, die even zo vele beknottingen van de eigen verantwoordelijkheid van partijen betekenen, acht ik verwerpelijk.
Enfin, wij moeten verder maar de publikatie van het Wetsontwerp afwachten, waarbij het een – hopelijk niet schrale – troost is te weten dat ook nog een openbare behandeling in onze Volksvertegenwoordiging moet plaatsvinden.

In het algemeen kan met betrekking tot de beleidsvoornemens van de overheid worden gezegd, dat daarover meesttijds langs een omweg, liefst via de T.V., doch zelden rechtstreeks, kennis van moet worden genomen; laat staan dat de direct betrokkenen bij de beleidsbepaling betrokken zijn geweest.
In dit verband valt overigens ook op, dat de officiële wettelijke advies-colleges ook niet met advies-aanvragen over dergelijke fundamentele Wetsontwerpen worden overlopen. Mijns inziens ligt hier een taak voor deze colleges om onomwonden te stellen dat zij ten onrechte – zowel op formele grond als op grond van hun deskundigheid – buiten spel worden gezet.
Op deze plaats zou ik nogmaals een stelling afkomstig uit de reeds gememoreerde voordracht van Prof. Ter Heide willen citeren en wel de volgende:

'Organisaties binnen de gezondheidszorg, die in sterke mate bij de besluitvorming op centraal niveau betrokken zijn, vertonen relatief meer kostenbesef en leggen meer de nadruk op beheersing. Organisaties die in mindere mate of niet bij de besluitvorming op centraal niveau betrokken zijn, leggen relatief meer de nadruk op kwaliteit en autonomie'.
Dit citaat legt de nadruk op twee uitersten. Ons lijkt een evenwicht tussen deze beide de voorkeur te verdienen. Zoals de zaken er nu voorstaan, slaat de balans ook voor mij echter heel duidelijk naar het benadrukken van kwaliteit en autonomie door.
Terzijde moet mij echter aan het adres van Ter Heide nog wel het volgende van het hart: hoe aardig zou het niet zijn als men zijn professorale stellingen ook, in zijn hoedanigheid van bestuurslid van het C.O.Z., ten opzichte van de artsen in praktijk zou brengen. De consequentie van zijn stelling is immers: betrek de K.N.M.G. en de L.S.V. bij de beleidsvorming in het C.O.Z.

IV. De relatie met andere organisaties in de gezondheidszorg

Het Centraal Bestuur is van mening dat in beginsel met iedere organisatie in de gezondheidszorg, die zich het goed functioneren daarvan – of althans op een deelgebied – ten doel stelt, goede contacten moeten worden onderhouden.

1. *De contacten met de Nationale Ziekenhuis Raad*

Deze contacten bewegen zich gelukkig in opgaande lijn. Over het algemeen verloopt dit contact via het bestuur van de sectie ziekenhuizen. Zonder zijn voorgangers tekort te willen doen, mag op deze plaats geconstateerd worden, dat met het in functie treden van Mr. J. W. Filippo als voorzitter van deze sectie, de contacten niet alleen zijn geïntensiveerd doch ook aanzienlijk meer concrete resultaten lijken te zullen gaan opleveren.
Een belangrijk voorbeeld vormt het totstandbrengen van een zowel door N.Z.R. als L.S.V. gewenst model contract ziekenhuis/specialist met daarbij behorend statreglement. Er bestaat goede hoop dat binnen enkele maanden beide partijen een zucht van verlichting zullen kunnen slaken, doordat eindelijk overeenstemming is bereikt. De verwachting is dat dit resultaat overeen zal komen met de door de ledenvergadering van december vorig jaar geuite redelijke verlangens.

Een ander punt waarop het lijkt dat met de N.Z.R. tot zaken zal kunnen worden gekomen, is dat der intercollegiale toetsing. Vrijwel gelijktijdig met ons rapport over de intercollegiale toetsing in algemene ziekenhuizen verscheen een beleidsstandpunt van de N.Z.R., waarbij het Centrum van Ziekenhuisdirecteuren een belangrijke inbreng had gehad, over kwaliteit en doelmatigheid.
Het is zonder meer verheugend te kunnen constateren dat de door Geneeskundige Vereniging en L.S.V. enerzijds en deze beraadsgroep anderzijds geformuleerde postulaten zich zeer wel met elkaar verdragen.
Op het ogenblik vindt een harmonieus periodiek overleg plaats tussen een delegatie van het bestuur van de sectie ziekenhuizen en uw Centraal Bestuur, waarbij de hiervoor gememoreerde onderwerpen uiteraard slechts mede geagendeerd worden. Zo u op dit overleg nog nader wilt ingaan, bestaat daartoe in het kader van agendapunt 9b alle gelegenheid.

2. *De relatie met de Geneeskundige Vereniging*

Wij verheugen ons er zeer over, dat wij in nauwe samenwerking met onze collegae medisch-directeuren een rapport over de intercollegiale toetsing het licht hebben kunnen doen zien, dat ruimschoots de toets der kritiek, zowel nationaal als ook internationaal, kan doorstaan. Natuurlijk hopen wij tezamen met de Geneeskundige Vereniging aan dit rapport de noodzakelijke follow-up te kunnen geven. Daarnaast echter rekenen wij erop ook vele andere gemeenschappelijke probleemvelden gezamenlijk te kunnen exploreren.
Het Centraal Bestuur wil echter niet ten opzichte van het directieteam van de ziekenhuizen de indruk wekken dat het uitsluitend meent boodschap te hebben aan de medisch-directeuren. Dit komt o.a. tot uiting in de nog maar zeer kort geleden door mij als uw voorzitter ter gelegenheid van de najaarsvergadering van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuiseconomen gehouden inleiding.
Aangezien voor het Centraal Bestuur het management in een ziekenhuis tenminste uit drie pijlers bestaat, zodat naast de reeds gememoreerde medicus en econoom ook de verpleegkundige genoemd moet worden, ligt wellicht een geformaliseerd contact met het Centrum van Ziekenhuis-directeuren, naast de van oudsher bestaande contacten met de Geneeskundige Vereniging, voor de hand.

3. *Relaties met de ziektekostenverzekeraars*

Relaties van geheel andere aard zijn die met de financiers der gezondheidszorg: de ziektekostenverzekeraars. Niet dat deze relatie q.q. – en ik heb daarbij, gezien onze bestendige relatie uiteraard primair het oog op de ziekenfondsen – minder harmonieus zou behoeven te zijn. Zij is echter wel geheel anders van inhoud. Al enige tijd geldt voor de relatie met de ziekenfondsen dat deze niet een uitsluitend financieel karakter kan dragen, omdat de verantwoordelijkheid der ziekenfondsen nu eenmaal verder gaat. Recent is daarbij gekomen de vraag welke inhoud aan de relatie met de particuliere ziektekostenverzekeraars in het licht van deze tijd moet worden gegeven.
Naar de mening van het Centraal Bestuur moet onderkend worden, dat – ook al is de wettelijke status van deze ziektekostenverzekeraars een andere, zij garanderen nu eenmaal geen verstrekking in natura – niettemin de verantwoordelijkheid van de particuliere ziektekostenverzekeraars algemeen als ruimer dan alleen als zijnde betaalkantoor wordt ervaren. Het Centraal Bestuur zou, dit gegeven aanvaardend, het gesprek met de K.L.O.Z. dan ook willen intensiveren.

V. Eigen beleidsvoornemens

Met de behandeling van het voorgaande ben ik ongemerkt overgegaan van een reageren op beleidsvoornemens van anderen naar het stellen van beleidsvoornemens van uw eigen Centraal Bestuur. Deze lijn doortrekkend zou ik vervolgens nog aan de orde willen stellen: het in de toekomst vanuit de L.S.V. te voeren tarief- en honoreringsbeleid; de intercollegiale toetsing en de informatica.

1. In onze vorige ledenvergadering is een aantal belangrijke besluiten genomen. Allereerst werd vastgesteld dat de van oudsher voor onze *tarifering* geldende uitgangspunten nog steeds valide zijn. Deze zijn:

a. voor de verschillende specialismen dient in beginsel een ongeveer gelijke honorering te gelden:
b. bij de verschillende specialismen dient

een bij benadering gelijke relatie tussen inspanning en honorering uitgangspunt te zijn.

Daaraan is nog toegevoegd dat de uitkomst van een op deze pijlers berustend tariefsysteem een vergelijking met een – daartoe op adequate wijze aangeklede – ambtelijke vergelijkings-figuur moet kunnen doorstaan.
In dit verband moge worden verwezen naar het in 1974 verschenen rapport getiteld: 'Rapport werkgroep inkomens vrije beroepsbeoefenaren'. Deze werkgroep onder voorzitterschap van Mr. A. B. Raven bestond uit vertegenwoordigers van ministeries en van diverse beroepsorganisaties. Voor ons specialisten is de uitwerking van belang die door Drs. H. H. M. Willems, economisch stafmedewerker van het bureau der L.S.V., voor onze groep aan dit rapport is gegeven*.
Zou in bepaalde gevallen bij een vergelijking met de ambtelijke vergelijkingsfiguur de balans duidelijk doorslaan naar de specialist, in die zin dat ook ons inziens van een exces dient te worden gesproken, dan zullen wij niet moeten schromen daar zelf het mes in te zetten.
Omgekeerd echter zullen wij er ook niet voor moeten terugdeinzen om – wanneer de balans duidelijk naar de kant van de ambtelijke vergelijkingsfiguur doorslaat en zeker wanneer dit een bepaald specialisme in zijn totaliteit geldt – ons als specialisten sterk te maken voor het ten behoeve van deze groep rechttrekken van een scheef gegroeide situatie. Ik acht dit daarom zo belangrijk, omdat het ons in het verleden ontbroken heeft aan een duidelijk referentiepunt waarvan wij konden zeggen: 'dit vinden wij redelijk en daar zullen wij dan ook voor staan'.
Uw Centraal Bestuur is, er van uitgaande dat het daarin volledig door u als afgevaardigden wordt gesteund, volgaarne bereid in voorkomende gevallen de hierboven aangegeven consequenties te trekken. Dit veronderstelt echter wel dat wij meer dan tot nog toe zelf over stevig onderbouwd cijfermateriaal beschikken.
Het Centraal Bestuur hoopt dan ook van harte dat de op het ogenblik in onze opdracht door Klynveld, Kraayenhof en Co. onder de leden ondernomen enquête zich in een maximale response mag verheugen.

Vooralsnog kunnen wij slechts hopen dat instanties buiten ons, en ik denk daarbij met name aan de overheid, ons enige rust zullen gunnen om de hierboven uitgestippelde koers gedegen voor te bereiden. Acties zoals die op het ogenblik vanuit het ministerie van Economische Zaken tegenover de pendel worden ondernomen, wijzen echter op het tegendeel. Het Centraal Bestuur meent echter niettemin ook van dit Ministerie te mogen vragen dat men ons die rust wel degelijk gunt.

Tenslotte zijn wij met iets bezig waaraan een duidelijke maatschappelijke behoefte bestaat en waarvan wanneer het door anderen zou worden ondernomen, de kans op succes bij voorbaat bijzonder twijfelachtig genoemd kan worden.

2. Een ander voorbeeld waaruit duidelijk blijkt dat de L.S.V. – en daarmee de specialisten – bereid zijn verantwoordelijkheid te nemen, is de *intercollegiale toetsing* en alles wat daaromtrent vanuit de L.S.V. is ondernomen. Wij zijn bijzonder verheugd over de over het algemeen positieve response die onze met betrekking tot deze, overigens in goede samenwerking met de Geneeskundige Vereniging ondernomen, activiteiten heeft bereikt.

Vanzelfsprekend wil uw Centraal Bestuur het bij het produceren van één rapport niet laten. Allereerst stellen wij ons voor in de maand november tijdens een studiedag met de staven de discussie op basis van dit rapport voort te zetten. Daarnaast zal – en vanmiddag zullen u daaromtrent nog meer gedetailleerde mededelingen worden gedaan – met kracht de oprichting van een Centraal Begeleidings Orgaan ter hand worden genomen. Daarvoor zijn wij echter mede afhankelijk van de bereidheid bij een organisatie als de N.Z.R. en een instantie als het Departement Volksgezondheid, om zo'n orgaan samen met de Geneeskundige Vereniging en ons daadwerkelijk van de grond te tillen. Bij de N.Z.R. lijkt deze bereidheid zonder meer aanwezig en de eerste reactie van staatssecretaris Hendriks was eveneens positief.
'The proof of the pudding is always in the eating'. Laten wij hopen dat, eenmaal rond de tafel geschaard, alle betrokkenen met smaak het opgediende gerecht zullen nuttigen.

3. Een derde en voorlopig laatste initiatief dat ik vandaag tegenover u zou willen releveren, is het in het verlengde van het fameuze 'rapport Wolvius' doen oprichten van een *Landelijk Informatie Centrum* voor de gezondheidszorg. Persoonlijk heb ik ten deze wel enige zorg. De vaart die er een jaar geleden nog zo duidelijk in zat, lijkt er een beetje uit en ik betreur dat zeer.
Hoe het ook zij, zeer binnenkort zal de officiële oprichtingsacte worden verleden en dan kan eindelijk het bestuur van dat centrum gaan besturen, hetgeen voor mij wil zeggen met S.M.R. en L.I.S.Z. om de tafel gaan zitten. En weliswaar gefaseerd, doch a tempo, beginnen aan de verwezenlijking van de aan dit centrum ten grondslag liggende doelstelling, te weten: een geïntegreerd informatiesysteem dat waarborgen biedt voor bewaking van beroepsgeheim en privacy.
In dit verband zou ik de hoop willen uitspreken dat: a. de bij dit project betrokken organisaties, zich van hun verantwoordelijkheid bewust zijnd, alles zullen doen om snel de verloren tijd in te halen; b. de overheid, begrip opbrengend voor het moeizaam procédé dat zo'n integratie nu eenmaal is, ons ook in dit opzicht de tijd zal gunnen een en ander van de grond te brengen.

Geachte afgevaardigden, dames en heren, de onderwerpen die ik juist kort tegenover u de revue heb laten passeren, vormden een deel van de agenda die uw Centraal Bestuur onlangs tijdens een werkweekend heeft afgewerkt. Ik meende er goed aan te doen u deze kijk in de keuken te geven om u een indruk te geven van de problemen waarmee uw bestuur bezig is.
Ik hoop hiermee tevens een inzicht te hebben gegeven in wat het Centraal Bestuur wil, namelijk het geven van response namens de professie op deze eigentijdse problemen.
Het is overigens aanzienlijk eenvoudiger deze taak te stellen, dan hem te vervullen. Enerzijds is het Centraal Bestuur zich bewust dat de problemen die op ons afkomen worden gekenmerkt door hun vele facetten. Zij zijn zelden wit of zwart. Anderzijds moet het bestuur een zodanig contact met de specialisten in den lande behouden dat het beleid ook daadwerkelijk door de leden wordt geschraagd. Het zijn de leden, in de persoon van u, dames en heren afgevaardigden, die uiteindelijk beslissen.
Daarvoor – dat zijn wij ons welbewust – is noodzakelijk dat u als afgevaardigden, maar vooral ook zij die door u gerepresenteerd worden, goed worden geïnformeerd. Het is daarom dan ook dat wij ons als bestuur gelukkig prijzen dat wij ons nu ook ten aanzien van het onderdeel public relations – en in dit geval de interne communicatie – op bureauniveau professioneel gesteund weten.

Een andere – in deze tijd meer dan ooit noodzakelijke – voorwaarde voor het niet alleen laten horen maar ook daadwerkelijk gehoord worden van de stem van de professie is de onderlinge saamhorigheid. In dit verband staan wij als L.S.V. vandaag voor een belangrijke beslissing, te weten: de wijziging van ons lidmaatschapscriterium. Het Centraal Bestuur hoopt van harte, dat u conform onze desbetreffende voorstellen zult willen besluiten, omdat daarmee immers wordt bereikt dat al diegenen die als specialist functioneren, voortaan lid van de L.S.V. zijn, uiteraard voorzover zij ook lid der K.N.M.G. zijn.
En, ik zou het niet anders willen, want boven saamhorigheid der specialisten gaat nog steeds de saamhorigheid der artsen, belichaamd in de K.N.M.G. Moge dit altijd zo blijven.

Aldus L.S.V.-voorzitter *A. M. Gründemann* ter inleiding van deze tweede gewone ledenvergadering der L.S.V. in 1975, die in twee gedeelten uiteen viel: de behandeling van een reeks huishoudelijke aangelegenheden en de beraadslagingen over een aantal beleidszaken.

* Zie Medisch Contact 1974/50, pag. 1620 e.v.

Huishoudelijke zaken

Allereerst werd op voorstel van het Centraal Bestuur de heer *A. M. Gründemann* voor het volgende verenigingsjaar bij acclamatie herkozen als voorzitter. Diens rechterhand, ondervoorzitter *Dr. C. H. van Erk,* wenste hem een goede gezondheid en alle kracht toe om dit zware mandaat wederom met succes te kunnen continueren.
De vacature, ontstaan door het tussentijds aftreden van *Dr. D. Wolvius* als lid van het Centraal Bestuur, kon vooralsnog niet worden vervuld omdat daarvoor geen kandidaten waren gesteld.
Het scheidende C.B.-lid werd door de voorzitter gekwalificeerd als een 'beroemd man' wiens naam in herinnering zal blijven vanwege het 'rapport Wolvius' en die bovendien op diverse andere L.S.V.-terreinen zeer verdienstelijk werk heeft geleverd.
De vergadering stemde vervolgens in met de door penningmeester *J. Th. Groenewegen* nader toegelichte begroting voor 1977, met de door het C.B. voor datzelfde jaar voorgestelde contributie, alsmede met het wijzigingsbesluit inzake de verplichtstellingsbeschikking met betrekking tot verplichte deelneming in de beroepspensioenregeling van medische specialisten.
Conform een toelichtende notitie gaven de afgevaardigden voorts hun fiat aan de – in verband met de voorgenomen wijziging van het lidmaatschapscriterium der L.S.V. – voorstellen tot wijziging van de in dit verband relevante artikelen van het huishoudelijk reglement.

'Departementale' zaken

In het tweede gedeelte van deze ledenvergadering werden de aanwezigen nader geïnformeerd over diverse beleidsaangelegenheden, aangekondigd als 'Departementale' onderwerpen.
In het kader 'Algemene Zaken' werd benadrukt dat – nu de L.S.V. over een stafmedewerker voor de public relations beschikt – op korte termijn enkele inmiddels op gang gebrachte activiteiten versneld kunnen worden afgerond en nieuwe initiatieven worden genomen. Op de aanwezigen werd vervolgens een beroep gedaan deel te nemen aan het over enige tijd te houden symposion over 'Kostenbeheersing vanuit het medisch functioneren onder handhaving van de kwaliteit'.
Vanuit het departement 'Ziekenhuis- en Stafaangelegenheden' werd onder meer naar voren gebracht dat het Centraal Bestuur op korte termijn zal bezien hoe aan de inhoud van het rapport Intercollegiale Toetsing nader gestalte kan worden gegeven, waarbij – zoals bekend – zal worden uitgegaan van de oprichting van een centraal begeleidingsorgaan en van de begeleiding van de medische staven bij de thans in zwang zijnde intercollegiale toetsing.
Onder het agendapunt 'Tariefaangelegenheden' werd weer uitvoerig van gedachten gewisseld over de pendel. De discussie daarover kan gelden als een bevestiging van de motie die in de vergadering van 15 mei j.l. over deze kwestie werd aangenomen (M.C. nr. 22 d.d. 28 mei 1976, blz. 724). Men bleek zwaar te tillen aan het feit dat bij opheffing van de pendel een bepaald stuk verantwoordelijkheid aan de specialist zou worden ontnomen, een verantwoordelijkheid die – zoals in de praktijk blijkt – bij het hanteren van die pendel inderdaad wordt waar gemaakt. Uit de beraadslagingen over dit vraagstuk bleek in ieder geval duidelijk dat er volledige overeenstemming bestaat tussen ledenvergadering en Centraal Bestuur over het te voeren beleid in deze.
Als een der belangrijkste 'Tariefaangelegenheden' werd tenslotte een plan geëtaleerd met betrekking tot een studie ter herstructurering van de ziekenfondstarieven, een herwaardering van de onderlinge relatie tussen oude en nieuwe tarieven. Besproken werd onder meer, dat voor die specialismen, die vanuit de betreffende wetenschappelijke verenigingen tot een normering van de praktijkomvang zouden kunnen komen, zal worden bezien of het tarief daarop zou kunnen worden afgestemd. In laatste instantie zou bij definitieve tariefstelling kunnen worden overgegaan tot algemene normering.

Extra ledenvergadering der L.H.V.

Ter inleiding van de extra ledenvergadering der Landelijke Huisartsen Vereniging, vrijdag 15 oktober j.l. gehouden in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht, bracht L.H.V.-voorzitter *S. van Randen* onder meer het volgende naar voren:

Op deze vergadering willen wij onze toezegging realiseren door met u van gedachten te wisselen over de verloskundige hulp. Het lijkt dringend gewenst hierover tot uitspraken van de Landelijke Huisartsen Vereniging te komen. Immers, niet alleen is de verloskundige hulp voortdurend een onderwerp van wetenschappelijke belangstelling, maar de organisatie van deze hulp heeft eveneens alle belangstelling. Tevens blijken er zich in diverse regionale en lokale situaties duidelijk conflicten voor te doen in deze, met name ook tussen huisartsen en verloskundigen. De huisartsen voelen zich begrijpelijk en terecht naast genees- en heelkundigen ook verloskundigen. Maar, mede op grond van het verstrekkingenbesluit verloskundige hulp 1967 in het kader van de Ziekenfondswet, is de situatie met name in de grote steden dusdanig dat vele huisartsen geen of nauwelijks meer verloskundige hulp als zodanig verlenen. Het is de vraag of de huisarts, ook in de grote steden, niet meer bij de verloskundige hulp betrokken moet worden, juist ook met het oog op zijn functie als gezinsarts.
Daarnaast wordt vanavond een belofte aan u ingelost inzake de bespreking van de voorstellen tot bestemming van de overschotten 1974 en 1975. Uitvoerig wil ik daar nu niet op ingaan. Maar ik verwacht en ik ben er ook van overtuigd, dat wij in deze tot een juiste beoordeling zullen komen, om hierdoor de activiteiten van de L.H.V. te bevorderen.
Over deze activiteiten in het licht van de vele vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid, die ook de huisartsen regarderen nu en in de toekomst, zal ik uitvoeriger terugkomen in de reglementaire ledenvergadering van 26 november.

Mededelingen

1. Reeds in de vergadering van het Centraal Bestuur met de districtsvoorzitters attendeerde ik op persberichten omtrent de bij de Raad van State ingediende wetsontwerpen inzake gezondheidszorgvoorzieningen en gezondheidszorgtarieven. De tekst van deze wetsontwerpen is formeel niet in ons bezit.

2. De staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft aan de Tweede Kamer een nota gestuurd inzake zijn beleidsvoornemens met betrekking tot de kostenbeheersing van de gezondheidszorg, een en ander op korte termijn. Hij stelde daarin onder andere, dat in deze de ziekenfondsen met de medewerkers spoedig tot modelovereenkomsten moeten komen.
Tevens wil hij een nadere regeling geven inzake het voorschrijven van geneesmiddelen.

3. In zijn vergadering van 20 oktober a.s., zal het Centraal Bestuur afscheid nemen van Mr. H. A. Veenstra, wegens het door hem – eind oktober 1976 – bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd. Reeds eerder werd u ervan in kennis gesteld dat Mr. Veenstra wegens gezondheidsredenen zijn functie als directeur van het bureau der Landelijke Huisartsen Vereniging niet meer kon waarnemen.
Mr. Veenstra heeft de Landelijke Huisartsen Vereniging jarenlang gediend, vanaf 1946 tot in 1974 èn buitengewoon actief èn met volledige persoonlijke inzet in zijn functie als directeur van het bureau der Landelijke Huisartsen Vereniging, zowel het binnenland als het buitenland betreffend. Ik stel het op hoge prijs Mr. Veenstra hier en nu voor de vele en voortreffelijke diensten door hem aan de Landelijke Huisartsen Vereniging bewezen, mijn grote dank te kunnen betuigen, ook mede namens u en namens de Nederlandse huisartsen.

4. Op 31 december 1976 zullen er twee vacatures ontstaan in het Centraal Bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging. De reglementair aftredende bestuursleden, Van Spanje en Van der Valk, stellen zich herkiesbaar. De aftredende leden Meijer en Van Randen, stellen zich niet herkiesbaar.
Hoewel ik buitengewoon geïnteresseerd blijf in de functie, de taak en het functioneren van de huisartsen in Nederland, met name ook in de mogelijkheden en de opgave die de L.H.V. als beroepsorganisatie van de Nederlandse huisartsen heeft, ben ik toch tot de conclusie gekomen dat ik mij mede gelet op de invloed van mijn voorzitterschap op mijn persoonlijke situatie en mijn praktijksituatie, hoewel node, niet meer herkiesbaar moet stellen als lid van het Centraal Bestuur en derhalve ook niet als kandidaat voor het voorzitterschap.

Uiteraard ben ik bereid op die plaatsen waar de L.H.V. of/en het Centraal Bestuur het mij nuttig zouden oordelen activiteiten aan de dag te blijven leggen. Nu ik einde van dit jaar uit het Centraal Bestuur treed heeft dit bestuur besloten, collega Derksen aan u, afgevaardigden, als kandidaat voor het voorzitterschap voor te dragen. In de reglementaire vergadering van 26 november a.s. zal de nieuwe voorzitter van de L.H.V. gekozen dienen te worden. Ik wil niet nalaten u, geachte afgevaardigden, dringend op het hart te binden, zoveel en zo spoedig mogelijk kandidaten voor het lidmaatschap van het Centraal Bestuur voor te dragen.

Verloskundige hulp

Aldus L.H.V.-voorzitter *S. van Randen,* ter inleiding van deze extra ledenvergadering, die zich allereerst uitvoerig bezig hield met de behandeling van de problematiek rondom de verloskundige hulp. De gedachtenwisseling hierover werd ingeleid door de afgevaardigde *W. P. J. M. Pierrot,* die indertijd het Centraal Bestuur met klem had verzocht dit vraagstuk op de agenda te plaatsen. Ofschoon een kritisch gestemde andere afgevaardigde meende dat hier zou worden gesproken over de organisatie van de verloskundige hulp zoals die een tien jaar geleden had moeten zijn, ging men bij de behandeling van de onderhavige kwestie uit van een notitie van de voorzitter van de L.H.V.-Werkgroep verloskundige verloskundige L.H.V.-ondervoorzitter *W. Derksen,* over de samenwerking huisarts-vroedvrouw en gynaecoloog-obstetricus, voorts van de tekst van het Koninklijk Besluit verloskundige hulp ziekenfondsverzekering en van enkele relevante statistische gegevens. Primair het belang van de patiënt beogend, lichtte *F. N. M. Bierens,* vertegenwoordiger in de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, een organisatieschema toe, waarin de principiële grote lijnen van het vraagstuk waren verwerkt. De beraadslagingen konden tenslotte worden afgerond met een



W. Derksen, voorzitter L.H.V.-werkgroep verloskundige hulp

---

verlos', o., (gew.) een kinderspel waarbij één de anderen vangen en naar een bepaalde plaats (*bonk*) brengen moet; daar blijven zij, tot allen gevangen zijn of tot één der vrijgeblevenen alleen aan het bonk komt en met de uitroep: *een, twee, drie, verlos!* hen verlost: *verlos* (of *diefje met verlos* of *verlos van bunje*) *spelen.*
verlos'bed, o. (-den), ziekenhuisbed dat speciaal ingericht is voor verlossingen; **...kamer**, v. (m.) (-s), kamer in een ziekenhuis of kraaminrichting waar de verlossingen plaatsvinden.
verlos'kunde, v., vroedkunde, obstetrie, de wetenschap van het verloop en de doelmatige behandeling der baring; **...kun'dig**, bn., betr. hebbend op de verloskunde, daarmede in verband staande, er over handelende: *verloskundige hulp, bijstand verlenen;* **...kun'dige**, m.-v. (-n), vroedmeester, accoucheur; vroedvrouw.
verlos'sen, (verloste, heeft en is verlost), 1. (overg.) los, vrij maken, bevrijden, redden: *deze ellendige riep, en de Here hoorde, en Hij verloste hem uit alle zijne benauwdheden* (Ps. 34:7); *iem. uit de gevangenis, van zijn boeien, uit de slavernij verlossen; verlos ons van den Boze* (Matth. 6:13); – (onelg.) ontslaan: *verlos ons van de preektoon, Heer* (De Génestet); – 2. (overg. en onoverg.) *een vrouw verlossen,* haar in het baren helpen; – *zij is van een welgeschapen zoon verlost,* bevallen.
verlos'ser, m. (-s), die verlost, redder, bevrijder: *o Here, mijn Rotssteen en mijn Verlosser!* (Ps. 19:15); *Dionysus is de gever van de wijn, verlosser van alle zorg en droefheid*; – *de Verlosser* (*der wereld*), Jezus Christus, die ons bevrijdt uit de macht van zonde en dood.
verlos'sing, v. (-en), 1. bevrijding, redding (uit de kerker, uit grote nood); – vrijmaking uit de macht van zonde en dood: *de verlossing, die in Christus Jezus is* (Rom. 3:24); – 2. bevalling (van een vrouw). **verlos'singsdood**, m. en vr.: *Gods menswording, Zijn verlossingsdood* (Te Winkel); **...kreet**, m. (...kreten); **...offer**, o., (Te Winkel); **...plan**, o.: *het goddelijk verlossingsplan*; **...religie**, v. (-s); **...werk**, o., het werk der verlossing, inz. uit de macht der zonde.
verlos'ster, v. (-s), zij die verlost, redster.
verlos'tang, v. (m.) (-en), tangvormig instrument

Uit de dikke Van Dale



W. P. J. M. Pierrot zwengelt de discussie over verloskundige hulp aan

blijk van instemming met genoemde beleidsnotitie van ondervoorzitter Derksen, daarmee uitgangspunten biedend voor verdere besprekingen met de diverse belanghebbende organisaties en de overheid.

Conform de agenda voor deze extra ledenvergadering werden vervolgens de activiteiten besproken naar aanleiding van de lijst met voorgestelde onderzoekingen van district XIV. Daartoe werd de thans lopende structuurenquête toegelicht door de externe L.H.V.-adviseur, de heer *A. van der Smeede,* diens medewerker, de heer *W. Hartman* en de economische medewerker van het L.H.V.-bureau, *Drs. T. A. M. Deelen.* Dit drietal had tevens een analyse van de enquête van district in hun beoordelingen betrokken. Uiteraard blijven de afgevaardigden met belangstelling uitzien naar de uiteindelijke resultaten van de structuurenquête.
De aanwezigen werden tenslotte ook nog uitvoerig geïnformeerd over het voorstel ziekenfonds-honorering voor 1977, alsmede over de voorstellen met betrekking tot de bestemming van de overschotten over de jaren 1974 en 1975. De besluitvorming over dit laatste zal plaatsvinden bij de behandeling van de begroting over 1977.

Overdrukken 'Huisarts waarheen'

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

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

Informatie over de pensioenregeling voor huisartsen

Het blijkt steeds weer nodig te zijn goede informatie te bieden over de pensioenregelingen voor artsen, gezien de daaromtrent bij aankomende medici levende gedachten. Onderstaand zo'n informatief stukje naar aanleiding van het artikel: 'Vestiging van huisartsen; een kwestie van vraag en aanbod', van Lode Wigersma dat deze geplaatst zag in M.C. nr. 40/1976, blz. 1251. Bijgaande reactie is van de hand van de directeur van de Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen (S.B.A.), Drs. J. M. G. Hoes.

In Medisch Contact van 1 oktober 1976 komt een artikel voor, geschreven door Lode Wigersma en getiteld 'Vestiging van huisartsen; een kwestie van vraag en aanbod?'. In dit artikel wordt ook iets verteld over de pensioenregeling voor huisartsen.

Lode Wigersma schrijft dat de premie zo hoog is omdat het een onderling pensioenfonds is. Dit is niet juist. De premie is zo hoog, omdat het een pensioenregeling is met een welvaartsvaste uitkering. Dit betekent bijvoorbeeld dat de pensioenaanspraken tot nu toe met terugwerkende kracht vanaf het ontstaan van de pensioenregeling welvaartsvast zijn gehouden. Voor de in 1973 opgebouwde pensioenaanspraken betekent dit bijvoorbeeld een stijging met ingang van 1 januari 1977 met 55%. Bovendien wordt bijna 25% premie opgebracht voor de financiering van de back-service, dat is een gedeeltelijke compensatie voor de geldontwaarding ten behoeve van rustende huisartsen en nabestaanden van overleden huisartsen. Wat compensatie van geldontwaarding betekent kan geïllustreerd worden met het volgende voorbeeld.

Stel dat een huisarts die op 1 januari 1973 30 jaar was tot nu toe deelnemer in de pensioenregeling is geweest, dan heeft hij opgebouwd een jaarlijks ouderdomspensioen van *f* 3.980,— over de periode 1973 t/m 1976. Veronderstellen wij voorts dat hij per 1 januari 1977 geen premie meer betaalt, omdat hij bijvoorbeeld de praktijk neerlegt. Zonder verdere premiebetaling wordt dit bedrag in de toekomst verder verhoogd. Bij een inflatie van 5% per jaar zou dit betekenen dat deze arts op 65-jarige leeftijd een ouderdomspensioen ontvangt van *f* 18.060,—. Zou hij onverhoopt begin 1977 overlijden en een vrouw met twee kinderen nalaten, dan ontvangt zijn echtgenote een weduwenpensioen van *f* 27.430,— en de beide kinderen ieder een wezenpensioen van *f* 5.485,—. Totaal per jaar *f* 38.400,—. Ook in dit geval wordt het bedrag in de toekomst verhoogd. Bij een geldontwaarding van 5% per jaar zou dit bedrag na 10 jaar al zijn gestegen tot *f* 62.550,—. Deze stijgingen maken de pensioenregeling kostbaar, maar daar staat wel iets tegenover.
In het honorarium is een belangrijke bijdrage verwerkt, bestemd voor deze pensioenregeling, terwijl voorts de premie volledig fiscaal aftrekbaar is.

Wij hopen, dat de pensioenregeling na deze toelichting ook voor jonge artsen iets duidelijker wordt. Wij zijn altijd bereid via huisartseninstituten of op andere wijze voorlichting over de pensioenregeling aan jonge artsen te geven.

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen (S.B.A.), Postbus 3047, Utrecht, tel. 030-887021.

Het medisch kindertehuis anno 1976

door *Drs. C. M. Boon,* kinderpsycholoog

In Medisch Contact nr. 33 van 13 augustus j.l. (blz. 1052-1053) heeft Mej. J. Middendorp, zenuwarts, een aantal behartenswaardige zinnen geschreven onder de titel: 'Kinderuitzending – meestal nutteloos, vaak schadelijk'. Uit deze veelzeggende kop blijkt meteen welk standpunt Middendorp inneemt. Ze levert felle kritiek op de kinderuitzending. Uit de inhoud van haar verhaal blijkt dat ze vooral in de aanval gaat tegen de klassieke A-uitzending, waarbij kinderen in groepen gedurende zes weken naar bos, zee of geen-voorkeur-plekken werden uitgezonden.

In de vijftiger jaren heeft er een overgang plaatsgevonden, in die zin dat de bleekneusjes plaats maakten voor kinderen die met de 'voorlopigheidsdiagnose' van *nervositas* een kuurtje in een A-koloniehuis konden ondergaan. Mej. Middendorp staaft haar artikel met enkele studies die op het onderwerp betrekking hebben. Ze besluit haar frontale aanval met een viervoudig wapen op de borst van de ouders en analyseert tevens de dubbele bodem, die de artsen doet besluiten een kind uit te zenden.
Alvorens wij – namens de psychologen en pedagogen van de zeventien medische kindertehuizen en enkele tehuizen met zogenaamde short-stay-therapie – een beschrijving willen geven van de doelstelling en werkwijze van het medisch kindertehuis anno 1976, willen we eerst het door Mej. Middendorp in stelling gebrachte geschut nog even laten donderen.
Het spel, 'help me toch', biedt volgens Mej. Middendorp de ouders: a. een tijdelijke spanningsuitlaatklep; b. vermijding van het onder ogen zien van eigen falen; ze krijgen zo de kans nog erger verstoppertje te spelen met zichzelf; c. het strelende gevoel dat zij zo goed zijn hun kind – zogenaamd om eigen bestwil – naar zo'n hooggewaardeerd instituut te zenden; d. een kunstmatig verlengstuk van de ouderlijke macht.
Ouders die in het verleden aan een A-uitzending voor hun kind hebben meegewerkt moeten wel een ernstig schuldgevoel krijgen als zij dit lezen. Teruggeworpen op hun gevoelens van verlatenheid en ouderlijke verderfelijkheid kunnen ze niet anders meer dan roepen: 'help ons, de dokter laat ons verzuipen'.
Voorts wat betreft de arts die heeft meegewerkt aan de uitzending, heeft collega Middendorp ook ernstige bedenkingen. Volgens haar biedt het besluit tot uitzending de arts het volgende: 'a. ontlading van op hem overgeladen spanningen; b. vermijding van het gevoel een waardeloze helper te zijn; c. het strelende gevoel zo in aller ogen krachtdadig goed te doen; de arts oogst de dank van de ouders, medeselecteurs en tehuisstaven die bij leegstand brodeloos worden; d. meer macht aan dokters en hun instituten.'
Het is alles, volgens Mej. Middendorp, het kiezen van de weg van de minste weerstand. Ze besluit haar beschouwing dan ook met de veelzeggende opmerking: 'Hoe hard het ook is voor degenen die zich ervoor hebben ingezet – soms een heel leven lang – het eeuwfeest van de kinderuitzending kan het beste gevierd worden met sluiting van de tehuizen'.

★ ★
★

De onderhavige beschouwing van Mej. Middendorp is op de laatste vergadering van psychologen en pedagogen van medische kindertehuizen ter sprake gekomen. In grote lijnen zagen wij de gevaren die door haar werden gesignaleerd. In zeker opzicht berust haar kritiek op waarheid. Ook wij zijn van mening dat een kind maar al te vaak is uitgezonden, omdat het niet goed meer speelde, erg vervelend was, slecht meekon op school en dan met het etiket 'nervositas' een kuurtje zeelucht, boslucht of geen-voorkeur kon genieten.

Kapotte radio

In die periode is het zeker gebeurd dat een kind werd gezien als een kapotte radio. Ouders en arts hoopten via een reparatie van zes weken hun 'toestel' weer goed spelend terug te krijgen en beseften nauwelijks dat zij met hun wensen en adviezen op een geheel andere golflengte zaten dan de werkelijke nood van het kind en een meer adequate behandeling daarvan.
Zo gezien, kunnen wij de kritiek van Mej. Middendorp onderschrijven. Van de andere kant is haar oordeel niet gedifferentieerd genoeg. Ook bij de klassieke A-uitzending volgens het pedagogisch model, is veel goeds tot stand gekomen. Ook toen heeft men in sommige huizen de ouders intensief bij de behandeling betrokken, evenals de plaatsende instantie.
Op dit moment spreken we liever van een short-stay-therapie. Wij zien dat een dergelijke ingreep een gunstig effect kan hebben op de ontwikkeling van een vastgelopen kind. Het accent van een dergelijke behandeling ligt nu veel meer op pedagogische en maatschappelijke factoren dan op de strikt medische factor. De kinderen krijgen een vrij uitgekiend groepsdynamisch programma aangeboden en de ouders worden zeer direct bij het hulpverleningsproces betrokken. Dit geschiedt voor, tijdens en vooral ook na de behandeling.

Geen piramidale structuur

Wanneer Mej. Middendorp bereid is een short-stay-instituut te bezoeken en de werkwijze te vergelijken met haar opvattingen, dan achten wij het zeer wel mogelijk dat haar oordeel meer gedifferentieerd zal uitvallen. Als psychiater zal zij zeker begrip hebben voor de weerstand die in veel tehuizen heeft geleefd en misschien nóg leeft tegen verandering. Ter geruststelling van haar kunnen we opmerken dat de meeste van dergelijke instituten inderdaad zijn gesloten. Ze hebben de prijs moe-

ten betalen voor een zekere bedrijfsblindheid vanuit een piramidale structuur.
Wat dit laatste betreft merkt Prof. ter Horst terecht op dat een piramide niets meer behoort te zijn dan een grafmonument.

Doelstelling en werkwijze

Op dit moment functioneren in Nederland zeventien medische kindertehuizen binnen het kader van de A.W.B.Z. Wij stellen voorop dat er een grote differentiatie bestaat tussen de zeventien medische kindertehuizen. Ieder huis heeft zijn eigen voorgeschiedenis die tot uitdrukking komt in de actuele stafbezetting en werkopvatting.
Wij menen zelfs dat de differentiatie in de toekomst nog zal toenemen.
In het algemeen kunnen we stellen dat de behandeling in een medisch kindertehuis een constructie is. Het behandelingsklimaat is niet vanzelfsprekend maar bedacht.
Wij beseffen dat residentiële behandeling een ernstige ingreep is in het leven van een kind. Het kind wordt meestal zonder inspraak genomen uit zijn vanzelfsprekend gezinsmilieu. De banden met ouders, broers en zusjes worden deels doorgenseden. Het kind verliest zijn school, zijn buurt, de straat; kortom alles waarmede het graag *verbonden* zou willen zijn. Met nadruk staat hier dat het kind 'verbonden zou willen zijn'.
Juist omdat dit laatste niet lukt, wordt het kind aangemeld voor residentiële therapie, nadat vele andere therapeutische mogelijkheden onvoldoende resultaat hebben opgeleverd. Residentiële behandeling is dan geboden om via een bepaalde distantie, zowel het kind als de ouders gelegenheid te bieden aan nieuwe relatiepatronen te werken. Ook kinderpsychiaters maken vaak gebruik van een dergelijke residentiële therapie en hebben zelf de stoot gegeven tot de oprichting van een therapeutische setting voor dag en nacht (buiten de kliniek). Wij noemen hier alleen de zienswijze van Prof. Kamp, die vanuit Utrecht heeft meegewerkt aan de oprichting van een residentiële behandelingssetting in Amersfoort.

Ontwikkelingsbevorderend

De belangrijkste bedoeling van plaatsing van een kind in een medisch kindertehuis, is dat het kind de binding aan zijn milieu wel creatief, dat wil zeggen als ontwikkelingsbevorderend leert ervaren. De sterke innerlijke verbondenheid tussen de leden van een gezin kunnen het kind min of meer verstikken en bedreigen in zijn lichamelijk-geestelijke ontplooiing. Dit betekent tegelijk dat het kind zogezegd niet voor zijn plezier in een medisch kindertehuis wordt opgenomen.
Het gaat altijd om kinderen die binnen hun eigen milieu zwakker functioneren dan gezien hun fysieke en psychische potenties zou kunnen zijn. Deze kinderen komen naar het medisch kindertehuis om te ontdekken onder welke condities deze verborgen mogelijkheden wel tot ontwikkeling kunnen komen.
De behandeling geschiedt met dirigerende en directieve middelen (medisch, paramedisch, additioneel, orthodidactisch, orthopedagogisch enz.), maar vooral ook klimatologisch. De omstandigheden in een medisch kindertehuis zijn totaal verschillend aan de situatie van het gezin.
Hooguit zou men de behandelingssfeer in een medisch kindertehuis kunnen vergelijken met een artificieel gezin. Wij blijven echter de kunstmatigheid van de behandelingsconstructie benadrukken.

Geen verstoppertje spelen

Vooral de laatste jaren is er een duidelijke kentering opgetreden in de werkwijze, in die zin dat de ouders steeds intensiever bij het behandelingsproces worden betrokken. Het onder *b.* genoemde bezwaar van mej. Middendorp, dat de ouders steeds minder in staat zijn om te vermijden hun eigen falen onder ogen te zien en nog erger verstoppertje te spelen met zichzelf, is momenteel zeker niet meer van toepassing op de behandelingsstrategie van het medisch kindertehuis anno 1976.
Het is een opmerkelijk ervaringsgegeven dat bijna iedere ouder sterk gemotiveerd is om intensief aan het therapeutisch proces mee te werken. Wanneer dit niet het geval is spreken wij zelfs van contra-indicatie tot residentiële therapie. Ook tijdens de opname zal een voortdurende confrontatie met de terugkeer van het kind de ouders uitkomst bieden.

Positieve indicatiestelling

Voor welke kinderen heeft plaatsing in een medisch kindertehuis nu wel veel zin? Het antwoord op deze vraag kan alleen langs multidisciplinaire weg worden gevonden. Dit betekent dat niet alleen de arts, maar ook de psycholoog, de pedagoog en de maatschappelijk werkster bij de indicatiestelling worden betrokken. Het blijkt vaak om kinderen te gaan bij wie de ambulante hulpverlening het doel niet voldoende heeft kunnen bereiken. Het medisch kindertehuis vindt dan zijn plaats in de zogenaamde derde-lijns-voorziening. Ook kan het zijn dat de ambulante hulpverlening ter plaatse ontbreekt. In deze omstandigheden kan men het medisch kindertehuis zien als een tweede-lijns-voorziening.
Het medisch kindertehuis biedt goede mogelijkheden tot observatie van psychosomatische klachten. Het vaak diffuse klachtenpatroon thuis kan door de tijdelijke scheiding van kind en gezin beter en scherper worden verduidelijkt. De ouders krijgen op deze wijze meer zicht op de problematiek van het kind naarmate de klachten meer gezien worden als een symptoom van gestoorde communicatiepatronen binnen het gezin.
Middels de residentiële behandeling

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.

---

zijn de ouders dan vaak beter te motiveren voor een eventueel noodzakelijke verdere begeleiding in de thuissituatie. We denken hierbij niet op de laatste plaats aan gezinstherapie. Een belangrijk voordeel van een residentiële behandeling is ook dat de medewerkers van het medisch kindertehuis in zeker opzicht de opvoedingssituatie van het kind met de ouders kunnen delen, zodat wij één taal met de ouders kunnen spreken.
Het gaat vaak om kinderen die maar moeilijk genezen, ondanks het eeuwige gedokter waaraan de moeder het kind heeft blootgesteld. Gezin en kind zijn in zeker opzicht in een iatrocentrische cirkel verzeild geraakt, waaruit het kind zich zeer moeilijk kan losmaken. Het kind heeft zich min of meer neergelegd bij de rol van ziek of moeilijk kind. Doorbraak uit deze vicieuze cirkel is binnen het communicatiesysteem van het gezin vaak uitermate moeilijk. Dan is er sprake van een duidelijk positieve indicatie tot residentiële behandeling. Kind en ouders krijgen dan meer zicht op hun beider ontwikkelingsmogelijkheden. Men kan ook stellen dat de relatiebekwaamheid van alle partijen zal toenemen.

**
*

Bovenstaande beschouwingen kunnen we toelichten met een uitvoerige casuïstiek. De groep van psychologen en pedagogen is momenteel hard bezig om statistisch materiaal te verzamelen. In een volgend artikel willen we hier graag op terugkomen.

De frontale aanval die mej. Middendorp op de kinderuitzending heeft gericht, heeft ons gesterkt in de overtuiging dat we onze dagelijkse positieve ervaringen met harde cijfers moeten staven. In het medisch kindertehuis heeft de tijd niet stil gestaan. Het lijkt ons dan ook onrechtvaardig dat de kritiek van mej. Middendorp op het klassieke A-koloniehuis zonder meer wordt overgeheveld op de ontwikkeling van het moderne medisch kindertehuis. Mej. Middendorp is welkom op ieder instituut en zeker op een vergadering van pedagogen en psychologen die tweemaandelijks gehouden wordt.

Namens deze groep,
Drs. C. M. Boon, kinderpsycholoog van het Medisch Kindertehuis 'St. Godelieve' te Goirle.

Ziekenfondsorganisaties eisen daadwerkelijke beteugeling kosten gezondheidszorg

De ziekenfondsen zijn teleurgesteld over het uitblijven van maatregelen waardoor de steeds stijgende kosten van de gezondheidszorg ook daadwerkelijk een halt wordt toegeroepen. Dat heeft het Gemeenschappelijk Overleg van Ziekenfondsorganisaties (G.O.Z.) de vaste commissie voor Volksgezondheid uit de Tweede Kamer schriftelijk laten weten. Het G.O.Z. reageert hiermee op de nota die staatssecretaris Hendriks de Tweede Kamer onlangs over de kostenstijgingen in de gezondheidszorg schreef (zie M.C. nr. 39/1976, blz. 1226). Met die brief haakte de bewindsman in op de 1%-bezuinigingsoperatie die de regering van plan is uit te voeren.

Kosten en gebruik geneesmiddelen inperken

De ziekenfondsorganisaties wijzen er de vaste commissie op, dat er over geneesmiddelenprijzen wel veel wordt gepraat maar dat er op dit gebied maar weinig wordt gedaan. 'Reeds enkele jaren is overleg gaande over de prijszetting van Librium en Valium, doch zonder resultaat', aldus het Gemeenschappelijk Overleg.

Ook wat het voorschrijfpatroon betreft menen de organisaties, dat maatregelen mogelijk zijn die – zonder de volksgezondheid schade toe te brengen – belangrijke rechtstreekse effecten op de kosten zouden kunnen hebben. Zelf zouden de ziekenfondsen wel tot beperkende overeenkomsten met de voorschrijvende artsen willen komen, ware het niet dat de wettelijke rechten van de verzekerden op dit terrein nog altijd onbeperkt zijn omschreven.

Uitbreiding ziekenhuisfuncties terecht geremd

Het G.O.Z. juicht de rem die de staatssecretaris op de uitbreiding van functies in algemene ziekenhuizen heeft gelegd toe. Over de aangekondigde inkrimping van het aantal ziekenhuisbedden is het echter nogal sceptisch gestemd. Wil de regering bereiken dat het beddenbestand in 1980 inderdaad is teruggedrongen tot 5 per 1.000 inwoners, dan zouden er in de komende vier jaar 8.000 bedden moeten worden afgestoten, zo rekenen de ziekenfondsen de commissie voor. 'Tot dusverre is van een dergelijk effect op de beschikbare ziekenhuiscapaciteit nog niets gebleken', constateren ze daarop.

Regionale controle-instituten niet gewenst

De ziekenfondsorganisaties zeggen niet te geloven, dat de kostenbeheersing is gediend met de oprichting van regionale controle-instituten, zoals de staatssecretaris voorstelt. De controle op de naleving van overeenkomsten moet, vinden zij, in handen blijven van de instanties die de overeenkomsten afsluiten: dat zijn de ziekenfondsen. Anders ontstaat er een situatie waarin niet valt te werken.
Bovendien, zo stelt het G.O.Z., beschikken de fondsen over de gegevens die aan de controle ten grondslag liggen. Ook zijn zij het best toegerust om eventuele maatregelen die uit de controle voortvloeien af te wegen tegen het belang van de patiënten. Het is immers wettelijk hun taak, er voor te zorgen dat de aanspraak van de verzekerden op geneeskundige verzorging tot gelding kan worden gebracht.

Tot zover de reactie van het Gemeenschappelijk Overleg van Ziekenfondsorganisaties op de 'kostenbrief' van de staatssecretaris aan de vaste kamercommissie voor Volksgezondheid.

Basisfilosofie en intentieverklaring nieuwe poging tot grensvervaging

De basisfilosofie voor de academische ziekenhuizen en de daarbij gevoegde intentieverklaring, die staatssecretaris Klein de vaste kamercommissies voor Onderwijs en Wetenschappen en voor Volksgezondheid mede namens zijn collega Hendriks heeft doen toekomen, heeft de wrevel van besturen en directies der academische ziekenhuizen opgewekt.
Mét de eraan toegevoegde intentieverklaring behelst de basisfilosofie de uitgangspunten voor het beleid van de beide bewindslieden met betrekking tot de plaats en de taak van het academisch ziekenhuis als instelling van onderwijs en onderzoek en als voorziening ten behoeve van en geïntegreerd in de gezondheidszorg. Verder zijn in deze stukken de uitgangspunten onder woorden gebracht voor de betrokkenheid van andere gezondheidsvoorzieningen bij het onderwijs en het onderzoek op de universiteiten.
Hieronder de tekst van basisfilosofie en intentieverklaring, gevolgd door het commentaar vanwege de academische ziekenhuizen.

BASISFILOSOFIE

1. De universiteit en daarbinnen in het bijzonder de faculteit der geneeskunde dienen centrum van wetenschappelijke activiteit te zijn ten behoeve van de voortdurende verbetering en vernieuwing van de gezondheidszorg.
De faculteit der geneeskunde heeft tot concrete taak bij voortduring aan de kwaliteit van die zorg bij te dragen door middel van onderwijs en onderzoek.

2. Om deze taak te kunnen vervullen zal de faculteit der geneeskunde, zo nodig gesteund door andere faculteiten, gebruik moeten kunnen maken van opleidings- en onderzoekvoorzieningen in het veld van de gezondheidszorg.
Op het terrein van de intramurale gezondheidszorg behoren tot deze voorzieningen het academisch ziekenhuis en de geaffilieerde ziekenhuizen. Deze laatste kunnen worden omschreven als algemene of categoriale ziekenhuizen die op basis van een contract met de universiteit een of meer afdelingen open stellen voor onderwijs aan co-assistenten van die universiteit ter aanvulling van de opleidingscapaciteit van het academisch ziekenhuis.
Het academisch ziekenhuis wordt in de Wet op het wetenschappelijk onderwijs omschreven als een algemeen ziekenhuis dat als zodanig in zijn geheel verbonden is aan een Nederlandse universiteit ten behoeve van het wetenschappelijk geneeskundig onderwijs en onderzoek. In dit ziekenhuis wordt wetenschappelijk personeel van de faculteit der geneeskunde in de gelegenheid gesteld tot het geven van wetenschappelijk geneeskundig onderwijs en het doen van wetenschappelijk geneeskundig onderzoek, voor zover de belangen van de patiënten zulks toelaten.

3. Het academisch ziekenhuis neemt thans een essentiële plaats in tussen de voorzieningen voor de volksgezondheid. Het heeft zich gedurende de laatste decennia ontwikkeld van een 'hulpinstrument voor de eenvoudige artsopleiding', van een ziekenhuis met beperkte diagnostische en therapeutische mogelijkheden tot een centrum waar de gecompliceerde, geavanceerde geneeskunde wordt beoefend (Nota medisch wetenschappelijk onderwijs, Tweede Kamer, zitting 1969-1970 - 10309).
Zowel uit een oogpunt van doelmatige gezondheidszorg als uit een oogpunt van wetenschappelijk onderwijs en onderzoek is het van wezenlijk belang gebleken de medische superspecialismen te concentreren in het academisch ziekenhuis.
Dit ziekenhuis heeft zich echter niet uitsluitend tot een centrum van superspecialistische zorg ontwikkeld. Ook patiënten met meer 'alledaagse' afwijkingen bleven er behandeling vinden, geheel in overeenstemming met de belangen van onderwijs en onderzoek (zie hieronder) en van patiëntenzorg (onder andere steun aan eerstelijns geneeskunde).

4. Het academisch ziekenhuis, zoals dat thans functioneert, beantwoordt in belangrijke mate aan de hieronder geformuleerde, aan een dergelijke instelling te stellen, eisen. Het kan – in termen van de Structuurnota Gezondheidszorg – worden aangeduid als een 'regionaal topziekenhuis met superspecialistische functies'.
Kenmerkend voor een dergelijk ziekenhuis is dat het op verschillende niveaus patiëntenzorg bedrijft: het levert een bijdrage aan de lokale patiëntenzorg, het geeft onderdak aan de regiogewijze te concentreren (deel)specialistische functies en het herbergt bovenregionale superspecialismen in overeenstemming met de landelijk gespreide behoefte.

5. Het academisch ziekenhuis zal aan de volgende voorwaarden moeten voldoen:

a. voor de klinische en preklinische opleiding van de basisarts en in het bijzonder voor de junior co-assistentschappen moet er een voldoende aantal voor de lokale en regionale morbiditeit representatieve patiënten worden opgenomen;
b. voor het medisch wetenschappelijk onderzoek dient er daarenboven een voldoende aantal patiënten te kunnen worden opgenomen dat voorzieningen van bovenregionale specialistisch niveau behoeft;
c. voor de opleiding van medische specialisten – in hoofdzaak verzorgd door specialisten die deel uitmaken van het wetenschappelijk corps van de fa-

culteit der geneeskunde – moet het academisch ziekenhuis de gelegenheid bieden een zo gevarieerd mogelijke klinische ervaring op te doen en een zo rijk mogelijke medische kennis te verwerven; voor het niveau van het medisch handelen in het toekomstig werkterrein – veelal de niet-academische ziekenhuizen – is dit van de grootste betekenis; bovendien moeten de aankomende specialisten kennis kunnen nemen van alle voor hen van belang zijnde facetten van topzorg, teneinde vanuit hun latere werkkring zo goed mogelijk te kunnen verwijzen;

d. voor een juiste begeleiding en beoordeling van het onderwijs in de geaffilieerde ziekenhuizen zal de daarvoor verantwoordelijke facultaire onderwijsstaf in het academisch ziekenhuis de noodzakelijke praktische kennis moeten kunnen onderhouden; op basis van een eigen klinische (onderwijs)praktijk in het academisch ziekenhuis zal hij in nauw overleg met de docenten in de geaffilieerde ziekenhuizen het niveau en de opzet van de klinische basisopleiding moeten kunnen bepalen;

e. voor de na- en bijscholing van medische beroepsbeoefenaren zal, gezien de taak die de faculteit der geneeskunde hierin vervult, het academisch ziekenhuis de noodzakelijke specialistische en superspecialistische mogelijkheden moeten bieden;

f. voor de opleiding en na- en bijscholing van verpleegkundigen en paramedische en medisch ondersteunend personeel zal het academisch ziekenhuis voldoende accommodatie en een gevarieerd patiëntenbestand moeten kunnen bieden; dat geldt sterker nog voor de voortgezette opleidingen opdat het academisch ziekenhuis en de andere instellingen van gezondheidszorg verzekerd blijven van verpleegkundig personeel dat ook bij topzorg kan worden ingezet;

g. het academisch ziekenhuis zal in nauwe relatie met de faculteit in staat moeten zijn vanuit een centrale positie steun te geven aan de effectiviteit van de gezondheidszorg in alle echelons; ook daartoe zal het zelf optimale preventieve, poliklinische en klinische zorg moeten kunnen bieden;

h. het academisch ziekenhuis dient een harmonische werkgemeenschap te zijn; daartoe zullen geëigende bestuurlijke structuren moeten worden ontwikkeld; ook zal in het academisch ziekenhuis een evenwichtige arbeidsbelasting moeten kunnen worden bereikt;

i. het bestuur van het academisch ziekenhuis heeft aan de minister van onderwijs verantwoording af te leggen voor de algemene gang van zaken in het ziekenhuis, daaronder begrepen de organisatie ter waarborging van de kwaliteit en de kwaliteitsbewaking van de patiëntenzorg;

j. het academisch ziekenhuis zal bestuurlijk aan de geregionaliseerde gezondheidszorg moeten deelnemen.

INTENTIEVERKLARING

Rekening houdend met deze basisfilosofie kiezen de bewindslieden van Onderwijs en Wetenschappen en Volksgezondheid en Milieuhygiëne voor de navolgende beleidsuitgangspunten:

De faculteiten der geneeskunde behoeven zo goed mogelijke contacten met het veld van de gezondheidszorg teneinde in staat te zijn de doelstellingen van onderwijs en onderzoek te formuleren en zonodig aan te passen. Zij behoeven onderwijs en onderzoekvoorzieningen in de intra- en extramurale gezondheidszorg. Daartegenover is het voor de voorzieningen in de intra- en extramurale gezondheidszorg van essentieel belang in nauw contact te staan met en ingeschakeld te worden bij het medisch wetenschappelijk onderwijs en onderzoek teneinde rechtstreeks te profiteren van zich evoluerende inzichten en vorderingen in de geneeskunde.

In de intramurale sector behoort in de eerste plaats het academisch ziekenhuis tot de voor de faculteit der geneeskunde onmisbare voorzieningen. Dit ziekenhuis maakt als zeer specifieke werkplaats van de faculteit der geneeskunde niettemin geïntegreerd deel uit van de voorzieningen ten behoeve van de gezondheidszorg. Het functioneert voor wat betreft patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek in harmonie en wisselwerking met de overige voorzieningen in de (boven-)regionale gezondheidszorg.

Het academisch ziekenhuis neemt in de gezondheidszorg de plaats in van een regionaal topziekenhuis dat zich op verschillende niveaus, te weten op lokaal, regionaal en bovenregionaal niveau, met patiëntenzorg bezighoudt; met dien verstande dat ten aanzien van de patiëntenzorg van bovenregionaal niveau in bepaalde gevallen een zwaartepuntenbeleid gewenst kan zijn. De omvang van het voorzieningenpakket van het academisch ziekenhuis wordt in het kader van de ziekenhuisvoorzieningen bepaald door enerzijds de gezondheidszorgbehoeften en anderzijds de voorwaarden voor onderwijs en onderzoek.

De minister van Onderwijs en Wetenschappen bevordert dat dit ziekenhuis functioneert als algemeen (top)ziekenhuis, opgenomen in het totale veld van de gezondheidszorg. Hij houdt bij het vaststellen van omvang en functiepakket van de academische ziekenhuizen rekening met de behoeften van de gezondheidszorg en de plannen in het kader van de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Zijn departement neemt deel aan de operationalisering van de Structuurnota Gezondheidszorg en werkt mee bij de uitvoering van wettelijke voorzieningen in de gezondheidszorg, een en ander voor zover het dat departement aangaat.

De minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne bevordert dat de academische ziekenhuizen als algemene (top)ziekenhuizen functioneren op lokaal, regionaal en supraregionaal niveau. Hij beschouwt ze als een belangrijk geven bij de regionale opbouw van de gezondheidszorg en de operationalisering van de Structuurnota Gezondheidszorg. Hij bevordert in het kader van de planning van de Wet ziekenhuisvoorzieningen dat de academische ziekenhuizen over een zo gevarieerd mogelijk pakket voorzieningen beschikken.

Met inschakeling van het academisch ziekenhuis als ziekenhuisvoorziening bij facultair onderwijs en onderzoek kan niet worden volstaan.

Vooreerst is het bij de huidige vraag naar medisch wetenschappelijk onderwijs en onderzoek voor een medische faculteit praktisch onmogelijk binnen één algemeen ziekenhuis voldoende ruimte te vinden voor dat onderwijs en onderzoek.

In de tweede plaats zijn contacten van de faculteit der geneeskunde met verschillende ziekenhuizen enerzijds van belang voor de formulering van onderwijs- en onderzoekdoelstellingen (zie boven), anderzijds van nut voor de studenten die daardoor in de gelegenheid kunnen worden gesteld inzicht te verwerven in het functioneren van middelgrote niet-academische ziekenhuizen. Derhalve zullen ook met andere

ziekenhuizen van een bepaalde omvang en met een bepaald voorzieningenpakket relaties worden aangeknoopt. Deze contacten kunnen tot stand komen zowel door middel van affiliatie alsook via andere vormen van samenwerking. Worden ze gelegd door middel van affiliatie, dan zal het betrokken ziekenhuis tot op zekere hoogte moeten voldoen aan voorwaarden die ook aan het academisch ziekenhuis worden gesteld. Voor wat betreft de minimum eisen terzake kan worden verwezen naar de normen die de affiliatie-adviescommissie heeft geformuleerd.
Wat de overige vormen van samenwerking aangaat kan worden opgemerkt dat er buiten de affiliatie geen geregelde vorm van samenwerking bestaat tussen universiteit (faculteit der geneeskunde) en niet-academisch ziekenhuis. Wel is er thans in de regio Zuid-Limburg een samenwerkingsvorm in ontwikkeling waarbij op basis van een contract tussen universiteit en niet-academisch ziekenhuis met behoud van de zelfstandigheid van dit ziekenhuis bepaalde afdelingen worden geacademiseerd, dat wil zeggen opengesteld voor onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg door universitaire medewerkers.
Ter zake van de specifieke beroepsopleidingen, de medisch-wetenschappelijke na- en bijscholing, het medisch-wetenschappelijk onderzoek en de patiëntenzorg – voor welke deelgebieden de faculteit der geneeskunde in tegenstelling tot de opleiding van de basisarts géén exclusieve verantwoordelijkheid draagt – zijn diverse vormen van samenwerking tussen universiteit en niet-academisch ziekenhuis denkbaar.
De minister van Onderwijs en Wetenschappen bevordert dat door de universiteiten (faculteiten der geneeskunde) en academische ziekenhuizen daadwerkelijk samenwerkingsverbanden tot stand worden gebracht met de (overige) voorzieningen in de gezondheidszorg. Hij zal voorts in voortdurend overleg met de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne bevorderen dat de kwaliteit en de kwantiteit van de medische beroepsbeoefenaren in overeenstemming zijn met de gewenste ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Hij zal terzake op diverse niveaus overlegvormen stimuleren.
De minister van Onderwijs en Wetenschappen zal eveneens bevorderen dat het medisch-wetenschappelijk ontwikkelings- en toegepast onderzoek zoveel mogelijk wordt afgestemd op de maatschappelijke behoefte. De minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne verleent de universiteit (faculteit der geneeskunde) en de academische ziekenhuizen in zo ruim mogelijke mate toegang tot het veld van de gezondheidszorg. Hij bevordert de totstandkoming van samenwerkingsverbanden tussen universiteit en instellingen, instanties en organisaties van de diverse echelons ter zake van onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg.

COMMENTAAR ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN

Besturen en directies van de academische ziekenhuizen hebben zich inmiddels teleurgesteld getoond over de uitwerking die de basisfilosofie academische ziekenhuizen in de intentieverklaring van de staatssecretarissen Klein en Hendriks heeft gekregen. Zij achten deze intentieverklaring een nieuwe poging tot grensvervaging tussen academische en niet-academische ziekenhuizen.
Het academisch ziekenhuis stelt, schrijven zij, als opleidingsinstituut en onderzoekinstelling enerzijds de faculteit der geneeskunde in staat de haar opgelegde taken (wetenschappelijk onderwijs en wetenschappelijk onderzoek) optimaal te vervullen, terwijl het anderzijds gelijktijdig als algemeen topziekenhuis zorg draagt voor een optimale behandeling en verzorging van patiënten. Karakteristiek voor het academisch ziekenhuis is de verwevenheid van en de onderlinge wisselwerking tussen wetenschappelijk geneeskundig onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg.
Het algemene ziekenhuis is opgericht om aan patiënten geneeskundige hulp te bieden naar de huidige stand van de medische ontwikkeling. In de intentieverklaring hebben de beide bewindslieden dit wezenlijke verschil in doelstelling versluierd achter de stelling, dat de faculteiten der geneeskunde zo goed mogelijke contacten behoeven met het veld van de gezondheidszorg. Van daaruit is de conclusie getrokken, dat het voor de voorzieningen in de gezondheidszorg van wezenlijk belang is niet alleen in nauw contact te staan met, maar ook ingeschakeld te worden bij medisch-wetenschappelijk onderwijs en onderzoek om rechtstreeks te kunnen profiteren van de vorderingen in de geneeskunde. Naar het oordeel van de schrijvers is vooral dit laatste een weinig realistisch uitgangspunt, omdat de gezondheidszorg als geheel voor deze taken niet is ingericht en dat binnen een toekomstige nieuwe structuur ook niet zal zijn.
Blijkens de intentieverklaring willen de bewindslieden ook andere instellingen inschakelen bij het wetenschappelijk onderzoek. Naar het oordeel van de besturen en directies der academische ziekenhuizen houdt dit geen verplaatsing in van het wetenschappelijk onderzoek, omdat de faculteiten hun verantwoordelijkheid hiervoor blijven behouden. Bovendien achten zij het niet reëel, te veronderstellen dat er bij de huidige financiële beperkingen een nieuwe geldstroom beschikbaar zou komen voor onderzoek in niet-academische ziekenhuizen. Zij vinden het voorbarig, te concluderen dat Zuid-Limburg als voorbeeld kan dienen voor de contacten van de andere faculteiten met het hele veld van de gezondheidszorg. Het kan ook zijn, dat de regio Maastricht te klein is voor een optimaal functionerend academisch ziekenhuis en dat daarom is gekozen voor de oplossing bepaalde afdelingen van algemene ziekenhuizen te 'academiseren'.

Besturen en directies van de academische ziekenhuizen zeggen van mening te zijn, dat in de intentieverklaring onomwonden het volgende zou moeten worden gesteld:

– Het academisch ziekenhuis heeft tot taak het medisch wetenschappelijk onderwijs en het medisch-wetenschappelijk onderzoek van de faculteit der geneeskunde mogelijk te maken. Het ontvangt daarvoor naast de inkomsten uit de patiëntenbehandeling een bijdrage uit de rijksbegroting, waardoor het in staat is de ruimtelijke, materiële en personele middelen op deze taken af te stemmen.
In vergelijking met de niet-academische ziekenhuizen beschikt het academisch ziekenhuis onder andere over meer specialistisch geschoolde medewerkers om een ruime verscheidenheid binnen elk der medische specialismen mogelijk te maken, waardoor in het algemeen een grotere diepgang in kennis en kunde bereikbaar wordt.

– De beschikking over deze mensen en middelen trekt aan de andere kant

weer patiënten aan. De taak op het gebied van de 'advanced care' is niet het vooropgezette doel van het academisch ziekenhuis, maar is een gevolg van een grotere kennis die in deze ziekenhuizen voorhanden is. Mede daardoor functioneert een academisch ziekenhuis als centrum van gezondheidszorg voor een uitgestrekte regio.

– Deze centrumtaak gaat niet uit van één specialisme, maar wordt eerst mogelijk doordat alle specialismen in hun samenhang met elkaar goed functioneren. Het streven naar een academisch ziekenhuis met alle medische specialismen in huis komt voort uit de doelstelling en de opdracht die het academisch ziekenhuis heeft. In de praktijk is gebleken, dat het steunen op categorale instellingen buiten het academisch ziekenhuis veelal een complicerende factor is geweest voor het functioneren op academisch niveau.

– Het academisch ziekenhuis is als centrumziekenhuis een wezenlijk onderdeel van de gezondheidszorg. De academische ziekenhuizen vinden dan ook, dat zij volledig bij de landelijke en regionale planning betrokken dienen te zijn. In die planning zal dan rekening moeten worden gehouden met de specifieke taak die een academisch ziekenhuis heeft te vervullen. Het zonder meer opnemen van de academische ziekenhuizen in de Wet ziekenhuisvoorzieningen zou inhouden, dat voor deze ziekenhuizen dezelfde normen, procedures en richtlijnen zouden gelden als voor de algemene ziekenhuizen. Naar het oordeel van de academische ziekenhuizen kunnen deze niet ongestraft zonder meer van toepassing worden verklaard op het takenpakket dat aan de academische ziekenhuizen is toevertrouwd.

Het overleg van C.O.Z. en L.S.V.

Hieronder het hoofdstuk 'Overleg met de Landelijke Specialisten Vereniging, e.a.' uit het Jaarverslag 1975 van de Stichting Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven. Vermeld mag worden in dit verband, dat het C.O.Z. zich niet bepaald ingenomen toonde met het hoofdartikel in M.C. nr. 34/1976, blz. 1075. Zie overigens ook het hoofdartikel in dit nummer.
Het C.O.Z.-bestuur berichtte dan in zijn jaarverslag over 1975:

'In verband met een verzoek van de nieuw benoemde voorzitter van de L.S.V., de heer A. M. Gründeman, om tezamen met enkele bestuursleden kennis te mogen maken met het C.O.Z., ontving een delegatie van het dagelijks bestuur van het C.O.Z., bestaande uit de heren De Pous, Anbeek, Ter Heide, Horbach en Stuyt, op 26 mei 1975 een vertegenwoordiging van de L.S.V. bestaande uit de heren A. M. Gründeman, Dr. H. F. W. Dubois, Dr. C. H. van Erk, J. Heckman, Drs. H. H. M. Willems en Mr. H. J. Overbeek.
'Van de zijde van de L.S.V. was tevoren een notitie van informatief karakter ingediend, die een leidraad voor de bespreking zou dienen te zijn. De voornaamste onderwerpen waren hierbij: een aantal punten uit de 'Nota Bevoegdheden C.O.Z.', waaromtrent de L.S.V. gaarne nadere informatie zou ontvangen en de kwestie van de stellingname van het C.O.Z. inzake de praktijkoverdracht in relatie met een overgang naar dienstverband. Tevens werd aangesneden de wens van de K.N.M.G., om vertegenwoordigd te zijn in het C.O.Z.
'Van de zijde van het C.O.Z. werd bij deze bespreking gestipuleerd, dat het C.O.Z. van mening is dat het bestuur op een evenwichtige wijze is samengesteld; dat dit bestuur niet uitsluitend economisch georiënteerd is, maar dat er in het C.O.Z. ook medische inbreng is; dat ad hoc overleg met de L.S.V., maar ook met andere niet in het C.O.Z. vertegenwoordigde groeperingen altijd mogelijk is; dat de opname van bijvoorbeeld L.S.V.-vertegenwoordigers in commissies, indien daartoe aanleiding is, mogelijk is, zoals bijvoorbeeld bij de Commissie minimumbezettingsgraad.
Met betrekking tot de 'Nota Bevoegdheden C.O.Z.' stond in het gesprek centraal de kwestie van de beheersing van de volumina in de gezondheidszorg en de in deze nota tot uitdrukking gebrachte wens tot normering van het medisch handelen. Van C.O.Z.-zijde werd nogmaals gesteld, dat het C.O.Z. van mening is niet de instantie te zijn die de volumina dient te beheersen. Door de L.S.V. werd naar voren gebracht, dat van die zijde wordt gewerkt aan de normering van het medisch handelen. Gesteld werd in het gesprek dat het een taak behoort te zijn van regering en parlement om aan te geven tot welke omvang de gezondheidszorg kan groeien.
'Met betrekking tot de kwestie van de praktijkoverdracht werd van C.O.Z.-zijde gesteld dat dit probleem in eerste instantie een kwestie is tussen N.Z.R. en L.S.V. De consequenties van overeenstemming tussen deze partijen zal het C.O.Z. toetsen, waarbij ongetwijfeld de overheid mede betrokken zal zijn. Bij ontbreken van overeenstemming tussen deze partijen is het voor het C.O.Z. niet anders mogelijk dan bepaalde voorlopige regels te hanteren, indien het aanvaarden van een dienstverband gepaard gaat met een praktijkoverdracht. Gezien het informatieve karakter van het gesprek, mag worden geconcludeerd dat deze bespreking nuttig en verhelderend is geweest.
'In 1975 was het C.O.Z. betrokken bij door de staatssecretaris geïnstigeerd overleg met verschillende groeperingen, handelend over al of niet vermeende belemmeringen bij het in loondienst treden van specialisten, waarbij het onderwerp 'praktijkoverdracht' eveneens aan de orde kwam. Vanuit dit overleg wordt gewerkt aan een inventarisatie van de probleemgevallen.'

ADRESSEN SECRETARISSEN MEDISCHE TUCHTCOLLEGES

- **Amsterdam:** Mr. J. Heeres, Paulus Potterstraat 10, Postbus 5258, Amsterdam-Z., tel.: 020-796333.
- **Den Haag:** Mr. H. P. Utermark, Koninginnegracht 12B, Den Haag, tel.: 070-924461.
- **Groningen:** Mr. M. P. Dorhout, Oude Ebbingestraat 91, Groningen, tel.: 050-28041.
- **Zwolle:** Mr. F. M. Vermeulen, Burg. van Royensingel 6, Zwolle, tel.: 05200-11733.
- **Eindhoven:** Mr. W. J. M. Ten Berge, Nachtegaallaan 10, Eindhoven, tel.: 040-434305.

Handelingen van het 28e Ledencongres der K.N.M.G. (III)

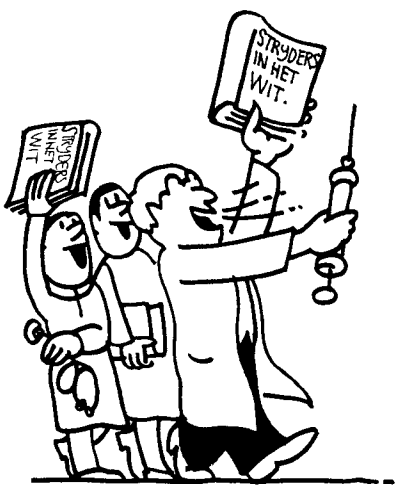
'Gezondheidsuniversiteit'

door *Prof. Dr. H. A. Tiddens*
Rector Magnificus der Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht

Het is mijn taak om het congresthema 'zo gezond mogelijk' voor u te behandelen vanuit de vraag naar de bijdrage, die van universiteiten aan dit schone streven mag worden verwacht. De organisatoren dachten daarbij allereerst aan de universiteit als opleidingsinstituut van artsen. Hoe kunnen de universiteiten het leerproces zó inrichten dat hun medisch eindprodukt in de maatschappij een gezondheidsbevorderende rol vervult?

Ik ga uit van de volgende stelling: 'Artsen kunnen een nuttige bijdrage leveren aan bestrijding van ziekte en aan bevordering van gezondheid'. Uit deze voorzichtige formulering volgt, dat ik de arts en zijn of haar betekenis iets kritischer bekijk dan Paul de Kruyff dat deed in de veertiger jaren in zijn 'Strijders in het Wit' of een meer recente auteur doet wanneer hij Dr.





Kildare ten tonele voert. Er blijkt echter ook uit dat ik me niet reken tot de geruchtmakende goegemeente, die door iedere discussie enkele citaten van Illich mengt.

Ik voel me beoefenaar van een 'officium nobile', bereid tot introspectie en zelfkritiek, maar mij daarbij bewust van de rol die voor ons ook in deze welvaartsmaatschappij is weggelegd. Ik voel niet de neiging om me aan de schandpaal te etaleren.

De onzekerheid over de betekenis die de arts heeft voor de gezondheidsbevordering in een maatschappij, die zo gepriviligieerd is als de onze, is gedeeltelijk het gevolg van het verdwijnen



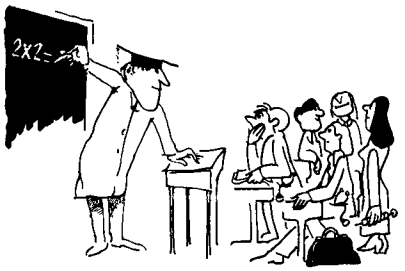
van veel ziekten, vooral infectieziekten, tenminste in onze omgeving. Je

hoeft maar een paar uur te vliegen om terecht te komen in een wereld waar tuberculose en malaria op grote of zeer grote schaal slachtoffers eisen. Over deze ongelijkheid in verdeling van geluk en ellende en over de corrigerende rol die artsen daarbij zouden kunnen spelen gaat deze voordracht niet. Ze richt zich op een ander deel van de werkelijkheid: dat deel van de wereld waarin het probleem overconsumptie is in plaats van gebrek. Waarin onze levensstijl en ons gedrag meer van de bereikte winst te niet doen dan we verwachtten. En waarin een snelle stijging van de middelen die wij in de gezondheidszorg stoppen ogenschijnlijk weinig effect sorteert.

Marc Lalonde, minister van National Health and Welfare in Canada gebruikte het volgende beeld: 'Ons systeem van georganiseerde gezondheidszorg kan weinig meer doen dan functioneren als vangnet voor de slachtoffers van milieu en ongezond gedrag.*



'Zo gezond mogelijk' vraagt meer van artsen dan de behandeling en begeleiding van de slachtoffers in dat vangnet. De slachtoffers van maatschappij en levensgewoonten. Hoe kunnen wij voorkomen dat ze opnieuw slachtoffer worden? Welke bijdragen kunnen we verder leveren aan individuele preventie en aan het minder schadelijk maken van maatschappij en milieu?
Dat is geen onderschatting van de uiterst belangrijke rol die de arts heeft bij de intelligente, menselijke behandeling en begeleiding van de gevolgen van ongevallen, hartinfarcten, alcoholisme en al die andere ziekten, die het geluk bedreigen en een 'zo gezond mogelijk' leven tot een illusie maken. Die ziekten zijn er en moeten behandeld worden, ongeacht de vraag of ze in principe voorkomen hadden kunnen worden. Medische studenten zullen zich in ieder geval op deze curatieve rol moeten voorbereiden. Een groot deel van de praktiserende artsen zal er nog jaren de handen vol aan hebben.
De vraag is of we onze studenten kunnen helpen zich te ontwikkelen tot artsen die, ondanks de belasting van het curatieve werk, oog hebben voor de preventie. Artsen, die een goed begrip hebben voor de betekenis van omgevingsfactoren en van de factoren die menselijk gedrag bepalen. Enerzijds om beter en doeltreffender hulp te kunnen verlenen, anderzijds om verdere bijdragen te kunnen leveren aan de ontwikkeling van preventie-strategieën. Hun werk zal worden bemoeilijkt, omdat een maatschappij die rijkelijk geld uitgeeft aan zaken die *on*gezondheid bevorderen, geld tekort komt voor de bestrijding van ziekte. Dat dwingt tot het zoeken naar vormen van medische behandeling, die goede resultaten opleveren met zo laag mogelijke kosten.
Op welke wijze kan het onderwijs de voorwaarden scheppen, nodig om studenten een goede kans te geven zich te ontplooien tot artsen die zo willen en kunnen werken?
Eerst een negatieve constatering: Het uit het hoofd leren van massa's feiten zal tot deze ontplooiïng niet kunnen bijdragen. Het demonstreren van het vermogen tot het, uit het hoofd, reproduceren van feiten leert niets over medische competentie. We moeten wel van diepe bewondering voor het menselijk aanpassingsvermogen vervuld raken wanneer wij zien dat een opleiding, gericht op de ontwikkeling van geheugenwonders, uiteindelijk toch talrijke goede artsen produceert!



Gelukkig komt de vernieuwing van het wetenschappelijk onderwijs in ons land goed op gang. Het besef rijpt, dat kennis gemakkelijk te vergaren is door het benutten van moderne communicatie-technieken. We hebben ons geheugen minder nodig. Wat we moeten ontwikkelen is ons vermogen om kennis te gebruiken voor het goed oplossen van de problemen, waarvoor we in ons beroepsleven gesteld worden. Een nevengevolg blijkt dan te zijn dat kennis, herhaaldelijk gebruikt, goed in het geheugen blijft hangen!

De uiterste consequentie van de toepassing van deze benadering van het medisch onderwijs is, dat we studenten in de geneeskunde inleiden door hen te laten werken aan *problemen* die relevant zijn voor de dagelijkse medische praktijk, zonder dat ze tevoren de gebruikelijke basisvakken systematisch bestudeerd hebben. Met 'probleem' wordt hier bedoeld een onopgeloste situatie waarin we tot een oplossing trachten te komen door gebruik te maken van alle kennis, inzicht en vaardigheden die we met meer of minder moeite kunnen verwerven of die we al ter beschikking hebben.

De docenten zorgen dat praktijkproblemen in een geschikte vorm ter beschikking komen. De optelsom van de problemen, die in de loop der jaren wordt aangeboden, moet redelijk representatief zijn voor de praktijk van de geneeskunde. De moeilijkheidsgraad kan geleidelijk worden opgevoerd. Het is nu aan de student om zich de kennis uit de talrijke disciplines eigen te maken, die hij nodig heeft om met succes een probleem te lijf te gaan.
Zijn benadering zal kunnen variëren in breedte, in diepgang en in de wijze waarop hij erin slaagt om logisch gebruik te maken van kenniselementen bij het zoeken naar oplossingen. Het leerproces vraagt om begeleiding door tutoren. Samenwerking zal vaak beter resultaat geven dan solistisch werken.

Het leerproces moet plaatsvinden in een omgeving van wetenschapsbeoefenaren, die een breed scala van disciplines representeren, die open staan voor samenwerking en die belangstelling hebben voor toepassing van kennis uit hun disciplines in de praktijk van de geneeskunde.
De student moet zicht kunnen krijgen op de voortgang die hij maakt. Hij moet zichzelf kunnen toetsen op een relevante manier. Gelukkig is het onderwijsproces onderwerp van wetenschappelijk onderzoek en is de ontwikkeling van onderwijs een aktiviteit, die tegen-

* Marc Lalonde, 'A new perspective on the Health of Canadians', Information Canada, Ottawa, 1975.

woordig een honorabele status gekregen heeft aan verschillende universiteiten.



Dat heeft o.a. geleid tot de ontwikkeling van nieuwe onderwijsmethodes, zoals het gebruik maken van simulatie-technieken. Een simulatie is een manipuleerbare abstractie van de werkelijkheid, reproduceerbaar, doseerbaar en daarom een fantastisch onderwijsinstrument. De luchtvaart maakt er al jaren gebruik van, met grote economische voordelen en met grote veiligheid als gevolg. Een verkeersvlieger wordt voortdurend getoetst op zijn vermogen om in complexe en vaak acuut optredende probleemsituaties goed te reageren.

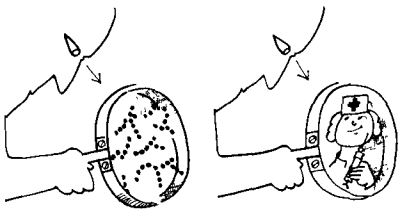
Het modern medisch onderwijs werkt aan de ontwikkeling van toetsingsmethodes die dezelfde mogelijkheden voor het medisch handelen bieden. Misschien komen we daardoor zover dat men straks even rustig de spreekkamer van een willekeurige arts binnenloopt als nu misschien de cabine van een 747.

Een moderne benadering van het leerproces beoogt primair een betere aansluiting tot stand te brengen tussen de opleiding en de praktijk van het toepassingsgebied.

Men tracht zo de student de beste kansen te bieden om zich zo goed mogelijk op zijn latere taak voor te bereiden. Zo goed mogelijk, dat wil zeggen met een brede kijk op de kennisgebieden die voor die taakuitoefening van belang zijn. Hij zal zowel moeten denken aan natuurwetenschappelijke als aan gedrags- en maatschappijwetenschappelijke kennisbronnen. Hij moet zich oefenen als probleemoplosser, die voortdurend naar nieuwe informatie zoekt en zijn vaardigheid tot intelligent, logisch handelen opvoert. En hij zal dankbaar gebruik maken van de mogelijkheid tot opvoeren van complexe vaardigheden, die nodig zijn om jezelf te kunnen gebruiken als instrument tot helpen van een ander.

In die benadering zal ongetwijfeld bij velen de attitude ontwikkeld worden, die niet tevreden is met 'beter maken' of 'tot stilstand brengen', maar die verder denkt in termen van veroorzakend gedrag of veroorzakende omstandigheden. Deze onderwijsbenadering is geen utopie. Alle medische faculteiten in ons land doen pogingen tot ontwikkeling in de geschetste richting. De omstandigheden zijn daarbij niet altijd gunstig. Medische faculteiten torsen de last van vrijwel alle geavanceerde klinische zorg en zonder veel rekening daarmee te houden wordt bezuinigd op wetenschappelijk onderwijs. Er ontstaan zo noodsituaties die een veranderingsbeleid kunnen doen stagneren.

Een jonge medische faculteit als die van de Rijksuniversiteit Limburg kan in de startfase deze klip nog omzeilen en heeft daardoor nog goede kansen voor



onderwijsvernieuwing. In het buitenland, ik denk bijvoorbeeld aan Beersheva, Israël, en aan Mc. Master, Canada zijn curricula als hier aangeduid, reeds jaren en met succes in gebruik.

Een universiteit zal artsenonderwijs beter kunnen richten op de maatschappelijke problemen, naarmate ze ook in haar onderzoekprogramma zich nadrukkelijker op deze problematiek richt.

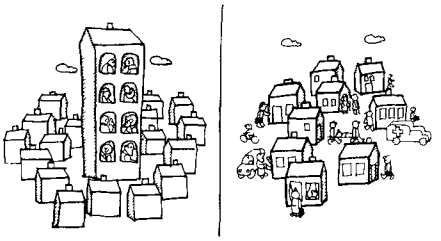
Wij zijn vertrouwd geraakt met de nauwe samenwerking tussen medisch-biologisch onderzoek en ziekenhuisgeneeskunde. Het resultaat van deze samenwerking is geweest een spectaculaire ontwikkeling van de geavanceerde klinische geneeskunde.

Collega Meyler spreekt straks over een gebied van de geneeskunde waar sprake is van een enorme vooruitgang en waar tevens duidelijk is dat, ook in medisch-biologische zin, onze kennis nog behoorlijk verdiept moet worden. De universiteit heeft zich evenwel minder intensief beziggehouden met problemen van ziekte en gezondheid zoals die zich voordoen buiten de muren van het ziekenhuis. De medische faculteit heeft zich nog nauwelijks buiten die muren bewogen. Afdelingen van huisartsengeneeskunde, epidemiologie, sociale psychiatrie, ze zijn er wel, maar een vluchtige blik op de begrotingen (personeel en materieel) van de verschillende instellingen leert, dat ze slechts een fractie uitmaken van de totale aktiviteiten. Dat is van belang voor ons team 'zo gezond mogelijk'.

Ik noem een concreet voorbeeld: Van de doelmatigheid en de doeltreffendheid van onze gezondheidszorg weten wij bijzonder weinig. We weten niet of de kostenstijging van de laatste jaren gepaard gaat met stijging, gelijk blijven of daling van de baten. We weten nauwelijks of het enorme complex van aktiviteiten, dat wij gezondheidszorg noemen, naar rato bijdraagt aan het 'zo gezond mogelijk' maken van onze samenleving.

Er staan onvoldoende harde feiten ter beschikking om goed beleid te kunnen voeren. Daarom moet men zijn toevlucht nemen tot weinig genuanceerde maatregelen als het verminderen van het aantal ziekenhuisbedden. Op korte termijn kunnen anders de kosten niet worden teruggedrongen. Wij zijn zelfs min of meer gewend aan het ontbreken van die harde feiten. Over luchtbruggen wordt gediscussieerd op basis van gegevens, die in andere maatschappelijke sectoren nauwelijks als voldoende gekwalificeerd zouden worden voor het nemen van een besluit over het al of niet aanleggen van een fietspad.

We hebben dringend behoefte aan, ik citeer opnieuw Marc Lalonde: een 'Health Care Strategy'. Belangrijk onderdeel daarvan is systematisch onderzoek van gezondheidszorg en de ontwikkeling van criteria voor die zorg. De



methodologie daarvoor ligt binnen ons bereik. Onze Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst houdt zich al geruime tijd ernstig met deze materie bezig. Het recent verschenen rapport 'Intercollegiale toetsing in algemene ziekenhuizen' van een Gemeenschappelijke Commissie, ingesteld door de

Geneeskundige Vereniging tot Bevordering van het Ziekenhuiswezen en de Landelijke Specialisten Vereniging is daarvan een duidelijk bewijs.
Naar mijn mening zullen onze universiteiten in hun onderzoekbeleid aan dit gebied veel meer aandacht moeten geven. Dat geeft een pracht kans aan gedrags- en maatschappijwetenschappers om een belangrijke bijdrage te leveren aan de praktijk van het leven in de zin waarin Stalpers spreekt over wetenschap en praktijk in zijn diesrede in 1975*.
De medische faculteit van de Rijksuniversiteit Limburg heeft in elk geval bewust gekozen voor onderzoek met zulk een belangrijke thematiek als de hier aangeduide. Een neveneffect: de medische student wordt geconfronteerd met of participeert in onderzoek naar de kwaliteit van het handelen van de arts. Dat kán belangrijk zijn voor de attitudevorming'.
Gezondheid wordt maar gedeeltelijk bepaald door onze pogingen tot syste-

De doelmatigheid en doeltreffendheid van het medisch handelen kunnen en moeten objectief bestudeerd en geëvalueerd worden

matisch verstrekken van goede medische zorg. Ondoelmatig gebruik van middelen in die medische zorg zal ons streven naar 'zo gezond mogelijk' leven echter zeker belemmeren.

In onze westerse welvarende wereld worden gezondheid en levensverwachting bepaald door onze bereidheid een zittend leven aan te vullen met actieve sportbeoefening, door onze bereidheid onze voeding aan te passen aan de werkelijke behoeften van ons lichaam, door onze bereidheid om niet aan het verkeer deel te nemen wanneer we te veel alcohol in het bloed hebben en door vele andere factoren die betrekking hebben op gedrag en levensstijl.
Dit zijn maar oppervlakkige uitspraken die alleen verfijnd kunnen worden door fundamenteel onderzoek naar de talrijke factoren, die een rol spelen in de relatie tussen gedrag, omgevingsfactoren en ziekte.
Naast onderzoek van de gezondheidszorg is 'Health Research', gezondheidsonderzoek, heel hard nodig om zicht te kunnen krijgen op de factoren, die het nu nodig maken om 7-8% van ons nationaal inkomen te besteden aan medische zorg.
Het medisch-biologisch onderdeel van dit onderzoek krijgt ruime aandacht. Het systematisch onderzoek naar invloeden van omgeving en gedrag op onze gezondheid moet in ons land nog beginnen. De verschillende disciplines, nodig voor dat onderzoek, zijn er ruim vertegenwoordigd. De samenwerkingsverbanden tussen deze disciplines komen minder vlot tot stand. Dit vindt slechts gedeeltelijk zijn verklaring in de problemen, die ontstaan bij het toepassen van gedragswetenschappelijke gegevens in de praktijk van onze samenleving.

Er lijkt in ons land ruimte te zijn voor een 'gezondheidsuniversiteit' waarin, in nauwe samenwerking met de medische faculteit, onderzoekers uit verschillende disciplines zich systematisch richten op gedragingen en leefgewoontes, die tot ongezondheid leiden, zowel in individueel als in collectief opzicht.
Ernst maken met het congresthema van vandaag vraagt om artsen met een ruim begrip voor de problematiek van gezondheid en ziekte, om onderzoek van gezondheidszorg, om onderzoek van de gezondheidbelemmerde factoren in

Gezondheidszorg vraagt om gecoördineerd onderzoek van de mens, van zijn gedrag, van zijn milieu en van zijn gezondheidszorg;

onze samenleving en mogelijkerwijs om daaruit af te leiden 'onderwijs' van die samenleving, dat kan bijdragen tot het verkrijgen van meer harmonie tussen welvaart en gezondheid.
Het zal u duidelijk zijn dat de Rijksuniversiteit Limburg wil trachten aan deze ontwikkeling een bijdrage te leveren.

* A. Stalpers, Wetenschap en Praktijk: drie wijzen van denken om menselijke problemen op te lossen, Diesrede, november 1975, Katholieke Hogeschool Tilburg.

Aangepaste naaldbanden M.C. en (nog enkele!) stempelbanden 1975

Aangepaste naaldbanden Medisch Contact

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

Stempelbanden Medisch Contact 1975

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

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

medisch contact

Nr. 44 – 29 oktober 1976

officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Dagelijks Bestuur	Dr. J. L. A. Boelen, voorzitter, Dr. H. W. A. Sanders, ondervoorzitter, C. F. A. Heyen, L. Th. G. Rozeman, Mevr. E. Smit, leden; S. van Randen (voorzitter L.H.V.), Z. S. Stadt (voorzitter L.A.D.) en Dr. C. H. van Erk (ondervoorzitter L.S.V.), adviserende leden.
Secretariaat	J. Diepersloot, secretaris-generaal; secretarissen: Drs. P. Brandes, Mr. W. B. van der Mijn, Dr. H. Roelink, Mr. B. Schultsz; N. G. Huetink, hoofd van de administratie.
Bureau voor waarneming en vestiging	Van 08.00 tot 16.30 uur: Mej. J. de Graaf, tel. 030-885411.
Afdeling comptabiliteit	J. A. Alst; Postgironummer der K.N.M.G.: 58083; AMRO-bank nummer; 45 64 48 969.
Ledenregister	N. W. G. Pastoor (ook voor alle mutaties).
Afdeling buitenland	Mr. B. Schultsz; Mej. M. Th. van der Meulen, secretaresse.
Stichting Ondersteuningsfonds (O.F.)	H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.
Landelijke Huisartsen Vereniging (L.H.V.)	Mr. N. de Graaff, directeur; Mevr. M. J. Blok, chef de bureau.
Landelijke Specialisten Vereniging (L.S.V.)	Mr. H. J. Overbeek, directeur; Mej. G. A. C. Enzerink, secretaresse.
Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (L.A.D.)	Mr. W. G. van der Putten, directeur; Mevr. J. C. Steenbrink, secretaresse.
Centraal college voor de erkenning en registratie van medische specialisten (C.C.)	W. J. de Jager, secretaris; Mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.
Specialisten Registratie Commissie (S.R.C.)	Dr. L. P. H. J. de Vink, secretaris; Mevr. G. G. A. Brunger, secretaresse.
College voor Sociale Geneeskunde (C.S.G.)	Mr. B. Schultsz, secretaris; Mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.
Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (S.G.R.C.)	Mr. P. Swenker, secretaris; bureau (tst. 242) van 8.30-12.30 uur, Mevr. A. van Zwol, H. Ciuráns, secretaresse.
College voor Huisartsgeneeskunde (C.H.G.)	Dr. H. Roelink, secretaris; Mej. L. Beljaars, secretaresse.
Huisarts Registratie Commissie (H.R.C.)	J. I. van der Leeuw, secretaris; Mevr. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.
Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (O.L.M.A.)	Drs. S. Duursma, directeur; Mevr. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse.
Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (S.B.A.)	J. M. G. Hoes, directeur; Mej. Mr. H. van Boxtel, directiesecr. tel. 030-887021 en 885411.

van het hoofdbestuur

Kort verslag H.B.-vergadering d.d. 7 september 1976

Abortuswetgeving. Op basis van een bespreking in de vergadering van het dagelijks bestuur van 24 augustus en mede naar aanleiding van een tweetal gesprekken – op hun verzoek – met de initiatiefnemers van het gecombineerde wetsvoorstel P.v.d.A./V.V.D., wordt een viertal conceptbesluiten besproken waarvan het de bedoeling is dat deze besluiten ter goedkeuring aan de Algemene Vergadering van 10 september zullen worden voorgelegd. Na een uitvoerige bespreking worden deze besluiten (zie M.C. 1976/33 d.d. 13 augustus 1976) unaniem c.q. met grote meerderheid goedgekeurd.

Ioniserende straling uitzendende toestellen. Een advies van een commissie van de Gezondheidsraad inzake deskundigheidseisen voor artsen die ioniserende straling uitzendende toestellen gebruiken, wordt mede op basis van een advies terzake van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten besproken. Besloten wordt de voorgestelde verbreding van de opleiding niet alleen ten aanzien van technische deskundigheid, maar ook voor wat betreft medische deskundigheid goed te keuren en derhalve een positief advies aan het ministerie uit te brengen. Ten aanzien van de uitwerking van dit rapport wordt Mr. v.d. Mijn gemachtigd een en ander met het betreffende departement ter hand te nemen.

Wet Gezondheidsvoorzieningen. Naar aanleiding van een vervolg-notitie van de vertegenwoordiger van het hoofdbestuur in de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, wordt besloten een kleine werkgroep in te stellen, die zich op korte termijn over de essentie van dit wetsontwerp zal beraden.

J. Diepersloot, arts, secretaris-generaal

van het centraal bestuur L.S.V.

Richtlijnen bepaling goodwillsom bij praktijkoverdracht

1. Inleiding

De L.S.V. heeft zich steeds op het standpunt gesteld, dat de waardebepaling van de goodwill voor een specialistenpraktijk niet overgelaten diende te worden aan de economische wet van vraag en aanbod, maar dat de L.S.V. als beroepsorganisatie haar eigen norm diende te stellen. Van oudsher heeft bij de opstelling van de verschillende richtlijnen die in de loop der jaren tot stand zijn gekomen, een belangrijke rol gespeeld dat de overnemende specialist niet in de onmogelijkheid moet komen te verkeren op een normale wijze en met behoud van een aanvaardbaar inkomen de praktijk uit te oefenen. Het is met name ook in dit licht dat het Centraal Bestuur zich opnieuw in de richtlijnen ter bepaling van de goodwillsom heeft verdiept en het is daarbij tot de volgende conclusies gekomen:

2. Algemeen

1. Geheel of gedeeltelijke praktijkoverdracht tegen betaling van een goodwillsom is een historisch gegeven, dat vaak contractueel verankerd ligt. Voor de overdragende partij is goodwillbetaling redelijk zo niet noodzakelijk, omdat hij zelf destijds een soortgelijke investering in de praktijk heeft gedaan en de goodwillsom – zeker wanneer hij zijn praktijk neerlegt – een belangrijk onderdeel van zijn oudedagsvoorziening kan uitmaken.
Voor de overnemende partij is goodwillbetaling verantwoord vanwege een bepaalde inkomensverwachting die hij aan de praktijkoverdracht kan ontlenen en voorts omdat niet alleen in zijn eigen kring doch ook bij de N.Z.R. 'het stelsel van overnamesommen' als een gegeven wordt aanvaard, * zodat hij redelijkerwijs mag verwachten dat ook hij op zijn beurt deze investering te zijner tijd tegenover zijn opvolger kan realiseren.
Voor het geval dat de opvolger in dienst van het ziekenhuis gaat werken, zal het ziekenhuis de vertrekkende specialist schadeloos moeten stellen voor het feit dat het daarmee voor deze laatste onmogelijk is geworden zijn goodwill te realiseren. Het Centraal Bestuur acht het verheugend, dat het in deze opvatting ook door het Scheidsgerecht voor het Nederlands Ziekenhuiswezen wordt gesteund.**

* Zie de Pre-ambule op het modelcontract ziekenhuis/specialist.
** Zie bijvoorbeeld M.C. 1974/42, pag. 1365.

2. Uitgangspunt bij de praktijkoverdracht is steeds geweest en blijft, dat er sprake moet zijn van concrete, overdraagbare (dat wil zeggen niet strikt persoonsgebonden) goodwill. Allereerst rust op de overdragende partij de actieve plicht om te zorgen dat hetgeen hij overdraagt ook daadwerkelijk bij zijn opvolger terecht komt (onder meer door introductie). Dit zal voor hem vrijwel altijd tevens de passieve plicht inhouden, dat hij zich dient te onthouden van alles wat de overdracht en daarmee de ten aanzien van zijn opvolger gewekte verwachting zijnerzijds vermag te verstoren. Dit laatste leidt er toe, dat een zich terugtrekken uit de praktijk en een verbod op vestiging binnen het praktijkgebied voor de overdrager regel zal zijn.

3. Hoewel het hierboven onder 2. gestelde bij een associatie niet volledig opgaat – de bedoeling van een associatie is nu juist de praktijk voortaan gezamenlijk te voeren – komt het er materieel op neer dat de inkomende associé zich een bepaald gedeelte van de praktijk verwerft, dan wel zo'n gedeelte van een vertrekkende maat overneemt.
Daarbij rust op de zittende maat (maten) de plicht de inkomende maat in staat te stellen zich de goodwill van het hem toekomende gedeelte van de praktijk ook daadwerkelijk te verwerven. Daarom gaat het model van een associatiecontract van de K.N.M.G. dan ook uit van een onopzegbare periode van tenminste 3 jaar***. Een en ander houdt in dat de navolgende richtlijnen ook op de in het kader van een associatie plaatsvindende gedeeltelijke praktijkoverdracht zonder meer van toepassing zijn.

3. De richtlijnen

1. Er van uitgaande, dat de praktijk zoals deze reilt en zeilt op de opvolger zal overgaan, geldt als *basisrichtlijn* voor de bepaling van de goodwillsom nog steeds:
Een jaar bruto praktijkopbrengst over het voorafgaande jaar, dan wel bij associatie een evenredig deel daarvan. Zou het voorafgaande jaar niet representatief zijn, dan kan ook de gemiddelde praktijkopbrengst van de laatste drie jaar worden genomen.

2. Met betrekking tot deze basisrichtlijn zijn echter in voorkomende gevallen de volgende *verfijningen* (in casu aftrekposten) aangewezen:

a. In ieder geval dient c.q. dienen in mindering gebracht te worden de over het voorafgaande jaar wettelijk aan het *Pensioenfonds Medische Specialisten verschuldigde premie* c.q. (in het geval van een associatie) *premies.*
Aan deze aftrek ligt ten grondslag, dat:

1e. De honoraria en daarmee de bruto opbrengst in het jaar 1968 extra zijn verhoogd met het oog op de toen reeds in voorbereiding zijnde pensioenregeling. Zonder een dergelijke correctie zou de goodwill – die immers op een bruto jaaropbrengst is gebaseerd – uitsluitend op grond van een buiten de praktijk gelegen oorzaak een extra stijging hebben ondergaan.

2e. In de jaren 1968-1972 in afwachting van de wettelijk verplichte collectieve pensioenregeling een aparte reservering van deze voor dit speciale doel bestemde honoraria plaatsvond en derhalve in die jaren berekende goodwilbedragen moesten blijven.
Dit te meer omdat in die overgangstijd bepaald was dat als de collectieve pensioenregeling er onverhoopt niet zou komen, deze gereserveerde gelden terug zouden moeten naar de ziekenfondsen door wie zij waren gestort.

3e. De continuïteit vereiste dat, toen in het jaar 1973 de extra reservering verdween en de extra opslag deel ging uitmaken van het tarief, van toen af aan de op hetzelfde moment wettelijk verplicht op te brengen premie bij de goodwill buiten beschouwing diende te blijven. Men zou anders in strijd met het hierboven onder 1e gestelde alsnog een eenmalige exponentiële stijging van de goodwill hebben veroorzaakt.

b. De inkomsten uit *vaste consulentschappen* en andere soortgelijke werkzaamheden, zoals expertises voor levensverzekeringsmaatschappijen en rapportages voor de Raden van Beroep zullen als regel in aanmerking komen om op de bruto praktijkopbrengst in mindering te worden gebracht. Over het algemeen worden de vaste consulentschappen en soortgelijke functies als te persoonsgebonden

---

*** Zie het artikel van Mr. B. Schultsz in M.C. 1976/22, blz. 684.

beschouwd om de daaruit voortvloeiende inkomsten bij de goodwillsom mede te berekenen. In sommige gevallen echter blijken dergelijke functies sinds jaar en dag duidelijk aan de praktijk gebonden te zijn. In die gevallen behoeven de uit een dergelijke functie voortvloeiende inkomsten niet in mindering te worden gebracht. De overnemende partij zal echter wel duidelijk zijn bereidheid tot ook de overname van dit consulentschap te voren uitdrukkelijk moeten hebben uitgesproken.

c. De navolgende *vergoedingen:*
- in het kader van de *affiliatie* voor het onderwijs aan co-assistenten;
- voor het *lesgeven* aan verpleegkundigen en ander ziekenhuispersoneel;
- een vanwege het ministerie van Onderwijs in het kader van de specialistenopleiding ontvangen tegemoetkoming in de kosten verbonden aan de aanstelling van een chef de clinique.

Deze vergoedingen worden niet zozeer als té persoonsgebonden, doch echter als te typisch kliniekgebonden beschouwd om als van specialist op specialist overdraagbare goodwill aangemerkt te kunnen worden.

3. *Verdere verfijningen* zijn voorts aangewezen in de navolgende gevallen:
a. *Opleidings-praktijken.* Naast de hierboven reeds aangeduide aftrekposten zal bij deze praktijken een niet onaanzienlijk deel van hetgeen als specifieke opleidingskosten is aan te merken (salarissen assistenten en chef de clinique) in mindering op de goodwillsom (bruto jaaropbrengst) moeten worden gebracht. Het Centraal Bestuur zou daarbij vooralsnog willen uitgaan van de navolgende richtlijn:
de eigen salariskosten van de chef de clinique geheel;
de eigen slariskosten der assistent-geneeskundigen tenminste voor 50%.
Aan deze richtlijn liggen de volgende gedachten ten grondslag:
- De aan de opleiding voor de specialist-opleider (en daarmee ook voor zijn associés) verbonden kosten zijn de laatste jaren exponentieel – en buiten toedoen van de specialisten – gestegen. Daarmee is de verhouding tussen bruto en reële inkomensverwachting verstoord. Zelfs zodanig dat de overname van een specialistenpraktijk qua financiering in vele gevallen aanzienlijk minder aantrekkelijk is dan die van een niet-opleidingspraktijk. Ja sterker nog, de overnemende partij kan in problemen komen wanneer de basisnorm zou worden gehanteerd.
- Met deze richtlijn wordt enerzijds nauw aangesloten bij hetgeen nu reeds uit eigen initiatief in de praktijk geschiedt en anderzijds zou de overgang naar een volledige aftrek van de specifieke opleidingskosten juist tegenover diegenen die nog niet zo heel lang geleden wel een investering conform de basisnorm gedaan hebben, niet billijk zijn.

b. *Relatie moeder – deelspecialisme.* Tussen bijvoorbeeld chirurgen en een orthopaed of een internist en een cardioloog zal ook naar de mening van de betrokken wetenschappelijke verenigingen als regel geen praktijkoverdracht in financiële zin geheel of gedeeltelijk kunnen plaatsvinden. Als regel zal uit de aard der zaak immers moeilijk kunnen worden voldoen aan de onder 2.2. genoemde uitgangspunten.
Dit ligt uiteraard anders bij een eventuele associatie tussen de betrokken moeder- en deelspecialisten, maar een dergelijke associatie is wel aan bijzondere voorwaarden verbonden.*
Anders ligt het ook in die (bijzondere) gevallen waarbij bijvoorbeeld een internist tot dan toe tevens de radiologie verzorgd heeft en nu een radioloog zijn intrede in het ziekenhuis wil doen. In die situatie wordt echter wel degelijk aan het bovenbedoelde uitgangspunt van het zich verder onthouden van die praktijkuitoefening voldaan.

c. Voor het geval dat er een bepaald tijdsverloop is tussen het beëindigen van de praktijk en de opvolging zal het met name van de mate waarin is waargenomen en de rol die door de potentieel overdragende specialist daarbij is gespeeld, afhangen in welke mate nog van overdraagbare goodwill kan worden gesproken. Er moet van worden uitgegaan dat wanneer het tijdsverloop langer dan een jaar bedraagt als regel niet meer van overdraagbare goodwill zal kunnen worden gesproken.

d. Overname van een gedeelte van de praktijk binnen een stad of regio. In dit

---

* Zie het Rapport Associatie Ongelijksoortige Specialismen in M.C. 1973/24, pag. 731 e.v.

geval blijft de overdragende partij zelf dus in de nabijheid praktizeren. In deze gevallen zal, aangezien wederom niet aan de onder 2.2. genoemde uitgangspunten volledig kan worden voldaan, een zekere correctie in verband met hetgeen concreet overdraagbaar zal blijken, aangewezen zijn.
4. In het algemeen – maar dit geldt bij uitstek voor de hierboven onder 3 aangegeven specifieke situaties – verdient het aanbeveling om zich over hetgeen in zijn concrete situatie in het licht van de geldende normen als redelijk kan worden gequalificeerd, te verstaan met het bureau der L.S.V. In casu kan men zich het best wenden tot Mej. Mr. W. L. R. Kuipers (030-88 54 11, toestel 310).

Namens het Centraal Bestuur der L.S.V.,

G. Groenewoud, secretaris

---

van het centraal bestuur L.H.V.

Convocatie ledenvergadering d.d. 26 november 1976

Het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging roept een ledenvergadering bijeen op vrijdag 26 november 1976 te Utrecht, in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum (tel. 030-914914). Deze ledenvergadering is de voor het vierde kwartaal reglementair voorgeschreven vergadering (art. 26, lid 1, H.R.).

De agenda luidt als volgt:

1. Opening
2. Mededelingen
3. Notulen
4. Financiën:
   a. Begroting 1977, vaststelling bijdrage voor 1977;
   b. Begroting specifiek apotheekhoudende belangen 1977; vaststelling apotheekhoudende bijdrage voor 1977;
   c. Bestemming overschotten 1974 en 1975.
5. (Her)verkiezing C.B.-leden; verkiezing voorzitter
6. Verkiezing bestuursleden S.P.H.
7. Bespreking voorstellen district XI
8. Wat verder ter tafel komt
9. Rondvraag
10. Sluiting.

Toelichting:

ad 3: Vaststelling van de notulen van de ledenvergaderingen van 1 oktober 1976 en 15 oktober 1976.

ad 4 a: Publikatie van de L.H.V.-begroting 1977 treft u in het volgende nummer van Medisch Contact aan.

ad 4 b: Stukken zullen u worden toegezonden.

ad 4 c: Zie brief aan de leden nr. 76/913.

ad 5: 1. Vacatures S. van Randen en G. A. Meijer, die reglementair aftredend, zich niet herkiesbaar stellen.
2. De reglementair aftredende C.B.-leden F. A. van Spanje en W. M. van der Valk stellen zich herkiesbaar.
3. Voor het voorzitterschap wordt door het Centraal Bestuur kandidaat gesteld W. Derksen.

Kandidaten kunnen worden gesteld conform de bepalingen van artikel 13 lid 2 en 3 van het Huishoudelijk Reglement.

ad 6: Zie publikatie hieronder.

ad 7: Stukken volgen.

F. A. van Spanje, arts, secretaris

Kandidaatstelling bestuur S.P.H.

Op grond van het krachtens artikel 6, lid 3 van de statuten van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen vastgestelde rooster treden per 1 januari 1977 de heren J. F. A. van Rijn en W. J. Waal af als bestuurslid en de heer Dr. J. C. Ogterop als plaatsvervangend bestuurslid van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen. De heer J. F. A. van Rijn is in verband met het bereiken van de reglementaire leeftijdsgrens niet herkiesbaar.
Het Centraal Bestuur stelt in verband met de vacature van bestuurslid, die per 1 januari 1977 ontstaat door het aftreden van de heer J. F. A. van Rijn, de volgende kandidaten aan de ledenvergadering der Landelijke Huisartsen Vereniging voor: 1. Dr. J. C. Ogterop; 2. G. J. Kemperman.

Aangezien de heer W. J. Waal zich herkiesbaar stelt per 1 januari 1977 stelt het Centraal Bestuur de volgende kandidaten aan de Ledenvergadering der Landelijke Huisartsen Vereniging voor: 1. W. J. Waal; 2. H. J. A. van der Wouw.

Gezien de vacature, die per 1 januari 1977 ontstaat van plaatsvervangend bestuurslid, door het feit dat Dr. J. C. Ogterop zich kandidaat heeft gesteld, als bestuurslid van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen stelt het Centraal Bestuur de volgende kandidaten aan de ledenvergadering der Landelijke Huisartsen voor: 1. G. J. Rosenvelt; 2. J. M. G. F. Roebroeck.

Een en ander geschiedt op aanbeveling van de deelnemersraad van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen.

Utrecht, 20 oktober 1976

F. A. van Spanje, arts, secretaris.

---

van het centraal bestuur L.A.D.

Voorbeschouwing L.A.D.-ledenvergadering op 13 november 1976

IV. De band tussen de L.A.D. en de centrales voor hoger personeel

1. Het lidmaatschap van de N.C.H.P.

Op 15 november 1975 heeft de ledenvergadering besloten het collectieve lidmaatschap van de Nederlandse Centrale voor Hoger Personeel (N.C.H.P.) voor de L.A.D.-leden in privaatrechtelijk dienstverband op te schorten; voor het jaar 1976 is de solidariteit met de N.C.H.P. uitgedrukt door middel van een (eenmalige) donatie. Het centraal bestuur is van mening, dat een hernieuwd lidmaatschap in 1977, gezien de contributielast, niet verantwoord is. Hoewel de N.C.H.P. voorstellen heeft gedaan om de contributiehoogten te differentiëren naar de aard en omvang van het te bieden servicepakket, is zelfs het concept-minimumbedrag ten opzichte van de L.A.D.-contributie aanzienlijk te noemen. Voorts is in overweging genomen, dat ook de directe noodzaak van het lidmaatschap niet aanwezig is. In de privaatrechtelijke sector is de L.A.D. gegroeid tot een erkende en representatieve beroepsorganisatie. Als voorbeelden kunnen onder meer worden genoemd: het deelnemen in de onderhandelingen over de C.A.O.-ziekenhuiswezen en over de collectieve rechtspositieregeling voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg, het voordragen van kandidaten in ondernemingsraden, als ook het lidmaatschap van de bedrijfscommissie Ziekenhuiswezen. De rechtshulp en belangenbehartiging ten behoeve van individuele leden is in handen van de juristen van het L.A.D.-bureau. In de sector van de gezondheidszorg heeft de N.C.H.P. zich niet als onderhandelingspartij gemanifesteerd en het ontwikkelen van activiteiten aan de L.A.D. overgelaten. Dat de Raad van Overleg voor Middelbaar en Hoger Personeel, waarin de N.C.H.P. een belangrijk aandeel vormt, tot de S.E.R. is toegelaten en als de vierde vakcentrale is erkend, verdient instemming en waardering. Niettemin stelt het centraal bestuur de ledenvergadering voor om de relatie met de N.C.H.P. niet te continueren.

Voorgenomen wordt de positie van de L.A.D. als representatieve organisatie te verstevigen en uit te breiden. In dit verband moet worden gedacht aan het streven om in de overlegstructuur betreffende de arbeidsvoorwaarden voor artsen, werkzaam in het kader van de uitvoering van de sociale verzekeringswetten, wijzigingen aan te brengen. De C.A.O.'s voor G.A.K. en G.M.D. komen tot stand, terwijl aan werknemerszijde geen representatieve organisatie voor artsen en

overig hoger personeel medeoverleg pleegt. Deze lacune dient dan ook te worden opgevuld.

2. Het lidmaatschap van de C.H.A.

De L.A.D.-leden met een ambtelijke status, die voldoen aan bepaalde contributie-criteria, worden doorverbonden naar de Centrale van Hogere Functionarissen bij Overheid en Onderwijs (C.H.A.). De daarmee samenhangende kosten zijn de laatste jaren dermate gestegen, dat het centraal bestuur zich beraden heeft over de wenselijkheid van het handhaven van het lidmaatschap. Tijdens de voorjaarsledenvergadering van de C.H.A. is door de L.A.D. voorgesteld om het abonnement op Commentaar/S.E.M. voor haar leden op te heffen. Dit voorstel is niet aangenomen.
Teneinde de totaalkosten te kunnen reduceren, wordt door de besturen van C.H.A. en L.A.D. gezocht naar nieuwe wegen, zoals het verminderen van het lastenpakket van de centrale en van haar sectoren, het vermeerderen van het C.H.A.-ledental of het aanleggen van scherpere criteria voor de door te verbinden leden. Betreffende dit laatste zij opgemerkt, dat het K.N.M.G./L.A.D.-contributiesysteem meebrengt, dat de bijdrage ten behoeve van de L.A.D. geringer kan zijn dan de doorverbinding naar de C.H.A. (bijvoorbeeld: bij part-time artsen). Door in het bijzonder de deelname van de ambtenarencentrales in het Georganiseerd Overleg is lidmaatschap van zo'n centrale en met name van de C.H.A. ten behoeve van de L.A.D.-leden in overheidsdienst nuttig en noodzakelijk.
Het centraal bestuur adviseert derhalve de ledenvergadering in te stemmen met verlenging van het lidmaatschap voor het jaar 1977.

Verkiezing nieuwe leden van het C. B. der L.A.D.

Zie hiervoor de convocatie van de ledenvergadering d.d. 13 november a.s. op pag. 1267 van Medisch Contact nr 40 van 1 oktober j.l., agendapunt 12.

12. Verkiezingen
Aan de beurt van aftreden zijn D. Schotanus en J. H. de Waal Malefijt. Laatstgenoemde is ingevolge art. 30 juncto 32 van het Huishoudelijk Reglement terstond herkiesbaar. Collega Schotanus is niet herkiesbaar. Het centraal bestuur stelt voor collega De Waal Malefijt te herkiezen.
Voor de vacature ontstaan door het tussentijds aftreden van collega J. H. van Dalen wordt door het centraal bestuur verkiesbaar gesteld collega **F. H. Kranendonk**, adviserend-geneeskundige.
Voor de vacatures die zijn ontstaan door het tussentijds aftreden van de collegae Vertin, Stevens en Löwenberg (plaatsvervanger van Dr. K. A. Dicke) en de vacature ontstaan door het aftreden van Schotanus, worden door het centraal bestuur verkiesbaar gesteld de collegae **H. R. Beukers**, bedrijfsarts, **J. W. H. Garvelink**, adjunct-directeur G.G.D., **W. Weimar**, in opleiding tot internist en **R. A. Francken**, G.A.K.-arts.
Anticiperend op het besluit der ledenvergadering tot erkenning van de L.V.A.G. (zie agendapunt 6) stelt het centraal bestuur verkiesbaar collega **E. L. Vrijland.**

uit de afdelingen

Deventer en Omstreken

Tweede lustrum affiliatie met Groningen

De oudst bestaande affiliatie, namelijk die van de Deventer ziekenhuizen met de medische faculteit van de R.U. te Groningen, heeft haar tweede lustrum bereikt. Dit werd op 8 oktober 1976 feestelijk gevierd in een bijeenkomst te Deventer van vertegenwoordigers van alle daarbij betrokken groeperingen.

Mr. Dr. Bolkestein schetste bij die gelegenheid de geschiedenis van de affiliatie. Dat er in de beginperiode met voortvarendheid werd gewerkt, blijkt wel uit het feit dat 16 maanden na de allereerste bespreking tussen Prof. Jonxis en de heer en mevrouw Bolkestein op 13-5-'65 de eerste co-assistent uit Groningen op 12-9-'66 naar Deventer kwam. Het beviel hem daar blijkbaar goed, want later vestigde hij zich als oogarts in Deventer.

Het thema van de herdenkingsdag 'affiliatie, nuttig en nodig?' werd vervolgens behandeld door collega B. T. G. de Jong van de Hoofdinspectie Volksgezondheid

namens de overheid, door Prof. Van der Slikke namens de Groninger Universiteit en door collega Warringa, de huidige studie-coördinator te Deventer.
Dank zij de medewerking van ziekenhuisbesturen, specialisten, huisartsen, vroedvrouwen, G.G.D., B.G.D. en vele anderen is het thans mogelijk in Deventer een volledige klinische opleiding van doctorandus tot arts te ontvangen. Tot nu toe hebben 253 studenten uit Groningen daarvan gebruik gemaakt. Voor hen leek de affiliatie goed te werken. Daarbij moet men bedenken dat er te Deventer per co-assistent driemaal meer onderwijsbedden beschikbaar zijn dan te Groningen.

Voor de ziekenhuizen en de daarin werkende specialisten betekende de affiliatie een extra stimulans om een hoog peil van gezondheidszorg te handhaven. Dat ook het verplegend personeel een niet te verwaarlozen rol speelt bij de opleiding tot arts, werd door de sprekers nog eens onderstreept (De Jong en Warringa). Er moet voor gewaakt worden dat het onderwijs een al te zware belasting wordt voor de patiënt, al mag er van hem ook enige medewerking in deze worden gevraagd (De Jong). Tot nu toe zijn er geen klachten van patiëntenzijde gehoord.
De toekomst van de affiliatie Groningen-Deventer wordt met vertrouwen tegemoet gezien, hoewel er desiderata blijven. Zo wordt van de overheid een wat duidelijker financieel beleid verwacht, opdat een planning op lange termijn mogelijk wordt (Van der Slikke). Uitbreiding van de contacten universiteit-periferie blijft nodig (V.d. Slikke en Warringa). Ook de coördinatie ten aanzien van tentamina en examina blijft de aandacht vragen (V.d. Slikke en Warringa). Het is de vraag of de verplichting tot een keuzeproject van 12 weken niet beter vervangen kan worden door de mogelijkheid klinische stages te verlengen, dan wel andere klinische stages in te voeren (Warringa).

Collega Heslinga, studie-coördinator te Enschede, bracht de gelukwensen over van de affiliatie te Enschede en liet deze vergezeld gaan van een geschenk voor de co-assistentenbibliotheek. Hij sprak daarbij de hoop uit, dat de studenten niet alleen tot goede artsen, maar ook tot goede mensen zullen worden opgeleid.
Een ontvangst ten stadhuize, een koud buffet en een toepasselijk cabaret vormden tenslotte een belangrijk onderdeel van deze herdenkingsdag.

Voordrachten

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

Alkmaar en Omstreken
Dr. A. Vermij, chirurg, onderwerp: 'Een oncologisch-chirurgische afdeling, een noodzaak? Teamwork, centralisatie, relatie intra- en extramurale zorg, nazorg'.

Alphen en Omstreken
N. C. T. de Vries, dermatoloog, onderwerp: 'Dermatologische varia'.

Apeldoorn en Omstreken
Dr. H. D. de Reus en W. v. Doeveren, röntgenologen, onderwerp: 'Computer tomografie, een nieuwe aanwinst in de röntgendiagnostiek'.

Arnhem en Omstreken
I. A. P. Verbeeck, onderwerp: 'Browndale'.

Bergen op Zoom-Roosendaal en Omstreken
Ph. Koster van Groos en Dr. H. Roelink, onderwerp: 'Maatschappij waarheen? Afdeling wat nu?'.

Deventer en Omstreken
Prof. Dr. D. de Wied, onderwerp: 'Hypophyse en gedrag'

Drenthe's Z.O. Hoek
Prof. Dr. J. W. F. Beks, onderwerp: 'Neurochirurgische aspecten van het trauma capitis', en Dr. H. Hamminga, onderwerp: 'Verantwoordelijkheid en geneeskunde'.

Emmeloord en Omstreken
J. Koppert, onderwerp: 'Infantiele mondgewoonten', en F. Goetheer, onderwerp nader te bepalen en A. Groenewoud, onderwerp: 'Herpes zoster'.

Friesland-Noord
E. Voet, onderwerp: 'Over de tong'.

's-Gravenhage en Omstreken
Prof. W. Brouwer, onderwerp: 'Maastricht en het medisch onderwijs'.

Haarlem en Omstreken
H. Hoencamp, onderwerp: 'Huisarts waarheen?', en Mevr. B. Togo, maatschappelijk medewerkster bij de stichting Peregrinus, onderwerp: 'Wat brengt de buitenlander mee aan verwachtingen en aan instelling en Dr. L. Hemmes, verzekeringsgeneeskundige, onderwerp: 'Probleemgebieden in de confrontatie met buitenlanders', en B. C. Witsenburg, huisarts, onderwerp: 'Medisch antwoord', en Mevr. C. Frieda Struyck-Reus, verloskundi-

	ge, onderwerp: 'Ervaringen op het spreekuur voor buitenlanders', gevolgd door een discussie o.l.v. M. E. H. Kartsen, huisarts.
Heerenveen en Omstreken	Prof. D. J. Levita, onderwerp: 'Geneeskunde van de armoede', en Dr. J. B. Hoving, onderwerp: 'Een hedendaagse oerwoudziekenhuis te Cameroun'.
Leiden en Omstreken	Prof. Dr. F. Doeleman, onderwerp: 'Regionalisatie van de gezondheidszorg'.
Midden-Twente	Mr. M. A. Gonsalves, onderwerp: 'Relatie justitie-arts'.
Oostelijk Groningen	Dr. J. Arendshorst, chirurg, onderwerp: 'Galblaaschirurgie en de waarde van de cholangiografie'.
Oude IJssel	Dr. W. H. G. Wolters, klinisch psycholoog, onderwerp: 'De psychosociale zorg in de kinderafdeling'.
Rotterdam en Omstreken	Prof. Dr. H. J. Dokter en J. Ridderikhoff, onderwerp: 'De huisarts, wie is hij'.
Tiel	P. L. A. J. Franken, röngenoloog, onderwerp: 'Planigrafie van het middenoor'.
Utrecht	Prof. Dr. J. Swierenga, Dr. C. D. Laros en Dr. Sj. Sc. Wagenaar, onderwerp: 'Diffuse longafwijkingen'.
Wageningen en Omstreken	Prof. Dr. N. Masurel, viroloog, onderwerp: 'Is de Spaanse griep in aantocht?'.
Walcheren	D. C. Bom, huisarts, P. H. Postma, internist, J. A. Kriele, chirurg en Dr. H. T. Planteijdt, patholoog-anatoom, onderwerp: 'Een patiënt met een acute buik en shock'.
Zwolle en Omstreken	Mr. B. Sluyters, onderwerp: 'Medische aansprakelijkheid in Amerika en Nederland', en Dr. P. Smit, onderwerp: 'Spoedeisende gevallen in een huisartspraktijk'
Zuid- en Noord-Beveland	W. A. de Vries, onderwerp: 'Anticoagulantia 60-plussers'.

nascholing huisartsen

Nascholingsmogelijkheden voor de huisarts t/m januari 1977

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

3, 4, 10, 11, 17 en 18 november 1976	Electrocardiografie. Leiden, (bestemd voor artsen uit de regio Leiden). Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Voortgezet Onderwijs, Leiden. Tel. 071-147222 – toestel 2797.
5 november	'Cariëspreventie in de praktijk', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053-892922.
6 november	N.H.G.-Congres 1976, Amsterdam. Thema: Het methodisch werken van de huisarts. Plaats: Hoofdgebouw Vrije Universiteit Amsterdam. Inlichtingen: N.H.G., Burg. Reigerstraat 87, Utrecht. Tel. 030-516741.
6 november	'Het gebruik van methodologie en statistiek bij medisch onderzoek' Utrecht. Cursus voor practici en arts-assistenten, georganiseerd door de Commissie voor Postacademisch Onderwijs, Utrecht. Inlichtingen bij het secretariaat, Academisch Ziekenhuis, Catharijnesingel 101, Utrecht. Tel. 030-373339 (9.00-13.00 uur).
8-12 november	Kraanvencursus in het Kraanven te Loon-op-Zand, bestemd voor huisartsen in Utrecht en omgeving. Inlichtingen: mej. P. Bosman, secretaresse Werkgroep Kraanven, p/a Academisch Ziekenhuis, Utrecht. Tel. 030-328234.
8 t/m 13 november	Warffum-nascholingscursus Amersfoort. Inlichtingen: J. Hellinghuizen, Diamantweg 1, Amersfoort. Tel. 033-32331.
8 t/m 13 november	Bijscholingscursus voor Friese huisartsen, Texel. Inlichtingen: E. Sietsma, Ilo Stinslaan 3, IJlst. Tel. 05155-263.
13 november	Symposium 'Problemen van het climacterium in de medische praktijk', Sittard. Plaats: Auditorium ziekenhuis 'De Goddelijke Voorzienigheid', Sittard. Inlichtingen: Dr. A. M. C. M. Schellen, tel. 04490-8666, toestel 2128.

10-14 november

Medica '76, Düsseldorf, Neues Messegelände. Internationaler Fortbildungs Kongress mit Ausstellung Diagnostica – Therapeutica – Technica (8. Diagnostik-Woche).
Anmeldung: Düsseldorfer Messegesellschaft Nowea, 4000 Düsseldorf 30, Postfach 320203, Telefon 0211/45601 – Telex 8 584 853 mes d.
Quartiervermittlung: Verkehrsverein der Stadt Düsseldorf e.V., 4000 Düsseldorf, Am Hauptbahnhof, Postfach 8203 – Telefon 0211/350505.
Veranstalter und Auskunft: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e.V., 7000 Stuttgart 70 (Degerloch), Jahnstrasse 32. Telefon 0711/761454 – Telex 7 255 533. In Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Nordheim und der Ärztekammer Westfalen/Lippe.

12 november

Praktische Orthopaedie, Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Artsencentrum, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-772200.

15 t/m 20 november

Cursus Persoonlijk functioneren van de huisarts, Texel. Psychosomatische cursus voor Friese huisartsen. Inlichtingen: E. Sietsma, Ilo Stinslaan 3, IJlst. Tel. 05155-263.

18 november

'Nascholingsraad' – vergadering van de Stichting Nascholing Huisartsen met de perifere nascholingswerkgroepen – te houden in het Jaarbeurs Congrescentrum te Utrecht, aanvang 17.00 uur. Inlichtingen: Bureau S.N.H.; tel. 030-88 54 11 – toestel 154.

19-20 november

Medische Psychologie, Leiden. 'Confrontatie met acuut geweld'. Achtergronden, interventie, behandeling. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Voortgezet Onderwijs, Leiden. Tel. 071-147222 – toestel 2797.

20 november

'Wat zie ik, wat doe ik', een symposium over het onderzoek van gewrichten, te houden gedurende de ochtend in de congreszaal van het Slot te Zeist onder auspiciën van ACF Chemiefarma NV. Inlichtingen: H. van Koningsbrugge, ACF Chemiefarma NV, Straatweg 2, Maarssen, telefoon 030-45 29 11.

22 t/m 27 november

Bijscholingscursus voor Friese huisartsen, Texel. Inlichtingen: E. Sietsma, Ilo Stinslaan 3, IJlst. Tel. 05155-263.

22-26 november

Kraanvencursus in het Kraanven te Loon-op-Zand, bestemd voor huisartsen in Utrecht en omgeving. Inlichtingen: Mej. P. Bosman, secretaresse Werkgroep Kraanven, p/a Academisch Ziekenhuis Utrecht. Tel. 030-328234.

24 november

Klinische demonstratie voor huisartsen o.l.v. L. Kuenen. Onderwerp nog niet bekend. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Voortgezet Onderwijs, Leiden. Tel. 071-147222 – toestel 2797.

24 en 25 november

Cursus 'Medische Ontwikkelingen', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053-892922.

25 en 26 november

Blokcursus Kindergeneeskunde Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Artsencentrum, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-772200.

10 december

Praktische Orthopaedie, Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Artsencentrum, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-772200.

9-10 december

Vorderingen in de Geneeskunde, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Voortgezet Onderwijs, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.

15 december

Klinische demonstratie voor huisartsen o.l.v. L. Kuenen. Onderwerp nog niet bekend. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Voortgezet Onderwijs, Leiden. Tel. 071-147222 – toestel 2797.

T.V.-uitzendingen
TELEAC, Nederland I

16 november	Geslachtsziekten I: 18.15-18.45 uur. Herhaling, 20 november: 10.30-11.00 uur.
23 november	Geslachtsziekten II: 18.15-18.45 uur. Herhaling, 27 november: 10.30-11.00 uur.
30 november	Slaap- en slaapmiddelen I: 18.15-18.45 uur. Herhaling, 4 december: 10.30-11.00 uur.
7 december	Slaap- en slaapmiddelen II: 18.15-18.45 uur. Herhaling, 11 december: 10.30-11.00 uur.

---

13 en 14 januari '77

'Extramurale aspecten van het Myocardinfarct' Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Voortgezet Onderwijs, Leiden. Tel. 071-147222 – toestel 2797.

19 januari 1977

Klinische demonstratie voor huisartsen o.l.v. L. Kuenen. Onderwerp nog niet bekend. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Voortgezet Onderwijs, Leiden. Tel. 071-147222 – toestel 2797.

van de H.R.C.

Nieuwe inschrijvingen

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

22 juni 1976 (Universitair Huisartsen Instituut Groningen):
Batterink, G. J., S. v.d. Vegtstraat 8, Akkrum.
Groot, de, Tegelaan 15a, Schoorl.
Pietersma, J. T. Klipperstraat 22, Harlingen.
Wobbes-Lunsing, Mevr. C. A. E., Helperzoom 377, Groningen.

22 juni 1976 (Universitair Huisartsen Instituut Rotterdam):
Bezemer, M. F., van der Helmstraat 163, Rotterdam.
Bruyn, J. A., Essenlaan 24, Rotterdam.
Det, R. J. van, Slot de Hoevelaan 33, Maasland.
Elhorst, D. P., Prinses Julianalaan 68, Vlaardingen.
Kamermans, C., Bajonetstraat 2b, Rotterdam.
Kitselaar, W. J. L., Schans 11, Rotterdam.
Kruimel, G. M., Hof de Vriendschap 10, Dordrecht.
Linde, H. van der, Aleoeten 1, Capelle aan de IJssel.
Melker, R. P. C., Walenburgerweg 1c, Rotterdam.
Sloot, E., Schermerhoek 56, Capelle aan de IJssel.
K. L. Liem, Constantijnstraat 4, Meerlo (L.).

26 augustus 1976 (Universitair Huisartsen Instituut Utrecht).
Bongers, C., Otto van Polanenstraat 34, Asperen.
Bouter, C. P., Waalstraat 13f, Utrecht.
H. M. J. Jochems, Bosweg 6, Apeldoorn.
Rees, J. M. van, Oudegracht 55, Utrecht.
Timmers, A. P., Vijfheerenlaanden 421, Vianen.
F. A. V. M. Wagenaar, Mauritslaan 9, Geleen.
Wasmann, E. F. J., Ereprijs 20, Culemborg.

26 augustus 1976 (Universitair Huisartsen Instituut Maastricht):
Boorn, G. J. E. M. van den, Rijksweg 4, Gronsveld.

8 september 1976 (Universitair Huisartsen Instituut – Amsterdam U.v.A.):
Dibbets, J. E., Robert Kochlaan 676, Haarlem.
Lesterhuis, W., Van der Hoopstraat 121, Amsterdam.
Meer, Mej. S. C. van der, Kinkerstraat 102^{III}, Amsterdam.
Neve, J. P. M., Zuidje 2, Schermerhorn.
Tromp-Bellen, Mevr. P. G., Prins Hendrikkade 25, Amsterdam.
Vogel, G. C. J., Oostervenne 356, Purmerend.
Vogelsang, H., Planetenhof 64, Maastricht.

8 september 1976 (Universitair Huisartsen Instituut Utrecht):
Malenstein, Mej. M. M., Tulpenlaan 2, Vuren.
Nederhorst, H. J., Nieuwe Veenendaalseweg 51 E, Rhenen.
Zijl, P. J. van der, Benschopperstraat 25, IJsselstein.

8 september 1976 (Universitair Huisartsen Instituut Amsterdam V.U.):
Boldingh, E. J. K., Arendshorst 139, Leiden.
Egberts, G. W., Fruitlaan 32, Zwaag.
Jonge, J. de, Goereese Pad 53, Amstelveen.
Knooihuizen, W. H., F. Zernickestraat 187, Hengelo (O).
Kuiper, C., Churchilllaan 68^{II}, Amsterdam.
Loon, P. U. van, Koningshoef 340, Amsterdam-Bijlmermeer.
Paalvast, Mej. J. A., Herengracht 384, Amsterdam.
Rooij, M. de, Rijssenseweg 10, Enter (O).
Siemons-van Zanten, mevr. G., De Wingerd 7, Heerlen.
Vermeiden, A., 1e Jac. van Campenstraat nr. 19^{II}, Amsterdam.
Wiersema, Mej. Y, Burggravenlaan 82, Leiden.

27 september 1976 (Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut):
Bouwense, B., Aerdenhouthof 8, Arnhem.
Braun, C. L. J., Hanzestraat 184, Arnhem.
Heuberger, P. H. J., Hermaat 149, Doesburg.
Janssen, P. P. W., Venusstraat 28, Nijmegen.
Meulman, D. J., Vinkwijkseweg 1, Zeddam.
Meijer, D., Hogeveld 77, Aalten.
Nijsten, E. H. M., Weezenhof 80/18, Nijmegen.
Oey-Dik, Mevr. A. S., Fazantenkamp 6, Maarssenbroek.
Renssen, R. P., De Zalmen 94, Doorwerth.
Ummels, F. C. M., Pres. Kennedylaan 381, Velp.
Woltring, H. M., Orpheusstraat 2, Rosmalen.

personalia K.N.M.G.

Nieuwe leden

R. G. J. Andriessen, Veerstraat 29, Amsterdam.
W. J. Arnoldussen, Casinoweg 271, Venlo.
Mej. W. J. Baart, P. Saenredamstraat 20, Utrecht.
P. A. van Beek, 1e Sweelinckstraat 11^{II}, Amsterdam.
Dr. B. I. J. Beentjes, J. W. Brouwersstraat 23, Amsterdam.
J. Bennink, Utrechtseweg 55, Hilversum.
J. F. M. Bergen, Haarlemmerstraat 46 A, Leiden.
P. W. Blankevoort, Bernhardlaan 22, Susteren.
G. de Boer, Torenlaan 56, Laren.
B. E. M. van den Boezem, Keizerskroon 134, Leeuwarden.
Mej. J. F. Bolderink, Parkstraat 7, Utrecht.
W. J. Boonk, Rijnsburgerweg 77 A, Leiden.
Mevr. M. L. T. E. Bosboom-Cuppen, Meyhorst 91-26, Nijmegen.
Mevr. H. C. M. Bots-Jansen, Jan Luykenlaan 281, Leiden.
Mej. M. J. M. Bouvy, Lomanstraat 86 II, Amsterdam. V. H. P. Bremer, J. J. Slauerhofflaan 137, Delft.
J. Brouwer, Luytelaar 13, Eindhoven.
Mej. E. C. Bussink, Lauriergracht 13-1, Amsterdam.
H. A. Bijlmer, Franchimontlaan 23, Leiden.
Mevr. H. E. Bijlmer-Gorter, Forellendaal 758, Den Haag.
Mevr. H. Dankbaar, Tolhuislaan 4, Ede.
J. E. Degener, Lange Mare 71 A, Leiden.
Mevr. A. N. Derks-Biewinga, Goedestraat 70, Utrecht.
R. Deurlo, L. v. Meerdervoort 1430, 's-Gravenhage.
C. Th. B. M. van Deursen, Prof. Gerbrandystraat 39, Veghel.
A. E. Diaz Moreno, Profetenlaan 3, Nijmegen.
N. G. M. van Doornik, Vossiusstraat 10, Amsterdam.
C. A. A. Dries, Egeldonk 440, Amsterdam.
C. van Dijk, Oosterpark 40, Amsterdam.
J. J. van Egmond, Grote Wittenburgerstraat 167, Amsterdam.
F. P. J. Engelhard, van Vollenhovenstraat 58 a, Rotterdam.
H. J. A. M. Fransen, De Haken 13, Bedum.
F. M. Hartog, Alexander Boersstraat 33^{II}, Amsterdam.
J. Heeringa, Meerpaal 181, Groningen.
H. van der Heijde, Hulkstraat 55, Den Helder.
J. Hoornweg, Hooglandsekerkgracht 12, Leiden.
J. C. Janssen, Populierendreef 283, Voorburg.
P. H. Janssen, Eisenhowerlaan 35, Beek (L.).
M. P. J. Jaspers, Potgieterstr. 31^{II}, A'dam.
N. M. V. Jaspers, Grote Gracht 24, Maastricht.
Mevr. M. J. H. Jellesma-Eggenkamp, Burchtstraat 6, Nijmegen.
A. N. de Jong, Lambertusstraat 57 b, Rotterdam.
D. J. A. van Kampen, Ruychrocklaan 221, Den Haag.
Mevr. I. Kateman, Fazantlaan 6, Doetinchem.
J. G. Klein Haneveld, Schoolstraat 24, Deventer.
E. T. Klinkenberg, p/a Speenkruidstraat 14, Den Haag.
J. S. G. Koning, Rapenburg 88, Leiden.
R. M. Koppen, Keizersgracht 764 a^{II}, Amsterdam.
A. Koppenaal, 1e Weteringdwarsstraat 34^{I}, Amsterdam.
H. B. Kuipers, Raadhuisstraat 7, Usquert.
J. A. Loth, Uilenstede 172, Amstelveen.
D. B. Mac Lennan, Welterdreef 47, Voorschoten.

inhoud officieel

Van het Hoofdbestuur:
Kort verslag H.B.-vergadering d.d. 7 september 1976 ..... **1398**

Van het Centraal Bestuur L.S.V.:
Richtlijnen bepaling goodwillsom bij praktijkoverdracht **1398**

Van het Centraal Bestuur L.H.V.:
Convocatie ledenvergadering d.d. 26 november 1976 ..... **1401**
Kandidaatstelling bestuur S.P.H. **1402**

Van het Centraal Bestuur L.A.D.:
Voorbeschouwing L.A.D.-ledenvergadering op 13 november 1976 (IV) **1402**
Verkiezing nieuwe leden van het C.B. der L.A.D. **1403**

Uit de afdelingen:
Deventer en Omstreken: Tweede lustrum affiliatie met Groningen **1403**
Voordrachten **1404**

Van de Stichting Nascholing Huisartsen:
Nascholingsmogelijkheden voor de huisarts t/m januari 1977 ..... **1405**

Van de H.R.C.:
Nieuwe inschrijvingen **1407**

Personalia K.N.M.G. **1408**

Nr. 44 – 29 oktober 1976