medisch contact

Nr. 30 – 23 juli 1976

redactioneel

In dit nummer:

- **Feitelijkheden en persoonlijke meningen met betrekking tot sociale voorzieningen:**

  uitgangspunten voor informatie-uitwisseling tussen behandelend arts en verzekeringsgeneeskundige in het kader van de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet;
  de revalidatie-arts W. J. Verkade over het W.A.O.-syndroom in de gezondheidszorg;
  discussiebijdragen naar aanleiding van een eerder in M.C. gepubliceerd pleidooi voor afschaffing van de medische ziektewetcontrole: circulaires van de medisch adviseur van het G.A.K., Dr. H. Doeleman, alsmede een reactie van diens plaatsvervanger, D. de Pater, die betoogt dat de verzekeringsgeneeskundige vooralsnog een duidelijke, moeilijke en verantwoordelijke taak heeft.

- **De Gezondheidsraad gaat er in haar advies inzake de behandeling van drugsverslaafden van uit, dat het druggebruik in Nederland, in het bijzonder wat wekaminen of stimulerende middelen betreft, een min of meer vaste – zij het beperkte – plaats in onze samenleving heeft gevonden.**

- **De heren S. Timmers en Dr. J. W. Stenvers onderscheiden een viertal categorieën van oneigenlijk gebruik van het psychiatrisch ziekenhuis, waaraan veelal blijkt te worden bijgedragen door een minder goede indicatiestelling voor de opneming.**



Uit de boekerij van de K.N.M.G.:

Ketham, Joh. de. Fasciculus medicine. Antwerpen, bi Claes die Grave, 1512. 'Die lati(n)ge d'adere(n)'. Plaat uit het tweede stuk van de verzamelbundel door K. uit 14e en 15e eeuws materiaal samengesteld. Het is het eerste geïllustreerde medische leerboek. 1e Lat. druk: Venetië 1491, laatste (Ital.): Venetië 1688.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven aan de redactie 958
Inzenders: G. P. A. J. Joosten met een naschrift van mevr. C. A. M. Wennen-Van der Mey, Dr. D. E. Mendes de Leon en een anonymus.

A.A.W., B.G. en V.G. 962

Het W.A.O.-syndroom in de gezondheidszorg, door *W. J. Verkade* 963

Afschaffing medische ziektewetcontrole, discussie 964

Verzekeringsgeneeskundige heeft vooralsnog duidelijke, moeilijke en verantwoordelijke taak, door *D. de Pater* 965

Gezondheidsraad brengt advies uit inzake behandeling drugsverslaafden 967

Aantal verkeersslachtoffers verder gedaald 968

Het oneigenlijk gebruik van het psychiatrisch ziekenhuis, door *S. Timmers en Dr. J. W. Stenvers* 969

Uit de Ziekenfondsraad 971

Meer belangstelling voor groeiproblemen 972

OFFICIEEL 973

Inhoudsopgave officieel 988

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.

WESTERSE ZUIGELINGENVOEDING IN DE DERDE WERELD, EEN ZURE ZAAK?

Het artikel in M.C. nr. 25 van 18 juni j.l. van collega Wennen-van der Meij over – of liever naar aanleiding van het door de firma Nestlé aangespannen proces – munt uit door een zeer zorgvuldige stellingname. De uitslag van het vonnis staat in geen verhouding tot het belang van de publiciteit die er omheen is ontstaan.
Het is ook zeer juist opgemerkt dat artsen die in de betreffende landen hebben gewerkt niet allen zo heel erg anti-Nestlé staan opgesteld. Gedurende mijn bijna 7-jarige verblijf in Oost-Afrika, waar ik zeer direct betrokken ben geweest bij de problemen van de zuigelingenvoeding op het platteland, ben ik nooit zo getroffen door de agressieve verkooptechnieken van deze firma. Integendeel, het is mij vaak opgevallen hoeveel moeite de demonstratrices zich getroosten om het belang van borstvoeding te onderstrepen. Dit zal echter zeker niet in alle landen hetzelfde geweest zijn. Ik ben vaker geschokt geweest door de houding van sommig medisch personeel – artsen zowel als verpleegsters, lokaal zowel als import – dat het durfde te bestaan zuigelingen zonder de moeders op te nemen met als argument dat het verpleegtechnisch zoveel gemakkelijker was!
Wat echter onomstotelijk vast staat is het feit dat de lokale bevolking het geven van flesvoeding als een statussymbool gaat beschouwen. Hoe de verschillende producenten van babyvoedingen hun propaganda ook zullen wijzigen, er is een nauwelijks te stuiten ontwikkeling in gang gezet. Het zou zeer onrealistisch zijn hier geen rekening mee te houden.
Het is wellicht leerzaam een parallel te trekken met de ontwikkelingen die zich op dit gebied in het Westen hebben voorgedaan. De opmars van de flesvoeding is parallel gelopen met een ongelooflijke daling in de zuigelingensterfte; het zou echter zeer onjuist zijn hiertussen onmiddellijk een oorzakelijk verband te leggen. Het is heel aannemelijk dat heel andere factoren hierbij de belangrijkste rol hebben gespeeld.
Dat men ook in Europa de gewone flesvoeding niet steeds als de beste babyvoeding beschouwde in de eerste helft van deze eeuw blijkt wel uit de opmars die de karnemelk en andere zure flesvoedingen hebben gemaakt. Dit speelde vooral een rol in de tijd toen men niet in alle lagen van de bevolking kon beschikken over ijskasten en men al heel blij mocht zijn met een 'koele kelder'. Het aantal doden ten gevolge van bedorven, besmette en verontreinigde flesvoedingen zal ook in Europa niet onaanzienlijk zijn geweest. Gelukkig hadden toen actiegroepen het drukker met de sociale revolutie dan met het pleiten voor borstvoeding.
In verband met de problemen van de derde wereld getuigt het zeker van grote bewogenheid actie te voeren tegen multinationals en andere gevaarlijke produkten van onze westerse cultuur, maar het getuigt helaas vaak niet van veel realiteitszin. Naar mijn gevoel mag Nestlé het proces winnen en doorgaan met het uitdelen van beurzen etc. als ze haar babyvoeding voor de derde wereld maar 'zuur' maakt en zich houdt aan de nieuwe advertentiecode. Maar het eerste lijkt mij belangrijker dan het tweede. Dank zij de 'Arbeitsgruppe Dritte Welt' hebben we dan een goede les geleerd.

Bergschenhoek, juni 1967

G. P. A. Joosten, arts

Naschrift:

'EEN ZURE ZAAK' VOOR NESTLÉ

Het commentaar van collega Joosten op mijn artikel 'Westerse zuigelingenvoeding in de derde wereld' biedt een welkome gelegenheid om in een wederwoord enkele indrukken van de slotzitting van het proces van de firma Nestlé tegen de 'Arbeitsgruppe Dritte Welt' weer te geven.
Een zure zaak? Voor mij, pas teruggekeerd uit Bern, een zeer geestige titel! Vooral omdat deze kop treffend vooruit scheen te lopen op het inmiddels bekend geworden vonnis, waarin Nestlé de *morele* verliezer is geworden. Inderdaad is de 'Arbeitsgruppe Dritte Welt' veroordeeld geworden wegens smaad. De beschuldiging – de gewraakte titel van hun brochure 'Nestlé tötet Babies' was niet voldoende hard te maken en juridisch gesproken was dit een uitgemaakte zaak. Met de betrekkelijk lage geldboete van 300 francs (de advocaat van Nestlé had een gevangenisstraf van 6 maanden gesuggereerd), hebben zij echter als het ware gaarne de enorme publiciteit willen kopen die er aan dit proces is gegeven. De firma Nestlé evenwel kreeg van de rechter een vermaning te horen om haar verkooppraktijken in de landen van de derde wereld principieel te wijzigen. Beide partijen moeten een deel van de proceskosten betalen.
De zure melkvoeding die collega Joosten als alternatief wil propageren heeft inderdaad grote voordelen. Zo is het bekend dat zure melk lang niet zo een goede voedingsbodem is voor bacteriën als de niet zure melk. Reeds voor de oorlog hebben De Haas en

Doorlezen op blz. 960.

MEDISCH ADVISEURS BIJ ZIEKENFONDSEN

De Vereniging van Adviserend Geneeskundigen bij Ziekenfondsen (V.A.G.Z.) heeft een rapport uitgebracht inzake taak, plaats en samenstelling van medische diensten bij de uitvoering van de toekomstige Algemene wet gezondheidszorgverzekering. Het gaat in dit rapport over de adviserende taak bij beleidsvorming in regionale besturen inzake een efficiënt functionerende gezondheidszorg en over de taak die samenhangt met het bewaken van de consumptie in de gezondheidszorg. Sinds geruime tijd groeit er een andere opvatting over de taak van de adviserend – vroeger uitsluitend betiteld met controlerend – geneeskundige. Van een micro-controle, die zich bijna uitsluitend bezig hield met individuele gevallen is het werkterrein steeds meer verschoven naar de macro-controle. Onder macro-controle verstaat men een repressieve controle, waarbij met behulp van statistische gegevens inzicht wordt verkregen in de wijze waarop medewerkers en instellingen hun werk verrichten.

Dank zij de gegevensverzameling door het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen (L.I.S.Z.) wordt deze macro-controle steeds effectiever. Beide: micro- en macro-controle, zijn nodig en vullen elkaar aan. De adviserend geneeskundige (a.g.) moet er op toezien dat de individuele verzekerde zo goed mogelijk wordt geholpen en krijgt waar hij volgens de Ziekenfondswet en Algemene wet bijzondere ziektekosten recht op heeft. Ook medewerkers en instellingen dienen het volle pond te krijgen.

De adviserend geneeskundige zal met vele personen, instanties en instellingen goede contacten moeten onderhouden. Het betekent in feite dat de a.g. het gehele terrein van de gezondheidszorg moet kunnen overzien en de ontwikkelingen bijhouden. Naast deze werkzaamheden – en voor een belangrijk deel daardoor – zal de a.g. de bij uitstek geschikte figuur zijn om directie en bestuur van een ziekenfonds met beleidsadviezen te steunen.

Zowel in de Structuurnota als in de Algemene wet gezondheidszorgverzekering is sprake van een verdeling van het land in regio's. Iedere regio krijgt een regionaal bestuur en als uitvoerend orgaan een regionaal verzekeringskantoor. Het rapport van de V.A.G.Z. pleit voor regionale sociaal-medische diensten (R.S.M.D.) die zelfstandig moeten functioneren en de regionale besturen gevraagd en ongevraagd zullen adviseren.

Is het . . . juist dat een controle-apparaat tevens beleidsbepalend optreedt?

De voornaamste adviezen betreffen het vaststellen van de behoefte aan voorzieningen, het afschaffen van overbodige voorzieningen en het scheppen van nieuwe hulpverleningsvormen, het bevorderen van een juiste aanwending en afstemming op elkaar (vestigingsbeleid) van de voorzieningen en het juist functioneren van deze voorzieningen, het verlenen van erkenningen en verder alle werkzaamheden die de a.g. momenteel pleegt te doen. 'Om nu te voorkomen' zegt het rapport 'dat de R.S.M.D. een staat in de staat zou worden is het noodzakelijk dat het hoofd van deze R.S.M.D. (de coördinerend adviserend geneeskundige) samen met de hoofden van dienst van de advies- en controlediensten van het regionaal verzekeringskantoor wordt opgenomen in een regionaal overlegorgaan op directieniveau, ter beleidsadvisering en beleidsvoorbereiding van het regionale bestuur'.

Het is een goede zaak dat vanuit de professie in een zo vroeg mogelijk stadium wordt nagedacht over een eigen inbreng bij een toekomstige organisatie van de gezondheidszorg. Het rapport behandelt een belangrijke zaak die direct te maken heeft met de beheersing van de gezondheidszorg. Men kan zich afvragen of deze beheersing vooral van de kant van de adviserend geneeskundigen moet komen. Daar zijn enkele bezwaren tegen aan te voeren. De opleiding tot deze functie is onvoldoende. De opstellers van het rapport wijzen daar ook zelf op, maar dat is hopelijk een tijdelijke kwestie.

Van meer belang lijkt ons de vraag of deze regionale medische diensten uitsluitend uit de hoek van de ziekenfondsen moeten komen, dat betekent uit de curatieve sfeer. Hoe komen in deze constructie de preventie en de maatschappelijke gezondheidszorg aan hun trekken? Is in dit verband de benaming sociaal-medische dienst niet misleidend? Verschillende kruisorganisaties werken ook met sociaal-medische diensten. Een belangrijke taak van de R.S.M.D. is controle en kostenbewaking. Is het echter wel juist dat een controle-apparaat tevens beleidsbepalend optreedt? Het laatste woord in deze zaak is met dit rapport niet gezegd. Wel wil gezegd zijn dat dit initiatief van de Vereniging van Adviserend Geneeskundigen bij Ziekenfondsen navolging verdient.

B.

zijn vrouw melding gemaakt van hun goede resultaten hiermee in Indonesië. Toch zal dit m.i. een te duur product blijven voorlopig voor de meeste landen van de derde wereld.

Demonstratrices

Reeds de eerste dag nam het proces een sensationele wending door de aankondiging van Nestlé drie van de vier aanklachten tegen de groep in te trekken. Deze drie hadden betrekking op de verkoopmethoden van het bedrijf, waaronder de zaak van de demonstratrices oftewel 'milk nurses' (Bleef alleen over het punt 'Nestlé tötet Babies'). Weinig anders valt hier te concluderen dan dat dit een zeer moeilijk te verdedigen chapiter zou worden voor het concern. Uit tactische overwegingen leek het Nestlé beter terug te krabbelen dan gezichtsverlies te lijden.

Natuurlijk zullen deze meisjes 'zich alle moeite getroosten om het belang van de borstvoeding te onderstrepen.' Zij worden echter een gevaar omdat zij hieraan verbinden hun adviezen 'voor het geval dat . . . . etc.', kortom door twijfel te zaaien aan het traditionele voedingspatroon. Dat Nestlé zelfs officiële werkers in de gezondheidszorg hier en daar voor haar karretje weet te spannen, wordt wel zeer fraai geïllustreerd door de mededeling van een pas uit Tanzania teruggekeerde collega die mij vertelde, hoe in zijn standplaats, Kimoga, de 'health inspector' op de markt een kraampje had met de Lactogen van Nestlé.

Het is volkomen juist dat de activiteiten van Nestlé verschillen van land tot land. Oost-Afrika waar collega Joosten heeft gewerkt is echter zeer groot; de beide getuigen voor de 'Arbeitsgruppe Dritte Welt', Prof. Jelliffe en Dr. Ebrahim, die beide vele jaren ook in Oost-Afrika werkzaam zijn geweest, hadden geen goed woord over voor deze meisjes, behalve dan dat ze buitengewoon aantrekkelijk waren! In zijn getuigenverklaring toonde Dr. Ebrahim aan de rechter als 'the most horrible practice' het cadeaupakket dat door hen in 1975 in een kraamkliniek in Tanzania werd uitgereikt aan de moeders die pas waren bevallen: een zuigfles, een blik met Nestlé's Lactogen en een moederboek. Hij legde uit dat dit voldoende kon zijn om, door het verstoren van de 'let-down reflex' in de beginfase van het op gang komen van de zogproductie, de verdere lactatie definitief te doen mislukken.

Jammer overigens was dat deze getuige een naar mijn smaak eenzijdige visie gaf op de oorzaak van de teruggang der borstvoeding. Op een desbetreffende vraag noemde hij alleen de reclame in de massamedia en de verkooppraktijken van de melkfirma's, zonder in zijn beschouwingen op te nemen, sociale veranderingen, urbanisatie etc. Helaas bezorgde hem dit het predicaat niet altijd even objectief te zijn (Frankfurter Allgemeiner).

'Hoop op overwinning voor Nestlé onder bepaalde voorwaarden'

Het gehele beloop van deze twee dagen durende slotzitting heeft de smet op de reputatie van het bedrijf niet kunnen wegwassen. Er waren zelfs momenten dat men zich wel af moest vragen waarop in feite het grote vertrouwen is gebaseerd dat het concern geniet in de medische wereld: wetenschappelijk gezien was het voor Nestlé soms een complete afgang. Enkele punten kunnen dit misschien het beste illustreren:

– Nestlé had geen wetenschappelijke getuigen: de enige medicus, Prof. Lesi uit Nigeria (aangekondigd in mijn artikel), liet het op het allerlaatste moment afweten. Wilde hij liever zijn vingers niet branden? De missionaris uit Upper Volta, niet beschikkend over ook maar enige medische opleiding, nam zijn plaats in. Hij kon slechts benadrukken hoe goed de weeskinderen, die anders gestorven zouden zijn, het deden op de voeding van Nestlé. Verder, zo zei hij, was er in dat land niets te merken van de Nestléreclame (dit land is zo arm dat er nauwelijks een markt is voor dit bedrijf, evenmin als in Oeganda, waar de tweede getuige voor Nestlé werkzaam is; daar is het politieke klimaat ongunstig).

– Argumenten van Nestlé voor de medische noodzaak van aanvulling op de borstvoeding bleken uit de lucht gegrepen: in de Nestlépublikaties wordt er steeds op gewezen dat moeders in de derde wereld-landen in een zo slechte voedingstoestand verkeren dat zij hun kind niet langer dan drie weken volledig met hun eigen melk kunnen voeden. Dit werd door de tweede (eigen) getuige van de firma Nestlé, Zr. Sylvia Probst, tegengesproken. Deze vraag, ook voorgelegd aan de getuige van de tegenpartij, Dr. Ebrahim, ontlokte hem de opmerking dat indien deze stelling juist zou zijn het menselijk ras in dat deel der wereld al lang uitgestorven was (Nestlé is immers nog niet zo lang op de markt).

Een ander stokpaardje van Nestlé was, dat juist in de periode dat Nestlé meer en meer op de markt kwam, de kindersterfte in de derde wereld zo enorm is gedaald. Het spitse commentaar – overigens een lesje in de meest elementaire grondbeginselen van de epidemiologie – dat in het westen de mortaliteit ook zo enorm is gedaald sinds de opmars van de sigaret, maar dat men moet kijken naar de mortaliteit van de groep rokers en zo ook van de fleskinderen als groep, deed een soort hoongelach oprijzen van de publieke tribune.

Wat moet men tenslotte denken als het idee om in die landen melkpoeder voor babies alleen op recept te verstrekken, door Nestlé wordt vergeleken met de 'absurde gedachte. om dan ook maar wijn alleen in een apotheek te laten verkopen, wegens de mogelijke kwalijke gevolgen'?

Kortom, wetenschappelijke bewijzen voor de medische noodzaak van intensieve reclame voor melkproducten konden niet worden geleverd (dat het noodzakelijk is voor weeskinderen en andere uitzonderingscategorieën, weet iedereen). Helaas – voor de goede naam van Nestlé – nam toen de advocaat van het concern zijn toevlucht tot persoonlijke aantijgingen van de groep en werden betitelingen als antikapitalisten, multinationalbestrijders, en zelfs 'dumme, masochistische Jüngern' daarbij niet geschuwd. Dit moest Nestlé 'bezuren' met een verwijzing naar de wetenschappelijke publikaties die de groep op haar naam heeft staan, en met de opmerking van de rechter, dat 'niet iedereen die links is, ook daarom per se slecht moet zijn'.

Mag ik dit wederwoord besluiten met geheel te beamen dat het actie voeren tegen multinationals – zoals collega Joosten het noemt – inderdaad een moeilijke, bijna onbegonnen taak is. Het beloop en het einde van dit proces hebben evenwel aangetoond dat men zich niet bij voorbaat al volstrekt machteloos hoeft te voelen.

Den Haag, juli 1976

C. A. M. Wennen-van der Meij

'ADHAESIEBETUIGING' ABORTUSWETGEVING

Hoewel ik een principiële tegenstander van abortus provocatus ben, wil ik toch gaarne adhaesie betuigen aan de oproep van een aantal 'Medici en medische studenten' in M.C. nr. 26 van 25 juni jl. Jarenlang hebben de tegenstanders van abortus provocatus zich uitgeput in vruchteloze protesten, petities en treurmarsen. Dankzij de 'veranderde interpretatie van de bestaande wet' werden en worden er jaarlijks 150.000 (? *red. M.C.)* ongeboren kinderen in Nederlandse abortoirs gedood. Het enige wat ons nog uitkomst kan bieden is de dwaasheid van de anderen, dat wil zeggen de verlichte anti-anti-abortuspropagandisten (want natuurlijk is niemand pro-abortus!).

De opperste dwaasheid op dit gebied trof ik aan in de oproep van 39 geleerde, zeergeleerde en hooggeleerde collegae en daarom ondersteun ik deze van harte. Wel tien keer heb ik die ene alinea gelezen zonder er iets van te begrijpen: de in onze maatschappij gegroeide abortus-praktijk is mogelijk door een veranderde interpretatie van de wet; niettemin is de wet verouderd en moet de wetgeving worden aangepast aan de gegroeide maatschappelijke verhoudingen; opdat de justitie niet langer kan ingrijpen zonder inschakeling van de Inspectie voor de volksgezondheid en medici voor hun (mis)handelingen – niet iedere door een medicus verrichte handeling is per se een medische handeling! – niet langer rechtstreeks door de justitie ter verantwoording kunnen worden geroepen.

Ik dacht dat juist de progressieven onder ons (en daaronder rekenen zich de 39 geleerde, zeergeleerde en hooggeleerde collegae toch zeker wel?) ernaar streefden de medici niet langer als een aparte kaste, met eigen wetten en mores, te beschouwen. Waarom dan een uitzondering gemaakt voor de abortus provocatus? En straks (?) ook voor de euthanasie? Juist nu vele medici zich – helaas – op zeer glad ijs begeven en – veelal naar eigen goeddunken – menselijk leven 'termineren'

in plaats van behouden, lijkt het meer dan ooit geboden dat de rechterlijke macht rechtstreeks toezicht kan uitoefenen en dat er ergens een duidelijke, opjectieve grens wordt getrokken tussen medische handelingen en handelingen, verricht door medici.
Tenslotte moet mij nog van het hart, dat ik op de lijst van 39 namen geen enkele medische student heb aangetroffen, hoewel zij in de eerste zin van de oproep uitdrukkelijk als ondertekenaars worden genoemd. Werden de studenten onbewust monddood gemaakt (ook dit past toch niet voor progressieve wetenschapbeoefenaars), gewoon vergeten of weigerden zij op het laatste moment 'en bloc' hun naam onder dit pamflet te zetten? Of is hier een regressieve identificatie van de werkelijke ondertekenaars met de studenten te bespeuren?
Nog één stapje verder terug, waarde collegae, dan kun u zich identificeren met de bedreigde embryo's, door sommigen uwer met het ook grammaticaal foutief gevormde woord 'zwangerschapsproducten' aangeduid. Misschien zoudt u dan wat minder enthousiast zijn over allerlei maatschappelijke ontwikkelingen en voorgenomen wetsveranderingen.

Maastricht, 30 juni 1976

Dr. D. E. Mendes de Leon

KINDERMISHANDELING EN ABORTUS PROVOCATUS

Op de brief in Medisch Contact nr. 27 1976, blz. 862 over kindermishandeling en abortus provocatus van Dr. J. E. Schulte wil ik reageren en allereerst uitspreken dat het loofwaardig is dat artsen en zeker de heer Schulte filosofisch en redelijk denken voorstaan. Filosofisch denken heeft echter consequenties, namelijk dat men de problemen tot de kleinste details behoort te bekijken, beargumenteren en systematiseren om de zaak zo objectief mogelijk te krijgen en er dan pas een eigen mening over te geven. Vanuit dit standpunt is het zeer vreemd dat de heer Schulte de beide bovengenoemde onderwerpen die zeer veel facetten hebben zomaar even in elkaar schuift; dit is beslist geen filosofisch denken, maar lukraak wat rommel maken.

Op zeer persoonlijke wijze, los van filosofische systematiek, wil ik meepraten over kindermishandeling en abortus provocatus daar beide aangelegenheden mij als geheel hebben getroffen. Mijn moeder verwachtte 24 jaar oud in 1937 ongehuwd een kind van een oppervlakkige vriend. Ze zocht naar een mogelijkheid om de vrucht weg te laten halen wat een onmogelijke zaak bleek en met derderangs kwakzalvers wilde zij zich niet inlaten. Gevolg was dat zij negen maanden lang de schande van de familie was, daar het heel vies, onfatsoenlijk en slecht was seksueel contact te hebben voor het huwelijk en zeker met zomaar een vriend. Negen maanden lang heeft ze rondgelopen met kapotmakend verdriet, angst, schuldgevoel en suicideplannen waarvan zij er een paar heeft uitgevoerd maar die mislukt zijn. Na zeven maanden zwanger te zijn trouwde zij met haar vriend die haar dat had aangedaan en beviel tot slot en bracht een lichamelijk gezond en sterk kind op de wereld. Seksuele voorlichting en voorbehoedsmiddelen waren in die tijd stiekeme luxe en voor 'vieze' mensen onbereikbaar, daar hen de moed ontbrak hun schande te bepraten.
Gehuwd nu werd ze in 1939 weer zwanger; ik was in de maak. Ook mij heeft ze niet willen hebben. Kinderen krijgen was voor haar een afschuwelijk traumatische ervaring wat haar sociale leven verstoorde, haar het besef gaf hoe slecht ze was. En bovendien weer zo'n product te moeten aanvaarden van de man die de schuld van alles was. Zo voelde zij het, hetgeen er toe leidde dat ze ook van haar tweede zwangerschap de vrucht heeft willen laten weghalen. Echter zonder resultaat. Weer die zelfmoordneigingen en angsten en nu ook grote nalatigheid ten opzichte van het eerste kind. Ik kwam op de wereld en was lichamelijk gezond en sterk.
Maar wie is hier nou twee keer negen maanden en voor de rest van haar leven mishandeld? Niet die kiemende vrucht, maar die volwassen vrouw die die vrucht droeg. Zij wist zich geen raad. En wier leven is verknoeid? Niet dat van de vrucht, maar weer van die vrouw. En wiens leven is bij voorbaat al verknoeid? Dat van die kiemende vruchten. Want als we dan toch zo nodig filosofisch moeten zijn, de antieke filosofen hebben een scheiding aangebracht in de mens in lichaam en geest. We kunnen het niet wezenlijk scheiden, maar als we het over embryonaal leven hebben, is dat slechts lichamelijk leven, daar de psyche nog moet worden gevormd; genetisch zijn er slechts karaktereigenschappen aanwezig. Menselijk leven begint pas bij de geboorte – en als het kind ongewenst is – zelfs onmenselijk leven.
Was mijn moeder blij met ons? Neen. Heeft ze ons warm, hartelijk en spontaan kunnen grootbrengen? Neen. Vanaf het tijdstip dat we op de wereld waren zijn we mishandeld, niet met lijfelijk geweld, maar psychisch. Ze heeft ons willen vernietigen om zich van die schande te ontdoen. Ze liet ons aan ons lot over, we zochten het maar uit als we zo nodig moesten leven. Al de schuldgevoelens, angsten en verlatenheidsgevoelens waarmee wij zijn overladen en de grote haat tussen onze beide ouders heeft ons kapot gemaakt. Opgroeien in zo'n sfeer is verminkend. Abortus zou een geschenk zijn geweest voor mijn ouders en nog veel meer voor ons. Abortus is geen mishandeling, maar behandeling van een bedreiging. Het is geen inbreuk op het recht op leven. Trouwens wie heeft het recht, recht op leven te propageren als hij daar niet garant voor hoeft te staan. Wie ving mijn moeder op? Wie ons?
Verder kritiseert Schulte de mening van Drogendijk die 'de wens van de zwangere voldoende vindt', waarmee hij – weer volgens Schulte – zijn oordeel uit handen geeft. Oordelen is een begrip uit de christelijke moraalfilosofie. De medicus diagnostiseert, beslist en grijpt in, maar oordeelt niet; dat doet de rechter.
Het grote probleem bij abortus provocatus is de medische ethiek, omdat de medicus de abortus uit moet voeren. Daarom is er dringend behoefte aan een sociale ethiek op grond waarvan ook over medische ingrepen kan worden beslist. Zoals bijvoorbeeld met betrekking tot de plastische of cosmetische chirurgie die los staat van de medische ethiek en sociaal gericht is. Want hoeveel vrouwen laten hun borsten op eigen verzoek niet vergroten of verkleinen, onderkinnen weghalen etc. Ook in de psychiatrie kent men al een sociaal psychiater en die zal ethisch heel anders denken dan een klinisch psychiater.

Utrecht, juli 1976

Naam en adres bekend bij de redaktie.

Varia

Universiteit en milieubeleid – Op 24 september 1976 organiseert de interfacultaire vakgroep Milieukunde van de Universiteit van Amsterdam in Artis ter gelegenheid van haar eerste lustrum een studiedag over 'Universiteit en milieubeleid'. Sprekers zijn: Prof. A. P. A. Vink, Drs. W. J. Veening, Dr. J. Terlouw, Ir. J. IJff, Dr. P. Knipschildt en Drs. D. IJtsma. Men kan zich voor deze milieustudiedag opgeven door *f* 3,50 over te maken op giro 13500 van de Gemeentegiro van Amsterdam, nr. I 1131, Interfacultaire Vakgroep Milieukunde, Pl. Muidergracht 14. Inlichtingen op hetzelfde adres, tel. 020-5223206.

Trainingen in gespreksvoering – Het Nederlands Huisartsen Instituut zal in de week van 27 september t/m 1 oktober 1976 weer een begintraining in gespreksvoering voor huisartsen organiseren. (Dit in **tegenstelling** tot de eerder gepubliceerde datum: 18 oktober t/m 22 oktober!). In deze training staat o.a. centraal de bevordering van de communicatie tussen arts en patiënt. De training wordt gehouden in kasteel 'Slangenburg' te Doetinchem en duurt van maandagochtend t/m vrijdagmiddag (intern). Totale kosten *f* 750,—. Gezien de beperkte inschrijving (het maximum aantal deelnemers is 12) verzoeken wij u voor eventuele deelname zo snel mogelijk te reageren (uiterlijk tot 20

augustus a.s.). Opgave voor deelname en verdere informatie: Nederlands Huisartsen Instituut, telefoon: 030-31 99 46 bij mevrouw A. van der Gouw.

Over doktersassistenten – Het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Dokters-Assistenten (N.V.D.A.) heeft de leden van de vereniging geënquêteerd; 474 van de 825 formulieren die waren verzonden kwamen terug. Enige uitkomsten: N.V.D.A.-leden zijn voor bijna 30% getrouwd. Een (niet altijd erkend) diploma bezit 83, 9%. De opleiding verstrekten: L.O.I. (40,6%); N.P.A. (25,8%); N.O.I.D. (11,1%); A.S.O.P. (4,6%), Cloese (2,3%), anderen: 12,2%. Zonder speciale vooropleiding is 3,5% van de doktersassistenten. Van de N.V.D.A.-leden werkt 41,8% bij een huisarts; in een groepspraktijk 5,5%, bij een specialist 14,8%, in een ziekenhuis 24,2%, elders 1%. Loon conform de richtlijnen wordt aan 57,9% betaald. Van de anderen krijgt de helft meer, de helft minder. Blijkens het onderzoek wordt het streven naar een c.a.o. door 100% minus 1,6% van de N.V.D.A.-leden gesteund. Gelezen in: N.V.D.A.-Nieuws, redactie Mej. Y. Duivenman, Bentinckstraat 115, Den Haag.

Beroepsinhoud verpleegkundige – Kortgeleden verscheen een rapport over de verpleegkundige en het medisch-technisch handelen een weergave van gedachten zoals die leven onder verpleegkundigen die het ziekenhuisleven van meemaken kennen. Welke meningen heersen er in die groep over verrichtingen op de grens van verpleegkunde en geneeskunde? Om daarop een antwoord te krijgen werd een enquête gehouden naar de medisch-technische verrichtingen die door verpleegkundigen worden uitgevoerd en naar de in de praktijk bestaande afspraken tussen arts, verpleegkundige en ziekenhuis over deze verrichtingen. Vragenstellers waren de leden van de Commissie Beroepsinhoud Verpleegkundigen van de Katholieke Unie van Verpleegkundigen en Verzorgenden (K.U.V.V.), de Landelijke Beroepsorganisatie van Werkers in de Gezondheidszorg (L.B.W.G.) en de Nederlands Christelijke Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden (N.C.V.V.V.), die bij hun enquêtering werden geholpen door de Nationale Ziekenhuisraad. Na bestudering van de onderzoekuitslag besloot de commissie, in de praktijk werkzame verpleegkundigen naar hun oordeel over verrichtingen 'in de marge' te vragen. Daartoe werden negen werkgroepen in den lande geformeerd. De daar geuite meningen, suggesties, opmerkingen en aanvullingen komen ook voor in het rapport 'De verpleegkundige en het medisch-technisch handelen' dat is uitgegeven door de Tijdstroom en voor *f* 6,50 in de boekhandel is te krijgen.

Bezoek uit Vietnam – Onlangs arriveerden in ons land negen artsen uit het zuiden van Vietnam om hier een post-universitaire opleiding te volgen. Hun overkomst vindt plaats in het kader van een interuniversitair project, dat de steun kreeg van het ministerie voor Ontwikkelingssamenwerking en van de N.U.F.F.I.C. (Nederlandse Universitaire Stichting voor Internationale Samenwerking). Vijf artsen krijgen nascholing op afdelingen Gynaecologie/Verloskunde van de universiteiten te Leiden, Amsterdam en Groningen, één arts is ontvangen op de afdeling Kindergeneeskunde van de V.U. en de overige drie hebben gastvrijheid gekregen op de afdeling Maag-darmziekten en Medische Parasitologie van de Katholieke Universiteit in Nijmegen.

A.A.W., B.G. en V.G.

Uitgangspunten voor de informatie-uitwisseling tussen behandelend arts en verzekeringsgeneeskundige in het kader van de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet.

In Medisch Contact nr. 13/1976, blz. 406 zijn in verband met de invoering van de A.A.W. vanwege het hoofdbestuur de resultaten gepubliceerd van het overleg tussen de betrokken uitvoeringsorganen en de K.N.M.G. over de wijze waarop de samenwerking tussen verzekeringsgeneeskundige en behandelend arts in het kader van de uitvoering van de A.A.W. voorshands het beste gestalte zou kunnen krijgen.

Op veler verzoek volgen hieronder nog eens de grondslagen waarop de informatie-uitwisseling behoort te berusten. Het is het hoofdbestuur bekend dat in de relatief korte voorbereidingsperiode niet alle bedrijfsverenigingen er volledig in geslaagd zijn aan de genoemde voorwaarden te voldoen.

1. Op principiële en praktische gronden wordt een ***automatisme,*** waarbij naar aanleiding van ***iedere*** aanvraag met behulp van een standaardformulier inlichtingen bij de behandelende artsen worden ingewonnen, ***afgewezen.***

2. De door de patiënt ondertekende machtiging geeft de behandelende arts ***niet zonder meer*** het recht alle hem bekende gegevens te verschaffen. Indien er redenen zijn om aan te nemen dat de patiënt zich de mogelijke consequenties van zijn accoordverklaring niet heeft gerealiseerd, is ***overleg*** met de patiënt vereist, voordat op het verzoek om informatie positief wordt gereageerd.
Machtiging en 'eigen verklaring' van de patiënt moeten in principe afzonderlijk worden ondertekend.

3. Van de behandelend arts mag worden verwacht dat hij bij de diagnostiek en therapie rekening houdt met het werk en de werkomstandigheden van de patiënt. Adviezen ten aanzien van werkstaking en -hervatting vormen een wezenlijk onderdeel van de behandeling en begeleiding.

4. Door de medische adviseurs van de bedrijfsverenigingen en de G.M.D. behoeven/behoren ***alleen dan*** aan artsen van de curatieve sector vragen te worden gesteld indien:
a. de door de aanvrager op de 'eigen verklaring' vermelde gegevens daartoe aanleiding geven;
b. de benodigde informatie niet op andere wijze kan worden verkregen;
c. de patiënt zich accoord verklaard heeft met het verstrekken van gegevens door de behandelende arts.

5. ***Alleen*** bij door de medische adviseurs ***geselecteerde*** gevallen kunnen inlichtingen bij de behandelend arts worden ingewonnen door middel van het stellen van ***concrete, gerichte*** en ***relevante*** vragen.

6. Indien de door de aanvrager verstrekte gegevens vragen open laten die ***niet*** op andere wijze kunnen worden beantwoord, kan de medisch adviseur van de bedrijfsvereniging of de G.M.D. ***op basis van*** de 'eigen verklaring' van de patiënt inlichtingen vragen aan de behandelende arts. Een noodzakelijke voorwaarde is dat bij dit verzoek een copie van de 'eigen verklaring' ***inclusief*** de machtiging worden ***toegevoegd.***

7. In ***alle*** gevallen waarin de medisch adviseur van het uitvoeringsorgaan meent op grond van de verstrekte gegevens niet zelf een ***verantwoorde*** beslissing te kunnen nemen, zal de patiënt door de verzekeringsgeneeskundige van de bedrijfsvereniging of de G.M.D. persoonlijk worden beoordeeld.

8. Het is ***niet*** de bedoeling dat de door de behandelende sector verstrekte inlichtingen worden gebruikt om de aanvrager te controleren. Bij twijfel zal van verzekeringsgeneeskundige zijde van de uitvoeringsorganen een ***eigen*** onderzoek moeten worden ingesteld, alvorens advies aan de bedrijfsvereniging uit te brengen.

9. Voor een goede uitvoering van het bovenstaande is een zo groot mogelijke uniformiteit van de te gebruiken formulieren en de praktische toepassing ervan een dringend gewenste noodzaak.

Het WAO-syndroom in de gezondheidszorg

door *W. J. Verkade,* revalidatie-arts

In eenvoudiger tijden dan wij nu beleven kon de mens ook eenvoudiger ziek of gehandicapt zijn. Hij leed lichamelijk of psychisch. De gezondheidszorg volgde deze eenvoud en behandelde soma of psyche in daarvoor gescheiden en specifiek bemande en geoutilleerde inrichtingen.
Naarmate de westerse mens werd meegevoerd in de stroomversnelling der materieel-sociale ontwikkelingen reageerde hij meer en meer psycho-somatisch. De gezondheidszorger onderkende dit – wat laat en wat vaag – als een eenheid van ziek-zijn, doch bleef in gebreke: integratie van de twee genoemde inrichtingen of liever richtingen in de behandelingsmethodieken vond niet of nauwelijks plaats. Wel ging de medisch-technische ontwikkeling mee in de stroomversnelling; het aanbod van somatisch-diagnostische mogelijkheden nam en neemt eenparig versneld toe, en de patiënt aanvaardt dit aanbod steeds gretiger. Hornstra zei immers: 'als je ergens een loket opent staan er onmiddellijk mensen voor.'
Als we niet kunnen integreren gaan we iets toevoegen: begeleiding, dat wil zeggen specialisatie in psycho-sociale richting, diensten, organisaties, bureaucratie en bureaucratisme. De integratie is steeds verder te zoeken, dus voegen we nog een organisatie toe: de overkoepelende. Wie daar de weg nog in weet mag het zeggen, zeker niet de patiënt.
Vervolgens wordt de rekening gepresenteerd in de vorm van economische teruggang gekoppeld aan sociale onzekerheid. Wat is dan begrijpelijker dan een beroep op de sociale zekerheid? Toch wordt dan gesproken van misbruik van sociale voorzieningen. Wij zijn nu toe aan de socio-psycho-somatiek. We hollen verder met onze medische techniek, behandelen de patiënt, begeleiden hem, en als het dan niet lukt heeft de patiënt het gedaan: hij houdt zich ziek, hij aggraveert, hij is een rentetrekker, hij hoort niet in de ZW of de WAO, desnoods wel in de WW, hij maakt misbruik, desnoods WAO tot de AOW. En o wee, met deze kretologie vegen wij onze machteloosheid van tafel. De sociale uitkeringen rijzen de pan uit, zeggen we dan; schaf daarom de kinderbijslag af en gebruik vooral ook dat dure valium niet meer.
Een jongeman van 21 jaar ziet kans, een jaar lang objectief niet te verklaren schouderklachten uit te zitten in de ziektewet, en komt dan via een 'deskundige' in de WAO terecht. We kunnen niet bewijzen dat hij niets mankeert, hoewel hij zelf toegeeft er niets voor te voelen zich weer bij zijn baas te melden: 'dan word ik ontslagen, en je bent beter af in de WAO dan in de WW.'

Overleg met de bedrijfsvereniging leverde mij het volgende advies op: schrijf een brief waarin je alles uiteenzet, dan geven wij het door aan de GMD, en dan kan hij begeleid worden en eventueel omgeschoold (om werkloos te worden in een ander beroep). Ik heb die brief maar niet geschreven. Zijn vader vond het te gek, ging naar de BV, ving bot, en zoonlief geniet nu WAO-uitkering. 't Is maar wat je genieten noemt.
Ik wil u niet vermoeien met nog vele andere voorbeelden. Dit ene is voldoende als kapstok om het volgende aan op te hangen:

Deze jongeman lijdt aan wat ik noem het WAO-syndroom. Dit syndroom komt voor bij o.a.:
– oudere werknemers die vele jaren hard hebben gewerkt en nu dreigen te worden uitgerangeerd en eventueel vervangen door jongere goedkopere krachten; ontslag zou betekenen WW – WWV – ABW;
– gehuwde vrouwen die part-time werken om zich een kleuren-tv of andere technische voortbrengselen te kunnen veroorloven, dit niet kunnen volhouden, maar ook niet terug kunnen naar een lagere levensstandaard;
– mensen die door een duidelijke tijdelijke arbeidsongeschiktheid het werken ontwend zijn tot een point of no return;
– zwaar lichamelijk belasten die 10 à 15 jaar vóór de pensioen-óf AOW-gerechtigde leeftijd hun werk niet meer kunnen volhouden en bang zijn weer arbeidsgeschikt te worden verklaard, bijvoorbeeld betonijzervlechters;
– mannen en vrouwen met huwelijksmoeilijkheden, kinderproblemen en andere stress;
– de zwarte werkers en andere bewust op misbruik uitzijnde figuren, psychopathen of anders mentaal verkreukelden;
– de economisch zwakken in ruime zin.
Niet bij de kleine zelfstandige. Die moet wachten tot na 1 oktober. Dan kan hij zich wellicht het AAW-syndroom aanmeten, hoewel de uitkering daarbij met als uitgangspunt de AOW-uitkering in dit opzicht niet zo veelbelovend is.
Wij zijn geneigd de schuld bij de ander te zoeken. Die schuld omschrijven wij als gebrek aan verantwoordelijkheidsgevoel, luiheid, gebrek aan initiatief en wilskracht. Maar zijn deze zaken niet deels aangeboren, deels geïnduceerd? Het pakket van sociale voorzieningen is in wezen gericht op een betere verdeling van het nationale inkomen mede over de sociaal zwakkeren (40 miljard in 1975). Wanneer die dan kans zien, een wat comfortabeler keuze te maken uit dit pakket, daarbij geholpen door te langzaam malende administratieve zich steeds uitbreidende molens (die in zichzelf ook meedoen aan de nationale inkomensverdeling) en door de machteloosheid van het medische apparaat, waar ligt dan de 'schuld'? Bij de patiënt, de behandelende arts, de verzekeringsgeneeskundige, de werkgever, de buitenlandse werknemer, de bureaucraat of de regering?
Laten wij wel wezen. Als er sprake is van schuld dan zijn wij collectief schuldig. En maatregelen die een onderdeel van het collectief treffen brengen de oplossing niet. Wanneer bijvoorbeeld de geldkraan van de medisch-technische en de personele ziekenhuisvoorzieningen wordt dichtgedraaid, dan is dit waarschijnlijk juist, althans nodig. Maar wat staat daar tegenover? Komen we aldus tot een betere socio-somatische benadering? Bijvoorbeeld in de pijnbestrijding. Pijn is immers de beste mogelijkheid tot vlucht in de ziekte. Of tot bestrijding van het misbruik van dure tranquillizers die in wezen niets oplossen (en overigens een stuk werkgelegenheid en industriële economie overeind houden)? Of tot een oplossing van de verfoeilijke discriminatie van

hulpbehoevende bejaarden in de voor hen bestemde ghetto's?
Het gaat niet om geld. Dat moet rollen, hoe meer hoe beter. Als het de verkeerde kant op rolt maken wij ons ongerust en gaan wij subjectief uitmaken wat die verkeerde kant is en proberen de de geldstroom van richting te doen veranderen. Wij stellen Wie niet meekan in het systeem is ongezond. Een typisch voorbeeld is de psychiatrische patiënt. Hij wordt opgesloten, krijgt tranquillizers, wordt begeleid, psychologisch op de pijnbank gelegd, zo mogelijk gedrild in aanpassing; aanpassing aan onze normen. Individueel verzet, 'onaangepastheid' wordt niet getolereerd. Hij moet in zijn maatschappelijke hokje leren passen, anders gedraagt hij zich pathologisch. Hele volksstammen deskundologen vergaderen, stellen plannen op, begeleiden, leuteren en conformeren zich aan de bestaande 'orde'. Een orde die onderdrukt en eigen geaardheid niet toelaat, onverdraagzaam is.
Jongeren vinden deze maatschappij maar een puinhoop. Ik vraag ze dan wat *zij* daar aan denken te doen zonder er zelf buiten te gaan staan, maar dan wel met het besef dat ze in wezen gelijk hebben met hun afwijzing van het maatschappelijk-politieke keurslijf dat hun individualiteit (genaamd individualisme) miskent. We gaan de patiënt (niet alleen in de psychiatrie) te lijf met de laboratorium- en de röntgen-computer, de witte jas als kazuifel en de stethoscoop als talisman (Jonk) en staan vervolgens verbaasd als hij niet gunstig reageert op onze opdrachten: tranquillizers, slaappillen en pijnstillers slikken, en massage, bestralingen en andere fysische folteringen ondergaan. Want de aanpassing mislukt; de patiënt ontworstelt zich niet aan de hem geboden sociaal-verzekerings-geneeskundige ontsnappingsmogelijkheden, die hem overigens beschermen tegen onze legale aanpassingsdrift. Een dualistische, zo niet schizofrene situatie.
Wat doen we er aan? Niets. We zullen dus gedwongen moeten worden tot bezinning. Dat gaat diezelfde overheid doen die genoemde ontsporingen mede mogelijk maakte, door bezuiniging op het gebied van de gezondheidszorg. De overheid als representant van ons allen, van het collectief. Een gezond terugkoppelingsmechanisme dat samengaat met vermindering van verspillingen op andere gebieden: zie de perikelen van onze ministers van Financiën, Ontwikkelingssamenwerking, Sociale zaken en C.R.M.
Het WAO-syndroom staat niet alleen; het is een van de verkregen rechten die niet of moeilijk terug zijn te draaien. Primair is dat wij het onderkennen met de mechanismen die er aan ten grondslag liggen. *Wij* wil zeggen: de patiënten en hun medische en psycho-sociale lotgenoten/begeleiders. Een vermageringsdieet zal ons vermoedelijk geen kwaad doen; daar is veel zelfdiscipline voor nodig.
Versobering dus in (o.a.) de gezondheidszorg. Dat impliceert het schrappen van overbodige en zelfs soms verziekende werkzaamheden. Met weer als gevolg daarvan toenemende werkloosheid en stijging van de WW-enz.-uitkeringen en WW-ontwijking richting ZW-WAO.

Discussie

Afschaffing medische ziektewetcontrole

Het artikel van L. de Boer, getiteld 'Afschaffing medische ziektewetcontrole' (M.C. nr. 25/1976, blz. 801) is niet onopgemerkt gebleven, allerminst in G.A.K.-kringen. Voor Dr. H. Doeleman, medisch adviseur van het Gemeenschappelijk Administratiekantoor, was het artikel aanleiding om zijn circulaires over het rapport van de K.N.M.G.-Commissie Eerste Echelon te heractualiseren. Dr. Doeleman leidt die twee rondzendbrieven als volgt in:

Het Rapport van de Commissie Eerste Echelon werd gepubliceerd in Medisch Contact van 30 januari 1976 (M.C. *31* (1976) 141). Omdat ik erg geschrokken ben van de wijze waarop in het Rapport gesproken wordt over de verzekeringsgeneeskundige heb ik daarop gereageerd in een brief van 10 februari 1976 aan alle artsen van het Gemeenschappelijk Administratiekantoor. Deze brief zond ik uiteraard ter kennisneming aan de Commissie, aan het Hoofdbestuur en aan de Centrale Besturen der maatschappelijke verenigingen. Tevens verzocht ik de redactie van M.C. de brief te willen publiceren, hetgeen ondanks toezegging nog steeds niet gebeurd is.
Nu collega De Boer in M.C. *31* (1976) 801 reageert onder de kop 'Afschaffing Medische Ziektewetcontrole' en daarin mijn uitspraak uit de bewuste brief aanhaalt lijkt het nuttig dat genoemde brief alsnog gepubliceerd wordt. Tevens heb ik collega D. de Pater die mij binnenkort zal opvolgen als medisch adviseur van het G.A.K. gevraagd te reageren op het artikel van collega De Boer.

Amsterdam, juni 1976

Dr. H. Doeleman

Vervolgens de twee circulaires:

Aan de Artsen van het Gemeenschappelijk Administratiekantoor.

Geachte Collegae,

Zoals u begrijpen zult ben ik nogal geschrokken van de wijze waarop in het Rapport van de Commissie Eerste Echelon (M.C. *31* (1976) 141) wordt gesproken over de verzekeringsgeneeskundige. Ik heb mij dan ook gewend tot het Hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst teneinde een protest te laten horen. Bijgaand zend ik hiervan een copie.
Gaarne doe ik een dringend beroep op uw medewerking om niet alleen in de Kringvergaderingen waar het rapport zal worden besproken, maar ook daarbuiten duidelijk te maken welke tegenwoordig de taak van de verzekeringsgeneeskundige is. Nog steeds leeft blijkbaar de gedachte dat de verzekeringsgeneeskundige primair een politionele taak heeft, terwijl juist het arbeidsgeneeskundig onderdeel van de vg-taak inhoudt dat het 'begeleiden' naar gehele of indien dit niet

mogelijk is gedeeltelijke werkhervatting voorop moet staan. Het is vanzelfsprekend dat dit in overleg met behandelend arts en indien aanwezig de bedrijfsarts dient te geschieden. Ook de intensivering van de contacten met bedrijven wijst in deze richting.
Het blijft noodzakelijk dat de verzekeringsgeneeskundigen zich naar buiten goed presenteren en ik hoop dat u allen in deze de nodige activiteiten zult ontwikkelen.
Met dank voor uw aandacht en medewerking en met collegiale groeten,

Amsterdam, 10 februari 1976

Dr. H. Doeleman

Aan de leden van het Hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst;

Aan de leden van de Centrale Besturen van de Landelijke Huisartsen Vereniging, de Landelijke Specialisten Vereniging en de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband;

Aan de leden van de Commissie Eerste Echelon.

Ter kennisneming van de Artsen van het Gemeenschappelijk Administratiekantoor.

Zeer geachte Collegae,
Met veel belangstelling heb ik kennis genomen van het rapport van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, Commissie Eerste Echelon, zoals dit werd gepubliceerd in M.C. *31* (1976) 141.
Het is jammer dat hetgeen vermeld staat over de taak van de verzekeringsgeneeskundige en over de relatie van de huisarts met de verzekeringsgeneeskundige blijk geeft van onvoldoende kennis en inzicht. Zonder twijfel zal de bedrijfsarts in de Commissie voor een groot deel verantwoordelijk zijn voor de verkeerde visie, maar men zou van een Commissie waarin ook nog drie huisartsen zitting hebben toch mogen verwachten, dat men zich voor het deel dat over verzekeringsgeneeskundige aspecten handelt, verstaan zou hebben met het Bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (N.V.V.G.) en met de Medisch Adviseurs van het GAK en van enkele bedrijfsverenigingen, althans met verzekeringsgeneeskundigen.
Het is mij uiteraard niet bekend of bij de besprekingen van het rapport in het Hoofdbestuur en in de Centrale Besturen van de Landelijke Huisartsen Vereniging, de Landelijke Specialisten Vereniging en de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband werd gewezen op genoemde fouten. Zeker is dat noch in de aanbiedingsbrief van het Hoofdbestuur noch in de eerste reactie van de Landelijke Huisartsen Vereniging hierover wordt gerept.
Volledigheidshalve noem ik hier de passages waarin onjuistheden en onvolledigheden voorkomen: Blz. 147 ad f, Advisering bij werkhervatting; Blz. 150 ad f, Keuringen; Blz. 159 middenkolom, Met de sociaal geneeskundige enz. tot het volgende kopje; Blz. 160 3e kolom en blz. 161 1e en 3e kolom, Huisarts, bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige.
De laatste zin van genoemd stuk op blz. 160 en 161 spreekt van verzekeringsgeneeskundige nieuwe stijl, een voor mij onbekend begrip of wordt bedoeld de vg zoals die sinds 1967 werkt? In dit verband is het van belang te wijzen op het feit, dat van alle werknemers in loondienst ongeveer een vijfde deel werkzaam is in bedrijven, waaraan een bedrijfsarts verbonden is.
Het gestelde in Hoofdstuk 6 onder de kop Huisarts, bedrijfsgeneeskundige en sociale verzekeringsgeneeskundige (blz. 160-161) geeft een verkeerd beeld. Merkwaardig is hoe de verzekeringsgeneeskundige afgeschilderd wordt als de medische politieagent, terwijl de bedrijfsarts als een soort goddelijke figuur wordt beschreven. Het wordt zelfs mogelijk geacht, dat de tussenkomst van een verzekeringsgeneeskundige in het overleg huisarts-bedrijfsarts storend kan werken! En dat terwijl in werkelijkheid de verzekeringsgeneeskundige zo'n belangrijke taak heeft bij het leiden van de patiënt naar de wederinpassing in het arbeidsproces. Na de opmerking over de storende invloed van de verzekeringsgeneeskundige wordt hem genadiglijk de rol van Zwarte Piet toebedeeld, want dan mag hij zonder kennis van arbeidstaak en arbeidsomstandigheden (blz. 161 1e kolom bovenaan) als arbiter gaan optreden.
Voorts wordt in het rapport een oordeel uitgesproken over het arbeidskundig apparaat van de bedrijfsverenigingen zonder dat men een onderzoek daarnaar heeft ingesteld. Men zou toch tenminste mogen verwachten dat de Commissie zich zou hebben georiënteerd bij het G.A.K., zijnde de representatieve instantie op het terrein van de sociale verzekering.
In Hoofdstuk 8 bij de samenvatting lezen wij: 'Bij de nieuwe taken van de huisarts hoort overleg met bedrijfsarts en patiënt over werkhervatting'. Dit is geenszins een nieuwe taak. Sinds jaar en dag horen werk, werkomstandigheden en werkhervatting in diagnostiek en therapie te worden betrokken. Dit volgt uit de eenvoudige constatering dat de arts niet een ziekte maar een zieke behandelt, dat is een mens met een milieu waartoe ook het werkmilieu behoort. Daarom is het een vereiste dat de huisarts kan overleggen met de verzekeringsgeneeskundige van de bedrijfsvereniging en natuurlijk – wanneer die aanwezig is – met de bedrijfsarts.
Tijdens de Studiedagen voor sociale verzekeringsgeneeskunde te Lunteren, in 1969 georganiseerd door het G.A.K., verzorgde ik een voordracht getiteld: 'De gemeenschappelijke taak van behandelend arts, bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige ten aanzien van het verzuim' (MC *24* (1969) 586. Wanneer de Commissie hiervan kennis had genomen zou het rapport waarschijnlijk anders zijn uitgevallen voor zover het de taak van de huisarts ten aanzien van het werk van zijn patiënt betreft.
Langs verschillende wegen tracht ik het Hoofdbestuur van de K.N.M.G. te activeren tot 'bevordering der geneeskunst', waaronder moet worden verstaan het geven van goede voorlichting aan behandelende artsen over het adviseren van patiënten op het terrein van werkstaking en werkhervatting. Het belang van alle patiënten eist dat meer duidelijkheid wordt gegeven ten aanzien van de taak van de bedrijfsverenigingen en de daarmee verbonden medische diensten. Het is wel droevig dat een belangrijke Maatschappijcommissie hiervan niet op de hoogte is.
Gaarne ben ik bereid het Hoofdbestuur, de Centrale Besturen en andere belangstellenden alle gewenste voorlichting te geven. Voorts moge ik het Hoofdbestuur in overweging geven contact op te nemen met de Adviescommissie Sociale Verzekering en met het Bestuur der N.V.V.G.

Met belangstelling uw reacties tegemoetziende, met gevoelens van de meeste hoogachting en collegialiter groetend,

Amsterdam, 10 februari 1976

Dr. H. Doeleman.

Verzekeringsgeneeskundige heeft vooralsnog duidelijke, moeilijke en verantwoordelijke taak

De plaatsvervangend medisch adviseur van het G.A.K., *D. de Pater*, schrijft het volgende commentaar op het artikel van L. de Boer:

Uit het betoog van collega De Boer komen twee centrale punten naar voren: het uit elkaar halen van begeleiding en controle; het meer centraal stellen van de eigen verantwoordelijkheid van de zieke. Het is op zich een goede gedachte om de advisering primair bij huisarts en bedrijfsarts te leggen. Ik zie dit echter nu niet als realiteit, immers de behandelend artsen adviseren dikwijls niet of te weinig en een bedrijfsarts is lang niet altijd aanwezig.
Maar ongeveer 30% van de ziekgemel-

de werknemers werkt in een bedrijf waaraan een bedrijfsarts is verbonden. Daarom zie ik voorlopig nog een duidelijke taak voor de verzekeringsgeneeskundige die uiteraard veel in overleg met behandelend arts en waar aanwezig de bedrijfsarts zal werken. Dit temeer omdat van verzekeringsgeneeskundige zijde al herhaalde malen is beklemtoond dat behandelend arts, bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid hebben ten aanzien van het verzuim.

Daar komt nog iets bij, 80% van de verzuimgevallen is na 4 weken, 92% na 6 weken weer aan het werk. In het vigerende beoordelingssysteem zoals dat bij het G.A.K. gebruikelijk is worden in principe alleen die patiënten medisch beoordeeld waarvoor een medische of medisch-sociale indicatie bestaat. Het komt er in dit stadium op neer dat slechts 15-20% van de ziekgemelde werknemers door de verzekeringsgeneeskundige medisch wordt beoordeeld. Getracht wordt inderdaad een groot stuk verantwoordelijkheid bij de zieke zelf te leggen en in een aantal van dit soort gevallen zal de huisarts echt wel adviezen geven ten aanzien van de werkhervatting.

Bovendien betreft dit merendeel ziekten die voeren tot een volledige genezing, zodat men daarna in principe elk werk weer kan doen. Wel belangrijk is echter het frequente korte verzuim te signaleren omdat juist daar een medisch-sociaal probleem achter schuil kan gaan. Het medisch controle-element is dus al voor een groot gedeelte verdwenen.

De 15-20% die overblijft voor verzekeringsgeneeskundige beoordeling betreft in principe gevallen waarbij wel problemen aan de orde zijn, zij het dat het om ernstige ziekten gaat die langdurig verzuim veroorzaken, zij het dat er in de werksituatie en/of de gezinssituatie problematiek ligt. Juist in deze gevallen vindt men de ernstige objectieve en objectief-subjectieve syndromen.

Het is vooral de laatste groep die een sterke stijging heeft doorgemaakt waaraan maatschappelijke veranderingen en het ruimer opvatten van het begrip 'ziekte' mede debet zijn. Het lijkt mij voor de huisarts een ondoenlijke taak hier te beoordelen of iemand weer geschikt is voor zijn werk. De bedrijfsarts zal nu zeggen: dat is dan ook de taak van de bedrijfsarts omdat die het beste op de hoogte is van werk en werkomstandigheden.

Accoord in die bedrijven waar een bedrijfsarts aanwezig is. Maar zoals gezegd, dit is maar in een minderheid het geval. Juist daar vindt de verzekeringsgeneeskundige een belangrijk deel van zijn taak. Uiteraard is het daarbij noodzakelijk dat de verzekeringsgeneeskundige beschikt over meer kennis op arbeids- en bedrijfsgeneeskundig gebied. Daar wordt aan gewerkt. Ook is het noodzakelijk dat de contacten met de bedrijven worden geïntensiveerd. Duidelijk is dus wel dat de taken van bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige in dit opzicht naar elkaar toegroeien en elkaar overlappen.

Hoe de uiteindelijke ontwikkeling ook moge zijn, naar mijn mening heeft de verzekeringsgeneeskundige vooralsnog een duidelijke, moeilijke en verantwoordelijke taak die veelal in samenwerking met anderen uitgevoerd zal moeten worden.

Het niet afgeven van een certificaat zoals collega De Boer schetst, is ook een moeilijk punt. Het is toch voor het uitvoeringsorgaan een uiterst onbevredigende zaak. En als collega De Boer meent dat de behandelend arts, respectievelijk de bedrijfsarts niet moeten aarzelen desgevraagd te bevestigen dat zij de patiënt hebben medegedeeld dat deze huns inziens weer arbeidsgeschikt was te achten, wat is er dan tegen een schriftelijke bevestiging van dit gezegde op het moment dat dit wordt gezegd? Ik zou dit toch niet direct willen vertalen met het woord 'aangeven'.

Literatuur

1) Afschaffing medische ziektewetcontrole. (1976) M.C. 31, 801.

2) De gemeenschappelijke taak van behandelend arts, bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige ten aanzien van het verzuim. (1969) Arts en Sociale Verzekering 7, 80.

3) De wijze van beoordeling van verzekerden krachtens de ziektewet in het kader van de ontwikkeling van de verzekeringsgeneeskunde. (1974) M.C. 29, 415.

Naschrift L. de Boer

Op vele punten zitten collega De Pater en ik op dezelfde golflengte en ik heb zelfs het gevoel dat als we nog even wachten (tot de controle helemaal naar begeleiding is gegaan en/of er overal bedrijfsartsen zijn) we hier niet meer over hoeven te discussiëren. Inmiddels is er toch nog een essentieel verschil: weliswaar is de controle door de verzekeringsgeneeskundige meer en meer een begeleiding geworden, maar niettemin het controle-element zit er nog in. En nu geloof ik niet in medische controle. Theoretisch niet (vanwege de vele niet-medische aspecten van het probleem) en praktisch niet (wat het effect betreft ten aanzien van misbruik-vermindering).

En als het gaat om begeleiding dan ben ik – met alle respect voor de goede bedoelingen van de verzekeringsgeneeskundigen – niet onder de indruk van hun inbreng hierbij, zelfs als ze meer arbeidsgeneeskundig geschoold zouden zijn. Bovendien is daarbij, dacht ik, de vertrouwensrelatie van groot belang en die was men juist zo bang te verstoren bij de huisarts, vandaar de scheiding van behandeling en controle. Bij de verzekeringsgeneeskundige deed het er blijkbaar niet zo toe! Accepteert men scheiding van behandeling en controle dan zal men eigenlijk ook scheiding tussen begeleiding en controle moeten accepteren, zoals door mij voorgesteld en daarbij niet tevens de medicus die 'controle' laten doen (ook al gaat het om ten dele medische of pseudo-medische problemen).

Collega De Pater zegt dat 85% van de zieken niet door de verzekeringsgeneeskundige wordt beoordeeld en dat 'daar de huisarts echt wel adviezen zal geven ten aanzien van de werkhervatting'. Het is me niet duidelijk waarom de huisarts bij dit kortdurend verzuim echt wel adviezen zal geven en niet bij de langdurige of bijzondere gevallen. Daarmee wil ik niet zeggen dat met begeleiding door de huisarts alles nu ineens is opgelost; dat zal zeker interesse en tijd van de huisarts vergen die het toch al zo druk heeft met genezen (waartoe echter mijns inziens werkhervatting ook hoort).

Ik begrijp dat het niet afgeven van certificaten door de huisarts een moeilijke zaak is voor de verzekeringsorganen die zo blij zijn met certificaten.

Collega De Pater schrijft:' Het lijkt me voor de huisarts een onmogelijke taak te beoordelen of iemand weer geschikt is voor zijn werk'. Hetzelfde lijkt me te gelden voor de verzekeringsgeneeskundige en misschien wel voor elke arts. Daar komt nog bij dat in de huidige verhoudingen misbruik er wel erg dik op moet liggen wil een arts adviseren tot stopzetting van de uitkering. Mijns inziens zouden medici hier niet voor moeten worden ingezet en zeker niet dezelfden die de man begeleiden (al kan dat begeleiden echt wel stevig zijn).

Al met al zou ik – zoals gesteld – het best zonder medische controle aandurven, waarbij we dan over de taakverdeling van de begeleiders, met name die van de verzekeringsgeneeskundigen daarbij, onderling kunnen discussiëren.

Tussen haakjes: wat vinden de patiënten er zelf eigenlijk van?

L. de Boer, arts

Gezondheidsraad brengt advies uit inzake behandeling drugsverslaafden

De Gezondheidsraad heeft de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne advies uitgebracht over de behandeling van verslaafden aan verdovende middelen.
De uit de raad gevormde Commissie Behandeling Verslaafden, die het onderhavige vraagstuk heeft bestudeerd gaat ervan uit, dat het druggebruik in Nederland, in het bijzonder wat wekaminen of stimulerende middelen betreft, een min of meer vaste – zij het beperkte – plaats in onze samenleving heeft gevonden. In de houding van de bevolking is ook meer begrip ontstaan voor de ingewikkeldheid van de problemen die er in dit verband bestaan. In de kring van gebruikers zelf is echter een duidelijke verharding opgetreden die is begonnen toen heroïne op de Nederlandse gebruikersmarkt haar intrede deed. Daarmee is de verslaving zowel naar aard als verschijning veel ernstiger geworden, waarbij bovendien nog nevenverschijnselen optreden als agressiviteit en zorgwekkende ziekte- en sterftecijfers.
Er heeft zich een harde kern van gebruikers gevormd. Dit brengt met zich dat deze groep veel bewuster, doelmatiger en dus deskundiger zal moeten worden benaderd. In het licht hiervan is de commissie uitvoerig in haar advies op de techniek van de behandeling ingegaan.
Het wezenskenmerk van verslaving ligt naar het oordeel van de commissie niet in eerste instantie in het gebruik van bewustzijnsveranderende middelen, maar in het als in een obsessie nastreven van een heel ander leefpatroon met een heel andere doelstelling dan die van de omgeving. Daarbij is het handhaven van dit patroon in eerste aanleg altijd het doel van de verslaafde.
Iedere behandeling dient er om deze reden principieel op gericht te zijn de verslaafden drugvrij te maken. Slechts wanneer dit ondanks intensief pogen niet gelukt moet noodgedwongen voorlopig met beperking van het gebruik genoegen worden genomen. Daarbij dient te worden gestreefd naar een toestand waarbij de betrokkene zich op zijn eigen wijze in de samenleving kan handhaven. In de eerste fase is vooral voor de ex-verslaafde en de veldwerkers een belangrijke taak weggelegd om een zodanige vorm van contact te scheppen, dat de betrokkenen een groeiende bereidheid zullen tonen zich te laten behandelen.
Het is daarbij erg belangrijk dat deze deskundigen worden gesteund door diegenen, die in een vroeg stadium met verslaafden in aanraking kunnen komen: vertegenwoordigers van politie, justitie, geneeskundige diensten, leiders in het buurt- en clubwerk, vertegenwoordigers van alternatieve hulpverleningsdiensten, verpleegkundigen op eerste hulpposten en dergelijke. Het verdient aanbeveling regionale behandelingsadvies- en selectiecentra in te stellen, waar verslaafden gedurende een drietal weken ter observatie kunnen worden opgenomen.
In de meer gestructureerde situatie, met het Consultatiebureau voor Alcoholisme en Drugs als middelpunt, kan in een volgende fase een van de andere teamleden – veelal de maatschappelijk werkende – als hoofdbehandelaar optreden. In verband met het belang van de ambulante behandeling wordt in het rapport ruime aandacht besteed aan de taak, werkwijze en rolverdeling in dit team.
De commissie acht het van essentieel belang dat iedere verslaafde die hulp kan krijgen die het beste met zijn eigen wensen, persoonlijkheid en aard van zijn verslaving overeen komt. Zij waarschuwt ervoor de hulp niet te beperken tot alleen het verlenen van onderdak en het verstrekken van voedsel, omdat op die manier de verslaving ongewild slechts wordt onderhouden.
De commissie beveelt ten sterkste de instelling aan van regionale overlegorganen die een adviserende taak zullen krijgen ten aanzien van de financiering van de verschillende instellingen van hulpverlening. De gegevens van deze laatste instellingen zouden per regio centraal moeten worden geregistreerd door bijvoorbeeld G.G.D. of S.P.D., e.e.a. met inachtneming van het medisch beroepsgeheim.
De maatschappelijke (re)integratie zal in de eindfase van de behandeling vaak gemeenschappelijk kunnen plaatshebben met andere herstellenden, bijvoorbeeld in samenwerking met Gewestelijke Arbeidsbureaus, gemeentelijke huisvestingsbureaus en dergelijke. Ieder behandelingsinstituut moet naar het oordeel van de commissie open en functionele verbindingen hebben met een veelheid van andere instellingen, om zo een ongestoorde behandelingsketen te krijgen. Deze continuïteit in de ambulante zorg ziet de commissie als uiting van het recht op hulp voor de verslaafde. Principieel beveelt zij daarom aan deze te financieren uit een algemene volksverzekering, voorlopig dus via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, A.W.B.Z.
Ten aanzien van de medische en medicamenteuze aspekten van de behandeling blijft de arts in volle omgang verantwoordelijk. Dat neemt niet weg dat een soepele, geïntegreerde werkwijze van de behandelaars ertoe kan leiden dat een niet-medicus als hoofdbehandelaar optreedt. Pogingen om verslaafden die zich dagelijks in een milieu van gebruikers bevinden drugvrij te maken zijn tot mislukken gedoemd. Daarom acht de commissie het van daadwerkelijk belang dat ambulante behandelingscentra beschikken over een eenvoudige huisvesting, die de voor de behandeling gemotiveerde verslaafde ter beschikking kan worden gesteld tot het tijdstip waarop hijzelf of het team in een passende behuizing kan voorzien.
Voor de sterk voor behandeling gemotiveerde gebruiker komt de semi-ambulante socio-therapeutische werkgemeenschap in aanmerking. Bij de intramurale behandeling is het nodig therapeutische groepen te vormen die een zekere homogeniteit hebben en uit acht tot tien personen bestaan. Nazorg is te allen tijde vereist, bij voorkeur door een Consultatiebureau voor Alchoholisme en Drugs.
De fase van de ontgifting moet in de ontwenningsfase duidelijk worden onderscheiden waarbij de medische inbreng de overhand heeft. Voor de sterk bedreigde groep van chronisch onder invloed van drugs verkerende gebruikers met bijzonder hinderlijke of gevaarlijke vormen van gedragsgestoord-

heid, moeten volgens de commissie dringend noodzakelijke en passende voorzieningen worden getroffen.

Vervangende middelen

Voor wat vervangende middelen van opiaten betreft is de commissie van oordeel dat de toepassing van methadon grote voordelen kan bieden. Toch wil zij daaraan bepaalde beperkingen verbinden, o.a. dat het verstrekken van methadon alleen gebeurt door daartoe aangewezen behandelingsinstituten. Hier is de aan dat instituut verbonden medicus voor het al of niet voorschrijven van medicamenten verantwoordelijk. Methadon zou slechts mogen worden voorgeschreven aan personen met een lange verslavingsgeschiedenis en bij wie andere methoden van ontwenning hebben gefaald.
De commissie merkt tenslotte op dat het duidelijk wordt dat verslaafden niet alleen meer worden gevonden bij de opgroeiende jeugd. Dit illustreert eens te meer dat de reikwijdte van deze ziekte aanmerkelijk is toegenomen en het verschijnsel als zodanig in onze maatschappij vaste voet heeft gekregen, wat met steeds ernstiger vormen van verslaving gepaard gaat.

Aantal verkeersslachtoffers verder gedaald

Het C.B.S. heeft definitieve gegevens verstrekt met betrekking tot verkeersongevallen in 1975. Daaruit blijkt, dat een aantal personen, dat tengevolge van een verkeersongeval op de openbare weg in Nederland overleed, in 1975 2.321 heeft bedragen. Vergeleken met 1974 is dit een daling van 225 personen (8,8%). Na 1972, toen het aantal overleden verkeersslachtoffers 3.246 bedroeg, is er sprake van een constante daling. Thans ligt het niveau nog ruim onder dat van 1964, toen er 2.375 verkeersdoden waren.
Februari en april waren de maanden met het kleinste aantal verkeersdoden, nl. 144, in augustus was dit het hoogst, 251.
Regionaal bezien bleef Noord-Brabant de provincie met de meeste overleden verkeersslachtoffers: 387, hoewel er in deze provincie zowel absoluut (45) als relatief (10,4%) een aanzienlijke daling was. Andere provincies met een flinke daling waren Friesland, Utrecht en Zuid-Holland.
Het aantal vrouwelijke verkeersdeelnemers dat overleed ten gevolge van een verkeersongeval bleef vrijwel gelijk met 614 (v.j. 618). Dit in tegenstelling tot het aantal mannelijke verkeersdoden; dit nam sterk af van 1928 in 1974 tot 1707 in 1975.
Bezien naar leeftijd blijkt, dat het geringere aantal verkeersdoden geheel tot stand komt bij de jongere verkeersdeelnemers: 868 doden t/m 24 jaar in 1975 tegenover 1091 in 1974. Het aantal overleden verkeersslachtoffers van 65 jaar en ouder nam toe van 512 in 1974 tot 528 in 1975.
Evenals in 1974 overleed 20% van het totale aantal verkeersdoden als gevolg van een ongeval op een rijksweg. 48% van de overleden slachtoffers stierf ter plaatse van het ongeval, 30% nog gedurende de dag waarop het ongeval geschiedde.

Bromfietsers

Van de 2321 overleden personen verloren er 968 (41,7%) het leven als bestuurder of passagier van een personenauto (1974: 986 of 38,7%). Het aantal overleden bromfietsers daalde van 483 in 1974 tot 334 in 1975. Uit de leeftijdsverdeling blijkt, dat met name bij bromfietsers t/m 24 jaar aanzienlijk minder doden waren te betreuren.
Het aantal overleden fietsers bleef met 456 nagenoeg gelijk (v.j. 460), terwijl het aantal omgekomen voetgangers daalde van 424 in 1974 tot 396 in 1975. In de leeftijdsgroep t/m 14 jaar bleef het aantal omgekomen voetgangers nagenoeg gelijk: 134 tegenover 136 vorig jaar.
Het aantal verkeersongevallen met dodelijke afloop of met persoonlijk letsel bedroeg in 1975 52365 (1974: 57347).

Van deze ongevallen vielen er evenals in 1974 9,8% op rijkswegen. Bijna drievierde (72,6%) van de ongevallen vond plaats binnen de bebouwde kom (v.j. 73,9%).

Alcoholgebruik

Bij 3.449 ongevallen werd bij een of meer der betrokkenen alcoholgebruik geconstateerd, terwijl in 1580 gevallen proces-verbaal wegens alcoholgebruik werd opgemaakt.

Het aantal gewonden bedroeg in 1975 59 979 (1974: 66 212), waarvan er 20 690 in een ziekenhuis moesten worden opgenomen (1974: 22 453). Daarmee steeg het percentage ziekenhuisopnamen van 33,9% in 1974 tot 34,5% in 1975.

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.

Het oneigenlijk gebruik van het psychiatrisch ziekenhuis

door *S. Timmers,* psychiater, en *Dr. J. W. Stenvers*

Samenvatting
In dit artikel wordt het oneigenlijk gebruik van het psychiatrisch ziekenhuis, het gebruik voor doeleinden waarvoor het niet bestemd is, nader beschreven. De auteurs onderscheiden een viertal categorieën van dit oneigenlijk gebruik, welke aan de hand van voorbeelden nader worden toegelicht. Aan dit oneigenlijk gebruik wordt veelal bijgedragen door een minder goede indicatiestelling voor de opneming. Deze onjuiste indicatiestelling is vaak het gevolg van pressie vanuit de omgeving van de patiënt, ingegeven door irrationele almachtsfantasieën rond de mogelijkheden van de hulpverlener, in casu de huisarts.

Tijdens onze werkzaamheden op de afdeling voor opname en crisisinterventie van een groot psychiatrisch ziekenhuis (P.Z.) kregen wij het gevoel, dat het psychiatrisch ziekenhuis in een aantal gevallen oneigenlijk werd gebruikt. Onder oneigenlijk gebruik wordt in dit verband verstaan het gebruik van het P.Z. voor doeleinden, waarvoor het niet is bestemd. Dit oneigenlijk gebruik kan gepaard gaan met een gevoel van onbehagen; met name is dit het geval wanneer vóór de opname van een patiënt onjuiste of onvolledige informatie verstrekt wordt.
Nadere bezinning over het oneigenlijk gebruik leverde een aantal categorieën op. Alvorens deze categorieën van oneigenlijk gebruik te bespreken willen wij er de nadruk op leggen, dat het ons in hoofdzaak gaat om het signaleren van een onzes inziens ongewenste toestand. De casuïstiek dient alleen als voorbeeld en toelichting, cijfers of percentages worden niet vermeld. Het gevoel oneigenlijk gebruikt te worden, behoeft niet in te houden dat een klinische psychiatrische behandeling van de patiënt in alle gevallen moet worden afgewezen. Het betekent wèl dat de directe aanleiding tot de opneming geen duidelijke opname-indicatie was.

Categorieën van oneigenlijk gebruik

I. Het gebruik van het P.Z. als ultimum refugium in geval van therapeutische onmacht. Bijkomende psychiatrische problematiek wordt gebruikt om een patiënt in een P.Z. te laten opnemen.

Voorbeeld a: een oude man wordt gedurende enige dagen verpleegd in een algemeen ziekenhuis na een thrombosis cerebri. Hij is hemiparetisch. Na enige dagen wordt hij onrustig en verward en lijkt hij niet langer meer te handhaven. Aanbieding aan het P.Z. geschiedt onder de diagnose 'verwardheidstoestand, nachtelijke onrust, dementie'. Na opneming in het P.Z. blijkt patiënt met een adequate medicatie op zaal te handhaven. Mogelijk had deze patiënt beter verpleegd kunnen worden op een neurologische afdeling, waar hij, gezien zijn primaire lijden, eerder thuishoorde.

Voorbeeld b: opname wordt gevraagd voor een oudere man, die al eens eerder psychiatrisch werd opgenomen en die nu verward is en niet langer meer thuis kan blijven. Bij opneming zien wij een verwarde man, die echter een temperatuur van 39,8 °C heeft en blijkt te lijden aan een dubbelzijdige pneumonie. Na behandeling met anti-biotica daalt de temperatuur en verdwijnt de onrust. Ook deze patiënt had mogelijk beter verpleegd kunnen worden in een dichter bij zijn huis gelegen algemeen ziekenhuis, waaraan een psychiatrisch consulent verbonden was.

II. Het gebruik van het P.Z. als asiel voor maatschappelijk moeilijk plaatsbare 'devianten'.

Voorbeeld a: een chronische alcoholist, al jaren als zodanig bekend, is weer 'doorgezakt'. Zijn hospita zet hem terstond de deur uit. De man wendt zich ten einde raad tot de hem bekende lokale sociaal-psychiatrische dienst (S.P.D.). Aanbieding aan een P.Z. geschiedt onder de diagnose 'depressie bij een alcoholist met ernstige sociale moeilijkheden'. Bij opneming blijkt patiënt niet depressief; hij is blij onderdak te hebben.

Voorbeeld b: een man die al jarenlang inactief thuiszit laat zich geheel verzorgen door zijn echtgenote. Hij werd al eerder opgenomen, waarbij de diagnoses 'schizofrenie' en 'depressie' werden gesteld. Zijn toestand is in de loop der jaren onveranderd gebleven. De echtgenote kan nu de zaak niet meer aan, heeft echtscheiding aangevraagd en de rechter heeft beslist dat de man, althans voorlopig, het huis moet verlaten. Hij weigert dit. De echtgenote wil hem niet laten verwijderen. Tenslotte verlaat hij toch het huis en begint aan een zweftocht, maar loopt daarin vast en belt zijn vrouw om hulp. Deze weet dan te bewerkstelligen dat patiënt onder inbewaringstelling in een P.Z. wordt opgenomen. In de geneeskundige verklaring wordt gesproken van schemertoestanden, verwardheid en depressie. Bij opneming in het P.Z. blijken genoemde symtomen niet aanwezig. Patiënt kan zich alle gebeurtenissen goed herinneren, maar hij was wanhopig, omdat hij geen dak meer boven zijn hoofd had en derhalve had hij hulp gevraagd. De arts die de geneeskundige verklaring had afgegeven had betrokkene oppervlakkig onderzocht.

III. Het gebruik van het P.Z. als verlengstuk van het politionele of justitiële apparaat.

Voorbeeld a: een jongeman die al jarenlang drugs gebruikt en in onmin leeft met zijn ouders heeft geruime tijd geleden het ouderlijk huis verlaten en verblijft nu in een andere woonplaats. Op een dag verkeert hij weer in financiële nood en zoekt hulp bij zijn ouders. Er breekt een groot conflict uit, hij wordt woedend en richt vernielingen aan. De ouders waarschuwen de politie

die de jongen meeneemt naar het bureau. Daar verblijft hij een groot deel van de dag en hij krijgt uiteindelijk tot zijn verbazing en verontwaardiging te horen dat hij met een inbewaringstelling naar een P.Z. moet. Bij opneming zien wij een niet gemotiveerde man die geen psychotisch kenmerk vertoont. Achteraf gezien blijken er geen legitieme redenen voor de afgifte van een inbewaringstelling te bestaan.

Voorbeeld b: een man bekend staande als 'psychopaath' heeft regelmatig conflicten met zijn omgeving en met de politie.
Hij is al enkele malen in een P.Z. opgenomen geweest. Bij een recente vechtpartij heeft hij iemand vrij ernstig met een mes verwond. Hij belandt op het politiebureau waar men de psychiater, verbonden aan de plaatselijke S.P.D., ontbiedt. Deze ziet echter geen reden tot psychiatrisch ingrijpen. De politiefunctionaris belt daarop het P.Z. waar de man al vaker opgenomen is geweest en vraagt heropneming omdat zijn arrestant zo 'in de war' is.

IV. Het gebruik van het P.Z. op grond van een dubieuze motivatie van de omgeving van de patiënt.

Hierbij is het doel van de opneming veeleer ontlasting van de omgeving en niet zozeer de behandeling van de patiënt, hoewel vaak juist dit láátste bij de aanvraag tot opneming vooropgesteld wordt. Overigens kan ontlasting van de omgeving wel degelijk een indicatie voor opneming zijn, maar dan moet dat ook als motief worden aangegeven.

Voorbeeld a: een imbeciele jongeman die in een daartoe geëigend tehuis verblijft wordt toenemend onrustig en agressief. Hij richt vernielingen aan en tenslotte wordt de toestand zo onhoudbaar dat men een tijdelijke opneming in een P.Z. vraagt om hem met behulp van medicatie door de crisis heen te helpen. Bij opneming is patiënt inderdaad onrustig en impulsief agressief, maar met een adequate medicatie komt hij toch vrij snel weer tot rust. Als terugplaatsing aan de orde is blijkt dat men hem in het tehuis liever niet meer op wil nemen, omdat hij een te zware belasting vormde voor het personeel.

Voorbeeld b: een neurotische man moet na allerlei conflicten zijn werk tenslotte staken en kan geen nieuwe start meer maken. Hij zit inactief thuis en komt in conflict met zijn echtgenote die tenslotte een echtscheidingsprocedure gaat beginnen. Deze procedure wordt voorlopig opgeschort op voorwaarde dat patiënt zich laat opnemen. Hij wordt aangeboden onder de diagnose 'neurotische depressie mede ten gevolge van huwelijks- en echtscheidingsproblematiek'. Wanneer hij eenmaal in het P.Z. is blijkt hij niet depressief te zijn en niet gemotiveerd voor een klinische behandeling. Hij voelt zich echter onder druk gezet en om zijn huwelijk te redden heeft hij toegegeven aan de eis van zijn omgeving. Tijdens opname wordt de echtscheidingsprocedure toch doorgezet, patiënt mag voorlopig niet thuis komen en de echtgenote weigert alle medewerking aan de behandeling.

Het oneigenlijk gebruik van het psychiatrisch ziekenhuis is bepaald niet nieuw. In de Salpetrière verbleven in 1690 meer dan drieduizend mensen en 'une grande partie est composée d'indigentes de vagabondes et de mendiantes' (Foucault, 1961). In de vorige eeuw werd een zekere Mrs. Packard in het Jackson State Hospital van Illinois opgesloten op verzoek van haar echtgenoot en predikant op grond van een of ander geschil inzake de religie (Szasz, 1970).
Men zal kunnen tegenwerpen, dat onder de vagebonden en bedelaars in de Salpetrière een groot aantal geestelijk gestoorde mensen was. Zo werd later ook beweerd dat mrs. Packard ernstig gestoord was. Dit alléén hoeft echter geen indicatie tot opneming in een P.Z. te zijn. Ook voor 'dissidenten' geldt dat psychische stoornissen nog geen rechtvaardiging voor onvrijwillige opname in een P.Z. behoeven te zijn. Vooral gedurende het laatste decennium is er een toenemend verzet gekomen tegen de traditionele medische aanpak van onze 'deviante' medemens.
Men bezint zich op begrippen als 'geestelijk gestoord' of 'geestelijk ziek'. Het medisch model wordt minder gehanteerd, omdat het op het terrein van de psycho-hygiëne een insufficiënt werkmodel blijkt te zijn. Sommigen, onder wie Thomas Szasz en David Cooper, wijzen het concept 'geestesziekte' totaal af; zij verzetten zich ook tegen iedere gedwongen opneming en behandeling in een P.Z.
Verzet tegen verheffing van het medisch model tot ideologie lijkt terecht. 'Persons whose conduct is socially and ethically undesirable may be labelled mentally ill' (Leifer, 1970). Over het gebruik van het medisch model schrijft Leifer: 'The outstanding ideological use of the medical model is with the mental 'hospital'. The medical model conceals the mental hospitals function as a disguised instrument of social control, particularly control of the poor'.
Het verzet tegen het traditionele bedrijven van de psychiatrie kan worden aangeduid door het begrip 'anti-psychiatrie'. Trimbos (1975) zegt hierover onder andere: 'De anti-psychiatrie levert nieuwe optieken of renoveert oude optieken om het raadsel van de psychische stoornissen aan te pakken'. Toch zullen er onzes inziens altijd omstandigheden blijven, waarbij het noodzakelijk en onvermijdelijk wordt mensen in een P.Z. op te nemen.
Wij beschreven echter categorieën van mensen die bij een goede indicatiestelling niet in een P.Z. opgenomen behoeven te worden. De opvang van een aantal van hen vormt niet zozeer een medisch als wel een maatschappelijk probleem. Dit probleem wordt alleen maar verdoezeld door oneigenlijk gebruik van het P.Z. De hulpverlener in de eerste lijn, en dat is in veel gevallen de huisarts, zal in dit soort omstandigheden eventuele almachtsfantasieën rond zijn mogelijkheden tot normale proporties moeten terugbrengen.
Het is overigens niet gemakkelijk, maar wel noodzakelijk, in deze situaties te erkennen dat een medicus weinig hulp kan bieden.

Literatuur

Foucault, M. (1961) – Folie et déraison, histoire de la folie. Paris.

Leifer, R. (1970) – The medical model as ideology. Int. Journal of Psychiatry 9, 13-21.

Szasz, Thomas S. (1970) – De Waan van de Waanzin. Ambo, Bilthoven.

Trimbos, K. (1975) – Antipsychiatrie. Van Loghum Slaterus, Deventer.

UIT DE ZIEKENFONDSRAAD

1. Premies voor 1977

Het is gebruikelijk, dat de Ziekenfondsraad in het midden van het jaar de staatssecretaris van Volksgezondheid eigener beweging een indicatie geeft omtrent de hoogte van de *vermoedelijk* kostendekkende premie voor de verplichte ziekenfondsverzekering en voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten voor het volgende jaar. De vermoedelijke premie, omdat bij deze prognose steeds gewerkt moet worden: enerzijds met voorlopige uitkomsten over het afgelopen jaar, anderzijds met een aantal geschatte gegevens over het lopende jaar; voorts met te verwachten ontwikkelingen voor het komende jaar waarop het advies betrekking heeft. Deze stukken kwamen in de junivergadering van de raad aan de orde.

a. Verplichte ziekenfondsverzekering. Hoewel aanvankelijk voor 1975 een voordelig saldo van ruim *f* 20 miljoen werd verwacht, blijkt nu dat onder andere de kosten voor de verleende hulp (o.m. minder verpleegdagen, minder kosten voor specialistische hulp en kraamzorg enz.) *f* 152 miljoen lager zijn geweest dan was begroot. Samen met enige andere meevallers resulteert dit in een voordelig saldo van *f* 276 miljoen. Ook voor 1976 wordt een aanmerkelijk hoger voordelig saldo verwacht. Een en ander resulteert in een *reserve* per 31 december 1976 van *f* 1.332 miljoen, die aanzienlijk hoger is dan noodzakelijk wordt geacht. Voor 1977 zou met een kostendekkende premie van plusminus 9,5% rekening moeten worden gehouden (1976: 9,6%).

b. Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Voor de A.W.B.Z. kan eveneens met een aantal meevallers rekening worden gehouden, resulterende in – naar verwacht wordt – voordelige saldi over 1975 en 1976 van ruim *f* 118 miljoen respectievelijk *f* 202 miljoen. Ook hier een aanzienlijk hoger dan noodzakelijk reservefonds (*f* 968 miljoen per ultimo 1976). Als gevolg hiervan zou, ondanks te verwachten kostenstijgingen, met heffing van het voor 1976 geldende premiepercentage van 2,9631 ook voor 1977 kunnen worden volstaan.
De raad keurde deze voorlopige mededelingen aan de staatssecretaris over de verwachte premie-ontwikkeling van beide verzekeringen goed. Zulks nadat door de vertegenwoordigers van de werknemers was gevraagd om voortaan meer tussentijdse informatie over de ontwikkeling van kosten en baten aan de raad te overleggen.
De heer *Derksen,* vertegenwoordiger van de artsen, merkte tijdens de discussies op, dat het merendeel van de 'meevallers' over 1975 en 1976 ongetwijfeld een duidelijk bewijs is van een kostenbewust handelen van de medewerkers (artsen c.s.). Voorzitter *Dr. De Kort* zei daarop, dat waarschijnlijk een complex van factoren ten aanzien van de gunstige kostenontwikkeling een rol heeft gespeeld.

2. Adviesaanvragen premieverlaging

De hiervóór onder punt 1 sub a en b genoemde reservebedragen overtreffen, als vermeld, aanzienlijk het daarvoor geldende criterium. Destijds is daarvoor als richtlijn gesteld: 8% van de te verwachten uitgaven. Deze situatie is voor de regering klaarblijkelijk aanleiding geweest om in het overleg met het georganiseerde bedrijfsleven over het arbeidsvoorwaardenbeleid onder meer een mogelijke verlaging van de ziekenfonds- respectievelijk A.W.B.Z.-premie te betrekken, een premieverlaging op jaarbasis van 1,2% voor de verplichte ziekenfondsverzekering en van 0,6% voor de A.W.B.Z., ingaande 1 juli 1976, een en ander ten laste van de reserves.

Enige dagen voor de junivergadering van de Ziekenfondsraad kwam van de staatssecretaris van Volksgezondheid een verzoek om het oordeel van de raad terzake aan hem kenbaar te maken. Dit verzoek bleek ons inziens min of meer een formaliteit te zijn, want de staatssecretaris liet de mogelijkheid open dat de regering in een situatie zou kunnen geraken om een beslissing te nemen zonder dat zij kennis had kunnen nemen van het advies van de Ziekenfondsraad, hoewel zij dat desnoods achteraf nog wel zou willen weten.
Onder deze omstandigheden besloot de raad blijkbaar, zich in zijn antwoordschrijven te beperken tot de gevolgen van de door de regering voorgenomen maatregelen. Op zichzelf – aldus de raad – laten de reserves en de te verwachten ontwikkeling de voorgenomen premieverlaging toe. Overigens merkt de raad met betrekking tot een tussentijdse premieverlaging op, dat meevallende ontwikkelingen ook op een meer geleidelijke wijze in de premiestelling tot uitdrukking zouden kunnen worden gebracht. Voorts zal de raad het op prijs stellen een verduidelijking te ontvangen over een passage in de adviesaanvrage, waarin de regering toezegt om – indien noodzakelijk – voor het jaar 1977 (voor welk jaar de regering overweegt de premieverlaging voor de verplichte verzekering te handhaven) een deel van de daaruit voortvloeiende vermindering van premieontvangsten via een *overheidsbijdrage* op te vangen. De raad tekent daarbij aan, dat in die situatie ook de subsidiëring van de vrijwillige en de bejaardenverzekering niet buiten beschouwing zal kunnen blijven.

3. Dagbehandeling in verpleeginrichtingen

De Ziekenfondsraad heeft staatssecretaris Hendriks op diens verzoek geadviseerd over de opneming van zogenaamde dagbehandeling in verpleeginrichtingen voor rekening van de A.W.B.Z.
Thans hebben al ongeveer twintig verpleeginrichtingen – waarvan een aantal reeds vele jaren – een afdeling voor dagbehandeling. Deze behandeling heeft tot doel patiënten die wegens ziekte of gebrek aangewezen zijn op het pakket van diensten van een verpleeginrichting, zonder nochtans gedurende het gehele etmaal hierop aangewezen te zijn, in staat te stellen zo lang mogelijk in het eigen milieu te verblijven. Onder 'eigen milieu' dient in dit verband te worden verstaan: de woning, het bejaardenoord of een andere verzorgingsinrichting. Door het voorkómen, uitstellen of bekorten van de intramurale zorg kan de dagbehandeling beschouwd worden als een *ondersteuning van het eerste echelon.* De financiering van de dagbehandeling is tot nu toe verbrokkeld: soms uit aanvullingsfondsen van de ziekenfondsen, soms door gemeentelijke sociale diensten en door eigen bijdragen van patiënten.

De Ziekenfondsraad staat in beginsel positief tegenover invoering van de

verstrekking dagbehandeling in verpleeginrichtingen in het kader van de A.W.B.Z. Hieronder te verstaan:

a. het verblijf in de verpleeginrichting gedurende de dag of een deel van de dag;
b. de hulp verleend door de aan de inrichting verbonden medewerkers volgens een behandelingsplan;
c. de begeleiding van de patiënt en zijn verzorgers door een deskundige op het gebied van maatschappelijk werk;
d. het door de verpleeginrichting georganiseerde vervoer dan wel het geadviseerde openbare vervoer.

De raad meent, dat met deze hulpverlening als A.W.B.Z.-verstrekking in een essentiële behoefte wordt voorzien. Gerekend moet worden op naar schatting 7.200 patiënten en op een kostenbedrag van circa *f* 80 miljoen per jaar. Voor de financiële gevolgen is het van groot belang of de dagbehandelingsplaatsen zullen worden ingenomen door patiënten die anders opgenomen zouden zijn of zouden zijn gebleven in een verpleeginrichting dan wel door patiënten die voorheen in hun eigen milieu verbleven. Naarmate het aandeel van de eerste groep patiënten groter is, worden er grotere besparingen gemaakt.

Voor wat betreft de datum van invoering der verstrekking is de raad van mening, dat deze met inachtneming van de daaraan verbonden kosten dient te worden bepaald in het licht van de prioriteitenstelling ten aanzien van andere verstrekkingen c.q. voorzieningen waarvan invoering op korte termijn wordt overwogen.

4. Sluiting Grave

Reeds in september 1973 besloot de staatssecretaris van Volksgezondheid de Rijkspsychiatrische Inrichting te Grave te sluiten, aangezien de gebouwen daarvan in deplorabele toestand verkeerden en voorts omdat deze psychiatrische inrichting in toenemende mate als verpleeghuis voor geriatrische patiënten ging dienen. Het gevolg is geweest, dat de exploitatietekorten over 1972 t/m 1974 – in totaal ruim *f* 2 miljoen – niet meer uit een verpleegprijsverhoging kunnen worden bestreden. Op verzoek van de staatssecretaris besloot de raad dit tekort ten laste van de Algemene Kas van de A.W.B.Z. te brengen.

5. Subsidieverlening

De ziekenfondsraad besloot voorts tot subsidiëring van:

a. de tandheelkundige groepspraktijk Abcoude;
b. een onderzoek naar de duurzaamheid van amalgaanrestauraties (tandheelkundige vullingen);
c. de schooltandverzorgingsdiensten;
d. de diabetesnazorgdienst in Limburg.

Meer belangstelling voor groeiproblemen

'Uit het bezoek van patiënten met echte of vermeende groeistoornissen aan de diverse poliklinieken van de medewerkers van de Stichting kon worden opgemaakt dat de problemen van groei en ontwikkeling zowel bij artsen als bij het publiek duidelijk meer belangstelling hebben dan enkele jaren terug. Indien het werk van de Stichting hiertoe heeft bijgedragen dan mogen wij op dit punt tevreden zijn'. Aldus een inleidende zinsnede in het jaarverslag 1975 van de Nederlandse Groeistichting, waarin onder meer ook het volgende wordt gesteld:
Evenmin als in 1974 waren er in 1975 belangrijke problemen in de voorziening van de patiënten met HGH. Wat dat betreft was 1975 een goed jaar. Tegen het einde van dat jaar evenwel begonnen zich voortekenen te tonen van minder plezierige en gemakkelijke tijden. Zoals in dit jaarverslag reeds werd vermeld kan vanaf 1976 niet meer worden gerekend op ontvangst van hypofysen uit Hongarije. Het aantal patiënten dat met Crescormon wordt behandeld zal vermoedelijk niet kunnen toenemen omdat de fabriek AB-KABI, van ons geen hypofysen ontvangt. Dit aantal bedraagt maximaal ongeveer 90 patiënten. Het in ons land bereide HGH is voldoende voor 20 à 25 patiënten, zodat er naar verwachting begin 1977 niet meer dan 115 patiënten per jaar met HGH kunnen worden behandeld. In 1976 zal het aantal patiënten dat HGH nodig heeft reeds toenemen tot 150 of zelfs meer. Uiterlijk eind 1976 zal het aantal moeten worden teruggebracht met 35 patiënten naar 115.
Er zijn drie oorzaken aan te wijzen voor dit plotseling optredende tekort. Allereerst uiteraard het wegvallen van de toevloed van hypofysen uit Hongarije; in de tweede plaats de zeer onvoldoende Nederlandse verzameling en de onmogelijkheid hierin op korte termijn verandering te brengen. Het is bijna beschamend ons land in dit opzicht te vergelijken met bijvoorbeeld Zwitserland, waar de jaarlijkse opbrengst ongeveer 24.000 hypofysen bedraagt. In de derde plaats neemt de behoefte aan HGH in de wereld sterker toe dan oorspronkelijk was voorzien. Het is een bekend feit dat, zodra er voor een aanvankelijk niet te genezen aandoening een goed geneesmiddel wordt gevonden, het aantal patiënten groter blijkt te zijn dan werd verondersteld. Zo ook hier. Een tiental jaren geleden meende men dat er in Nederland ongeveer 100 kinderen zouden zijn met een GH-dificit. Nu zijn er al 150 bekend en het is vrijwel zeker dat dit aantal in de komende jaren nog zal toenemen. Voorlopig, dat wil zeggen zeker gedurende de eerstkomende 5 jaar, zal de produktie van HGH afhangen van het aantal beschikbare hypofysen. Indien dit niet toeneemt – niet alleen bij ons, maar ook in sommige andere landen – blijft het tekort aan HGH bestaan en kan zelfs nog groter worden.

Het is in dit verband noodzakelijk voortdurend de patholoog-anatomen te blijven wijzen op het belang van de hypofyseverzameling en de Nederlander te blijven attenderen op de waarde die het menselijk lichaam na de dood heeft voor een ander.

medisch contact

Nr. 30 – 23 juli 1976

officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

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

van het hoofdbestuur

Kort verslag H.B.-vergadering d.d. 1 juni 1976

Intercollegiale toetsing. Het rapport van een gemeenschappelijke commissie van de Geneeskundige Vereniging en de L.S.V. inzake intercollegiale toetsing wordt kort besproken. Besloten wordt dat het bestaande werkgroepje intercollegiale toetsing van het H.B. een aantal algemene punten op papier zal zetten die van belang zijn voor alle groeperingen van artsen. Op basis daarvan zal dan in een volgende H.B.-vergadering een nieuwe discussie kunnen plaatsvinden.

Algemene Wet Gezondheidszorgverzekering. Op basis van een tweetal notities vindt een bespreking plaats die er in uitmondt dat het H.B. zich kan vinden in de gedachten, neergelegd in deze beide notities. Op basis hiervan zal in de komende vergadering van de Coördinatie-werkgroep, waarin zitting hebben vertegenwoordigers van het H.B. en de Centrale Besturen, verder kunnen worden gesproken.

Wet Gezondheidsvoorzieningen. Helaas heeft het H.B. niet de beschikking over de tekst van het wetsontwerp maar moet afgaan op gegevens vanuit de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, die de essentiële punten uit dit wetsontwerp zouden behelzen. Vooralsnog wordt een en ander voor kennisgeving aangenomen.

Abortuswetgeving. De discussie die plaats vindt is in feite een voortborduren op de bespreking die over dit onderwerp heeft plaats gevonden in de bijeenkomst van D.B. met vertegenwoordigers van de Afdelingsbesturen en met afgevaardigden. Gelet op het feit dat in de Memorie van Toelichting de Maatschappij met name wordt genoemd zonder dat duidelijk is op grond waarvan en met welke motieven dit is geschied, wordt besloten dat de voorzitter zich eerst met de indieners van het P.v.d.A./V.V.D.-wetsontwerp zal verstaan, teneinde hieromtrent helderheid te verkrijgen.

Algemene Bijstandswet. In verband met een wijziging van deze wet, waarmede beoogd wordt een beperking van de financiering van bijzondere medische voorzieningen ten laste van de Bijstandswet te bewerkstelligen, vindt een korte bespreking plaats, welke er in resulteert dat de voorzitter op zich neemt een paar punten van dit wijzigingsvoorstel in het periodiek contact met het ministerie ter sprake te brengen.

Medische sportbegeleiding. Naar aanleiding van besprekingen in de Centrale Raad voor de Volksgezondheid over dit onderwerp vindt een gedachtenwisseling plaats. Besloten wordt het vraagstuk ter advisering aan het bestuur van de L.H.V. voor te leggen.

Bevoegdhedenregeling verpleegkundigen. Ook de discussie hierover vindt plaats naar aanleiding van besprekingen in de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Het H.B. kan zich in algemene zin met het advies van de Centrale Raad over dit onderwerp verenigen.

J. Diepersloot, arts,
secretaris-generaal

168ste Algemene Vergadering der K.N.M.G.

vrijdag 17 september 1976, aanvang 17.30 uur
in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht

van het centraal bestuur L.S.V.

Commentaar van het Centraal Bestuur der L.S.V. op het rapport van de Commissie Becht

Het Centraal Bestuur der Landelijke Specialisten Vereniging is na bestudering van het rapport van de Commissie Becht tot de volgende standpuntbepaling gekomen inzake enige in het rapport te onderscheiden hoofdpunten:

1. De rol van de ziekenfondsen.

Naar de mening van het Centraal Bestuur heeft de Commissie Becht te weinig oog gehad voor de positieve rol die de ziekenfondsen sinds jaren in de gezondheidszorg spelen. De commissie legt sterk de nadruk op de privaatrechtelijke signatuur van de ziekenfondsen en verbindt daaraan nogal wat vraagtekens met een vernietigende ondertoon. Zij realiseert zich stellig niet dat juist in de privaatrechtelijke sfeer de motivatie en de eigen verantwoordelijkheid sterk tot hun recht kunnen komen.
In dit licht dient dan ook te worden bezien dat de ziekenfondsen, die paritair door verzekerden en medewerkers worden bestuurd, positieve kanten vertonen die in het rapport niet worden vermeld. Met name zijn het juist de medewerkers-bestuursleden geweest die altijd invloed hebben uitgeoefend op hun collegae om de doelstellingen van de ziekenfondsverzekering tot hun recht te doen komen. Een en ander laat natuurlijk geheel onverlet dat de werkzaamheden van de ziekenfondsen onder het kritische toezicht dienen te staan van de samenleving.
Opvallend is dat de commissie, die is ingesteld naar aanleiding van recente incidentele casuïstiek, deze zonder meer als maatgevend voor het ziekenfondssysteem aanneemt.
De validiteit van de stelling, dat 'uit de aan het licht gekomen gevallen slechts het topje van de ijsberg van onjuist handelen door medewerkers en instellingen bleek', is niet nader geadstrueerd, noch zijn de werkelijke merites van een sinds jaar en dag beproefd systeem op evenwichtige wijze geanalyseerd.
Ofschoon de commissie stelt dat zij 'teneinde zich diepgaand te oriënteren en door te dringen in de in de kringen van betrokkenen heersende opvattingen in de loop van haar onderzoek gesprekken heeft gevoerd met vertegenwoordigers der L.S.V. en van andere medewerkersorganisaties', heeft deze 'diepgaande oriëntatie' zich van wat de L.S.V. betreft beperkt tot een informatief gesprek van 1½ uur. Dit klemt des te meer gezien de bijzondere aandacht die in het rapport aan de medische specialisten en het voor hen geldende honoreringssysteem wordt besteed.
Ook is geen positieve kant naar voren gebracht ten aanzien van de rol van de adviserend-geneeskundigen der ziekenfondsen. Het vele werk dat door hen wordt verricht, zoals bijvoorbeeld het signaleren van in de praktijk niet juist functionerende honoreringsregelingen, valt schijnbaar in het niet door de recente incidentele casuïstiek.

2. De problematiek van de overeenkomsten en de controle

De commissie benadrukt sterk hetgeen tussen medewerkers en ziekenfondsen op dit moment niet tot stand is gekomen en zij noemt daarbij als belangrijkste voorbeeld een – inderdaad bij de wet voorziene – modelovereenkomst ziekenfonds/medewerker.
Allereerst zij hieromtrent opgemerkt dat bij een contractuele relatie de materiële inhoud der overeenkomst minstens zo belangrijk is als de formele. Van meet af aan hebben de specialisten niet alleen erkend dat controle inhaerent is aan de relatie medewerkers – ziekenfondsen. Neen, sterker nog, zij hebben zich als medewerkers aan het systeem ook over dit onderdeel van het systeem medeverantwoordelijk gevoeld. Deze medeverantwoordelijkheid is bij de opzet van het honoreringssysteem der medische specialisten al tot uiting gekomen in eensdeels ingebouwde financiële remmen (verwijskaart, herhalingskaart, 'dure' dagen, goedkope dagen e.d.) en anderdeels een zodanige formalisering dat een en ander controleerbaar is (nog daargelaten dat werd meegewerkt aan het zogenaamde machtigingensysteem!) hetgeen inhoudt dat voor vrijwel elke specialistische handeling buiten het abonnementstarief van de verwijs- en herhalingskaarten een machtiging moet worden aangevraagd.
Het is echter zowel bij de ziekenfondsen als bij de L.S.V. reeds lang de vraag of het machtigingensysteem moet worden gehandhaafd. Men zou dit pur sang micro-controle-systeem, gezien het zeer grote aantal gevallen, liever *in eerste instantie* vervangen zien door een statistische macro-controle. Een dergelijke macro-controle zal echter weer haar werkelijke waarde pas kunnen bewijzen door besprekingen (analysering) van individuele gevallen, waarop de macro-controle heeft geattendeerd.
In dit verband is het opvallend dat door de Commissie Becht volledig voorbij wordt gegaan aan met dit oogmerk reeds enige jaren geleden door ziekenfondsen en L.S.V. gezamenlijk ontwikkelde initiatieven, te weten:

1. Het aan de plaatselijke ziekenfondsen doorgeven van vanuit het – reeds sinds 1949 bestaande, gemeenschappelijk door ziekenfondsen en L.S.V. in stand gehouden – Centraal Bureau voor de Administratie der Specialistenhonorering afkomstige gegevens betreffende het totaal in enig jaar door een specialist bij de ziekenfondsen gedeclareerde bruto-bedrag en

het bruto-landelijk gemiddelde voor het betrokken specialisme, benevens een aantal andere kerngegevens per specialist.
2. Het toekennen van het recht op inzage van relevante gedeelten der ziektegeschiedenissen aan de adviserend-geneeskundigen der ziekenfondsen teneinde declaraties controleerbaar te maken.
3. Zeer recent is daar nog bij gekomen – en dàt is na het verschijnen van het rapport van de Commissie Becht, maar *niet* als gevolg daarvan gerealiseerd – een intentieverklaring van G.O.Z., L.A.D., L.S.V. en N.Z.R., waarin men plaatselijk wordt opgeroepen te komen tot een gestructureerd overleg tussen ziekenfondsen, directies van ziekenhuizen en medische staven. Dit vooral met het oogmerk om plaatselijk de L.I.S.Z.-gegevens bespreekbaar (en analyseerbaar) te maken.

Overigens heeft de L.S.V. geen enkel bezwaar tegen een landelijke modelovereenkomst ziekenfonds/medewerker. Zoals uit het hierboven gegeven voorbeeld blijkt, zou dit slechts een formalisering betekenen van een reeds lang aanwezige intentie welke men tot nog toe – ook zonder modelovereenkomst – juist op grond van de directe betrokkenheid die men als 'medewerkers' bij het systeem voelt steeds getracht heeft daadwerkelijk inhoud te geven.
In verband met hetgeen door de commissie over de totstandkoming van de landelijke overeenkomsten is gesteld, moge worden gemèmoreerd dat nauwelijks een 'zorgvuldiger' systeem ten opzichte van loon- en prijsvoering in de Nederlandse samenleving bestaat. Wat is namelijk het geval?

– Eerst onderhandelen partijen, i.c. ziekenfondsorganisaties en medewerkersorganisaties;
– vervolgens leggen zij hun overeenstemming voor aan de Commissie Overeenkomsten van de Ziekenfondsraad, waarin zitting hebben 3 vertegenwoordigers van Werkgeversorganisaties en 3 der Werknemersorganisaties èn 3 Kroonleden;
– daarop wordt het 'advies' van de Commissie Overeenkomsten voorgelegd aan de Ziekenfondsraad, – waarin zitting hebben 7 vertegenwoordigers van Werkgeversorganisaties, 7 van Werknemersorganisaties, 7 Kroonleden, 7 vertegenwoordigers van de medewerkersorganisaties en 7 vertegenwoordigers van de ziekenfondsorganisaties – die dan overigens wel een $\frac{2}{3}$ meerderheid moet hebben om tegengesteld aan een besluit van de Commissie Overeenkomsten te beslissen;
– tenslotte is er de minister die het besluit van de Ziekenfondsraad moet bekrachtigen.
Hierbij valt op dat:
1e. het College van Rijksbemiddelaars als toetsingsorgaan van C.A.O.'s reeds enige jaren geleden aan zijn eind is gekomen (Men denke overigens ook aan de recente opstelling van de vakbeweging ten aanzien van een mogelijke Loonwet!);
2e. met name de vakbeweging door zijn bestuurlijke participatie in de Unie van Ziekenfondsen op drie belangrijke beslissende stadia zijn invloed kan laten gelden. In dit verband doet het enigszins hypocriet aan dat juist vanuit die hoek – en de Commissie Becht volgt hen daarin – een aanval wordt gericht op het feit dat in sommige ziekenfondsbesturen ook medewerkers participeren.
– Ten aanzien van de totstandkoming van de landelijke overeenkomsten is de eventuele invloed van de medewerkersorganisaties – zoals uit het vorenstaande blijkt – duidelijk minder. Zij zitten bijvoorbeeld niet in de Commissie Overeenkomsten, wier besluiten slechts met $\frac{2}{3}$ meerderheid door de Ziekenfondsraad ongedaan kunnen worden gemaakt!
Betreffende de Contractloze periode merkt de commissie in haar conclusies en aanbevelingen op dat 'bij dreiging van een contractloos tijdperk de minister de bevoegdheid dient te krijgen partijen te verplichten de bestaande overeenkomst ook na de expiratiedatum nog enige tijd voort te zetten'. Het is de commissie blijkbaar niet bekend dat tussen de medewerkersorganisaties en ziekenfondsorganisaties een 'gentlemen's agreement' bestaat, dat er van uit gaat, dat in geval van een conflict nog 6 maanden op de oude basis wordt doorgewerkt. Naar de mening van de commissie zou hier een lacune bestaan, waarin wettelijk zou moeten worden voorzien! Wordt hiermede niet geïllustreerd dat de commissie in het algemeen te weinig voeling met de realiteit heeft gehad?

3. De problematiek van de tarieven

Sinds 1949, het jaar waarin de huidige tariefsstructuur tot stand is gekomen, heeft het verrichtingentarief voor de specialist berust op een gemiddelde prestatie. Dit blijkt evident uit de honoreringsstructuur zelf.
Een voor de verschillende specialismen ongeveer gelijke gemiddelde honorering, alsmede een bij de verschillende specialismen ongeveer gelijke relatie tussen honoraria en inspanning waren eveneens peilers van het systeem.
Voor de medische specialisten geldt dat de medische wetenschap continu in ontwikkeling is. Daarom is het noodzakelijk de honoreringsregelingen regelmatig aan te passen, hetgeen ook geschiedt. Ontwikkelingen van het medisch-specialistisch functioneren resulteren enerzijds in een vereenvoudiging (bijvoorbeeld door invoering van apparatuur en hulpkrachten), anderzijds in een verzwaring (door bijvoorbeeld ingewikkelder en tijdrovender behandelingen, teamwork, stafwerk) van het medisch handelen. Inhaerent aan elk systeem is dat de gevolgen van veranderingen in het medisch-specialistisch functioneren pas na enige tijd merkbaar worden in de honoreringsregelingen. Bij het aanpassen van de honoreringsregelingen is het duidelijk dat er dus altijd sprake zal zijn van enig na-ijlen.
De L.S.V. is ervan overtuigd dat de uitgangspunten en grondslagen van het ziekenfondsho-

noreringssysteem, zoals die hierboven zijn uiteengezet, vandaag de dag nog geheel valide zijn. Ook realiseert de L.S.V. zich dat aan mogelijke knelpunten in dit systeem de volle aandacht moet worden gegeven. Zij zal daaraan niet alleen haar volle medewerking verlenen, doch heeft ook zelf reeds initiatieven genomen om duidelijkheid in deze te scheppen. Zo is de L.S.V. thans onder meer bezig om met behulp van externe deskundigen te onderzoeken welke reële knelpunten de huidige tariefsstructuur kenmerken en op welke wijze deze op korte termijn kunnen worden opgelost.
Een systeem, gebaseerd op de gemiddelde tijdsduur per verrichting, zoals door de commissie wordt aanbevolen, is naar de mening van de L.S.V., alhoewel misschien theoretisch aanlokkelijk, praktisch onmogelijk.
In 1954 heeft een dergelijke door de L.S.V. geëntameerde poging, ondanks alle medewerking schipbreuk geleden. Het door de commissie aanbevolen systeem zal – zoals de meeste van de aanbevelingen – tot een vergaande bureaucratisering leiden. Het is voor de L.S.V. ook zeer de vraag of door een vérregaande ambtelijke bevoogding van het ziekenfondswezen (bijvoorbeeld controle via de Algemene Rekenkamer of een ander bureau, dat nauwelijks een andere taak kan hebben dan toezicht op de ziekenfondsen) inhoudelijk een beter resultaat dan tot nu toe zou worden bereikt. Bovendien zullen de kosten een veelvoud van de baten vormen. In ieder geval staat wel vast dat het begrip 'medewerker' dan een volstrekt andere inhoud zal krijgen.

4. De problematiek van het voorschrijven van geneesmiddelen

Aan het medisch en economisch verantwoord voorschrijven wordt door de commissie slechts summier aandacht besteed. De commissie concludeert dat de arts verplicht moet worden om volgens de in de Regeling en Klapper neergelegde voorschriften voor te schrijven.
De L.S.V. erkent een algemene plicht voor de medicus om niet alleen medisch doch ook economisch verantwoord te handelen, dat wil zeggen ook voor te schrijven. Dat dit zou worden bereikt door een binding aan de huidige Regeling en Klapper – waaraan vele bezwaren kleven – acht de L.S.V. zeer illusoir. De huidige Regeling en Klapper is daartoe te enen male ongeschikt. Het is een door wetenschapsmensen ontworpen, in de praktijk onbruikbaar boekwerk.
Recent zijn door de L.S.V. – zoals reeds door de voorzitter der L.S.V. in zijn inleiding voor de Ledenvergadering d.d. 15 mei 1976 (zie Medisch Contact 1976/22) is aangegeven – bij de ziekenfondsorganisaties een aantal concrete voorstellen op tafel gelegd. Deze behelzen:
a. dat de verzekerde bewust wordt gemaakt, dat enigerlei beperking ten aanzien van de voorschrijving van geneesmiddelen die de arts op zich neemt (of aan de arts bijvoorbeeld wordt opgelegd) voor de patiënt een beperking van zijn verzekerde pakket betekent;
b. dat een dergelijke beperking van het verzekerde pakket aanvaardbaar is in het licht van het groeiend besef dat collectieve voorzieningen niet alles behoeven te omvatten. Maar dan moet aan de individuele burger niet tevens de vrijheid worden ontnomen zich desgewenst voor eigen rekening buiten het verzekerde pakket te begeven;
c. dat elke beperking van de geneesmiddelen-verstrekking welke in een medewerkerscontract wordt opgenomen vergezeld moet gaan van een duidelijke en hanteerbare informatie over soorten en hoeveelheden.

5. Slotopmerking

Met het bovenstaande wil overigens geenszins gezegd zijn dat de L.S.V. niet open zou staan voor kritiek ten aanzien van het functioneren van de specialist als medewerker, hetzij individueel, hetzij als organisatie. Het is goed dat juist ook van buitenaf de bij het ziekenfondssysteem betrokkenen eens een spiegel wordt voorgehouden. Men dient er echter voor te waken dat deze spiegel noch hol noch bol is, doch daarentegen vlak – dat wil zeggen objectief – is!
Ondanks waardevolle suggesties die in het rapport zijn opgenomen moet toch de algemene conclusie zijn dat het in zijn totaliteit zijn doel voorbij schiet. Dit is te wijten aan:
a. een te weinig diepgaande analyse van eventuele tekortkomingen in het huidige systeem;
b. een miskenning van het belang van uit zichzelf gemotiveerde 'medewerkers' van dit systeem;
Het is geenszins de bedoeling van de L.S.V. alleen negatieve kritiek te leveren. De L.S.V. geeft door in deze ontwikkelde initiatieven blijk steeds gaarne bereid te zijn naar adaequate oplossingen te zoeken en om constructief mede te werken. Het wordt sterk betwijfeld of met oplossingen, zoals door de Commissie-Becht worden voorgesteld, een beter resultaat zal worden bereikt.

mc

van het bureau voor

waarneming en vestiging

Waarnemers gezocht

Het K.N.M.G.-bureau voor Waarneming en Vestiging doet een dringend beroep op die artsen, die in de gelegenheid zijn waar te nemen, zich te melden. Potentiële waarnemers – in het bijzonder voor wat betreft de periode **juli tot half augustus** worden verzocht zich te wenden tot:
Bureau voor Waarneming en Vestiging, telefonisch: 030-88 54 11 (tussen 08.00 en 16.30 uur); of schriftelijk: p/a Lomanlaan 103 te Utrecht.

van het Centraal College

Jaarverslag 1975 van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten kwam in 1975 in totaal veertien maal bijeen. Er werden twaalf avondvergaderingen gehouden, waaronder een extra-vergadering, op 7 en 8 februari een studiebijeenkomst in hotel-restaurant De Bilderberg te Oosterbeek en op 4 oktober een studiedag in het gebouw der K.N.M.G. Op de studiedagen en ook in enkele avondvergaderingen werd een aantal algemene onderwerpen, verband houdende met de opleiding van medische specialisten, besproken.
De voorzitter, Prof. Dr. G. A. Lindeboom, gaf bij de opening van het nieuwe werkjaar in de januarivergadering een uiteenzetting over de komende werkzaamheden van het College en over de daarmede verband houdende problemen[1].
Aangezien op 31 december de derde zittingsperiode van de gewone leden en plaatsvervangende leden zou beëindigen, werd de procedure voor de benoeming, c.q. herbenoeming in werking gesteld. Naar aanleiding hiervan werd nog eens gesproken over de functie van het Centraal College. Uitdrukkelijk werd er op gewezen dat het College een beleidsorgaan is dat o.m. tot taak heeft de opleidingseisen voor de verschillende specialismen in officiële besluiten vast te leggen, welke ter kennis van het hoofdbestuur der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en van de minister van onderwijs en wetenschappen worden gebracht. Het hoofdbestuur heeft reglementair het recht over een besluit aan de minister advies te geven. De minister pleegt ruggespraak met zijn ambtbgenoot van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en heeft het recht van veto.
De leden van het Centraal College hebben zitting zonder mandaat of last en ruggespraak. Zij zijn benoemd wegens hun deskundigheid en inzichten op het gebied van specialistische opleidingen en de daarmee samenhangende vraagstukken, waarbij het niet vereist is dat zij zelf als opleider zijn erkend.
Belangrijke *algemene onderwerpen* waren in het verslagjaar: de opleiding tot specialist, de opleiding tot arts en de specifieke beroepsopleiding, de vrije vestiging van artsen in de E.E.G.-landen, de commissie assistent-geneeskundigen, het postacademisch onderwijs geneeskunde.

De opleiding tot specialist

De fundamentele problemen bij de specialisten-opleiding werden op de op 7 en 8 februari 1975 gehouden studiebijeenkomst diepgaand besproken aan de hand van een aantal door Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, ondervoorzitter van het Centraal College, opgestelde discussiepunten. Deze punten waren:

- doelstelling van de opleiding tot specialist;
- kopppelingsproblemen, bij de overgang van de middelbare opleiding naar de universitaire opleiding, van de artsen-opleiding naar de specialistenopleiding en van de overgang van de specialistenopleiding naar de zelfstandige uitoefening van de praktijk;
- evaluatie van de opleiding tot specialist;
- toelating tot de specialistische opleiding;
- examens in de opleiding;
- verdere uitsplitsing van specialismen of integratie in het moeder-specialisme;
- eventueel een strakkere programmering zowel naar tijd, als maar inhoud en aard en soort van de verrichtingen.

De bespreking van deze veelomvattende en diepgaande studie vereisende onderwerpen werd voortgezet op de studiedag van 4 oktober 1975, ook wat betreft de inhoud en organisatie van de specialistenopleiding. Voor deze bespreking waren uitgenodigd de deelnemers aan het permanente overlegorgaan tussen de medische faculteiten en de drie Colleges. De instelling van dit overlegorgaan is in het jaarverslag 1974 vermeld.[2]

De opleiding tot arts en de specifieke beroepsopleiding

Op de studiedagen kwam ook ter sprake dat, als gevolg van de herziening van het Academisch statuut, thans bij de opleiding tot arts niet in alle specialistische vlakken onderwijs behoeft te worden gegeven. Het Centraal College vroeg zich af of hierdoor niet de kans bestaat dat de aanstaande arts niet al die co-assistentschappen volgt die een noodzakelijke basis zijn voor het specialisme, waarvoor hij na zijn artsexamen wil worden opgeleid.
Besloten werd aan de Concilia van de landelijke wetenschappelijke specialisten verenigingen een brief te schrjven, waarin o.m. werd gevraagd welke co-assistentschappen in de opleiding tot arts noodzakelijk werden geacht voor hun specialisme.

De vrije vestiging van artsen in de E.E.G.-landen

Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, ondervoorzitter van het Centraal College, lid van het permanente comité van artsen in de E.E.G. en bestuurslid van de U.E.M.S., deed regelmatig verslag van de vorderingen met betrekking tot de vrije vestiging van artsen in de E.E.G.-landen en de in wording zijnde richtlijnen voor deze vrije circulatie.
16 juni 1975 werden door de Raad van de Europese Gemeenschappen vastgesteld de Richtlijn 75/362/E.E.G. 'inzake de onderlinge erkenning van de diploma's, certificaten en

andere titels van de arts, tevens houdende maatregelen tot vergemakkelijking van de daadwerkelijke uitoefening van het recht van vestiging en vrij verrichten van diensten' en de Richtlijn 75/363/E.E.G. 'inzake de coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende de werkzaamheden van de arts'.
Deze richtlijnen gaven het Centraal College gelegenheid tot een uitvoerige bespreking over de vrije vestiging van artsen in de E.E.G.-landen en de vraagstukken die zich daarbij zullen voordoen, zulks mede aan de hand van een notitie van de secretaris van het Centraal College waarin op vele punten werd gewezen en een aantal vragen werd gesteld.
Het Centraal Bestuur van de Landelijke Specialisten Vereniging organiseerde een bijeenkomst van de vertegenwoordigers der landelijke wetenschappelijke specialisten verenigingen in de z.g. monospecialistische comité's van de U.E.M.S. Het doel van deze bijeenkomsten, welke tweemaal per jaar zullen plaats vinden, is over en weer informatieoverdracht over recente ontwikkelingen in het permanente comité van artsen in de E.E.G. en het bestuur van de U.E.M.S. en binnen de diverse monospecialistische comité's. Aangezien het hoofdzakelijk opleidingsvraagstukken zijn welke aan de orde komen, was ook een vertegenwoordiging van het Centraal College aanwezig.

De Commissie Assistent-Geneeskundigen

Nadat de vertegenwoordiger van het Centraal College in de Commissie assistent-geneeskundigen enkele malen verslag had gedaan over de stand van zaken, werd het door de commissie uitgebracht interim-rapport in een drietal vergaderingen van het College besproken.
Gezien het grote belang van een goede regeling van de rechtspositie en de invloed welke een goede regeling heeft op de sfeer waarin de opleiding plaats vindt, zond het Centraal College gezamenlijk met het Centraal Bestuur van de Landelijke Specialisten Vereniging het rapport om commentaar naar de landelijke wetenschappelijke specialisten verenigingen. In aansluiting hieraan vond een bijeenkomst plaats van het Centraal College en het Centraal Bestuur van de LSV met vertegenwoordigers van de specialistenverenigingen.
Mede gelet op de ontvangen informaties en meningen, stelde het Centraal College in de decembervergadering zijn antwoord aan de Commissie assistent-geneeskundigen vast. In dit antwoord werd o.m. ingegaan op de afdwingbaarheid van de gestelde voorschriften en eisen, de bevoegdheid en bekwaamheid van de assistent-geneeskundige benevens een eventuele fasering in de opleiding, de normatieve assistentenplaats en de financiering van de opleiding.

Het post-academisch onderwijs geneeskunde

Het hoofdbestuur van de K.N.M.G. wendde zich tot het Centraal College met o.m. de vraag hoe het College de relatie zag tussen basisopleiding, beroepsopleiding en nascholing.
Na enige discussie besloot het Centraal College te antwoorden dat het de nauwe samenhang die er bestaat tussen de verschillende onderdelen van de gehele reeks van de geneeskundige opleidingen onderkent. Het was unaniem van oordeel dat de noodzaak tot het volgen van post-academisch onderwijs geneeskunde bestaat vanaf het moment waarop de arts aan het einde van zijn beroepsopleiding onder zijn verantwoordelijkheid zijn maatschappelijke functie krachtens zijn erkenning en registratie op grond van de gevolgde beroepsopleiding aanvaardt.
In de avondvergadering kwamen aan de orde de voorgestelde *opleidingseisen* voor de specialismen laboratoriumonderzoek, hoofdvak pathologische anatomie en hoofdvak klinische chemie, revalidatie en anesthesie.
Wat betreft de indeling van het specialisme laboratoriumonderzoek in de drie hoofdvakken bacteriologie, klinische chemie en pathologische anatomie besloot het Centraal College voortaan te spreken over de afzonderlijke specialismen bacteriologie, klinische chemie en pathologische anatomie.
De voornaamste reden hiervoor was dat de drie hoofdvakken, met ieder voor zich een eigen inhoud en opleiding, in E.E.G.-verband als aparte specialismen waren aangemerkt.

Pathologische anatomie

Van de Nederlandse patholoog-anatomen vereniging werd ontvangen een nieuw voorstel inzake de opleidingseisen voor het specialisme laboratoriumonderzoek, hoofdvak pathologische anatomie, dat was gebaseerd op een opleidingsduur van vier jaar. Een enkele jaren tevoren ingediend voorstel was n.l. door het Centraal College afgewezen omdat daarin was uitgegaan van een vijf jaar durende opleiding.
In een begeleidend schrijven werd er op gewezen dat de Vereniging, hoewel zij geen redenen zag haar standpunt inzake een opleidingsduur van vijf jaar te wijzigen, uit praktische overwegingen een opleidingsduur van vier jaar had aanvaard.
Het Centraal College besprak het begeleidend schrijven en ingediende voorstel uitvoerig, en besloot de naar voren gebrachte opmerkingen en vragen in kleine kring met een vertegenwoordiging van de Vereniging te bespreken.
In deze bespreking werd besloten dat de secretaris van het Centraal College de verschillende punten in een nieuw ontwerp-opleidingseisen zou verwerken en dit ontwerp ter beoordeling en voor commentaar aan de vertegenwoordiging van de Vereniging zou toezenden.

Klinische chemie

In het jaarverslag 1974 is vermeld dat het van het bestuur van de Nederlandse vereniging van laboratoriumartsen ontvangen schetsmatige voorstel inzake de opleidingseisen voor het specialisme laboratorium-onderzoek hoofdvak klinische chemie, door de secretaris van de Specialisten Registratie Commissie en de secretaris van het Centraal College met een vertegenwoordiging van de Vereniging zou worden besproken.
Naar aanleiding van deze bespreking stelde de secretaris van het Centraal College een in de

gebruikelijke vorm gegoten ontwerp-opleidingseisen op. Het ontwerp werd aan de vertegenwoordiging gezonden en, na daarover gevoerde correspondentie, met een memorandum van het bestuur der Vereniging inzake de opleiding laboratoriumarts hoofdvak klinische chemie aan het Centraal College gezonden. Aangezien het Centraal College zich kon verenigen met de in het memorandum weergegeven motivering waarom op het terrein van de klinische chemie ook daarvoor opgeleide artsen werkzaam moeten zijn, werd een tweede ontwerp-opleidingseisen aan het bestuur van de Vereniging gezonden.

Revalidatie

In het jaarverslag 1973 is vermeld dat na ampel beraad de conclusie van het Centraal College was dat de revalidatiearts in het huidige bestel van de patiëntenzorg niet weg te denken is en een eigen plaats inneemt.
Dientengevolge werd aan het bestuur van de Nederlandse vereniging van artsen voor revalidatie en fysische geneeskunde verzocht het indertijd ingediende voorstel inzake de opleidingseisen voor het specialisme revalidatie opnieuw te formuleren. Daaropvolgend hadden in kleine kring een drietal besprekingen plaats met een vertegenwoordiging van de Vereniging en een door het bestuur van de Vereniging ingestelde commissie, werden een viertal ontwerp-opleidingseisen gemaakt, en werd een uitgebreide correspondentie met de commissie gevoerd.
Dit alles resulteerde in een voorstel inzake de opleidingseisen voor het specialisme revalidatie van de Vereniging aan het Centraal College.
Het Centraal College besprak het voorstel uitvoerig in twee vergaderingen. In de tweede vergadering in aanwezigeid van Prof. Dr. H. Verbiest, voorzitter van de na het uitbrengen van haar rapport opgeheven studiecommissie revalidatie, en mede aan de hand van een nota van Prof. Verbiest en een schrijven van Prof. Dr. M. C. Colenbrander, lid van het Centraal College.

Tenslotte werd besloten tot een gezamenlijke bespreking met een vertegenwoordiging van de Vereniging. In deze bespreking werd aan de delegatie gevraagd de voorgestelde opleidingseisen, gezien de naar voren gebrachte vragen en opmerkingen, nog eens nader te bestuderen.

Anaesthesie

Van het bestuur van de Nederlandse anaesthesisten vereniging werd ontvangen een voorstel inzake de opleidingseisen voor het specialisme anaesthesie, ter vervanging van het besluit no 1 – 1969.
Het Centraal College ontving ook het rapport uitgebracht door een door het bestuur van de Vereniging ingestelde commissie herziening opleidingseisen.
Het rapport van de commissie werd in twee vergaderingen van het Centraal College uitgebreid besproken. In de tweede vergadering aan de hand van een nota van Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, ondervoorzitter van het Centraal College, en een nota van Prof. Dr. J. F. Crul en Dr. J. Lelkens, respectievelijk lid en plaatsvervangend lid van het College.
Gehoord de vele gestelde vragen en gemaakte opmerkingen werd besloten de stukken vooreerst in kleine kring te bespreken, teneinde te trachten gezamenlijk tot een synthese te komen.
Behalve bovengenoemde opleidingseisen besprak het Centraal College nog een aantal andere onderwerpen verband houdende met de *opleiding, erkenning en registratie* van medische specialisten.

Kosten opleiding medische specialisten in niet-universitaire ziekenhuizen

Aan de staatssecretaris van Onderwijs en Wetenschappen werd gevraagd in overweging te nemen het bedrag dat beschikbaar was gesteld ter tegemoetkoming in de kosten van de honorering van een chef de clinique in niet universitaire opleidingsinrichtingen, te verhogen. Niet alleen dat door de waardevermindering van het geld de koopkracht van het indertijd beschikbaar gestelde *f* 1.000.000,— is gedaald, maar ook het aantal aangevraagde en toegestane chefs de clinique nam van jaar tot jaar toe. Begin 1976 deelde de staatssecretaris mede dat de regeling inzake een in een aantal gevallen te verlenen subsidie ook voor 1975 zou gelden[3] en dat hij zich over de problematiek van deze materie een nader oordeel zou vormen.
De Specialisten Registratie Commissie legde drie onderwerpen aan het Centraal College voor met de vraag hoe zij hier tegenover moest staan. Het betrof de *detachering van assistent-geneeskundigen, opleiding tot specialist in het buitenland,* en *meetellen van specialistische kennis en ervaring verkregen buiten het kader van de officiële opleiding.* Tot dusver had de S.R.C. van geval tot geval een beslissing moeten nemen, maar zij achtte het gewenst dat er nadere regels en voorschriften werden vastgesteld. Het Centraal College was het hiermede eens en besloot deze regels en voorschriften in officiële besluiten vast te leggen, welke in een drietal vergaderingen werden besproken en gehoord de S.R.C. werden vastgesteld[4].

De foniatrie

De door het Centraal College in 1972 ingestelde studiecommissie foniatrie[5] bracht een interim-rapport uit. De conclusie van de overgrote meerderheid der commissie is dat het beeld van een eventueel in te stellen specialisme op het gebied van de foniatrie en logiatrie nog niet geheel duidelijk en niet voldoende uitgekristalliseerd is. Teneinde voor een toekomstig specialisme op dit gebied ervaring te verkrijgen met een te realiseren inhoud, denkt de commissie aan een praktische oplossing door een nauwe samenwerking gedurende bijvoorbeeld twee jaar tussen een bestaande foniatrische en logiatrische afdeling.
Het Centraal College besprak het interim-rapport in drie vergaderingen, waarvan éénmaal

gezamenlijk met de studiecommissie, en besloot aan de commissie te verzoeken het interim-rapport voor commentaar te zenden aan alle op het onderhavige gebied werkzame personen, instellingen en organisaties.

De nucleaire geneeskunde

In 1973 heeft het Centraal College een studiecommissie nucleaire geneeskunde ingesteld[6]. De voorzitter van deze studiecommissie, Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, gaf in het verslagjaar in een interim-nota een uiteenzetting over de stand van zaken, over de werkzaamheden van de commissie en over een eventuele verdere ontwikkeling van voorstellen tot het instellen van dit specialisme. Na een diepgaande bespreking van deze nota besloot het Centraal College aan de studiecommissie te verzoeken haar werkzaamheden voort te zetten, mede gelet op de door het Centraal College gemaakte opmerkingen.

Obducties

Bericht werd ontvangen dat bij de visitatie van een erkende opleiding voor het specialisme inwendige geneeskunde naar voren was gebracht dat het percentage opducties op 50 moet worden gesteld.
Deze aangelegenheid werd voorgelegd aan het bestuur van de Nederlandsche Internisten Vereniging, waarop het Concilium van de Vereniging mededeelde dat volgens zijn opvatting moet worden gestreefd naar een percentage van 50.
Het Centraal College kon deze opvatting delen, maar voegde daaraan toe dat een dergelijk percentage niet als eis kan worden gesteld bij de erkenning van een inrichting als opleidingsinrichting voor het specialisme inwendige geneeskunde, mede omdat opvattingen van derden van invloed zijn op het aantal obducties.

De stage radiotherapie

In april 1974 had in kleine kring een gesprek plaats gehad met een delegatie van het Concilium radiologicum over de in het besluit no 5 – 1973, inzake de opleidingseisen voor het specialisme radiodiagnostiek, opgenomen verplichte stage van 3 maanden radiotherapie. Afgesproken werd dat het bestuur van de Nederlandse vereniging voor radiologie en het Concilium zich nog eens zouden beraden over hun verzoek de stage niet meer verplicht te stellen en zich eventueel opnieuw tot het Centraal College te wenden.
Het bestuur der Vereniging zond daarna een schrijven aan het Centraal College, waarin het uitvoerig motiveerde het verzoek de stage radiotherapie facultatief te stellen, zulks mede op grond van een onder de assistent-geneeskundigen gehouden enquête.

Nadat de ondervoorzitter van het Centraal College een gesprek had gehad met enkele cardiologen, werd deze aangelegenheid afgehandeld.
Het Centraal College achtte het nuttig de verplichting niet absoluut te handhaven, maar was wel van oordeel dat een wijziging van het besluit no 5 – 1973 inzake de opleidingseisen voor het specialisme radiodiagnostiek voorshands niet opportuun was.
Naar de mening van het College is, althans voorlopig, de beste en enige weg dat een assistent-geneeskundige die voor het specialisme radiodiagnostiek wordt of zal worden opgeleid en de verplichte stage radiotherapie liever niet wil volgen, zich tot de Specialisten Registratie Commissie wendt met het verzoek hem ontheffing van deze verplichting te verlenen.
De S.R.C. kon hiermede akkoord gaan en de beslissing van het Centraal College terzake werd aan het bestuur en het Concilium van de Nederlandse vereniging voor radiologie medegedeeld.

De Specialisten Registratie Commissie

Evenals in andere jaren was ook in het verslagjaar de samenwerking met de Specialisten Registratie Commissie zeer goed.
Leden van de Commissie van Uitvoering van de S.R.C. waren op de studiedagen van het Centraal College aanwezig. De vergaderingen van het Centraal College werden bijgewoond door de secretaris van de S.R.C. en de vergaderingen van de S.R.C. door de secretaris van het College.
Doordat het secretariaat van de S.R.C. en de secretaris van het Centraal College op dezelfde verdieping van het gebouw der K.N.M.G. zijn gehuisvest, werd er weer zeer frequent van gedachten gewisseld en was er telkens gelegenheid zich voordoende vraagstukken onderling te bespreken.
Het door het secretariaat van de S.R.C. opgestelde overzicht inzake het bedden- en assistentenbestand op 1 januari 1975 had opnieuw de grote waardering van het Centraal College.

Samenstelling Centraal College

De samenstelling van het Centraal College wijzigde zich in 1975 en begin 1976.
De medische faculteit van de Vrije Universiteit te Amsterdam benoemde tot plaatsvervangend lid Prof. Dr. F. G. Bouman als opvolger van Prof. Dr. R. J. Scholtmeyer.
De Vereniging Nationale Ziekenhuisraad wees Dr. J. van Mansvelt, Haarlem, die reeds plaatsvervangend lid was, aan als lid in de plaats van Dr. J. J. Hirdes. Als plaatsvervangend lid werd aangewezen Drs. H. J. Kroeze, Zeist.
Het hoofdbestuur van de Maatschappij voor Geneeskunst benoemde op voordracht van het centraal bestuur der L.S.V. tot plaatsvervangende leden Dr. J. Felderhof, 's-Gravenhage, als opvolger van J. H. J. M. Pernet, Nijmegen, en G. Th. M. Bossers, Nijmegen, die daarmede Dr. P. H. van Setten, Utrecht, opvolgde.
Op 31 december was de derde zittingsperiode beëindigd, zodat de benoeming van leden en

plaatsvervangende leden voor een nieuwe zittingsperiode van 5 jaar plaats vond met de volgende wijzigingen. Prof. Dr. J. Bethlem, lid namens de medische faculteit van de U.v.A. te Amsterdam, werd opgevolgd door Prof. Dr. F. L. M. Peeters. Prof. Dr. M. C. Colenbrander, lid namens de medische faculteit van de R.U. te Leiden, werd opgevolgd door Prof.Dr. W. Luyendijk die reeds plaatsvervangend lid was. Tot plaatsvervangend lid werd benoemd Prof. Dr. H. H. van Gelderen.
Prof Dr. G. A. Lindeboom, lid namens de medische faculteit van de V.U. te Amsterdam, werd opgevolgd door Prof. Dr. F. G. Bouman, die reeds plaatsvervangend lid was, tot plaatsvervangend lid werd benoemd Prof. Dr. E. van Dijk.
Prof. Dr. J. W. H. Schmidt, plaatsvervangend lid namens de medische faculteit van de K.U. te Nijmegen, werd opgevolgd door Prof. Dr. J. Th. C. Vonk.
Begin 1976 werd het Centraal College uitgebreid met twee leden en twee plaatsvervangende leden. Het College van bestuur van de R.U. Limburg benoemde tot lid Prof. dr. H. A. Tiddens en tot plaatsvervangend lid Prof. Dr. H. A. M. Hulsmans. Het hoofdbestuur van de Maatschappij voor Geneeskunst benoemde op voordracht van het Centraal bestuur der L.S.V. tot lid Dr. J. Felderhof, 's Gravenhage, die reeds plaatsvervangend lid was, en tot plaatsvervangend lid Dr. K. H. Brandt, Arnhem. Als opvolger van Dr. Felderhof werd tot plaatsvervangend lid benoemd Dr. G. Th. van Beusekom, Zwolle.
Het hoofdbestuur van de Landelijke Vereniging van Assistent-Geneeskundigen nam begin 1976 weer zitting in het Centraal College met als vertegenwoordigers R. H. Kauffmann, Leiden en E. L. Vrijland, Leiden 7.
In het jaar 1975 was Prof. Dr. G. A. Lindeboom *voorzitter* van het Centraal College en Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen *ondervoorzitter*. Tot voorzitter van het jaar 1976 werd gekozen Prof. dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen en tot ondervoorzitter zich Prof. Dr. A. Kemp.
Het hoofdbestuur van de K.N.M.G. wendde zicht tot het Centraal College, het College voor Sociale Geneeskunde en het College voor Huisartsgeneeskunde over een eventuele benoeming van één *secretaris* voor de drie Colleges gezamenlijk, wanneer de secretaris van het Centraal College zijn werkzaamheden zou neerleggen, waartoe hij het voornemen te kennen had gegeven. Het Centraal College kon zich met het idee van het hoofdbestuur verenigen zij het dat het een lichte bedenking had tegen de gedachte de nieuwe secretaris een jurist te doen zijn, indien niet tevens de hulp van een arts zou kunnen worden ingeroepen eventueel in gedeeltelijke dagtaak.

Utrecht, 22 juni 1976.

Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, voorzitter,
Prof. Dr. A. Kemp, ondervoorzitter.

Voetnoten

1) De uiteenzetting van de voorzitter over een aantal vraagstukken is opgenomen in (1975) Medisch Contact, *30*, blz. 290.

2) Zie het jaarverslag 1974 in (1975) Medisch Contact, *30*, blz. 808 rechter kolom.

3) De publikatie over tegemoetkoming in de kosten van de honorering van een chef de clinique is verschenen in (1976) Medisch Contact *31*, blz. 132.

4) De besluiten nò 1 – 1975 inzake detachering van assistent-geneeskundigen, no 2 – 1975 inzake opleiding tot specialist in het buitenland en no 3 – 1975 inzake meetellen van specialistische kennis en ervaring buiten het kader van de officiële opleiding, zijn gepubliceerd in (1976) Medisch Contact *31*, blz. 282 e.v.

5) Zie het jaarverslag 1972 in (1973) Medisch Contact *28*, blz. 1140 linker kolom.

6) Zie het jaarverslag 1973 in (1974) Medisch Contact *29*, blz. 1291 rechter kolom.

7) De samenstelling van het Centraal College was op 1 juni 1976 als volgt (tussen haakjes de namen der plaatsvervangers: Em. Bingen, Nijmegen – Maatschappij voor Geneeskunst, (G. Th. M. Bossers, Nijmegen); Prof. Drs. P. W. Boer – R.U. Groningen, (Prof. Dr. J. W. F. Beks); Prof. Dr. F. G. Bouman – V.U. Amsterdam, (Prof. Dr. E. van Dijk); Prof. Dr. J. F. Crul – K.U. Nijmegen (Prof. Dr. J. Th. C. Vonk); Dr. J. Felderhof, 's-Gravenhage – Maatschappij voor Geneeskunst, (A. M. Smeets, 's-Gravenhage); W. B. Gerritsen, Leidschendam – ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, (Mr. J. de Vries); H. van Giffen, Zwolle – Maatschappij voor Geneeskunst, (Dr. G. Th. van Beusekom, Zwolle); Dr. M. N. van der Heyde, Arnhem – Maatschappij voor Geneeskunst, (Dr. K. H. Brandt, Arnhem); D. J. R. Jellema, Enschede – Nationale Ziekenhuisraad, (L. H. M. van Lanschot); Prof. Dr. A. Kemp – R.U. Utrecht, (Prof. Dr. H. Verbiest); Prof. Dr. S. A. de Lange – E.U. Rotterdam, (Prof. Dr. J. C. Birkenhäger); Dr. Mr. G. J. Leibbrandt, 's-Gravenhage – Ministerie van onderwijs en wetenschappen, (B. T. G. de Jong); Prof. Dr. W. Luyendijk – R.U. Leiden, (Prof. Dr. H. H. van Gelderen); Dr. J. van Mansvelt, Haarlem – Nationale Ziekenhuisraad, (Drs. H. J. Kroeze); Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, Utrecht – Maatschappij voor Geneeskunst, (Dr. J. P. M. Lelkens, Spekholzerheide); Prof. Dr. F. L. M. Peeters – U.v.A. Amsterdam, (Prof. Dr. R. J. A .M. van Dongen); Dr. J. Th. Planten, Leeuwarden – Maatschappij voor Geneeskunst, (Dr. B. P. M. Schulte, Tilburg); Prof. Dr. H. A. Tiddens – R.U. Limburg, (Prof. Dr. H. A. M. Hulsmans); Dr. D. Wolvius, Utrecht – Maatschappij Geneeskunst, (Dr. H. F. Heins, Rotterdam); Dr. W. van Zeben, 's-Gravenhage – Maatschappij voor Geneeskunst, (Dr. H. A. J. Lemmens, Maastricht).

Aan de vergaderingen van het Centraal College namen deel: P. A. de Groot, Utrecht – N.Z.I.; R. H. Kauffmann, Leiden – L.V.A.G.; Dr. L. P. H. J. de Vink – secretaris S.R.C.; E. L. Vrijland – L.V.A.G.

Secretaris: W. J. de Jager, Amersfoort;
Notulist: B. Meier, Utrecht;
Secretariaat: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, Lomanlaan 103, Utrecht, Tel: 030-885411, toestel 246 of 137.

MAATSCHAPPIJ – AGENDA 1967

20 augustus *(vrijdag)* - Extra ledenvergadering L.H.V.

17 september *(vrijdag)* - Algemene Ledenvergadering K.N.M.G.

7 en 8 oktober *(donderdag en vrijdag)* - Ledencongres K.N.M.G. te Breda

15 oktober *(vrijdag)* - Extra ledenvergadering L.H.V.

16 oktober *(zaterdag)* - Ledenvergadering L.S.V.

6 november *(zaterdag)* - N.H.G.-Congres

13 november *(zaterdag)* - Ledenvergadering L.A.D.

van het C.S.G.

Jaarverslag 1975 van het College voor Sociale Geneeskunde

Het aantal vergaderingen van het College voor Sociale Geneeskunde in 1975 bedroeg tien. In het verslagjaar onderging de samenstelling van het College geen wijziging ten opzichte van 1974 en luidde derhalve als volgt:

Samenstelling

Gewone leden	*Benoemd of aangewezen door*
Prof. Dr. L. Burema, Rotterdam, voorzitter.	Medische faculteiten.
W. B. J. M. van der Meeren, Eindhoven, ondervoorzitter.	Alg. Ned. Ver. voor Soc. Geneesk.
Prof. Dr. C. F. Brenkman, Arnhem.	Alg. Ned. Ver. voor Soc. Geneesk.
Prof. Dr. F. Doeleman, Leiden.	Medische faculteiten.
Prof. Dr. A. Th. L. M. Mertens, Nijmegen.	Medische faculteiten.
D. Schotanus, Arnhem.	K.N.M.G.
Dr. W. F. Tordoir, Leiden.	Niet-universitaire instituten.
E. van de Weg, Utrecht.	K.N.M.G.
Adviserende leden	
R. Drion, Leidschendam.	Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.
B. T. G. de Jong, 's-Gravenhage.	Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen.
Plaatsvervangende gewone leden	
J. J. R. Buirma, Apeldoorn.	K.N.M.G.
A. F. Gentis, Enschede.	Alg. Ned. Ver. voor Soc. Geneesk.
Prof. J. de Groot, IJmuiden.	Alg. Ned. Ver. voor Soc. Geneesk.
Prof. Dr. H. H. W. Hogerzeil, Groningen.	Medische faculteiten.
Dr. M. G. van Nieuwenhuijzen, Leiden.	Medische faculteiten.
G. J. Smeets, Leiden.	Niet-universitaire instituten.
H. Voorzanger, Amstelveen.	K.N.M.G.
Prof. Dr. R. L. Zielhuis, Amsterdam.	Medische faculteiten.
Plaatsvervangende adviserende leden	
Mr. E. C. M. Baron van Tuyll van Serooskerken, 's-Gravenhage.	Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen.
Mr. J. de Vries, Leidschendam.	Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.
Secretaris	
Mr. B. Schultsz, Utrecht.	K.N.M.G.

De navolgende onderwerpen vormden belangrijke agendapunten van het College:

Bijzondere vormen van sociale geneeskunde ('5e tak')

Nadat de twee hierop betrekking hebbende besluiten (no. 2 en no. 3-1974) op de vergadering van 1 november 1974 waren vastgesteld, werden zij op 20 november 1974 aan het Hoofdbestuur van de K.N.M.G. en aan de minister van O. en W. gezonden. Bij brief van 27 januari 1975 liet het H.B. weten geen overwegende bezwaren tegen de besluiten te hebben, met daaraan toegevoegd de aanbeveling over enkele jaren over te gaan tot een evaluatie op het punt van de praktische uitwerking van de besluiten en alsdan het H.B. terzake te informeren. Bij brief van 3 april 1975 voegde het H.B. daaraan nog toe de suggestie in de besluiten zelf op te nemen dat een evaluatie als bovenbedoeld over enkele jaren zou moeten plaatsvinden, welke suggestie evenwel op dat moment niet meer in de besluiten kon worden geïncorporeerd.
Door tijdsverloop van 3 maanden (art. 1058 lid 5 H.R.-K.N.M.G.) verkregen de besluiten rechtskracht en waren vanaf 8 juli 1975 verbindend, waarna tevens nog van de minister van O. en W. bericht d.d. 16 juli werd ontvangen dat zijnerzijds evenmin bezwaren tegen de besluiten bestonden. Publikatie van de beide genoemde besluiten vond plaats in M.C. 1975 nr. 27, blz. 834-835 en in het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 1975 nr. 15, blz. 490-491 en nr. 16, blz. 523.
Inmiddels was een verzoek d.d. 9 mei 1975 van de Vereniging van Artsen van de Consultatie Bureaux voor Tuberculosebestrijding ontvangen, om het werk en werkterrein van de C.B.-artsen voor tuberculosebestrijding als bijzondere vorm van sociale geneeskunde te erkennen. In zijn vergadering van 6 juni 1975 besloot het C.S.G. het daarheen te leiden dat zo spoedig mogelijk een uitvoeringsmaatregel als bedoeld in art. 2 van besluit no. 2-1974 tot stand zou komen. Nadat van de S.G.R.C. positief advies was ontvangen werd genoemde uitvoeringsmaatregel nr. 1 op 7 november 1975 vastgesteld en op 5 december 1975 in M.C. 1975 nr. 49, blz. 1600 gepubliceerd. (Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 1976 nr. 1, blz. 31).
Conform art. 2 van besluit no. 3-1974 werd een door een opleidingsinrichting opgesteld programma genaamd 'Opleiding tot sociaal-geneeskundige voor tuberculosebestrijding' ter goedkeuring aan de S.G.R.C. aangeboden.
Gezien het bepaalde in art. 1057 lid 3 H.R. en art. 4 van besluit no. 2-1974 rust tenslotte op het C.S.G. de taak voor de 5e tak steeds afzonderlijk een besluit houdende overgangsmaatregelen te nemen zodra een onderdeel der geneeskunde door middel van een uitvoeringsmaatregel onder die tak wordt gebracht. Het C.S.G. stelde op 7 november 1975 een concept-besluit overgangsregeling voor de bijzondere vorm 'tuberculosebestrijding' vast en zond dit naar de S.G.R.C., welk orgaan conform art. 1057 lid 3 gehoord dient te worden. Bij het opstellen van dit verslag was de reactie van de S.G.R.C. nog niet binnen.

De opleidings(capaciteit) voor sociaal-geneeskundigen

In 1974 was reeds enkele malen ter sprake gekomen de capaciteit van de opleidingen tot sociaal-geneeskundige en de eventuele taak van het College te dien aanzien. Nadat op 7 februari, 7 maart, 4 april en 2 mei diverse concepten voor een brief hieromtrent aan het H.B. van de K.N.M.G. waren besproken, liet het C.S.G. deze brief op 12 mei 1975 daadwerkelijk uitgaan. De brief behandelde – zeer kort samengevat – de nu reeds optredende bottlenecks bij het gemeenschappelijk gedeelte van de opleiding, de verantwoordelijkheid voor mogelijke oplossingen van het probleem van de ontoereikende opleidingscapaciteit, de vooruitzichten op onmiddellijke uitbreiding van die capaciteit, de noodzaak van planning (o.m. een eventueel op te richten bureau personeelsplanning) en de taak van het C.S.G. bij dit alles.
Het H.B. van de K.N.M.G. reageerde snel op deze brief door op 21 juli 1975 aan de staatssecretarissen van O. en W. en van Volksgezondheid zijn ernstige zorgen kenbaar te maken over het tekortschieten van de bestaande opleidingen. Er werden cijfers aangedragen en het tekort werd ernstig genoemd. Met klem werd erop aangedrongen op zo kort mogelijke termijn maatregelen te nemen die de noodzakelijke uitbreiding van de opleidingscapaciteit in elk geval met ingang van het cursusjaar 1976 mogelijk zouden maken. Door het H.B. werd tevens een delegatie uit het C.S.G. uitgenodigd voor de vergadering van het H.B. van 12 augustus 1975. Prof. Dr. L. Burema (voorzitter), Prof. Dr. F. Doeleman en Dr. W. F. Tordoir vormden deze delegatie. Het H.B. kon zich geheel achter de brief van het C.S.G. d.d. 12 mei 1975 stellen. De staatssecretaris van O. en W. reageerde op de brief van het H.B. op 26 november 1975, zeggende dat de verstrekte, in zijn ogen vrij summiere gegevens het hem niet mogelijk maakten om voldoende inzicht te krijgen in de huidige situatie in de sociaal-geneeskundige sector.
Op basis van het advies van de K.N.M.G.-werkgroep 'Artsenaanbod' kon de staatssecretaris zich wel enigszins oriënteren over het verwachte totale tekort aan opleidingscapaciteit tot 1980, maar meer onderzoek naar de maatschappelijke behoefte aan verschillende categorieën sociaal-geneeskundigen op grond waarvan de opleidingscapaciteit dient te worden bepaald, is nodig in samenwerking met het ministerie van Volksgezondheid. Het H.B. van de K.N.M.G. heeft deze materie op 3 januari 1976 wederom op de agenda staan, inclusief een tussentijdse reactie van het C.S.G. naar aanleiding van de laatste brief van de staatssecretaris van O. en W., terwijl ook het C.S.G. zelf in het begin van 1976 zich wederom over deze materie zal buigen.

Bedrijfsartsen-tekort

Enigszins parallel met het voorgaande liep de adviesaanvrage welke de staatssecretaris van

O. en W. op 14 augustus 1975 tot het C.S.G. richtte inzake het tekort aan bedrijfsartsen. De initiatitor van één en ander was de minister van Sociale Zaken, die op basis van een interimrapport van het College van bijstand en advies voor de bedrijfsgeneeskunde van 15 oktober 1974 op 12 februari 1975 aandrong op uitbreiding van het onderwijs in de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde in de basisopleiding tot arts, in de verwachtng dat door een betere kennis en beeldvorming van de bedrijfsgeneeskunde bij de studenten, uiteindelijk het bedrijfsartsen-tekort opgeheven zou kunnen worden. Aangezien de wet een verplichting tot het instellen van bedrijfsgeneeskundige diensten inhoudt, is dit een urgente zaak.
De staatssecretaris van O. en W. kon zich niet vinden in de achtergronden en motiveringen aangedragen door het College voor Bijstand en advies en vroeg op zijn beurt advies aan het C.S.G. Op 17 november, dat wil zeggen binnen drie maanden, bracht het C.S.G. het gevraagde advies uit, waarin wordt aangedrongen op verbetering van het studenten-onderwijs, zowel in kwalitatieve als kwantitatieve zin, van welke verbetering het C.S.G. inderdaad een betere beeldvorming en daarmee meer belangstelling voor de bedrijfsgeneeskunde verwacht. Uitbreiding van het aantal docenten in de sociale geneeskunde, met name ook in de bedrijfskunde, mits gepaard gaande aan een uitbreiding van ruimte voor dit onderwijs in het curriculum, zal volgens het C.S.G. bijdragen tot een beter functioneren van curatieve artsen en resulteren in meer aanbod van artsen voor de uitoefening van sociale geneeskunde.

De opleiding tot arts en de specifieke beroepsopleidingen. Post-academisch onderwijs geneeskunde

Op 29 oktober 1974 had een bespreking tussen H.B.-K.N.M.G., de drie Colleges, het I.O.G. en vertegenwoordigers van de medische faculteiten hieromtrent plaatsgevonden, waartoe het H.B. reeds aanvang 1974 het initiatief had genomen. Een wijziging in 1973 van het academisch statuut maakte het tot standkomen van een permanent overlegorgaan ter bespreking van de verhouding van de opleiding tot arts en de professionele opleidingen tot een urgente zaak. Het lid van het C.S.G. Dr. W. F. Tordoir had in september 1974 ten behoeve van het C.S.G. een nota opgesteld met als onderwerp 'De integratie van medische opleidingen'. Het C.S.G. had besloten deze nota in portefeuille te houden totdat het opportuun zou zijn deze aan het overlegorgaan toe te zenden.
Nadat de ondervoorzitter en de secretaris van het C.S.G. op 27 mei 1975 de eerste werkbijeenkomst van het overlegorgaan hadden bijgewoond, konden zij rapporteren dat grote belangstelling voor de nota van Dr. Tordoir bestond. Ter vergadering zegden zij toe dat het stuk aan alle deelnemende groepen zou worden verzonden. Zulks geschiedde begin juni 1975. Een tweede vergadering van het overlegorgaan zou op 16 september 1975 plaatsvinden, maar werd vervangen door een studiedag op 4 oktober van het Centraal College over inhoud en plaats van de specialistenopleiding op welke studiedag ook het C.S.G. vertegenwoordigd was.
Dicht tegen het voorgaande aan ligt de problematiek van het post-academisch onderwijs, in beweging gebracht door een voorontwerp uitvoeringsbesluit. Het Dagelijks Bestuur van de K.N.M.G. nodigde de presidia van de drie colleges uit om hierover op 21 oktober 1975 gezamenlijk van gedachten te wisselen. Op de agenda's van 7 november en 12 december van het C.S.G. kwam dit onderwerp eveneens voor, vergezeld van een groot aantal omvangrijke stukken. Het H.B. van de K.N.M.G. had uit deze stukken een korte vraagstelling gedistilleerd waarop zijdens het C.S.G. op 16 december 1975 werd geantwoord dat het zich volledig kan scharen achter de uitspraak inzake een de facto prioriteit voor de nascholing. Dat er verband bestaat tussen beroepsopleidingen en nascholing is buiten kijf, maar onder de gegeven omstandigheden stemt het College ermee in dat primair de nascholing ter hand wordt genomen. Ook deze problematiek is op het moment van opmaak van dit verslag nog volop in discussie, zowel in H.B. als in de Colleges c.q. het overlegorgaan.

Supervisie

In vergaderingen van het C.S.G. was reeds eerder de 'supervisie' ter sprake gekomen naar aanleiding van de vraag of deze wel goed functioneert. Teneinde tot een juister inzicht te komen in deze materie, kwam dit onderwerp bij herhaling op de agenda's van het C.S.G. voor, onder meer naar aanleiding van een artikel in het Tijdschrift voor Maatschappelijk werk 1975 nr. 5, blz. 81-87. Het lid van het C.S.G. E. van de Weg stelde een tweetal nota's op die uitgangspunt voor de discussies vormden. Bij afsluiting van het verslagjaar had het onderwerp nog niet tot besluitvorming binnen het C.S.G. geleid, mede omdat de opvattingen niet onaanzienlijk uiteen bleken te lopen. In een later stadium zal hierop worden teruggekomen, waarbij ten principale aan de orde zal komen of het C.S.G. de huidige visie handhaaft, dan wel naar een begripsbepaling wil, die meer overeenkomt met die welke in de recente literatuur wel voor 'supervisie' wordt gegeven.

Andere onderwerpen

Evenals in 1974 was ook in 1975 een vast agendapunt de voortgangscontrole van de werkzaamheden van het C.S.G. aan de hand van een daartoe opgestelde lijst die regelmatig wordt bijgehouden. Nadat een nota van de hand van Prof. Hogerzeil inzake de 'Opleiding sociaal-geneeskundige en de Hogeschool voor Sociale Gezondheidszorg' op 6 juni punt van bespreking had uitgemaakt, vatte Prof. Hogerzeil één en ander nogmaals in een brief van 2 juli samen. Het C.S.G. besloot op 5 september de brief en de daarin genoemde punten toe te voegen aan de vaste agendapunten van het College.
Bij de gedachtenwisseling in het C.S.G. over een notitie inzake de opleiding van sociaal-geneeskundigen *binnen de wetenschappelijke instituten*, was in 1974 de vraag gerezen welke de ervaringen van de S.G.R.C. op dit stuk waren. Hoe wordt gehandeld met betrekking tot aanvragen tot inschrijving gedaan door personen die bij een hoogleraar

assistent zijn of zijn geweest? In concreto rees ook de vraag of art. 1069 van het Huishoudelijk Reglement van de Maatschappij hierbij ooit pleegt te worden toegepast. (Art. 1069 biedt de mogelijkheid tot inschrijving in het register op grond van bijzondere kennis en vaardigheid). Van de S.G.R.C. werd antwoord ontvangen dat nimmer een aanvraag tot inschrijven van een assistent van een hoogleraar sociale geneeskunde hen had bereikt, ex art. 1069 H.R., maar dat in voorkomend geval aan artsen die tenminste 2 jaar assistent zouden zijn geweest, vrijstelling van de basiscursus zou worden gegeven.
Kort daarop vond art. 1069 evenwel toepassing: de S.G.R.C. hoorde het C.S.G. omtrent een concrete zaak, zoals in het reglementsartikel is voorgeschreven. Het College stelde vast dat geen overwegende beletselen aanwezig werden geacht om tot inschrijving over te gaan.
In dit verband werd er tijdens de S.G.R.C. op geattendeerd dat veel verzoeken binnenkomen van verzekeringsgeneeskundigen die al jarenlang in het vak zitten, om met verkorting van de supervisieperiode ingeschreven te worden. Op dit moment wijst de S.G.R.C. alle dispensatie-verzoeken af zich baserende op de door het C.S.G. vastgestelde opleidingseisen.
Zoals toen reeds aangekondigd richtte de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde zich bij brief van 22 september 1975 tot het College onder bijvoeging van een nieuw rapport: 'Opleiding tot verzekeringsgeneeskundige', met het voorstel tot bepaalde verkortingen van de opleiding over te gaan. In 1975 kwam het C.S.G. nog niet aan de bespreking van deze problematiek toe, mede omdat deze immers in een ruimer kader geplaatst diende te worden, n.l. het algemene rapport van het C.S.G. uit 1973 over de opleiding van sociaal-geneeskundige en het eerdere rapport van de Vereniging van Verzekeringsgeneeskunde zelf (eveneens uit 1973) over de opleiding tot verzekeringsgeneeskundige.
Aan de secretaris-generaal van de K.N.M.G. werd bericht dat kon worden ingestemd met de plannen om te komen tot een in één persoon samengevloeid secretariaat voor de drie opleidingscolleges van de K.N.M.G. De sollicitatieprocedure zal in 1976 een aanvang nemen. Aangezien Mr. Schultsz, die het secretariaat van het C.S.G. voorlopig waarneemt, in 1976 naast zijn gewone werkzaamheden voor de K.N.M.G. ook nog met de buitenlandse sector zal worden belast, wordt zijn aflossing urgent. De nieuwe secretaris zal nauw contact hebben met de secretaris-arts van de K.N.M.G. die met onderwijs- en opleidingszaken is belast.
Op 3 januari 1975 werd op een speciaal daartoe aangericht avondmaal afscheid genomen van Dr. W. J. de Jager die op zijn zo karakteristieke wijze het C.S.G. vanaf de oprichting als secretaris had gediend.

Utrecht, 31 december 1975

Prof. Dr. L. Burema, voorzitter

Mr. B. Schultsz, secretaris

personalia K.N.M.G.

Nieuwe leden

J. P. v.d. Berg, Gouvernestraat 121, Rotterdam.
W. A. Bode, Kierkegaardstraat 51, Amstelveen.
L. v.d. Drift, Raaphorst 133, Leiderdorp.
W. H. A. Elink Schuurman, Zoeterwoudsesingel 108, Leiden.
G. S. Janssen, van Egmondstraat 7, Millingen a/d Rijn.
J. S. van der Linden, Artemisstraat 156, Delft.
J. C. T. Neve, Naereboutstraat 3, Middelburg.
L. J. Rotman, Moerschansstraat 186, Hulst.
E. R. Verhoef, Korte Schoonderloostraat 8 A, Rotterdam.
A. Th. M. de Vries, Witte Singel 79, Leiden.
E. M. J. E. Weterings, Kerkstraat 4, Nijmegen.
E. van der Zwaan, Sloterkade 6 II, Amsterdam.

A. Oudegeest, Oude Enghweg 8, Hilversum.
H. van Pagée, Vredeman de Vriesstraat 26, Rotterdam.
Mevr. W. Chr. Plate-van Dijk, Iepstraat 17, Utrecht.
B. H. M. Post, Wildveldseweg 10, Harmelen.
U. Proost, Saturnusstraat 28, Emmeloord.
J. W. A. J. Reeders, Ganzevoortsingel 21, Groningen.
M. Reiss, G. v.d. Veenstraat 46, Amsterdam.
E. A. Reijders, Deliplein 22A, Groningen.
F. N. Ridderbos, Fred. Hendrikplantsoen 100 III, Amsterdam.
L. C. Roelandschap, Brandaris 125, Zaandam.
P. A. R. Rombout, R. Holstraat 10, Leiden.
P. C. H. Roose, Crackstate 14, Eindhoven.
T. S. H. W. Rijpstra, Thomsonlaan 86, Den Haag.
Mevr. N. J. Salomé-Risseeuw, Spreeuwenweg 81, Apeldoorn.
N. Sassen, Basaltstraat 176, Groningen.
T. J. F. Savelkoul, Utenhamstraat 11, Vleuten.
E. J. van der Schans, p/a Dukdalf 102, Groningen.
Mej. Y. Schenk, Statenweg 158B, Rotterdam.
L. E. J. M. Schrijvers, Aquamarijnstraat 473, Groningen.
P. Sikkens, De Dulf 80, Leeuwarden.
H. P. Sleeboom, Pelikaanhof 64, Leiden.
P. Smit, Galjoenstraat 81, Den Helder.
Mevr. S. Spijkervet-Kuiken, Venuslaan 89, Groningen.
R. T. M. Starrenburg, Ds. Kremerstraat 53, Heeze.
A. J. van der Stel, Jozefstraat 176A, Rotterdam.
R. J. Steur, Boomstede 536, Maarssenbroek.

L. C. M. Stravens, St. Annastraat 108, Nijmegen.
T. G. M. Straver, Veldm. Montgomerylaan 887, Eindhoven.
P. Swagemakers, Havendijk 221, Schiedam.
Mevr. Y. Tuinman-v.d. Wel, Raephorststraat 13B, Rotterdam.
Mej. B. Th. Veering, Rapenburg 47, Leiden.
C. J. H. v.d Velde, v. Assendelfthof 18, Leiden.
R. Verdonk, Burg. Lodderstraat 4, Opheusden.
Mevr. T. Vermeiden-Dijkstra, Meneersdijk 9-27, Neede.
J. M. Vermuë, Saturnusstraat 73, Nijmegen.
Mej. A. C. M. T. Vernooy, Tilburgseweg 144B, Goirle.
B. J. Versluis, C. Springerstraat 20-I, Amsterdam.
K. R. Visser, Hilversumstraat 20, Amsterdam.
H. Vogelsang, Enkhuizerplein 11, Amsterdam.
J. B. Vosters, Velperweg 40, Arnhem.
J. B. de Vries, Lavendelhof 24, Barendrecht.

J. J. Wachters, Reigerstraat 51, Hardenberg.
J. Weimar, 1e Sweelinckstraat 44, Den Haag.
H. A. Wessels, Laan v. Kinholt 133, Emmen.
Mevr. S. E. Willemsen-van Heerde, Palestrinalaan 17, Bilthoven.
A. van der Woerd, Frans van Mierisstraat 62II, Amsterdam.
N. Zeedijk, De Kiepe 102, Enschede.
Mej. M. B. J. T. Zuure, Holzstraat 14-I, Kerkrade.
Mej. D. L. Arntzen, Kinkerstraat 138[II], Amsterdam.
C. S. W. Bais, Eykmanlaan 263, Utrecht.
K. Borst, Wilhelminadreef 6, Culemborg.
G. T. Brouwer, Boekweitlaan 18, Hoogeveen.
K. Bijlsma, Munstraat 12, Schayk.
J. A. Don, Brederodestraat 107[I], Amsterdam.
R. F. Eerdmans, p/a Stanleylaan 116, Utrecht, Kenya.
R. W. F. M. van Ewijk, Noorderbinnensingel 53, Groningen.
M. E. Geuze, van Hall-laan 2, Harderwijk.
C. H. M. Habets, Papaverplein 91, Kerkrade.
J. C. Hage, Straatweg 221, Rotterdam.
J. H. de Heiden, Nassaulaan 20, Oegstgeest.
J. Höll, Weezenhof 81-13, Nijmegen.
J. F. Jacobsson, Mergelsweg 92, Heerlen.
A. V. Kappers, Hoog Soeren 77, Hoog Soeren.
B. W. G. N. Klaassen, Sleggeplantsoen 14, Arnhem.
W. B. Kleinveld, Rhodosdreef 146, Utrecht.
D. J. Martin, Ierlandstraat 208, Haarlem.
G. Mulder, Drentsche Weg 38, Appelscha.
Mej. Dr. E. Odé, Velperweg 56, Arnhem.
E. F. M. de Quay, Schoonheeten 9, Raalte.
Mevr. W. M. M. de Ridder-Wittebrood, Postbus 3681, Amsterdam.
J. J. A. Rutten, Kroonstraat 9, Eindhoven.
F. S. L. Schmidt, Albert Cuypstraat 203 F[I], Amsterdam.
Mevr. M. E. Strien-Leloux, 3e Wittenburgerdwarsstraat 74[II], Amsterdam.
D. C. Verhagen, Zonnenbergstraat 19, Wilp.
Ch. van der Vring, Staringplein 5A, Rotterdam.
C. A. M. van Vugt, Molukkenstraat 194, Nijmegen.
J. W. M. van der Waerden, Heyermansstraat 47, Doetinchem.
W. A. van der Werf, Gudsekop 57, Sneek.
Mevr. E. R. van Wering, Primulastraat 28, Den Haag.
Mej. J. M. Ybema, de Renne 55, Stadskanaal.

Adspirant leden

W. J. Arnoldussen, Casinoweg 271, Venlo.
P. A. van Beek, 1e Sweelinckstraat 11-2, Amsterdam.
M. F. J. Bemelmans, Appelhof 2, Molenhoek-Mook.
L. M. Bernsen, Voorstadslaan 73 A, Nijmegen.
G. Boeniarto, Prof. Bromstraat 64-7, Nijmegen.
J. N. J. Boesten, Willemsweg 15, Nijmegen.
W. J. Boonk, Rijnsburgerweg 77 A, Leiden.
A. Broekman, Laan van Oostergeest 1, Warmond.

H. A. Bijlmer, Franchimontlaan 23, Leiden.
Mej. E. K. Fogelberg, Rijnsburgersingel 1 A, Leiden.
Mej. W. F. J. Heimans, Korenaardwarsstraat 9 B, Rotterdam.
R. F. Ignacio, Prof. Bromstraat 55/11, Nijmegen.
E. A. van der Kleij, Albert Verweijstraat 152, Voorburg.
T. C. Kok, Zwolseweg 421, Deventer.
A. J. Kreeft, St. Jacobsstraat 57 III, Utrecht.
G. S. D. van Leersum, Postbus 1173, Enschede.
H. Poerbo di Poero, Lokhorst 63, Leiderdorp.
H. A. G. van der Pol, Helftheuvelpassage 631, 's-Hertogenbosch.
M. J. J. Prick, D. Stalpertstraat 10 III, Amsterdam.
Mej. M. J. Raimond, Merwedekade 267, Utrecht.
R. O. Sahtoe, Brahmslaan 44, Leiden.
P. H. M. Schepers, Patersplein 32, Bocholtz.
C. H. Schröder, Reestraat 16, Amsterdam.
Th. J. Semeijn, Zwanenveld 22-57, Nijmegen.
Mevr. T. M. Slagter-Roukema, Bernoulliplein 25, Groningen.
Mevr. C. J. van Veen-Crans, Beukenlaan 22, Oosterbeek.
J. G. Woudstra, Verl. Frederikstraat 15 A, Groningen.

Overleden

Mevr. L. v.d. Berg, Clusiusweg 60, Noordwijk.
Dr. C. B. F. Daamen, Mendelssohnlaan 21 D, Rotterdam.
J. P. J. A. van Eupen, Walramstraat 45 I, Sittard.
C. B. A. J. Franken, Westelbeersedijk 13, Middelbeers.
H. A. V. Giesberger, Prof. Lorentzlaan 2, Zeist.
P. J. L. Hopmans, Correllisingel 4, Berkel Enschot.
Dr. J. A. Klein Swormink, Mgr. van Hooydonkstraat 15, Breda.
Dr. Th. L. Kortbeek, Taalstraat 162, Vught.
R. J. Kramers, Torenhoekstraat 19, Enschede.
Mevr. Dr. M. A. de Ruyter-Wamsteker, Mathenesserlaan 480, Rotterdam.
Dr. W. J. Schaab, Cruythof 1, Moergestel.
A. C. J. Tellier, La Nucia Alicante, Spanje.
Mej. L. Thomas, Oude Postweg D 379, Deurningen.
B. van Veen, Beukenlaan 22, Oosterbeek.

van de O.L.M.A.

Medewerkers buitendienst

Indien u contact wenst te hebben met een buitendienstmedewerker van de O.L.M.A. kunt u hem, hetzij rechtstreeks, hetzij via het bureau van de O.L.M.A. bereiken:

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (O.L.M.A.), tel. 030-88 54 11.
Drs. S. Duursma, directeur; Mevr. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse.
Stafmedewerkers: J. van Elzelingen Skabo-Brun, onderdirecteur, Keizersgracht 259, Amsterdam, tel. 020-22 92 25; R. Th. van der Garden, Klembergerweg 9, Epse-Gorssel, tel. 05759-18 25; E. J. M. Ghering, Burg. Vissersstraat 13, Tilburg, tel. 013-68 21 34; M. Rebergen, Roggeveld 6, Veenendaal, tel. 08385-1 52 77.

Administratie N.V.A.B. in Domus Medica

Met ingang van *1 april 1976* is het Administratiebureau van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde overgeplaatst naar Domus Medica in het gebouw van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon: 030-88 54 11. Mevrouw D. C. Heeres-Hartog heeft als part-time secretaresse het beheer van het administratiebureau overnemen. Zij is 's morgens van 8.30 tot 12.30 uur telefonisch bereikbaar.

inhoud officieel

Van het hoofdbestuur:
Kort verslag H.B.-vergadering d.d. 1 juni 1976 ..... **974**

Van het Centraal Bestuur L.S.V.:
Commentaar van het Centraal Bestuur der L.S.V. op het rapport van de Commissie Becht **975**

Van het Centraal College:
Jaarverslag 1975 van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten **978**

Van het College voor Sociale Geneeskunde:
Jaarverslag 1975 van het College voor Sociale Geneeskunde **983**

K.N.M.G.-personalia **986**

Nr. 30 – 23 juli 1976