



## redactioneel

- Serviceflats, verzorgingstehuizen, verpleeghuizen en ziekenhuizen waren tien jaar geleden nog eilandjes van zorg. Toen werd het begrip 'gesloten circuit' uitgevonden: de voorzieningen binnen een verzorgingsgebied zouden op elkaar moeten aansluiten. Maar er is een dimensie méér nodig, schrijft Dr. J. B. V. Welten. Alle instellingen zouden samen één behandelingsplan moeten kunnen uitvoeren als waren zij één inrichting. De 'cluster' als opvolger van het 'gesloten circuit'.
- De verschillende regelingen die in ziekenhuizen bestaan ten aanzien van het tegengaan van misbruik of oneigenlijk gebruik van medische gegevens zouden door middel van een wettelijke regeling moeten worden geüniformeerd. Drs. J. H. S. van Herten sluit de serie artikelen over het gebruik van video op een PAAZ af.
- Prof. Muntendam heeft in Noordwolde niet veel onjuistheden gezegd over het arbeidsverzuim. Dr. H. Aling zet de (oor)zaken nog eens op een rij.
- Mag het lukken in de Amsterdamse Universiteitsbibliotheek een 'cubiculum' in te richten voor wie zich intensief wil bezighouden met een onderwerp uit de geschiedenis der geneeskunde? Het overleg is geopend, aldus Prof. Dr. G. A. Lindeboom in een bericht over het wedervaren van de bibliotheek der KNMG in het jaar 1977.
- In een brief aan Paulus de Wind beschreef de koopman Hermanus Huyge jr. het verloop van zijn ziekte. Mw. Drs. C. M. Verkroost reproduceert en bespreekt het schrijven uit 1745, dat zij vond in het Zeeuws archief.



De heer A. A. H. Winters, huisarts te Sittard, zond dit werkstuk begin dit jaar in voor de tentoonstelling van het kunstzinnige KNMG-gezelschap 'Met Pincet en Penseel' gehouden in het Centraal Ziekenhuis te Alkmaar. Het werd aangeduid als 'Atelier IV' (acryl – buitenmaten 55x55 cm).

Foto: H. Frese, arts te Bergambacht.

### Inhoud

#### REDACTIONEEL

Brieven .....	1094
<i>Inzenders: Mia Notenboom, C. P. Bruins</i>	
Verpleeghuisfunctie in samenhang met andere instellingen, door Dr. J. B. V. Welten .....	1097
Het gebruik van video op een PAAZ (Slot). Juridische overwegingen, door Drs. J. H. S. van Herten .....	1100
Discussie. 'De verzekeringsgeneeskundige als zondebok', door Dr. H. Aling .....	1103
De bibliotheek van de KNMG. Jaarverslag 1977 .....	1105
Jaarverslag Geneeskundige Hoofdspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. Aantal zelfmoorden toegenomen .....	1107
Advies Gezondheidsraad: meer aandacht voor kanker in artsopleidingen .....	1108
Geschiedenis der geneeskunde. Een 18e-eeuws koopman over het verloop van zijn ziekte, door Mw. Drs. C. M. Verkroost .....	1109
OFFICIEEL .....	1111
Inhoudsopgave officieel .....	1116



**MEDISCH CONTACT**  
verschijnt wekelijks

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

#### **Bestuur Medisch Contact**

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

#### **Redactie Medisch Contact**

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

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

#### **Uitgeverij**

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

#### **Abonnementen**

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

#### **Advertenties**

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

#### **Adreswijziging**

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

**Oplage:** 21.000 exemplaren.

**Druk:** Tijl, Zwolle.

## BRIEVEN

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

### **HOE GROOT IS DE AFSTAND HULPVERLENER-PATIËNT?**

Over de hele discussie rond het artikel van Van Es en De Melker (zie MC nr. 23/1978, blz 693) heb ik een aantal vragen te stellen:

- Waarom voeren allerlei hulpverleners een discussie over wat goed voor mij is zonder dat mijn mening gevraagd wordt?
- Waarom verstaan al die hulpverleners elkaar zo slecht; komt dat doordat ze allemaal verschillende ideeën hebben over wat goed voor mij is?
- Waarom betwisten hulpverleners elkaar het recht om mij te helpen; kan ik niet het beste zelf bepalen wie ik aardig vind, wie luistert, wie kennis van zaken heeft?

Is zo'n discussie niet een voorbeeld van wat zo grif het medisch model wordt genoemd?

Als ik geholpen wil worden dan wil ik goed

geholpen worden. En wat goed voor mij is, dat maak ik zelf uit. Dan kan het me niet zoveel schelen of de hulpverlener met wie ik in zee ga in de nuld, de eerste of de tweede lijn zit. Ik wil geholpen worden door mensen die hun werk met plezier doen vanuit een inzicht in mijn en in hun eigen situatie. Ik wil geholpen worden door mensen die met mijn vragen bezig zijn en niet voornamelijk met hun eigen vragen, die zich niet al te druk maken over hun positie en die weten bij wie ze moeten zijn wanneer ze zelf met vragen zitten. Ik vind dat heel eenvoudige eisen, waar echter blijkbaar moeilijk aan kan worden tegemoetgekomen. Dat heeft te maken met geld en met macht. Daarom wordt deze discussie op de verkeerde plaats gevoerd. Daar hebben Van Es en De Melker gelijk in. Maar zij doen er wel zelf aan mee. Over geld en macht wordt op politiek niveau

**Doorlezen naar blz. 1096**

## **NHI-Oriëntatiecursus op 27 en 28 oktober**

De in juli aangekondigde 26ste oriëntatiecursus ten behoeve van aanstaande huisartsen zal 27 en 28 oktober worden gehouden op de dépendance van het Nederlands Huisartsen Instituut, Springweg 7, Utrecht. Hieronder volgen de programma-gegevens:

### **Programma**

#### **Vrijdag 27 oktober**

9.00- 9.30 uur: ontvangst en koffie  
9.30-12.00 uur: sociale verzekeringsgeneeskunde, Dhr. B. S. Polak  
12.00-13.00 uur: lunchpauze  
13.00-14.30 uur: praktijkvoering, Dhr. J. Koopman  
14.30-15.30 uur: de organisatie van de praktijk, Dhr. K. Doyle  
15.30-17.30 uur: arts en justitie, Dhr. A. Vrij  
17.30-19.00 uur: pauze  
19.00-20.00 uur: de eerste lijn, dhr. P. Buijs

20.00-21.30 uur: ontwikkelingen in de eerstelijns gezondheidszorg, Dhr. C. P. Bruins

#### **zaterdag 28 oktober**

9.00- 9.30 uur: koffie  
9.30-11.00 uur: bouw-verbouw en inrichting van de praktijk, Mevr. M. Oswald-Gerritsen  
11.00-13.00 uur: huisarts en ziekenfonds, vertegenwoordiger LHV, Dhr. J. B. Schueller, vertegenwoordiger Ziekenfonds  
13.00-14.15 uur: lunchpauze  
14.15-16.15 uur: vestigingsperikelen, Dhr. J. v.d. Zee en Dhr. A. Bartelds  
16.15 uur: afscheidsborrel

U kunt zich voor deze cursus nog opgeven bij Mevrouw M. C. Verhaar-Van der Gouw, NHI, Mariahoek 4, Postbus 2570, 3500 GN Utrecht, telefoon 030-31 99 46. De kosten van deelneming bedragen maximaal f 150,-; hierin zijn kosten voor twee broodmaaltijden begrepen.

## HARTCHIRURGIE IN BREDA?

Het wil maar niet vlotten met een cardiochirurgisch centrum in Breda, waarvoor in november 1977 reeds door het departement toestemming was verleend. Om inzicht in de mogelijkheden te krijgen eerst een summier overzicht van de bestaande voorzieningen ter plaatse:

De Klokkenberg, circa 500 bedden, van origine een sanatorium, herbergt momenteel een aantal categorale voorzieningen op het gebied van de pulmonologie, de epilepsie en de kinderpsychiatrie. Op zeven kilometer afstand ligt het Ignatius Ziekenhuis, een middelgroot (circa 600 bedden) algemeen ziekenhuis met de gebruikelijke specialismen en daarenboven afdelingen voor cardiologische angiografie, thoraxchirurgie, dialyse, een Coronary Care Unit, een bloedbank (onder een aparte stichting), enz. Dan het St. Laurens- en het Diaconessenziekenhuis, met respectievelijk 345 en 260 bedden; zij bevatten de gebruikelijke specialismen, waarvan zij er enkele zoals orthopaedie, urologie en cardiologie gezamenlijk bezetten. Tenslotte zijn er de gebruikelijke diensten, zoals een trombosedienst en een Stichting Medische Laboratoria.

In 1976-1977 neemt de druk van de openbare mening op staatssecretaris Hendriks om meer open hartoperaties mogelijk te maken toe. In de Klokkenberg is ruimte, een ambitieus bestuur. De vroegere Eindhovense hartchirurg Dr. P. J. van der Schaar verricht er nog longoperaties. In november 1977 bericht voormelde staatssecretaris in beginsel te hebben besloten medewerking te verlenen aan de oprichting van een hartchirurgische afdeling in de Klokkenberg, met een uiteindelijke capaciteit van ongeveer 1.000 open hartoperaties per jaar. Maar hij stelt één voorwaarde: er dient een schriftelijke overeenkomst te komen met het grootste ziekenhuis ter plaatse, het Ignatius, ter verkrijging van de noodzakelijke support om het functioneren van

de cardiochirurgie in de Klokkenberg mogelijk te maken. Het Ignatius Ziekenhuis, dat zelf kampt met ruimtetekort, beschikt als enige ziekenhuis in de regio over de voor de cardiochirurgie noodzakelijke faciliteiten.

Er worden optimistische interviews weggegeven. Men verwacht op 1 juli 1978 te kunnen beginnen, met Amerikaanse assistentie. De overeenkomst tussen beide ziekenhuizen vlot evenwel niet erg, zoals iedereen die geen vreemde is in ziekenhuisland had kunnen verwachten. Men besluit een stichting in het leven te roepen. De bestuurs-samenstelling en de visie op de toekomstige ontwikkeling vormen een struikelblok. De Klokkenberg wil de meeste zeggenschap: de afdeling cardiochirurgie komt immers op zijn terrein; Ignatius wil een pari-

*Een cardiochirurgisch  
centrum hoort zich  
daar te bevinden waar  
de medisch-technische  
faciliteiten  
beschikbaar zijn*

tair samengesteld bestuur. Ook het departement aarzelt. Het is kennelijk niet helemaal gelukkig met de aangewezen plaats want in januari 1978 komt er opnieuw een brief uit Den Haag, waarin nogmaals wordt gewezen op de noodzaak van een goede coördinatie tussen beide ziekenhuizen maar waarin nu ook de mogelijkheid wordt opgehouden om de cardiologische afdeling van de Klokkenberg te zijner tijd onder te brengen in een nieuw te bouwen Ignatius Ziekenhuis.

Inmiddels werkt de Klokkenberg verder. Aan de huidige staatssecretaris wordt een beleidsplan voorgelegd. Mw. Veder-Smit zegt, na uitvoerig deskundigen te hebben geraadpleegd, de opzet alsnog te kwetsbaar te vinden. In het bijzonder zou de regeling onvoldoende zekerheid geven over de facilitaire

bijstand vanwege het Ignatius. De burgemeester van Breda krijgt de opdracht te bemiddelen, maar de zaak loopt vast, voornamelijk doordat de Klokkenberg de eerste viool wil blijven spelen. Het is juli 1978 geworden. Een poging om het St. Laurensziekenhuis te strikken mislukt. Volgens de laatste berichten zou er nu een samenwerking tussen de Klokkenberg en het Diaconessenziekenhuis mogelijk zijn. Maar ondertussen zijn we wel een jaar verder, zonder dat de hartchirurgie in Breda een stap is opgeschoten.

Het is niet te verwachten dat middels samenwerking met een klein ziekenhuis dat slechts over beperkte mogelijkheden en mankracht beschikt voldoende bijstand kan worden verkregen voor het verrichten van een groot aantal hartoperaties. Het gaat er dan op lijken dat de bestaande faciliteiten in het Ignatius Ziekenhuis eerst moeten worden gedupliceerd in een vergroot Diaconessenziekenhuis of in nieuwe afdelingen op de Klokkenberg, dat dan langzamerhand op een algemeen ziekenhuis – het vijfde in Breda – gaat lijken. Deze mogelijke ontwikkeling is onverantwoord kostbaar en inefficiënt.

Het komt ons voor dat de staatssecretaris de verleende toestemming dient in te trekken wegens onvoldoende garanties. Voor een verantwoorde uitvoering zou vervolgens moeten worden bekeken of een nieuwe vergunning, te verlenen aan het Ignatius Ziekenhuis, met een tijdelijke gebruikmaking van de mogelijkheden op de Klokkenberg tot daar eigen nieuwbouw klaar is, reële kansen biedt. Dit lijkt ons een principieel betere oplossing. Een cardiochirurgisch centrum hoort zich daar te bevinden waar de medisch-technische faciliteiten beschikbaar zijn en niet primair daar waar toevallig bedden en ruimte aanwezig zijn. Mocht ook deze opzet niet gelukken, dan kan de staatssecretaris wellicht eens denken aan Zwolle, waar de haar bekende goede mogelijkheden zijn.

B.

beslist – als het goed is tenminste – en niet primair door de mensen die direct belang bij de zaak hebben.

Als patiënt heb ik ook belang bij de organisatie van de gezondheidszorg. Door dit soort discussies ben ik gedwongen me voortdurend sterk te maken en me met andere patiënten te organiseren om het machts spel te kunnen meespelen.

Wanneer hulpverleners er niet in slagen mij de hulp te bieden waar ik om vraag, dan moeten ze elkaar daar niet de schuld van geven maar dan moeten ze beslissingen afdwingen van de politici, die moeten afwegen of mijn belang voorgaat boven het belang van een ander of andersom.

Voordat die politici dat beslissen wil ik wel graag worden gehoord. Dat kunnen ze ook een consult aanvragen bij al die verschillende hulpverleners, die op zich heus wel weten waar ze over praten maar die gedwongen zijn met de beste bedoelingen toch vaak te falen. Ook wanneer ze proberen orde te brengen in de chaos van de gezondheidszorg, waarin hulpverleners dagelijks ervaren dat op zoveel vragen van patiënten geen pasklaar antwoord mogelijk is.

Geef mij maar een hulpverlener die dat inziet en die dat eerlijk durft te zeggen in plaats van ruzie te maken over de vraag wie op welke plaats het meest deskundig is om mij te helpen.

Amsterdam, 19 augustus 1978

Mia Notenboom  
Gezondheidszorg 'consument'

## BEGELEIDING

Naar aanleiding van de twee tuchtperikelen in MC nr. 28 en 29/1978, respectievelijk op blz. 862 en 899, komt bij mij de gedachte boven of het niet zinvol zou zijn een landelijk of regionaal crisisteam op te richten of één persoon te vragen om collegae die worden geconfronteerd met het medisch tuchtrecht, geestelijk te begeleiden. Uit de beschrijvingen proef ik een grote geestelijke nood, welke voor mij zeer invoelbaar is. Je integriteit als persoon en arts staat op het spel. Met een goede, meer professionele, persoonlijke begeleiding buiten de vertrouwde kaders als echtgenotes, vrienden en collegae, kunnen misschien beter verhardingsprocessen (zoals één der collegae schrijft) voorkomen worden. Deze hulpvorm is natuurlijk facultatief, maar soms kan een neutralere hulp in een dergelijke crisissituatie beter werken. Graag leg ik deze suggestie aan het KNMG-bestuur voor.

Bilthoven, 18 augustus 1978

C. P. Bruins

## Amsterdamse Instituten voor Huisartsgeneeskunde in nood?

Zijn er genoeg huisartsen die in een of andere vorm meewerken aan het onderwijs in de huisartsgeneeskunde? Helaas niet, en dat is de reden voor dit stuk. Dit schrijven is bestemd voor al die huisartsen die nog niet zijn toegekomen aan het meewerken aan het onderwijs dat door de Instituten voor Huisartsgeneeskunde wordt verzorgd.

U weet nog wel hoe het allemaal begonnen is. Wij huisartsen zelf vonden dat we ons te onvoorbereid zo na het artsexamen in de praktijk moesten waarmaken. Zelf hebben wij aangedrongen op een specifieke opleiding tot huisarts. Ons vak is te moeilijk om uitsluitend met een basisopleiding de deur open te zetten voor de bonte mengeling van hulpvragen waar elke huisarts mee te maken krijgt. De tegenwoordige opleiding doelt ook niet meer op een gerichte praktijkuitoefening en wordt daarom basisopleiding genoemd.

Aan die **basisopleiding** is veel veranderd. Voortdurend wordt er aan gewerkt om tijdens deze opleiding de toekomstige artsen inzicht te geven in het werk van de huisarts. Tegelijk wordt daarmee gewerkt aan het krijgen van een ruimer inzicht in de integrale benadering van de patiënt. Zonder de medewerking van praktiserende huisartsen is dit niet mogelijk.

Aansluitend aan de basisopleiding is de **beroepsopleiding** tot huisarts in ontwikkeling gekomen. Wat hebben wij uit deze ontwikkeling o.a. geleerd?

Duidelijk is geworden dat opleiden tot huisarts een zaak is van de instituten en de praktiserende huisartsen samen. Als datgene wat in de instellingen plaatsvindt los staat van het opdoen aan ervaring bij de huisartsopleider en, omgekeerd, deze stage een gebeuren is waar het instituut buiten staat, dan schaadt dit de kwaliteit van de opleiding en daarmee de kwaliteit van de toekomstige huisartsen.

### Wat betekent onderwijs geven voor een huisarts?

Huisartsen die meewerken aan opleiding doen dit onder meer omdat ze graag kennis en ervaring willen overdragen, omdat ze door het contact met een jonge aanstaande of net afgestudeerde collega geconfronteerd worden met andere visies. Als huisarts-opleider bij de beroepsopleiding ook omdat na een inwerkperiode tijd vrijkomt om zelf datgene te doen wat er anders bij in kan schieten.

De oplossing van de in de kop vermelde nood is mede afhankelijk van uw bijdrage aan het onderwijs, verzorgd door de Instituten voor Huisartsgeneeskunde.

Vandaar onze vraag, of u bereid bent mee te werken aan het bovengenoemde onderwijs. Wij kunnen uw medewerking niet missen. De minst tijdvrage bijdrage is een medisch student een dagje uw praktijkgebeuren te laten meebeleven.

Indien u belangstelling heeft voor een van onze onderwijstaken willen wij u gaarne daarover uitgebreid informeren.

Mogelijk dat bij u in de omgeving meerdere collegae belangstelling hebben. Wij zouden dan bij een van u gezamenlijk kunnen praten over genoemde onderwijstaken en de plaats die de perifere huisarts-medewerker daarin heeft.

De regio's die aan beide Amsterdamse Huisartsinstituten voor het onderwijs zijn toegewezen zijn:

- Noord-Holland
- Zuidelijk Flevoland
- Twente, zover niet behorend tot de regio Groningen
- Noord-Brabant: ten westen begrensd door de gemeenten Dordrecht, Klundert, Hoeven, Rucphen en Zundert; ten oosten begrensd door de gemeenten Rosmalen, St. Michielsgestel, Boxtel, Oirschot, Dieren en Hilvarenbeek; uitgezonderd de gemeenten Made, Drimmelen en Tilburg.

Woont u in een van deze regio's dan hopen wij van u iets te horen. Woont u buiten de genoemde regio's dan helpen wij u gaarne aan de adressen van de andere Instituten voor Huisartsgeneeskunde.

Instituut voor Huisartsgeneeskunde  
Universiteit van Amsterdam  
Vondelstraat 35  
Tel.: 020-16 47 22  
t.a.v. mevr. P. v.d. Heijden  
Prof. Dr. B. S. Polak

Huisartsinstituut Vrije Universiteit  
Uilenstede 108  
Amstelveen  
Tel.: 020-54 84 535  
t.a.v. mevr. H. Foppes  
Prof. Dr. H. J. van Aalderen

---

# Verpleeghuisfunctie in samenhang met andere instellingen

*Het bekende begrip 'gesloten circuit' van instellingen voor gezondheids- en welzijnszorg krijgt nieuwe inhoud in de cluster van tehuizen die onder één regiem een gezamenlijk beleid voert. Het behandelingsprogram in de tehuizen van de cluster moet steunen op multidisciplinaire screening, voorafgaande aan elke opname. Om dit te bereiken is een intensieve bestuurlijke en directionele maar vooral functionele samenwerking tussen de instellingen dringend nodig.*

In toenemende mate vindt er een herbezinning plaats omtrent taak en functie van het verpleeghuis en de plaats die het verpleeghuis binnen de bestaande structuren van de institutionele voorzieningen moet innemen. Anno 1978 moet helaas worden geconstateerd dat er van een werkelijke visie omtrent deze facetten bij de historische ontwikkeling van het verpleeghuiswezen weinig sprake was.

Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen stelt terecht in dit blad (MC nr. 10/1978, blz. 309 e.v.): 'De verpleeghuizen zijn als paddestoelen uit de grond gerezen, verbonden door het mycelium van de AWBZ. Het ontbreken van een duidelijk inzicht in de wezenlijke taak van het verpleeghuis komt mede tot uitdrukking in de geografische spreiding' . . . en verder . . . 'Men vindt verpleeghuizen in de vrije natuur, men vindt ze ook naast drukke kruispunten in grote steden.' Eilandjes van zorg, bewaakt door besturen, functioneren naast elkaar in hetzelfde verzorgingsgebied: serviceflats, verzorgingstehuizen, verpleeghuizen en ziekenhuizen, zich beperkend tot het eigen wereldje en slechts bereid tot intenties van

---

door **Dr. J. B. V. Welten**



Dr. J. B. V. Welten is algemeen directeur-geneesheer van de Stichting Katholieke Verzorgings- en Verpleegtehuizen (KVV) in de regio 's-Gravenhage.

---

samenwerking, mits het eigen beleid richtsnoer is voor dat van de anderen. Om dit isolement te doorbreken is een tiental jaren geleden het begrip 'gesloten circuit' ontstaan. Men duidt daarmee doorgaans op het op elkaar aansluiten van voorzieningen in een verzorgingsgebied, een eis waaraan op zich reeds voldaan zou kunnen worden zonder dat de instellingen veel onderling verband hebben. Wij zijn van mening dat er een dimensie méér nodig is: de instellingen moeten een zodanige eenheid van beleid hebben dat zij samen één behandelingsprogram kunnen uitvoeren als waren zij samen één inrichting. Dat program van behandeling van een patiënt moet dan onder meer steunen op een gemeenschappelijke screening. De instellingen moeten minstens functioneel maar liefst ook bestuurlijk en directioneel onder één gezag staan dat drager is van de gemeenschappelijke visie en borg staat voor de volle medewerking van allen. Wèl is hiervoor nodig het

opgeven van een stuk autonomie terwille van een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Een zodanige tros van instellingen wordt aangeduid met de naam: cluster.

Ik meen dat het oude begrip 'gesloten circuit' door toevoeging van deze extra dimensie een nieuwe en zeer actuele betekenis krijgt.

## Screening

Als eerste fase van behandeling van elke verpleeghuispatiënt moet worden vastgesteld of de patiënt inderdaad verpleeghuisaccommodatie nodig heeft en welke plaats voor hem het meest geëigend is. Het maakt daarbij in beginsel geen verschil of het een geriatrische patiënt betreft of een patiënt op jongere leeftijd. Gelet op de bijzondere aspecten van de geriatrie, het kwantitatief overwicht van bejaarde patiënten en het nut van gelijklopende methodiek, is het wenselijk ons hier te beperken tot een geriatrisch screeningsprogram. Screening in de geriatrie is multidisciplinair en onderscheidt zich daarmee van de orgaanspecialistische observatie. Het onderscheidt zich ook van poliklinisch onderzoek dat primair gericht blijft op preventie en op blijvend wonen in de wijk. De screening moet aan twee hoofdeisen voldoen:

1. Gelet op de complexe samenhang van gelijktijdige aandoeningen en psychosociale factoren die bij geriatrische patiënten vaak wordt aangetroffen, moet het onderzoek multidisciplinair zijn; om die reden kan na een eenzijdig orgaanspecialistisch onderzoek in het ziekenhuis een aanvullende screening nodig zijn. De hieraan verbonden

kosten en extra-belasting voor de patiënt zouden voorkomen worden als de screening zou kunnen plaatsvinden op de geriatrie afdeling van het ziekenhuis, of als in een eerdere fase het verpleeghuis ingeschakeld zou worden.

2. Screening van geriatrie patiënten met dementie beelden moet geschieden in een niet primair psychiatrisch geconditioneerde omgeving. De oorzaak van dementie verschijnselen moet allereerst gezocht worden in organische afwijkingen en/of psychosociale stoornissen: Zolang niet het tegendeel vaststaat, ligt 'the benefit of the doubt' aan de kant van de patiënt met een somatisch lijden.

Deze visie sluit aan bij de huidige voorkeur voor gecombineerde verpleeghuizen voor geestelijk gestoorde en somatisch zieken. Daarbij is niet essentieel de ruimtelijke concentratie, maar de samenhang van de geriatrie behandelingsmethoden. De plaatsing van de patiënt in een der afdelingen van het gecombineerde verpleeghuis (of een der huizen van de cluster) wordt afgestemd op zijn zich ontwikkelende toestand en op de (al dan niet reversibele) mogelijk organische oorzaken van een dementieel aandoend symptomencomplex.

Gegeven een cluster van verpleeg- en verzorgingstehuizen, waarbinnen voldoende doorstroming mogelijk is, is de beste plaats voor de screening – ook van patiënten die als 'dement' worden gepresenteerd – het somatisch verpleeghuis. Een geriatrie afdeling van een algemeen ziekenhuis zou eveneens geschikt zijn, mits die afdeling functioneel samenwerkt met de cluster en wordt bemand tezamen met de medische dienst van de cluster. Wij komen tot dit standpunt op deze vier overwegingen:

1. behandelaars kunnen slechts verantwoordelijkheid dragen voor het verpleeg- en behandelingsprogramma op grond van hun eigen bevindingen; voorkomen moet worden dat zij een reeds gehouden onderzoek zouden moeten herhalen;
2. het onderzoek moet rechtstreeks leiden tot een behandelprogramma, waartoe men de mogelijkheden van een tehuis terdege moet kennen: de sfeer van de onderscheiden afdelingen, de voorhanden

therapieën, en dergelijke;

3. evaluatie tijdens de behandeling kan leiden tot aanpassing van het programma; de besluitvorming hieromtrent moet in het verlengde liggen van de screening die aan het begin heeft plaatsgehad;
4. mede om bewustzijnsschommelingen en de aanpassingsperiode van de patiënt te overbruggen, dient de screening een bepaalde tijd te duren. Nodig is een klinische observatie van ongeveer één maand. Zolang kunnen ziekenhuisbedden gewoonlijk niet bezet blijven.

Om deze laatste reden ben ik het niet eens met hen die een poliklinisch onderzoek voldoende achten om te bepalen op welke afdeling en in welke setting een verpleeghuispatiënt het best geplaatst kan worden; men krijgt dan een toevallige momentopname. Ook deel ik niet de mening van hen die naar analogie van de orgaanspecialistische afdelingen in de ziekenhuizen screeningsafdelingen willen inrichten als toevoeging aan het beddenbestand. Men behoeft slechts een (deel van een) afdeling in een verpleeghuis als screeningsafdeling te bestempelen en te zorgen dat het onderzoek zich daar concentreert; er zijn dan noch uitbreiding van bedden noch extra financiële voorzieningen nodig.

Voor aan aantal patiënten zal de screening in een verpleeghuis geen diagnostische resultaten kunnen hebben en bij een aantal worden diagnoses gesteld die niet in het verpleeghuis behandeld kunnen worden. Deze patiënten dienen verwezen te worden naar een algemeen ziekenhuis. Tot de cluster van voorzieningen – door mij beoogd – behoren ook bejaarden-verzorgingstehuizen. Hoewel deze verzorging meestal geen specifiek programma vereist, is het toch gewenst deze personen vóór opname te onderzoeken, al dan niet in aansluiting op het onderzoek dat eventueel in het kader van de indicatiestelling (ex artikel 6 j van de Wet op de Bejaardenoorden) wordt verricht. Er kan overigens een zeer vruchtbare samenwerking zijn tussen deze indicatiecommissie en de screeningscentra van de clusters, die in het werkgebied van die commissie gevestigd zijn. Het Besluit Opname in Bejaardenoorden biedt voor een nader geriatrie onderzoek goede

aanknopingspunten.

Deze geselecteerde groep bejaarden vormt terzake van geriatrie aandoeningen een 'high-risk'-groep: het is zeer wel mogelijk dat zij aan beginnende aandoeningen onderhevig zijn, welke met een tijdige behandeling in een zieken- of verpleeghuis of wellicht met een ambulante behandeling of medicatie bestreden kunnen worden. Om dezelfde reden moeten de bewoners van verzorgingstehuizen van tijd tot tijd door de verpleeghuisartsen worden gezien; men ziet dan ook wel verpleeghuisartsen optreden als huisartsen in verzorgingstehuizen of tenminste als medisch adviseurs. Onderzoek van gegadigden voor het verzorgingstehuis kan minder intensief zijn dan van potentiële verpleeghuispatiënten; het is mogelijk, dit onderzoek poliklinisch te verrichten.

## Cluster

De cluster is een onderling zeer nauw samenhangend geheel van instellingen, omvattende tenminste een verpleeghuis voor somatisch zieken en een voor geestelijk gestoorde bejaarden of combinaties van beiden, en enkele verzorgingstehuizen. Kenmerkend voor de ideale cluster zijn:

1. centrale organisatorische en administratieve opzet;
2. centrale functionele opzet;
3. een screeningscentrum als toegangspoort voor alle tehuizen van die cluster;
4. functionele samenwerking met het algemeen ziekenhuis met op z'n minst een vaste consulentenrelatie.

De omvang van de cluster en van het screeningscentrum staan in een zodanige relatie tot elkaar dat een goede doorstroming mogelijk is; een verhouding van één screeningsbed op 30 à 40 verpleeghuisbedden lijkt wenselijk. Een vaste relatie tot het aantal verzorgingsplaatsen in de bejaardentehuizen is niet vereist. De interne structuur van de cluster moet zodanig zijn dat, indien dat nodig is, een patiënt of bewoner kan worden overgeplaatst zonder onderbreking van het behandelingsprogramma en ook zonder al te ingrijpende wijzigingen in zijn leefstijl. De eenheid van beleid vindt

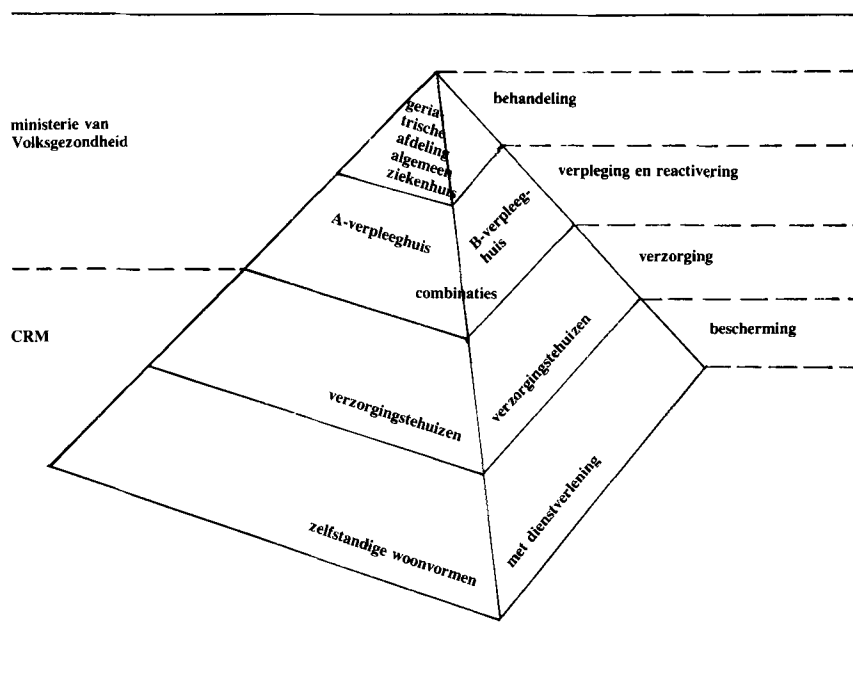
zijn neerslag in de herkenbaarheid in alle deelnemende tehuizen: in continuering van de reeds bekende processen. Om dit te bereiken is een intensieve communicatie tussen medewerkers en alle deelnemende tehuizen nodig. Het karakter van de cluster is bepaald niet alleen in de topstructuur, maar overal in de hiërarchie voelbaar. Ontmoetingen tussen vakgenoten in de verschillende huizen maken onvermijdelijk deel uit van het clusterbeeld, alsook onderlinge verwisselbaarheid van personeel in de tehuizen.

In het voorgaande zijn de patiënten en bewoners nog nauwelijks anders beschreven dan als objecten van zorg. Uitgaande van het feit dat zowel de tehuizen als hun onderlinge samenhang geen ander doel hebben dat het welzijn van hen die er verblijven, moet het duidelijk zijn dat hún functie meer is dan een consumptieve. Omwille van hun participatie moeten structuren zodanig worden opgezet dat zij voor de bewoners/patiënten inzichtelijk zijn, opdat zij het tehuis inderdaad als een vertrouwde woonomgeving ervaren.

Tevens moet elke besluitvorming omtrent behandeling en plaatsing het karakter dragen van een advies: een aangeboden dienstverlening waaromtrent de beslissing bij de patiënten/bewoners c.q. hun familieleden ligt. Deze eis klemmt te meer, naarmate de structuren waarbinnen de beslissingen vallen complexer zijn. Om die reden wordt deze (op zichzelf overbodige) opmerking in dit kader van clustervorming gemaakt.

De organisatorische eenheid van de cluster kan verbreed worden tot de dienstverlening in serviceflats en andere vormen van bejaardenhuisvesting. Aan de bewoners van deze woonvormen kan eveneens verzorging en verpleging in het vooruitzicht worden gesteld, indien zij daar te eniger tijd behoefte aan zouden hebben. Pas in dát geval zullen deze personen met de screening in aanraking komen, maar voor het overige maken zij deel uit van hetzelfde integrale voorzieningencircuit.

Een complete cluster die alle voorzieningen zou omvatten zou schematisch zijn voor te stellen als een pyramide: aan de brede voet bevinden zich de niet-verzorgende



woonvoorzieningen, aan de top de intensieve behandeling. Naarmate de verzorging c.q. de verpleging intensiever is neemt het aantal af: van de bejaarden heeft naar schatting 25% behoefte aan een bejaardenwoning, 7% aan een verzorgingsplaats en 1,2 tot 1,8% aan een verpleeghuisbed.

behoeften van die bewoners, die bewust hebben gekozen voor een tehuis van hun eigen levensbeschouwelijke signatuur.

### Belemmering

Concentratie van beleid in verzorgingstehuizen en verpleeghuizen wordt ernstig belemmerd door de verschillen in overheidsbemoeiing. Terwijl verpleeghuizen als instellingen van gezondheidszorg onder het ministerie van Volksgezondheid vallen met alle wettelijke regelingen van dien, worden de verzorgingstehuizen beschouwd als welzijnsinstellingen onder de zorg van het ministerie van CRM. In beide departementen wordt over vele onderwerpen sterk verschillend gedacht (de wijze van financiering is slechts één – zij het markant – punt van verschil) en in plaats van bundeling dreigt een verder uit elkaar drijven. Ik ben van mening dat zulks strijdt met het belang van de mensen om wie het gaat. Hopelijk zal men bij een toekomstige hervervorming van de overheidszorg ertoe kunnen komen hiermee rekening te houden. De tegenwoordige toelatingseisen voor verzorgingstehuizen wijzen reeds duidelijk in die richting.

### Bindend element

Als instellingen op grond van deze overwegingen tot de bevinding komen dat zij een cluster moeten vormen om op die manier beter te kunnen functioneren, dan zullen zij zoeken naar het bindende element. Het gezamenlijk geografisch verzorgingsgebied kan zo'n element zijn; omtrent de omvang van de regio die tot één verzorgingsgebied gerekend kan worden, zijn moeilijk algemene regels te stellen. Wel is te verwachten dat in regio's met gespreide bevolking het werkingsgebied van de cluster groter zal zijn dan in de bevolkingsconcentraties. In de grote steden zullen meerdere clusters tegelijk werkzaam zijn, waarbij naast de regionale spreiding ook andere elementen van binding mogelijk zijn. Een bundeling op basis van levensbeschouwelijke achtergrond kan heel zinvol zijn: niet alleen omdat het de besturen gemakkelijker maakt om binnen hun statutaire doelstelling tot samenwerking te komen, maar vooral omdat het aansluit bij de



---

# Het gebruik van video op een PAAZ (Slot)

## Juridische overwegingen

In de medische wereld wordt meer en meer gebruik gemaakt van video ten behoeve van diagnostiek, behandeling en onderwijs. Bij het gebruik maken van het hulpmiddel video kunnen zich problemen voordoen op juridisch gebied, waarbij onder andere te denken valt aan de vragen óf en zo ja op welke wijze de patiënt toestemming moet verlenen voor het maken van opnamen alsmede wie eigenaar is van de videobanden en welke plichten deze eigenaar heeft, met name ten opzichte van de patiënt. In het navolgende gaan wij er primair vanuit dat het doel van de opname is gericht op diagnostiek en behandeling. Het maken van de opname moet derhalve *patiëntgericht* zijn, in die zin dat de opnamen zullen moeten bijdragen aan een optimale diagnostiek en behandeling.

### Onderwijsgericht doel

Het maken van opnamen die (mede) worden gebruikt voor andere dan hiervoor bedoelde doeleinden, zoals bijvoorbeeld onderwijs, kan extra problemen opleveren. Bij onderwijs worden namelijk derden die met de diagnostiek en de behandeling van de patiënt weinig of niets van doen hebben, geconfronteerd met beelden die primair zijn vastgelegd ten behoeve van de patiënt enerzijds en de behandelend psychiater anderzijds. Voor wat betreft video-opnamen die (mede) om laatstbedoelde redenen worden vervaardigd zou men een globaal onderscheid kunnen maken in de navolgende hoofdgroepen:

1. opnamen, uitsluitend gericht op onderwijs, waarbij tevoren derhalve met zekerheid vaststaat

---

door **Drs. J. H. S. van Herten**



De auteur, jurist, is als directiesecretaris verbonden aan het Ziekenhuis 'De Goddelijke Voorzienigheid' te Sittard.

- dat de opnamen nauwelijks het belang van de patiënt dienen;
2. opnamen ten behoeve van de patiënt waarbij tevoren met een zekere mate van waarschijnlijkheid vaststaat dat deze opnamen in de toekomst óók voor onderwijsdoeleinden zullen worden gebruikt;
3. grensgevallen tussen 1 en 2.

De categorieën 2 en 3 zouden wij willen afscheiden van categorie 1. In de eerste categorie is namelijk niet, althans in onvoldoende mate, sprake van hulpverlening aan de patiënt waarvan opnamen worden gemaakt. Hoewel wij er ons terdege van bewust zijn dat het nut van opnamen niet altijd alléén maar gerelateerd hoeft te zijn aan het belang van de patiënt zelf, menen wij in deze toch zekere restricties te moeten maken. Het belang van kennisoverdracht in het kader van een specialistenopleiding of affiliatiecontract aan arts-assistenten of co-assistenten wel degelijk beseffend, menen wij dat het maken

van onderwijsgerichte opnamen verbonden moet blijven aan de uitdrukkelijke toestemming van de patiënt. Bij het geven van toestemming door de patiënt dient de behandelend psychiater er zich van bewust te zijn dat de patiënt voldoende beseft, enerzijds waartoe de opnamen worden gebruikt, anderzijds, dat het element van herkenning door degenen die de banden in de toekomst zullen gaan zien aanwezig is. Als waarborg voor de privacy van de patiënt zouden wij willen inbouwen dat bij onderwijsgerichte opnamen de patiënt steeds het recht moet hebben te eisen dat de opnamebanden onmiddellijk worden vernietigd indien de patiënt daartoe termen aanwezig acht dan wel eenvoudigweg daartoe de wens te kennen geeft. Naar het ons lijkt behoeft de patiënt zijn verzoek tot vernietiging niet te motiveren. Wij zijn voorts van mening dat aan twee voorwaarden door de behandelend psychiater bij de benadering van de patiënt moet zijn voldaan. Allereerst zal genoegzaam moeten vaststaan dat de problematiek en de hiermede samenhangende diagnostiek en therapie op geen enkele wijze nadelig mag worden beïnvloed door het vervaardigen van de opnamen. Voorts zal de behandelend psychiater, alvorens hij de patiënt toestemming tot opname vraagt, als een zeer zorgvuldig handelend medicus de belangen tussen patiëntenhulp en onderwijsbehoefte moeten afwegen.

Tenzij anders vermeld, wordt in het navolgende met videobanden steeds bedoeld op de patiëntgerichte opnamen. Voor wat betreft de opnamen als bedoeld in categorie 2 en



categorie 3 zij vermeld dat wij deze gelijk zouden willen stellen met de patiëntgerichte opnamen; in het navolgende komen wij hier nader op terug.

### **Videoband en medisch archief**

Beschouwen wij de banden als een registratie van de gemoedstoestand en de met deze toestand samenhangende gedragingen en gemoedsuitingen van de patiënt, dan moet men aannemen dat de band een onderdeel uitmaakt van de medische verslaglegging van de patiënt. Normaal is, dat ziektegeschiedenissen in het medisch archief van het ziekenhuis blijven berusten; de plicht tot het zorgvuldig opbergen van de medische statussen berust in het merendeel van de gevallen bij het bestuur van het ziekenhuis. Normaliter zal ook alléén de behandelend specialist het recht hebben op inzage van de ziektegeschiedenissen; anderen hebben slechts het inzagerecht indien zij dit recht van de behandelend specialist krijgen. Publikatie – hieronder zou ik ook het multipliceren van banden voor andere dan patiëntgerichte doelen willen begrijpen – kan uitsluitend met toestemming van behandelend specialist of zijn opvolger. Bij publikatie van gegevens waarbij de patiënt herkenbaar is – iets dat met name bij het vertonen van videobanden speelt – lijkt ons toestemming van de patiënt zonder meer een vereiste, náást de toestemming uiteraard van de specialist of diens opvolger. Wij zijn de mening toegedaan dat bovenstaande regelingen voor de psychiatrische status in zijn algemeenheid en voor de video-opnamen in het bijzonder niet voldoende waarborgen bieden tegen misbruik, oneigenlijk gebruik c.q. niet terzake doende of ongewenste overdracht van kennis omtrent de patiënt. Beperken wij ons tot de video-opnamen, dan kan gesteld worden dat zij voor de behandelend specialist – niet zijnde de behandelend psychiater – van geringe betekenis zijn. Mocht er behoefte bestaan aan informatie over de psychische toestand van de patiënt, dan kan worden volstaan met een consultaanvraag zonder dat de specialist – niet zijnde de psychiater – zich behoeft te gaan verdiepen in de

bevindingen die tot de diagnostiek hebben geleid alsmede in de resultaten van de therapie. Naar het ons voorkomt biedt een separate bewaring van de psychiatrische status (en dus ook van de videobanden) meer waarborgen tegen het vermelde oneigenlijk gebruik c.q. misbruik. Wij prefereren een systeem waarbij de psychiatrische status in een aparte kluis binnen het centraal medisch archief wordt opgeborgen. Opvragen van statussen door behandelend medici moet normaal mogelijk blijven, doch met de restrictie dat de behandelend psychiater in geïndiceerde gevallen het recht moet hebben bepaalde informatie alleen toegankelijk te laten zijn nadat hij hiertoe uitdrukkelijk toestemming heeft verleend. Men denke in deze aan het geval waarin een patiënt details over een misdrijf verstrekt die alleen aan de dader bekend kunnen zijn; registratie van deze details – die een zwaarwichtige rol kunnen spelen bij de behandeling van de schuldvrage in een strafrechtelijke procedure – is voor de niet-psychiatrische specialist vrijwel altijd irrelevant. Inzage van deze gegevens, die de behandelend psychiater met een merkteken op de omslag van de status zou kunnen aangeven, moet aan het verlenen van toestemming van de behandelend psychiater verbonden kunnen blijven.

De vraag of er ten aanzien van de juridische benadering verschil bestaat tussen een klinische en een poliklinische status zouden wij ontkennend willen beantwoorden, zeker voor zover het betreft de wijze van bewaren (in een kluis op de afdeling) en tevens ten aanzien van het inzagerecht.

### **Toestemming patiënt**

Als uitgangspunt wordt gekozen voor de – overigens meest voorkomende – gevallen waarin de patiënt vrijwillig de hulp zoekt van een psychiater. Of hij deze hulp zoekt op aanraden van familie, kennissen of huisarts, is in wezen irrelevant; primair staat dat de patiënt adequate hulp voor zijn psychische problemen wenst en zich daartoe tot een arts wendt. De wens geholpen te worden behoeft ons inziens niet expliciet te zijn uitgesproken; een stilzwijgend akkoord gaan met en zelfs een zich niet verzetten tegen het verlenen van

de aangeboden hulp leidt in de meeste gevallen tot de conclusie dat de patiënt, soms in zijn eigen beoordelingswereld niet helemaal bewust, hulp accepteert. Acceptatie, ook zijnde het als onvermijdelijk aanvaarden van hulp, zouden wij dan ook in deze gevallen willen gelijkstellen met het stilzwijgend goedkeuren van de hulpverlening. Bij het ontbreken van de mogelijkheid de wil te bepalen zou men, tot het tegendeel blijkt, kunnen spreken van een passieve samenwerkingsrelatie. Nadrukkelijk zij wel vermeld dat de voorgaande alinea's niet van waarde zijn indien er een mate van dwang of drang tot het zich laten behandelen aanwezig is, welke mate van dwang en drang voortvloeit uit of samenhangt met een door de patiënt kennelijk niet gewenste behandeling, zoals bijvoorbeeld meestentijds de inbewaringstelling is.

Zoekt de patiënt vrijwillig naar hulp dan accepteert hij hiermede dat gegevens, die van van zeer persoonlijke aard zijn, worden geregistreerd. De normale wijze van registreren – het vermelden van gegevens op daartoe bestemde formulieren, eventueel het bijvoegen van röntgenfoto's – zal bij niemand bezwaren ontmoeten. Bij de videobanden ligt dit niet wezenlijk anders, omdat men kan stellen dat patiëntgerichte opnamen onderdeel vormen van de medische verslaglegging. Video registreert echter veel meer dan papier. Felle emoties, diep menselijk leed en welhaast ondraaglijke angstgevoelens kunnen op een videoband uiterst indringend worden geregistreerd. Omdat deze vorm van medische verslaglegging zó ver kan gaan – beeld en geluid zijn emotie – eist ons inziens de medische zorgvuldigheid, dat in principe de patiënt bij elke andere dan een absoluut patiëntgerichte opname vooraf en uitdrukkelijke toestemming verleent tot het maken van welke video-opnamen dan ook. Bij de voorlichting aan de patiënt dient de behandelend psychiater indien de patiënt daarnaar vraagt maar zeker óók indien de psychiater kennelijk de overtuiging heeft dat de patiënt informatie wenst, deze informatie omtrent doel, gebruik en waarborgen tegen misbruik c.q. oneigenlijk gebruik duidelijk en ondubbelzinnig te verschaffen. Overigens speelt deze problematiek

niet alleen op een psychiatrische afdeling; overal waar in ziekenhuizen van audiovisuele hulpmiddelen gebruik wordt gemaakt zal deze problematiek naar voren komen.

### **Recht op vernietiging**

Ons inziens heeft een psychiatrische patiënt nooit het recht te eisen dat videobanden met daarop nagenoeg uitsluitend medische gegevens – die een onderdeel uitmaken van de medische verslaglegging, zoals hiervoren betoogd – worden vernietigd.

Anders zou het kunnen liggen met gegevens die niet-medisch zijn. Bij het aanreiken van gegevens door de patiënt aan de behandelend psychiater zullen min of meer regelmatig feiten bekend worden die weinig relevant zijn voor diagnostiek en behandeling. Feiten die mogelijkerwijze wel relevant zijn, althans waarvan de behandelend psychiater redelijkerwijze kan aannemen dat zij in het belang van de patiënt zijn, zouden wij willen rangschikken onder de medische gegevens.

Ten aanzien van niet-medische gegevens – verwezen zij naar het genoemde voorbeeld waarbij een patiënt kennis draagt van details die alleen de dader van een misdrijf bekend kunnen zijn – zou het de voorkeur verdienen dat de patiënt in principe het recht zou moeten hebben deze specifieke gegevens te laten vernietigen.

Omdat dit recht dat aan de patiënt wordt toegedacht praktische moeilijkheden kan opleveren, zo er al veel van zo'n voorgesteld recht gebruik gemaakt zou worden, lijkt het zinvol te komen tot een werkbare synthese. Onze gedachten gaan hierbij uit naar een constructie waarbij de behandelend psychiater primair beoordeelt of een bepaalde passage van een videoband een onderdeel uitmaakt van de medische verslaglegging.

Mocht zulks niet het geval zijn dan dient de behandelend psychiater, als hij de stellige indruk heeft dat het hier gaat om gegevens die enerzijds mogelijk toegankelijk zijn voor onbevoegden en tevens anderzijds waarschijnlijk belastend zouden kunnen zijn voor de patiënt, over te gaan tot het vernietigen van de fragmenten.

### **Opnamen buiten medeweten van de patiënt**

Ten aanzien van het maken van opnamen buiten medeweten van de patiënt (zoals weleens gebeurt in separeerkamers) kunnen wij kort zijn. De zorgvuldigheid die een behandelend psychiater ten opzichte van zijn patiënt in acht dient te nemen gebiedt ons inziens dat géén concessies mogen worden gedaan aan de privacy waarop elke patiënt recht heeft. Zo er al opnamen worden gemaakt buiten medeweten van een patiënt, dan dienen de videobanden van deze opnamen in het medisch dossier een aparte, voor anderen dan de behandelend psychiater, ontoegankelijk plaats te krijgen. Wel zij vermeld dat de genoemde verantwoordelijkheid van de behandelend specialist in deze, zoals uit het voorgaande bleek, een zeer vergaande zorgvuldigheid ten aanzien van de verzorging van de medische status inhoudt.

Wij willen in deze nuanceren. Indien van een patiënt opnamen zijn gemaakt zonder zijn medeweten en de patiënt verneemt dit later, dan zal de behandelend psychiater in overleg met de patiënt moeten kunnen bepalen wat met de opnamen dient te geschieden. Opgemerkt zij hierbij dat naar onze mening de behandelend psychiater hierin – zeker daar waar het betreft de beoordeling van medische gegevens die ook in de toekomst van diagnostische of therapeutische

waarde kunnen zijn – een doorslaggevende stem moet hebben. Wanneer niet of niet in voldoende mate vaststaat dat een patiënt zijn wil, inhoudende onder andere het overzien van de gewenste gevolgen van deze wil, kan bepalen dan zal het oordeel van de behandelend psychiater wellicht het zwaarst dienen te wegen. Immers het gaat in deze gevallen om een onderdeel van de medische verslaglegging waarvoor de behandelend specialist zijn eigen, specifieke verantwoordelijkheid draagt.

### **Conclusie**

Ten einde de rechten en plichten van patiënten enerzijds en, al dan niet behandelend medici anderzijds te kunnen afbakenen zullen voorwaarden moeten worden geschapen. Een van de belangrijkste voorwaarden lijkt de uniformering van de vele verschillende regelingen die in ziekenhuizen bestaan ten aanzien van het tegengaan van misbruik of oneigenlijk gebruik van medische gegevens. Hierbij dient met de eigenheid van de psychiatrische ziektegeschiedenis rekening gehouden te worden. Een wettelijke regeling derhalve die de geheimhouding van de medische gegevens in haar algemeenheid waarborgt met onderkenning van specifieke eigenheden van de psychiatrische ziektegeschiedenis.

---

### **G. M. Glansdorp meldt zich aan als 19.000ste KNMG-lid**



De dit jaar op 1 juli afgestudeerde Rotterdamse arts, de heer G. M. Glansdorp, heeft zich aangemeld als lid van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, waarmee het KNMG-ledental op 19.000 is gekomen.

De heer Glansdorp is 27 jaar, gehuwd – zijn echtgenote is als arts op dezelfde dag afgestudeerd als hij – en is per 1 september jl. begonnen met zijn opleiding tot anesthesist. Zijn motivering om zich als lid van de KNMG aan te melden: 'Ik zoek bescherming bij de grote moederborst; ik heb er behoefte aan dat mijn rechtspositie door de LAD wordt veilig gesteld'. In dit verband merkte de heer Glansdorp op het als een hiaat in de medische opleiding te ervaren, dat tijdens de studie geen inzicht wordt geboden in allerlei maatschappelijke en economische problemen waarmee de artsen in hun loopbaan kunnen worden geconfronteerd.

---

## ‘De verzekeringsgeneeskundige als zondebok’

Met belangstelling doch ook met enige verbazing heb ik in MC van 26 mei en 21 juli jl. de reacties gelezen van Dr. Grond en van het ‘leger verzekeringsartsen’ op enkele losse opmerkingen van Prof. Muntendam ter gelegenheid van de opening van het Gezondheidscentrum in Noordwolde in maart 1978. Het zijn o.a. de volgende uitspraken van Prof. Muntendam waaraan Dr. Grond zich heeft geërgerd:

*‘Het snel toegenomen arbeidsverzuim, waarvoor een leger van verzekeringsartsen wordt aangesteld, die geen bijdrage hebben kunnen leveren aan een daling van het verzuimcijfer.’*

*‘Wie zal eindelijk eens het initiatief durven nemen om aan deze kapitale en ondoelmatige investering in ons sociale verzekeringsinstituut een einde te maken en deze artsen op die plaatsen werkzaam doen zijn waar zij wel een bijdrage aan het welzijn van de mens kunnen geven, namelijk als bedrijfsarts in de ondernemingen.’*

Het is begrijpelijk dat Dr. Grond het niet eens kan zijn met deze uitspraken, doch hij had er wat minder emotioneel op kunnen reageren en met meer overtuigende bewijzen moeten komen om aan te tonen dat Prof. Muntendam ongelijk had. Dr. Grond is te snel de rol van zondebok gaan spelen.

Dr. Grond en de verzekeringsartsen zijn er niet in geslaagd aan te tonen dat de uitspraken van Prof. Muntendam niet juist waren. Persoonlijk vond ik de uitspraken van Prof. Muntendam niet zo ver bezijden de werkelijkheid. Ik geloof echter niet dat het te hoge arbeidsverzuim tot een aanvaardbare norm zal worden teruggedrongen

---

**door Dr. H. Aling,  
verzekeringsgeneeskundige**

---

indien het leger verzekeringsartsen als bedrijfsartsen gaat werken in de ondernemingen.

Het arbeidsverzuim is inderdaad snel toegenomen ondanks het leger verzekeringsartsen. Dr. Grond zegt zelf: de verzuimcijfers zullen blijven stijgen, de kostenstijging is onrustbarend, de sociale zekerheid loopt gevaar.

Waarom dan niet eens de hand in eigen boezem gestoken? Een opmerking ‘de verzekeringsartsen doen hun werk niet slechter dan welke groep artsen in Nederland’ is een weinig ter zake dienende opmerking die iedere bewijsgrond mist.

Ook de bewering dat de kapitale en ondoelmatige investering in ons sociale verzekeringsinstituut de schuld zou zijn van de KNMG, omdat deze de scheiding van behandeling en controle voorstond en ingang deed vinden, wordt door Dr. Grond en het leger verzekeringsartsen niet door een duidelijke argumentering ook maar gedeeltelijk bewezen.

Het is zijn goed recht dat Dr. Grond steeds maar weer strijdt voor een opheffing van de scheiding van behandeling en controle, doch hij moet niet zonder meer de KNMG als de zondebok bestempelen voor het hoge arbeidsverzuim omdat de KNMG en de meerderheid (2/3) van haar leden een scheiding van behandeling en controle voorstaan. Het lijkt mij vanzelfsprekend dat de behandelend arts zich liever niet bemoeit met de arbeidsongeschiktheid van zijn patiënten. Het spreekt

vanzelf dat hij in sommige gevallen adviseert over werkhervatting, echter alleen indien hem dit wordt gevraagd door de patiënt. Aan de minder bonafide patiënten die er graag nog een weekje ziekteverlof bij willen hebben zal de huisarts liever geen advies geven.

In het algemeen acht de huisarts zich niet voldoende bekwaam en wil hij zich liever niet uitlaten over het al dan niet arbeidsongeschikt zijn van zijn patiënten. Indien hij het wel zou doen en zijn advies is niet in overeenstemming met de verwachting van de patiënt, dan loopt de behandelend arts het gevaar dat de verhouding arts/patiënt in ongunstige zin wordt beïnvloed. Bovendien bestaat het gevaar dat het in vele gevallen niet meer een objectief oordeel is, doch een oordeel in overeenstemming met de mening en de wens van zijn patiënt.

Persoonlijk prefereer ik een vasthouden aan de scheiding tussen behandeling en controle. De huisarts kan zich het best zo weinig mogelijk bemoeien met de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, terwijl de verzekeringsarts af moet blijven van de behandeling.

Indien er twijfels zijn kan er overleg worden gepleegd tussen huisarts en verzekeringsarts. Dit overleg verloopt volgens mijn ervaring in 99% van de gevallen erg prettig. Dit geldt eveneens voor het uitwisselen van medische gegevens. Mijn ervaring is dat de spelregels van het ‘Groene Boekje’ en de KNMG in de praktijk geen belemmering vormen en geen moeilijkheden opleveren.

Terugkerend tot het betoog van Dr. Grond meen ik de volgende feiten te mogen constateren:

1. Het arbeidsverzuim neemt nog steeds toe en is onrustbarend. Toen ik in 1974 voorspelde dat in 1980 waarschijnlijk 1 op de 5 werknemers in Nederland arbeidsongeschikt zou zijn, dat bij deze 600.000 verzuimers er circa 100.000 arbeidsongeschikte zelfstandigen krachtens de AAW bij zouden komen, dat er ongeveer 25% van deze 600.000 onnodig of oneigenlijk gebruik maakten van de Ziektewet en de WAO werd ik verwezen naar de borreltafel. Momenteel is 1 op de 4 werknemers arbeidsongeschikt, terwijl reeds meer dan 150.000 zelfstandigen een uitkering krachtens de AAW ontvangen. Dit is geen borrelpraat, doch de harde waarheid. Wanneer zou Nederland de 1.000.000 arbeidsverzuimers halen? In 1980?

2. Er is inderdaad een leger verzekeringsartsen dat het niet gelukt is een bijdrage te leveren om het arbeidsverzuim te doen dalen.

3. De sociale zekerheid loopt gevaar. In tijden van hoogconjunctuur zal in een welvaartsstaat als Nederland een wat hoog arbeidsverzuim niet direct rampzalig zijn. Nu sinds enige jaren de economie achteruit holt en het aantal werklozen erg groot is, zal het steeds moeilijker worden de hoge sociale uitkeringen te handhaven. De sociale zekerheid loopt inderdaad ernstig gevaar.

### Oorzaken

Wat zijn de oorzaken van het (te) hoge arbeidsverzuim?

a. Zijn het *de sociale wetten* als de ZW, de WAO en AAW die uitnodigen tot een hoog verzuim? Ik geloof het niet. Wel zal een (te) hoge netto uitkering het verzuim bevorderen en antirevaliderend werken. Ik heb de indruk (geen bewijs) dat dit niet massaal voorkomt.

b. Is er een aantal factoren als: situaties op de arbeidsmarkt, de veranderde visie op de zin van de arbeid, het begrip 'ziekte', arbeidsklimaat, gezondheidsvoorlichting en andere, dat het arbeidsverzuim ongunstig beïnvloedt? Ik meen deze vraag met ja te mogen beantwoorden. Vooral de negatieve benadering van 'arbeid' en de veelal eenzijdige voorlichting van

pers, radio en televisie hebben het arbeidsverzuim waarschijnlijk bevorderd.

c. Zijn *de verzekerden* zelf schuldig aan oneigenlijk, onnodig, overbodig gebruik, of zelfs misbruik van de sociale wetten? Ik ben van mening dat het aantal verzekerden dat dit bewust doet, niet zo erg groot is. Er zijn in Nederland scholieren die graag spijbelen, belastingbetalers die belasting ontduiken, autorijders die de maximum snelheid overschrijden. Zo zijn er ook verzekerden die trachten te profiteren van de ZW, WAO en AAW. Het gaat mij te ver om deze verzekerden aan te wijzen als de schuldigen van het hoge verzuimpercentage. Ik zou nog willen opmerken dat er volgens mij geen verschil is tussen werknemers, werkgevers en kleine zelfstandigen in het ten onrechte gebruik maken van de sociale wetten. Alleen een *intensieve* controle kan het aantal profiteurs beperken.

d. Zijn dan toch de *behandelende huisartsen en specialisten* met de KNMG de grote schuldigen omdat zij aan de scheiding van behandeling en controle vasthouden? Hierover heb ik mij reeds uitgesproken in deze bijdrage. Ik ben zelfs van mening dat het arbeidsverzuim zou kunnen toenemen indien de huisartsen en specialisten zich in de vele gevallen zouden bemoeien met de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid van hun patiënten. Het kan aanleiding geven tot moeilijkheden indien de verzekeringsarts het niet eens zou zijn met de behandelend arts. Ook kan het mijns inziens niet worden overgelaten aan de patiënt/verzekerde of hij het werk zal hervatten, zoals sommige artsen voorstaan. Dit zou mijns inziens het ziektepercentage eveneens doen stijgen.

e. Zijn het dan toch de *verzekeringsartsen* die het hoge verzuimpercentage in stand houden? Het zijn mijns inziens de

uitvoeringsorganen van de ZW, WAO en AAW die verantwoordelijk zijn voor het arbeidsverzuim. Hieronder vallen dus ook de verzekeringsartsen.

### Deskundigheidseisen

Het is onder andere de taak van de verzekeringsarts de vermeende arbeidsongeschiktheid te beoordelen. Dit is een moeilijke taak, doch niet te moeilijk indien hij een deskundige (specialist) is in zijn vak. Hiervoor is onder meer gewenst:

- een jarenlange ( $\pm$  10 jaar) ervaring als huisarts;
- een stage van minstens 1 jaar als 'bedrijfsarts'; en
- een efficiënte opleiding in de verzekeringsgeneeskunde.

Een pas afgestudeerd arts kan onmogelijk goed functioneren als verzekeringsarts. Indien een verzekeringsarts voldoet aan bovenstaande drie eisen, dan moet hij in staat zijn de arbeidsongeschiktheid op de juiste wijze te beoordelen en het arbeidsverzuim tot een verantwoord niveau te helpen terugbrengen. De honorering en de promotiemogelijkheden dienen in overeenstemming te zijn met de functie van deze verzekeringsgeneeskundige specialisten.

Mijn conclusie is dat Prof. Muntendam niet veel onjuistheden heeft gezegd in Noordwolde over het arbeidsverzuim.

Dr. Grond en het leger verzekeringsartsen hebben zich niet overtuigend verdedigd tegen de huns inziens insinuerende opmerkingen van Prof. Muntendam. Zij hebben ten onrechte de bal doorgespeeld naar de KNMG en begaan daarmee dezelfde fout die zij Prof. Muntendam menen te moeten verwijten.

Bussum, augustus 1978

---

# De Bibliotheek van de KNMG

Jaarverslag 1977

Het vorige bericht over de boekerij onzer Maatschappij (zie MC 32 (1977), 1040), opgemaakt door plaatsvervangend bibliothecaris

Mesander, moest door omstandigheden een periode van zes jaar (1971-76) beslaan.

Op de algemene vergadering der Maatschappij in september 1977 werd schrijver dezes tot bibliothecaris benoemd. Met de door Mesander gegeven beschouwingen kan ik me zeer wel verenigen.

De omstandigheid, dat de boekerij der Maatschappij niet in een afzonderlijk gebouw is ondergebracht en wordt beheerd, doet dit kostbaar bezit minder voor haar leden leven. Het feit, dat ze (sinds oktober 1855) in bruikleen geheel is opgenomen in de Bibliotheek van de Universiteit van Amsterdam, heeft, naast grote voordelen, ook bezwaren. Men zou het raadplegen, met name van de oudere werken, gaarne gemakkelijker willen zien. De uitlening daarvan is onderworpen aan de regels der Universiteitsbibliotheek, die steeds strenger worden en verdere beperkingen aanbrengen, terwijl bovendien een groot deel van ons oude boekenbestand (30 kasten) wegens ruimtegebrek (nog) elders in de stad is opgeborgen, zodat beschikbaarstelling daarvan steeds een dag vertraging met zich brengt. De voordelen liggen in de zorgvuldigheid van beheer, dat onder leiding van de wetenschappelijk hoofdamtenaar C. H. Koene staat, die zich grotendeels aan die taak kan wijden. (Helaas werden zijn werkzaamheden verleden jaar gedurende een periode van drie maanden door de gevolgen van een ongeval onderbroken.) Een ideëel voordeel is, dat onze boekenschat ook

---

door **Prof. Dr. G. A. Lindeboom, bibliothecaris**

---

door niet-leden der Maatschappij kan worden geraadpleegd. Het is te betreuren, dat het onmogelijk is nauwkeurige quantitatieve gegevens over het gebruik onzer werken te verkrijgen. Met de nieuwe, in 1977 benoemde, directeur der Universiteitsbibliotheek, Dr. E. Braches, heeft overleg plaatsgevonden om, na beëindiging der verbouwings- en uitbreidingswerkzaamheden, een – zij het kleine – ruimte beschikbaar te krijgen voor de heer Koene en de bibliothecaris, die eventueel ook als een 'cubiculum' zou kunnen worden gebruikt door één onzer leden, die intensief met een studie-onderwerp bezig is. Het resultaat van dit overleg zal moeten worden afgewacht. Het eigen gezicht onzer boekenverzameling komt misschien nog het meest tot uitdrukking in haar catalogi. Nadat vroeger reeds kleinere waren verschenen (1853, 1856, 1861 met 17 supplementen van 1867-1923), heeft Nuyens in 1930 de monumentale *Bibliotheca Medica Neerlandica* het licht doen zien. De inhoud hiervan is systematisch-chronologisch gerangschikt, zoals dit ook nog het geval is met het, in 1949 verschenen, door E. J. van der Linden bezorgde vervolg. Dit tweede deel vermeldt echter gelukkig de signaturen, waaronder de werken te vinden zijn. Hierna verschenen nog, ingenaaid een tweetal lijsten van *Aanwinsten* (1954, 1960), waarin de titels echter alfabetisch gerangschikt zijn volgens de namen der (eerste) auteurs, hetgeen de raadpleging

vergemakkelijkt.

Besloten is thans te komen tot een tweede vervolgdeel op Nuyens' catalogus, waarin de titels der *Aanwinsten*-lijsten geïntegreerd zijn opgenomen. Aan de totstandbrenging van dit derde deel der *BMN*, dat de jaren 1950-1977 zal beslaan, wordt thans hard gewerkt.

Onze boekerij is in het afgelopen jaar verrijkt met 265 recente (dat wil zeggen na 1900 verschenen) boeken (waaronder 156 dissertaties); voorts met vijf uit de 18de en zes uit de 19de eeuw.

Bovendien konden we door aankoop onze verzameling oude werken met enige belangrijke boeken aanvullen. Hieronder valt allereerst te vermelden Forestus, P. *Observationum et curationum medicinalium liber XXXII. De lue venerea* (Lugd. Bat.), ex officina Plantiniana 1606. f°. Ruim honderd jaar geleden werden door onze bibliotheek de eerste delen van Pieter van Foreests 32-delige reeks medicinale *Observationes et curationes* aangekocht; in 1973 werd het voorlaatste deel in eigendom verkregen. Pas nu is de serie geheel compleet.

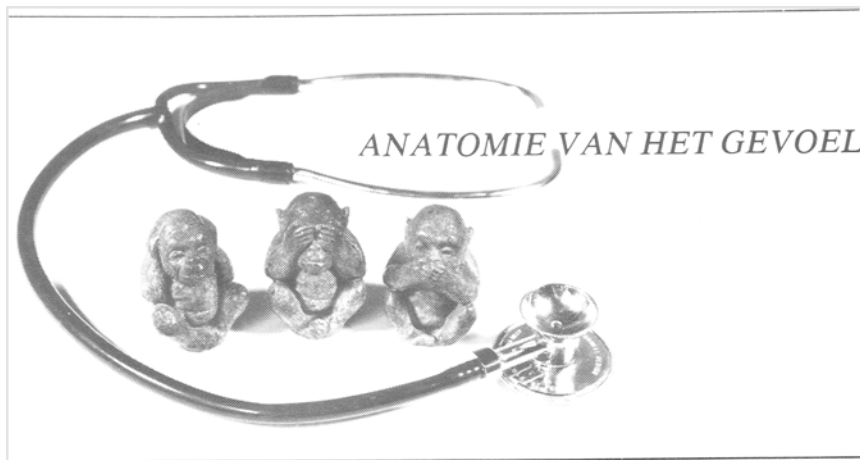
Een belangrijke aanwinst, die ook in onze verzameling thuis behoort al zou men dat bij de eerste blik op de titel niet zeggen, is: Greenfield, J. *A treatise of the safe, internal use of cantharides in the practice of physick*. Transl. by J. Martin. London, J. Wol et al. 1706, 8°. Dit kleine werk, dat oorspronkelijk in het Latijn is verschenen (titel: *De tuto cantharidum in medicina usu interno*, London 1698, <sup>2</sup>1703) is van de hand van de Nederlandse auteur Johannes Groeneveld (1647-1710). Deze te Deventer geboren medicus, die in 1670 te Utrecht promoveerde en naam

kreeg als lithotomist, emigreerde om onbekende redenen omstreeks 1683 naar Engeland, waar zijn naam verengelst is tot Greenfield. Hij vestigde zich te Londen, kreeg daar een grote praktijk, doch ondervond kritiek en moeilijkheden, en werd zelfs korte tijd wegens klachten van 'mala praxis' gevangen gezet doordat hij Spaanse vliegen (cantharides) inwendig aan zijn patiënten toediende (het is bekend, dat ze nierbloedingen kunnen veroorzaken). In dit geschrift verdedigt Greenfield alias Groeneveld zijn handelwijze.

Een Engelse vertaling van een boek van een meer bekend Nederlander, dat we verwierven is: Daventer [Deventer], Henry à. *The art of midwifery improv'd . . . laying down whatever instructions are requisite to maken a complete midwife.* 4th ed. London, W. Inhuys (et al.), 1746, met 38 afb. op 5 platen. Dit is een vertaling van één der eerste werken van de bekende Hendrik van Deventer (1651-1724), en wel van zijn *Nieuw Licht voor vroeg-meesters en vroeg-vrouwen*, dat voor het eerst in 1701 verscheen, in het Nederlands alsook in het latijn (*Novum Lumen*). De eerste druk van deze Engelse vertaling zag in 1716 het licht.

We wisten ook de hand te leggen op een farmacologisch werkje van een bekend geneesheer uit de Haagse school: Schwencke, Th. *Schets van de heelmiddelen en haar uitwerkingen op het lichaam.* 's Gravenhage, J. M. Husson, 1745. Thomas Schwencke (1694-1767) was professor in de anatomie en chirurgie te Den Haag van 1723 tot 1765; vanaf 1726 was hij tevens lector in de vroedkunde. Van de overige aanwinsten van oude boeken moge in dit verslag slechts worden genoemd een uitgave van Boerhaaves *Institutiones Medicae*, welke in 1756 door A. J. Felsecker te Neurenberg op de pers werd gelegd. Daarmede is onze verzameling *Boerhaaviana* weliswaar niet volledig geworden, maar toch weer uitgebreid tot 389 edities.

Tenslotte moge grote dank worden uitgesproken aan allen, die onze boekerij met een schenking hebben willen bedenken. Zij beveelt zich opnieuw in de vrijgevigheid van de leden der Maatschappij aan, niet het minst voor werken uit vroegere eeuwen, maar ook voor boeken, oraties en overdrukken van eigen hand, alsmede voor brieven en handschriften van historische waarde.



## Met een brok in de keel en de dood voor ogen

Twee maanden lang lag in ons paviljoen mevrouw R. met een oesophaguscarcinoom op haar dood te wachten. Het was een hele dappere vrouw, die haar lot moedig had aanvaard. Met haar praaloogjes, die ze tot vlak voor haar dood heeft gehouden, onderwierp zij de omgeving aan een soort mysterieuze blijmoedigheid. De orchideeën op het kastje naast haar bed leken er ineens veel mooier door, evenals het toch weinig boeiende landschap van kruisende wegen, omgeploegd bouwterrein en monotone huizenblokken waar zij vanuit haar kamer op uitkeek.

Ze straalde iets uit, dat ze niet kon verwoorden. Ik sprak wel eens met haar en dan werd ik getroffen door de berusting. Maar wat erachter stak hield ze geheim; niet 'stiekem geheim', zoals het ene kind een kauwgombal voor het andere kind verbergt, maar meer 'aan mijn leefwereld onttrokken'. Die laatste weken waren echt geen pretje voor haar. Uitzaaïngen in de rug bezorgden haar afschuwelijke pijnen. Ieder moment moest er een nieuw infuus worden ingebracht, hetgeen met veel pijn gepaard ging. Ook het slikken – voor zover ze dat nog kon – bezorgde haar veel last. Daarnaast waren er natuurlijk de bijwerkingen van de medicamenten en de bestraling. Ieder moment moest ze overgeven. Ten gevolge van de bestraling fluisterde ze. Zelfs dat fluisteren – de wijze waarop, bedoel ik – had iets speciaals. Het is net als bij een radioverslag van een biljartkampioenschap. Je voelt dat ergens 'erachter' iets groots gebeurt. Wát heb ik nooit begrepen. Toen was ze ineens dood. Even leek het hele paviljoen te wankelen. Iedereen was een enkel moment uit het evenwicht. Zelfs de hoofdzuster, die zoveel patiënten heeft zien sterven, versprak zich enkele malen.

Het beroerdste van alles was wel, dat er een dag later in dezelfde kamer een jong meisje lag met een flinke hypertensie; een erg

mooie patiënte, die dan ook onze volle aandacht had moeten eisen, ware het niet dat ze net op dié kamer lag. En die kamer stootte ons af. Er rijmde iets niet in ons. Die patiënte is dan ook een dag later verplaatst naar een andere kamer, waar ze alsnog onze bijzondere aandacht kreeg.

Dat valt mij wel meer op. Dood is dood, en daar wordt niet meer over gesproken. De dood is een slag in ons gezicht. Je voelt je machteloos. Nu ik dit schrijf, vergaat in mij ineens de zin om hierover door te gaan.

## DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (45)

'Ha, eindelijk een dokter die eens niet in zijn kloffie eet', merkte Dr. De Wael vanmiddag tijdens het eten op. Ik was namelijk van plan na het eten even iets te gaan kopen en daarom had ik mijn witte jas uitgedaan. Ineens herkende niemand mij meer. De 'collega's' aan tafel namen mij wantrouwend in zich op en over precare zaken werd alleen onderling gefluisterd. Er waren zelfs enige heren bij, die mij niet eens een goede middag wilden wensen, laat staan een 'smakelijk eten'. Voor dat soort dingen dien je eerst een witte jas aan te hebben en in de tweede plaats een naambord met rang en stand.

Alexander van Es

## Aantal zelfmoorden toegenomen

Op het terrein van de huisvesting van patiënten in psychiatrische ziekenhuizen bestaat een onaanvaardbare situatie. Dit blijkt uit het zojuist verschenen gecombineerde jaarverslag 1975/1976 van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. Voor zogenaamde beschutte woonvormen zoals hostels en psychiatrische pensiontehuizen bestaat er volgens het jaarverslag behoefte aan een beter stelsel voor kwaliteitsbewaking en planning. Naar de mening van de hoofdinspecteur moet hiervoor op korte termijn een passend financieringssysteem worden ontworpen.

### Klachtenbehandeling

Bij de verslagen van de diverse regionale inspecties voor de geestelijke volksgezondheid wordt onder meer aandacht besteed aan de klachtenbehandeling. Om een indruk te geven van de hoeveelheid klachten kan worden vermeld, dat bijvoorbeeld in de regio Noord-Holland en Utrecht in 1975, 204 schriftelijke klachten en in 1976, 150 schriftelijke klachten werden ingediend. In dit verband is het ook interessant te wijzen op het initiatief van de toenmalige Regionaal Geneeskundig Inspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid in Zuid-Holland en Zeeland om een klachtensprekuur te houden in de psychiatrische ziekenhuizen. Gedurende een periode van zes maanden hebben 74 patiënten zich met een klacht tot de inspecteur gewend. Het is duidelijk, dat de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid een belangrijke rol vervult, en zal moeten blijven vervullen, in de klachtenbehandeling van (ex)-psychiatrische patiënten of hun familieleden. Door uitbreiding van de personeelsbezetting bij de regionale

inspecties zal worden getracht de klachtenbehandeling ruime aandacht te geven.

Behalve de verslagen van de afdelingen van de Hoofdinspectie en die van de regionale inspecties bevat het jaarverslag ook een aantal in artikelvorm gestelde bijdragen, waarin diverse onderwerpen, die in de verslagperiode in de belangstelling hebben gestaan, meer uitvoerig worden behandeld.

### Herbezinning

Een van deze onderwerpen is het ontwerp van wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ), dat als vervanging moet dienen voor de Krankzinnigenwet 1884. De Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid bepleit in zijn jaarverslag een herbezinning op de uitgangspunten van het ontwerp van wet BOPZ. Tevens zou de vraag in overweging moeten worden genomen of er niet een brede kaderwet zou moeten komen waarin de rechtspositie van alle patiënten in de gezondheidszorg wordt geregeld, met daarnaast een ontwerp van wet met een beperkte strekking, dat dan de gedwongen opnemingen moet regelen.

### Zelfmoorden

In een bijdrage over het zelfmoordverschijnsel in Nederland constateert de Hoofdinspecteur, dat:

- er een toename van het aantal zelfmoorden is te constateren, namelijk van 10,4 per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder in 1965 naar 13,1 in 1975;
- het aantal zelfmoorden onder vrouwen meer stijgt dan onder mannen, respectievelijk met 32% en 21% van 1965 tot 1975;
- in 1975 het aantal zelfmoorden onder vrouwen 10,2 per 100.000 vrouwen van 15 jaar en ouder bedroeg, en het aantal zelfmoorden onder mannen 16,0 per 100.000 mannen van 15 jaar en ouder;
- het aantal zelfmoorden onder mannen

van 15-24 jaar in de laatste 15 jaar met 165% is toegenomen (1960 t.o.v. 1974);

- van 1960 tot 1974 het aantal zelfmoorden onder vrouwen van 35-44 jaar met 140% is toegenomen en onder vrouwen van 25-34 jaar met 99%;
- het aantal zelfmoorden door innemen van vergif of verdovende middelen tussen 1960 en 1975 met 210% is toegenomen;
- het aantal zelfmoorden in psychiatrische ziekenhuizen 13 tot 20 maal hoger ligt dan bij de rest van de Nederlandse bevolking, terwijl dit cijfer de laatste vijf jaar een stijging vertoont;
- de psychosociale hulpverlening aan hen die een of meer pogingen tot zelfmoord hebben ondernomen, nog veel te wensen laat.

Meer onderzoek naar mogelijkheden om de psychosociale hulpverlening te verbeteren is dringend gewenst; in het bijzonder moet meer aandacht worden besteed aan het voorkomen van zelfmoorden en van pogingen tot zelfmoord, aldus de Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid.

### Toenemende alcoholverslaving

In een bijdrage over de vrijwillige en onvrijwillige opnemingen ten gevolge van alcohol- en drugsverslaving in Nederlandse psychiatrische ziekenhuizen wordt geconstateerd, dat het aantal opnemingen ten gevolge van alcoholverslaving groter is dan ten gevolge van drugsverslaving. Dit geldt zowel voor de vrijwillige als voor de onvrijwillige opnemingen en ongeacht het geslacht van de patiënt.

Van het totaal aantal opnemingen ten gevolge van verslaving aan alcohol in het tijdvak 1970-1975, betrof het 83,7% mannen en 16,3% vrouwen.

Voor verslaving aan drugs liggen deze percentages respectievelijk op 73% en 27%. Voor wat betreft de verhouding vrijwillige en onvrijwillige opnemingen liggen deze voor alcoholverslaving op respectievelijk 72% en 28% en voor



drugsverslaving op 71,9% en 28,1%. Wat de ontwikkeling over 1970-1975 betreft, moet een verontrustende stijging in aantallen worden geconstateerd. Het aantal vrijwillige opnemingen ten gevolge van alcoholverslaving nam bij mannen met 123% toe en bij vrouwen met maar liefst 178%. Het aantal onvrijwillige opnemingen nam bij mannen met 33% toe, terwijl bij vrouwen een zeer sterke stijging van 95% valt te constateren. Voor drugsverslavingen zijn deze cijfers: vrijwillige opnemingen bij mannen een stijging met 174%, bij vrouwen met 34% en de onvrijwillige opnemingen bij mannen een stijging met 146%, bij vrouwen met 11%. Naar geslacht vergeleken, is de

tendens bij mannen en vrouwen ten gevolge van alcohol- en drugsverslaving dus precies andersom. Voor wat betreft de juridische situatie met betrekking tot de onvrijwillige opnemingen wordt geconstateerd dat tot en met 1971, zowel voor alcohol- als drugsverslaving, meestal een opneming met rechterlijke machtiging plaatsvond, terwijl vanaf 1972 het meest werd opgenomen krachtens een inbewaringstelling. Dit zou samen kunnen hangen met de partiële wijziging van de Krankzinnigenwet in 1972. Ten aanzien van de vrijwillige en onvrijwillige opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen stelt de Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid vast,

dat tussen 1970 en 1975 het aantal opnemingen met een rechterlijke machtiging met 56% is afgenomen, terwijl het aantal opnemingen krachtens een inbewaringstelling met 15% is toegenomen. Het aantal vrijwillige opnemingen geeft een geleidelijke stijging te zien: in 1970 was dit 78,7% en in 1975 was dit 85% van het totaal aantal opnemingen.

*Het gecombineerde jaarverslag is opgenomen in de reeks Verslagen, Adviezen en Rapporten 1978 van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Het is verkrijgbaar bij de Staatsuitgeverij ten bedrage van f 20,- (verzendkosten: f 2,75).*

## Advies Gezondheidsraad

# Meer aandacht voor kanker in artsenopleidingen

De voorzitter van de Gezondheidsraad heeft een advies van een commissie van de raad inzake de behandeling van kankerpatiënten (klinische oncologie) aan de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aangeboden.

In Nederland sterven jaarlijks ca. 30.000 mensen aan kanker. Hiermee is kanker, na hart- en vaatandoeningen, de belangrijkste volksziekte. Reeds wordt bij de behandeling van bepaalde vormen van kanker gestadig winst geboekt door (combinatie van) steeds verder geavanceerde behandelingsmethoden. Aangezien men ernaar streeft deze resultaten nog te verbeteren, is het gewenst dat de kennis van de wetenschappen die kunnen bijdragen tot het begrip van de processen die zich bij kanker afspelen, evenals de training in de nieuwste behandelingsmethoden, aanhoudend wordt bijgehouden en aangevuld. De commissie beveelt daarom aan, gezien de steeds groeiende behandelingsmogelijkheden, in de artsenopleiding een daarmee gelijke tred houdende kennis aan te bieden. Het komt haar voor dat het nuttig zal zijn, dat hierover een gedachtenwisseling plaatsvindt tussen Nederlandse specialisten en vertegenwoordigers van de universiteiten en een aantal vakexperts uit de landen waar men reeds langer ervaring heeft met dit onderdeel van de artsenopleiding. Dit zou zijn te verwezenlijken in een internationale 'workshop', waar de meest recente en internationaal aanvaarde inzichten op het

gebied van de opleiding bijeen zouden kunnen worden gebracht. De commissie bepleit verder de oprichting van kankercentra voor de modernste behandeling, research en opleiding.

*Het advies zal worden opgenomen in de serie Verslagen, Adviezen, Rapporten van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne welke verkrijgbaar zijn bij de Staatsuitgeverij te 's-Gravenhage.*

## MAATSCHAPPIJ-AGENDA 1978

22 september (vrijdag) — Algemene Ledenvergadering KNMG

21 oktober (zaterdag) — Ledenvergadering LAD

28 oktober (zaterdag) — Ledenvergadering LSV

3 november (vrijdag) — Ledenvergadering LHV

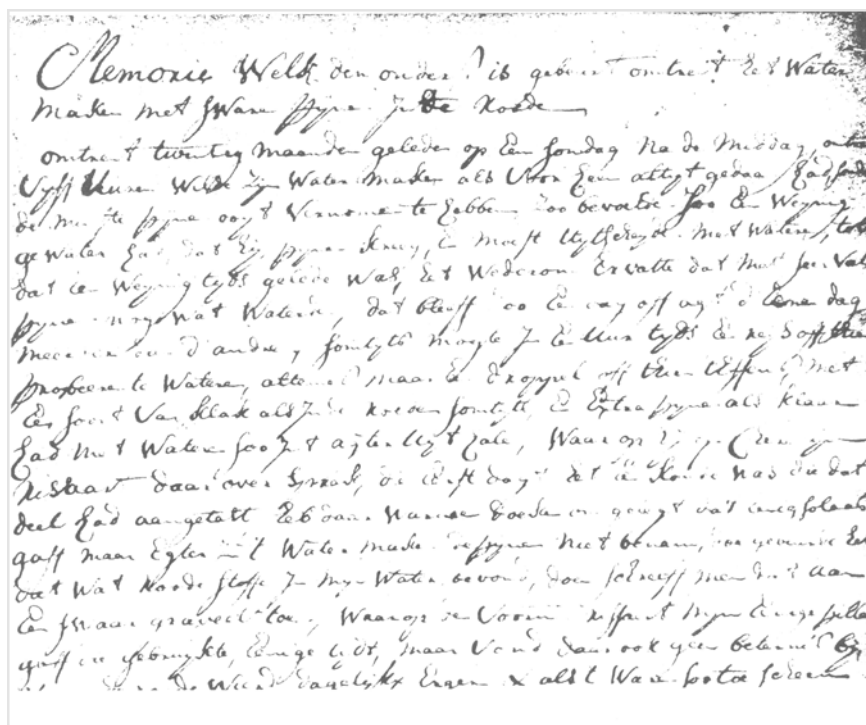
4 november (zaterdag) — 23ste NHG-Congres

## Een 18e-eeuws koopman over het verloop van zijn ziekte

In de nalatenschap van onze voorouders treffen we maar zelden beschrijvingen aan van een of ander ziekteverloop, opgesteld door de lijder zelf. Er zijn echter uitzonderingen. We denken in de eerste plaats aan Herman Boerhaave (1668-1738), die met grote openhartigheid over zijn ziekten schreef aan een vriend, Jean Baptiste Bassand (1680-1743)<sup>1</sup>. Een andere uitzondering is Antonius de Haen (1704-1776), die het verloop van zijn longontsteking uitvoerig heeft beschreven<sup>2</sup>. In de derde plaats noemen we Job Baster (1711-1775), die een artikel schreef over zijn oogziekte: Bericht wegens een zeer ongemeen toeval aan het linker oog, overgekomen aan en medegedeeld door Job Baster<sup>3</sup>.

In al deze voorbeelden zijn artsen aan het woord, van wie Boerhaave vooral een uitstekend pathograaf wordt genoemd. Wat ziektebeschrijvingen van en door leken betreft is het materiaal schaars. We kunnen denken aan het dagboekje van Gesina Goudswaard over het verloop van haar tuberculose<sup>4</sup>. Verder beschikken we nog over een manuscript waarin een 18e eeuwse koopman Hermanus Huyge zijn 'pijnen in de roede' beschrijft<sup>5</sup>. In deze 'Memorie' vinden we behalve een beschrijving van het ongemak ook vermeld welke chirurgijns zich met het geval bemoeid hebben en welke therapieën met meer of minder resultaat zijn aangewend. We weten niet precies hoe dit verslag tot stand gekomen is. Zeker is dat Hermanus Huyge het medisch jargon van zijn altijd niet goed beheerste, waardoor hij ons soms voor vraagtekens plaatst (zie noten). Mogelijk is, dat de in het handschrift genoemde chirurgijns hun cliënt

Fragment uit het manuscript van Hermanus Huyge



door Mw. Drs. C. M. Verkroost

De auteur is als wetenschappelijk medewerker verbonden aan het Medisch Encyclopaedisch Instituut der Vrije Universiteit te Amsterdam. Zij verzorgde ook de transcriptie van het in bijgaand artikel door haar besproken handschrift.

hebben aangeraden de hele lijdensgeschiedenis voor de 'hogere instantie', de 'medicinae doctor', in casu *Paulus de Wind*, op te schrijven. Een andere mogelijkheid is, dat Paulus de Wind zelf de lijder heeft verzocht zijn ziekte te beschrijven.

Dit laatste lijkt ons aannemelijk: genoemde arts maakt in zijn brieven, manuscripten en publikaties op ons steeds weer de indruk van een vriendelijk en ernstig toegewijd vakman. In hem hebben we misschien een voorbeeld van een arts in de geschiedenis der geneeskunde wie het om de ontmoeting met de mens achter de ziekte te doen is, om daardoor beter te kunnen helpen. Bewijzen kunnen we dat natuurlijk niet, ofschoon ook het 'summarium vitae' van de hand van Samuel de Wind<sup>7</sup>, zijn zoon, in deze richting wijst. Paulus de Wind is als het ware in het harnas gestorven; ziek als hij was, bleef hij de lijdende schepelingen der

## MEMORIE

Welk den onders. is gebeurt omtrent het Water maken met zware pijnen in de roede

omtrent twintig maanden geleden op een zondag na de middag omtrent vijf Uuren wilde zijn water maken als voor heen altijd gedaan had, sonder de minste pijn ooyt vernomen te hebben, zoo bevoelde soo een weynig gewater had, dat hij pijn kreeg, en moest uytscyheyde met wateren, tot dat een weynig tijt gelede was, het wederom ervatte dat met zeer veel pijn nog wat waterde, dat bleeff zoo een dag off agt d'eene dag meer dan d'andre, somtijts mogte in een Uur tijds een reys off vier probeeren te wateren, altemed maar een droppel oft tien teffens met een soort van klak als in de roede somtijts, een extra pijn als klaar had met wateren zoo int agter uyt halen,

waarop hij de Cherezijn Ressaart<sup>8</sup> daar over sprak, die eerst dagt het een koude was die dat deel had aangetast, heb daar warme doeken omgelegt dat Eenig solaas gaff maar egter in 't water make de pijnen niet benam, doe gebeurde het dat war roede stoffe in mijn water bevond, doen schreeff men dat aan een swaar graveel<sup>9</sup> toe, waarop de voorn. Ressaert mijn eenige pillen gaff die gebruykte, eenige tijdt, maar vond daar ook geen beternis bij, maar de roede wierd dagelijcx erger & als 't ware soo toe scheen nauwer, doe resolveerde daarin met eenige goed daar in te spuyten om de dag off drie maar dat help ook niet

doen wierd ik met de koorts aangetast en de pijnen swaarder als ooyt, waarop doctor Visvliet<sup>10</sup> bij mij liet comen & mijn water geexamineert hebbende dat seer veel met slijm & vuyllegheyde was beset, die zeyde het een leelijk swaar slijmig graveel was, als ook van het steenagtigste, die gaff mij doe een drankje dat alle twee uuren een theekoptje van moest gebruyken daar na een dag off twee dat gebruykt te hebben & de koorts verminderde ook, Eenig soolaas kreeg. Ik wierd gelaten<sup>11</sup> alsmede een goede pregtatie<sup>12</sup> tot dat de koorts mij verliet, en wederom fris en gesondt wierd, maar kort daarop was weder als vooren: met swaare pijn beset,

Ik sprak wederom Ressaert, alsoo die de constitutie van mijn Lighaamsgestalte best kende, alsoo wel 13 off 14 Jaaren over mijn gepraktseert hadde En mij in alles wat gehad hadde alijt spoedig & gelukkig gered hadde, die resolveerde wederom daardoende dagelijcx in te spuyten dat een volkomen maand gedaan, zonder het minste suces, doe was men sal sien hoe het nu zig sal houden, dat soo eenige dagen gelaten hebbe te spuyten, vond niet beter maar eerder erger dat Ressaert zeyde, die mij tot antwoord gaff daar is niet anders op off UE moest laten sondeeren off de steen heeft; Ik weet er anders niet op (off U moet het op zijn beloop laten) daar Ik weynig zin in had om te laten sondeeren, zeyde ik hem zoude eens

na Holl bij de profesters<sup>13</sup> gaan, maar dat is gestaakt weet geen reden als om de gestadige pijnen.

Soo eenige tijdt op zijn beloop gelaten, maar geen verminderinge van pijnen Eerder veel Erger, soo kreeg de Raad van geen wijn te drinken. En drie maal des daags soo 2 a 3 Eyjer Leepeltjes te gebruyken beste franse olij & syroop de Capulaire<sup>14</sup> & broodswyker door Een gemengd, dat omtrent 4 a 5 weken gedaan hebbe, dat de pijnen niet deed vermeederen maar mijn water bleeff Even slegt er Uyt zien met seer modderige ofte all Etterhagtige stoffe beset En de pijn quam nadat soo lang gebruykt te hebben weder Even swaar, soo dat daar ook van uytscyheyden tende zijnde naar Ik dagt,

maar doe wierd mij gezegt de Cherezijn Eenkelman daar Eens mogte overspreken dat die alkundig indie soort van saaken was dat al gaauw geschiede, die mijn water ziende zeyde niet veel maar na Een dag off twee sprak hij ook van te sonderen, maar als voorheen wilde daar toe niet resolveren, doen miek hij zoo als hij 't noemde Een bose<sup>15</sup>, om in de roede te komen, want die was vrij al wat geswollen. Enfin daar mede maar Even inde roede konde inbrengen, dat met sulke Evige pijnen dat qualek wierd & niet konde verdrage, Enfin Eendag off twee a 3 soo gedaanzijnde raakte allengskens verder, na Eenige tijdt tot agteren toe (als UEd mondeling van hem zelfs gezegt is) In dat doen met de bose soo ben somwijlen 3 a 4 dagen vrij geweest met weynig pijnen dan meerder dan minder, 't welk mijn verdriete alsoo niet sag dat vorderde,

soo heeft mij Een dag oft 20 laten gebruyken & conctum<sup>16</sup>, waar van hij zeyde te wete Eenkelman als was het de steen zoo soudese doen breeken naar dat smorgens nugteren & savonds gebruykt hebbende bleeff al Eender sonder daar yets van te vernemen van steen off graveel en de pijnen ook niet verminderden, soo resolveerde hij mijn Eenige olij te laten gebruyken, waar door na die Een dag oft 4 gebruykt te hebben, die steentjes voor de dag quam, soo als UE die heeft gezien, doe dagt men het was gewonnen soo draa die aan 't Lossen van deese zijn soo sal de pijnen wel miniageren, ik loste steentjes & de pijn al het selve dan wierd het aan 't warme weder toe ges<sup>17</sup>, dat dat deel van de roede alijt smetting onder Evig is & d<sup>18</sup>.

Enfin ik resolveerde Eens & twee maal te gaan rijde dat redelijk wel verging met Een weynig bloed te wateren Maar Eens voor 't laast reydende soo is mij die bloed storting over gekomen, waar toe Een dag off 3 na dien UEd ben comen over mijn quaal spreken, dat is soo mijn memorie hier over

UEDW Dienaar  
Herm<sup>s</sup> Huijge Junior

Middelb. 21 Xber 1745

Verenigde Oostindische Compagnie aan de rede van Rammekens bezoeken, ook in de winter. Bijgaand in extenso de 'Memorie' van Hermanus Huyge.

### Noten

1. G. A. Lindeboom, Boerhaave's ziekten *Ned. T. Geneesk.* 99, 35, 19-30.
2. J. Boersma, Antonius de Haen Leven en werken. Assen 1963.
3. Verhandelingen der Hollandsche Maatschappij der Wetenschappen, Haarlem, deel XII, bl. 105. Zie ook *Medisch Contact* nr. 6 1976, blz. 182.
4. C. M. Verkroost, P. A. de Genestet, de dichter van de

- tuberculose. *Medisch Contact* nr. 49/77, blz. 1597.
5. Bibliotheek Maatschappij Geneeskunst, Amsterdam. Handschrift nr. 4108.
6. Bewaard in de Provinciale Bibliotheek te Middelburg, afdeling Handschriften.
7. *Archief* 1974. Mededelingen van het Zeeuwsch Genootschap der Wetenschappen, blz. 14-18.
8. Cherezijn: chirurgijn, heelmeester.
9. Graveel: niergruis (Van Dale, 1950).
10. Meijnard Visvliet (1708-1769) promoveerde te Leiden in 1735 en werd professor der Illustre School te Middelburg in 1750.
11. Gelaten: adergelaten.

12. Prgatie: purgatie.
13. Prefesser: professor.
14. Syroop de capulaire: waarschijnlijk door de auteur verkeerd begrepen.
15. Bosc: bosse of busse; o.a. laatbus als medisch werktuig. Zie J. Verdam, *Middelnederlandsch Handwoordenboek*. 's-Gravenhage 1932.
16. Conctum: bedoeld is waarschijnlijk decoctum, afkooksel.
17. Ges: geschreven.
18. &d: en dergelijke.
19. Hermanus Huyge, misschien een verwant van Johan Huyge die in 1725 Anna Maria Vincentius trouwde. Zie F. Nagtglas, *Levensberichten van Zeeuwen II*. Middelburg 1893.



## officieel

---

### KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

#### Dagelijks Bestuur

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

#### Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

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

#### Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

#### Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

#### Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

#### Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

#### Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

#### Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

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

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

#### Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

#### Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

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

#### Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (SBA)

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

## van het centraal bestuur

### Convocatie ledenvergadering dd. 21 oktober 1978

*Convocatie voor de algemene ledenvergadering van de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband, te houden op zaterdag 21 oktober 1978 te 14.00 uur in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum, Jaarbeursplein te Utrecht.*

## Agenda

1. Opening en welkomstwoord aan de aanwezigen;  
nb: de afgevaardigden, gewone leden en gasten worden verzocht zich te melden door tekening op de gereedliggende presentielijsten.
2. Aanwijzing van een commissie van handelingen;
3. Jaarverslag van de secretaris over het jaar 1977 (zie Medisch Contact nr. 23/1978 dd. 9 juni);
4. Jaarrede van de voorzitter;
5. Stand van zaken regeling-Klein;
6. Stand van zaken overwerkregeling assistent-geneeskundigen in academische ziekenhuizen;
7. Stand van zaken CAO voor het Ziekenhuiswezen en de verplichte deelname in het PGGM door assistent-geneeskundigen in opleiding tot specialist;

### Bijlage: Concept begroting 1979

Concept begroting 1979 LAD	werkelijkheid 1977	begroot 1978	verwacht* 1978	begroot** 1979
Vergader- en representatiekosten				
CB-ledenverg. en comm. ....	82.358	60.000	90.000	90.000
Buitenlandse betrekkingen ....	10.323	12.500	12.500	15.000
Bedrijfscomm. ziekenhuiswezen ...	13.349	15.000	18.500	20.000
Taakgroep Universiteit .....	—	—	—	—
	106.030	87.500	121.000	125.000
Salarissen .....	300.822	350.000	330.000	350.000
Sociale lasten .....	43.498	54.500	50.000	55.000
Pensioenvoorziening .....	49.043	63.000	55.000	60.000
Reiskosten .....	17.882	25.000	20.000	25.000
	411.245	492.500	455.000	490.000
Aanschaf en onderhoud inventaris .....	6.992	6.000	7.500	10.000
Kantoorbehoeften .....	4.937	22.000	6.000	6.000
Reproductiekosten .....	21.674	—	24.000	29.000
Post, telefoon, telegraaf .....	28.257	22.000	30.000	35.000
Documentatie .....	7.535	6.500	8.000	8.000
Drukwerken .....	3.995	5.000	5.000	5.000
Computerkosten .....	48.574	45.000	30.000	35.000
Huur, service comptabiliteit .....	88.192	100.000	95.000	100.000
	210.156	206.500	205.500	228.000
Economische en juridische adviezen .....	—	—	—	—
Lidmaatschap centrales .....	111.621	130.000	120.000	120.000
Ledenbrieven .....	20.943	30.000	30.000	30.000
Aandeel in FHZ exploitatie .....	—	—	46.000	48.000
Diversen en onvoorzien .....	9.848	50.000	50.000	49.000
	142.412	210.000	246.000	247.000
	869.843	988.000	1.027.500	1.090.000
Voor/nadelig saldo .....	207.872	66.500	82.500	30.000
	1.077.715	1.063.000	1.110.000	1.120.000
Contributies .....	1.031.422	1.020.000	1.040.000	1.045.000
Intrest obl./div. aandelen .....	6.265	15.000	15.000	15.000
Bankrente .....	27.488	15.000	30.000	30.000
Diensten aan derden .....	12.540	13.000	25.000	30.000
	1.077.715	1.063.000	1.110.000	1.120.000

\* Ten aanzien van de kolom verwacht resultaat 1978 dient het grootste voorbehoud te worden gemaakt aangezien deze cijfers slechts gebaseerd zijn op het werkelijk resultaat 1977.

\*\* In dit begrotingsvoorstel behoeft de contributie niet te worden verhoogd.

8. a. Statuten en huishoudelijk reglement der LAD\*;  
b. Positie PAD's (plaatselijke afdelingen der LAD);
9. a. Lidmaatschap van de CHA\*;  
b. Lidmaatschap van het Ambtenarencentrum\*;
10. Nota structuur en doelstelling PHZ (Federatie van verenigingen van Hogere functionarissen in ziekeninrichtingen)\*;
11. Goedkeuring salarisrichtlijnen 1978 (zie MC no. 6/1978 dd. 10-2 en de aanpassingen gepubliceerd in no. 24/1978 dd. 16-6 en in no. 33/1978 dd. 18-8);
12. Financiële aangelegenheden (zie bijlage):
  - a. Rekening en verantwoording van de penningmeester over 1977;
  - b. Décharge van de penningmeester;
  - c. Verslag van de commissie voor de geldmiddelen;
  - d. Vaststelling van de begroting voor 1979;
  - e. Vaststelling van de contributie voor 1979;
13. Verkiezingen:  
Aan beurt van aftreden zijn: Z. S. Stadt, Dr. E. van Leer en J. J. R. Buirma. Zij zijn niet herkiesbaar.  
Op dit moment zijn de namen van de kandidaten voor bovengenoemde vacatures nog niet bekend. Zij zullen te zijner tijd worden gepubliceerd.  
Voor de vacature, ontstaan door het tussentijds aftreden van R. A. Francken, wordt door het centraal bestuur collega H. R. E. de Wild, verzekeringsgeneeskundige, verkiesbaar gesteld.
14. Rondvraag;
15. Sluiting.

\* Informatie hierover is op aanvraag te verkrijgen bij het bureau der LAD.

## Toelichting bij de LAD-begroting voor het jaar 1979

I. Betreffende de begroting 1979 is gepoogd de geschatte uitgaven niet, dan wel uitsluitend trendmatig ten opzichte van het vorige jaar te verhogen.

### Uitzonderingen:

1. de post 'vergader-representatiekosten CB-ledenverg. en comm.' dient aanzienlijk te worden verhoogd wegens de noodzakelijk toegenomen frequentie van CB-vergaderingen.
2. de post 'buitenlandse betrekkingen' wegens het lidmaatschap van de Permanent Working Group of European Hospital Doctors (PWG) en door de toegenomen bijdragen via FEMC en CP.
3. de post 'aanschaf en onderhoud inventaris' wegens de te verwachten uitbreiding van de LAD-burelen.
4. de post 'aandeel in FHZ-exploitatie' door het aantrekken van een juriste ten behoeve van de FHZ. Een gedeelte vloeit weer terug bij 'diensten aan derden'.

### II. Voorstellen:

1. Lidmaatschap centrales
  - a. Het Centraal Bestuur stelt voor een bedrag van f 30.000,— als fonds te reserveren (gelijk aan 1977 en 1978), waaruit LAD-leden, die een individueel lidmaatschap van de NCHP behoeven, een proportionele tegemoetkoming in de NCHP-contributie kunnen krijgen.
  - b. De kosten van de aansluiting bij een Ambtenaren-centrale hangen af van de beslissing van de ledenvergadering daaromtrent.

## Balans per 31 december 1977

Activa	31-12-1977 f	31-12-1976 f	Passiva	31-12-1977 f	31-12-1976 f
<i>Vastgelegde middelen</i>			<i>Eigen vermogen</i>		
Kantoorinventaris .....	1	1	Kapitaal .....	140.353	142.665
Deelneming waarborgkapi- taal OLMA .....	1.000	1.000	Alg. reserve .....	35.192	35.192
	1.001	1.001	Reserve koersverschillen	8.431	15.475
			Per saldo voordelige saldi voorgaande jaren f 53.032		53.032
<i>Vlottende middelen</i>			Saldo van baten en lasten 1977 f 207.872	260.904	
Effecten .....	198.024	76.617		444.880	246.364
<i>Vorderingen</i>			<i>Schulden op korte termijn</i>		
Contributies .....	25.893	21.850	Te betalen posten .....	78.933	60.483
KNMG .....	247.790	169.319		78.933	60.483
Diverse te vorderen en voor- uitbetaalde posten	47.926	34.943			
	321.609	226.112		523.813	306.847
Geldmiddelen .....	3.179	3.117			
	523.813	306.847			

## 2. Kapitaalvorming

Het Bestuur stelt voor om wederom op advies van de commissie van geldmiddelen een kapitaal ad f 30.000,— als buffer te reserveren.

## 3. Ledenbulletin

Het Centraal Bestuur heeft de indruk dat het LAD-ledenbulletin in een behoefte voorziet. Voorgesteld wordt de verzending van vier bulletins vooralsnog te handhaven.

## III. Contributie

Op grond van bovenstaande begroting hoeft de contributie 1979 niet te worden verhoogd. Dit betekent dat deze op hetzelfde niveau als 1978 en 1977 blijft, te weten van de

klasse E: f 296,—

klasse D: f 222,—

klasse C: f 148,—

klasse B: f 74,—

klasse A: f 37,—

De LAD-contributie is fiscaal aftrekbaar.

Dr. E. van Leer, penningmeester

## Accountantsverklaring

Wij hebben de jaarrekening 1977 van de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband gecontroleerd. Op grond van dit onderzoek zijn wij van oordeel dat de jaarrekening een getrouw beeld geeft van de grootte en de samenstelling van het vermogen van de LAD op 31 december 1977 en het resultaat over 1977.

Amsterdam, 8 juni 1978

Nederlandse Accountants Maatschap

Drs. P. P. M. van der Ree.

## van het centraal bestuur der LAD

## Rechtsbijstand

De juristen van het LAD-bureau verschaffen aan ieder LAD-lid kosteloze bijstand inzake dienstverbandkwesties, zoals:

- advies over arbeidscontracten
- salarisadviezen
- CAO-aangelegenheden
- geschillen tussen werkgever en werknemer (schorsing, ontslag e.d.)
- ondernemingsraden en overlegorganen
- gezondheidsrecht
- pensioenkwesties

## Staat van baten en lasten over 1977

	<i>Begroting werkelijk-werkelijk-</i>		
	1977	heid	heid
	f	f	f
<b>Baten</b>			
Contributies .....	972.500	1.031.422	854.043
Intrest beleggingen .....	5.000	6.265	5.228
Intrest bank .....	2.500	27.488	12.098
Diensten aan derden .....	—	12.540	—
	980.000	1.077.715	871.369
<b>Lasten</b>			
Vergader- en representatiekosten			
CB, ledenverg. en comm. ....	60.000	82.358	50.245
Buitenlandse betrekkingen ....	12.500	10.323	8.735
Bedrijfscomm. ziekenhuiswezen .....	12.500	13.349	9.866
Taakgroep Universiteit .....	—	—	—
Salarissen .....	310.000	300.822	272.512
Sociale lasten .....	59.000	43.498	47.256
Pensioenvoorziening .....	58.000	49.043	49.643
Reiskosten .....	25.000	17.882	21.118
Aanschaf en onderhoud inventaris .....	6.000	6.992	6.270
Kantoorbehoeften .....	20.000	26.611	19.724
Porti, telefoon, telegraaf .....	20.000	28.257	16.121
Documentatie .....	5.000	7.535	5.747
Drukwerken .....	5.000	24.938	7.135
Computerkosten .....	35.000	48.574	30.497
Huur, service en comptabiliteit	100.000	88.192	86.543
Econ. en jur. adviezen .....	—	—	350
Lidmaatschap centrales .....	115.000	111.621	100.683
Diversen en onvoorzien .....	51.097	9.848	7.855
	894.097	8.69.843	740.300
Voordelig saldo te bestemmen voor		207.872	131.069
Inhaal nadelig saldo 1975 .....	65.903		
Ter verbetering van het bedrijfskapitaal .....	20.000		
	980.000	1.077.715	871.369



## Fractiewaarde

De fractie, waarin de verzekerde bedragen bij de Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen, OLMA, worden uitgedrukt, heeft – berekend volgens de artikelen 25 en 26 van de Statuten en op basis van de beurskoersen ultimo 2e kwartaal 1978 – voor het derde kwartaal 1978 een waarde van f 1300.





van het Centraal Bestuur

## **Convocatie (verdaagde) extra ledenvergadering dd. 21 september 1978**

Convocatie voor een extra ledenvergadering der Landelijke Specialisten Vereniging, te houden op *donderdag 21 september 1978* des avonds te 19.00 uur in het Jaarbeurs Congrescentrum te Utrecht, tel. 030-914914 (vide brief aan alle leden der LSV, dd. 17 augustus 1978, referentie 0/GE/196/78).

### **Agenda**

1. Opening.
2. Goedkeuring notulen eerste gewone ledenvergadering dd. 22 april 1978.
3. Bespreking actuele honoreringsproblematiek.
4. Rondvraag.
5. Sluiting.

Namens het Centraal Bestuur der LSV,  
G. Groenewoud, secretaris.



van het College voor Sociale Geneeskunde

## **Opleiding medisch adviseurs tak algemene gezondheidszorg**

Reeds enige jaren geleden heeft de Vereniging van Medisch Adviseurs bij Ziekenfondsen (VAGZ) te kennen gegeven dat zij de opleiding leidende tot inschrijving voor de tak verzekeringsgeneeskunde niet adequaat achtte voor medisch adviseurs van ziekenfondsen, omdat in deze opleiding het accent zeer sterk op de loondervingswetten ligt. Gezien de wijzigingen en uitbreidingen die zich de laatste jaren op het werktein van de medisch adviseurs hebben voorgedaan en waardoor zij steeds meer bij planning en beleid ten aanzien van de gezondheidszorg betrokken raken, heeft de VAGZ verzocht het mogelijk te maken dat de medisch adviseurs een opleiding kunnen volgen leidend tot inschrijving voor de tak algemene gezondheidszorg.

Het College voor Sociale Geneeskunde heeft de aangevoerde argumenten beoordeeld en is na herhaald overleg met de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie en de VAGZ tot de conclusie gekomen dat het verzoek van de adviserend geneeskundigen gerechtvaardigd is. De voor- en nadelen van een eventueel nieuw te creëren twijg aan de tak Bijzondere vormen van Sociale Geneeskunde zijn daarbij mede door het college overwogen, doch nog afgezien van de praktische problemen die zich daarbij zouden voordoen heeft het college gemeend dat de mening van de beroepsgroep in deze van primair belang is.

Ten einde het mogelijk te maken dat medisch adviseurs bij ziekenfondsen kunnen worden ingeschreven als sociaal-geneeskundigen, tak algemene gezondheidszorg, heeft het College voor Sociale Geneeskunde besloten dat ook ziekenfondsen en ziekenfondsorganisaties in aanmerking komen voor het verkrijgen van praktijkervaring in het kader van de opleiding algemene gezondheidszorg. Deze organisaties worden derhalve voortaan geacht te behoren tot die instellingen en diensten welke – niet-limitatief – zijn genoemd par. 1.3 van de opleidingseisen algemene gezondheidszorg.

Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris.



## **Nieuwe inschrijvingen**

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

**26 april 1978** Universitair Huisartsen Instituut, Leiden  
Sukul, R. M., Ravenhorst 24, Leiden

**26 april 1978** Universitair Huisartsen Instituut, Rotterdam  
Eijzeren, R. van, Korte Schoonderloostraat 8 A, Rotterdam  
Hout, C. van der, Ronsseweg 399, Gouda  
Jansen, P. J., Van Hogendorpstraat 28, Vlaardingen  
Knoppers, Mw. W. J., Prins van Lignestraat 21, Voorburg  
Maaskant, Mw. M. M., Kogelvangerstraat 3 A, Rotterdam  
Overbeeke-Lalleman, mevr. M. W. van, Wolfsakker 14, Teteringen  
Persoon-Vlot, Mw. R., Hofstedestraat 55 A, Rotterdam  
Schrier, L. M., H. Baskeweg 267, Den Helder  
Veen, E. van der, Lijsterlaan 116, Maassluis  
West, A. A. van, Lange Vore 33, Bavel

**26 april 1978** Universitair Huisartsen Instituut, Amsterdam VU  
Boeke, A. J. P., Fred. Hendrikstraat 192<sup>III</sup>, Amsterdam  
Bos, F. H., Prinsesselaan 33, Ede  
Bosch, J. A. van den, Rijssensestraat 84, Nijverdal  
Botman, J. M. M., Vlietstraat 158, Amsterdam  
Bijl, J. P., Wb. 'Jona', Hugo de Grootkade t.o. nr. 88, Amsterdam  
Fahner, T., Groteweid 7, Enkhuizen

- Graaf C. van de, St. Josephlaan 54, Amstelveen  
Vries, D. de, Egelantiersstraat 84<sup>I</sup>, Amsterdam
- 26 april 1978** Universitair Huisartsen Instituut, Utrecht  
Baart, Mw. W. J., P. Saenredamstraat 20, Utrecht  
Berg, W. M. van den, Finnmark 1, Leusden-C  
Beurden, Mw. J. J. Th. M. van, Schubertlaan 29, Apeldoorn  
Boudiouan-Mogendorff, Mw. S. W., Beukstraat 56, Utrecht  
Derwig, A. A. M., Chopinplein 197, Culemborg  
Egmond, A. J. van, Hinthamerstraat 174, Den Bosch  
Honingh, J., Schaapskooi 26, Wezep  
Rademaker, Mw. J. Ch., 2e Franklinstraat 54, Eindhoven  
Sande-Bakker, Mw. M. J. E. van de, Vijfheerenlanden 421, Vianen  
Verheijen, B. H. M. G., Zonstraat 128, Utrecht  
Maas, G., Euterpedreef 47, Utrecht
- 24 mei 1978** Universitair Huisartsen Instituut, Amsterdam UvA  
Maschhaupt, W. M., Amstel 137 d, Amsterdam
- 24 mei 1978** Universitair Huisartsen Instituut, Amsterdam VU  
Jansen, J. W., Nassaukade 332<sup>II</sup>, Amsterdam
- 24 mei 1978** Universitair Huisartsen Instituut, Maastricht  
Smits, A. F. M., Tafelstraat 6a, Maastricht
- 24 mei 1978** Universitair Huisartsen Instituut, Rotterdam  
Niemantsverdriet, P. F., Josephstraat 151 B, Rotterdam
- 24 mei 1978** Universitair Huisartsen Instituut, Utrecht  
Rutten, A. L. B., Arnhemseweg 453, Beekbergen  
Wanrooy, D. E., van Gouverneurlaan 532, Den Haag
- 24 mei 1978** Universitair Huisartsen Instituut, Nijmegen  
Bakx, J. C., Esdoornlaan 31, Doesburg  
Boer, J. J. de, Hoogenweg 7, Hardenberg  
Broek, J. W. G., Hank 54, Wanroy  
Couteaux, J. J. M., De Koppele 561, Eindhoven  
Harmsen, J. A. M., Helbeek 30, Venlo  
Huynen, L. G. J., Groesbeekseweg 43, Nijmegen  
Keulen, A. G. J. M. van, Laan van Meerdervoort 1509, Den Haag  
Kruyssen, F. H. A. M., Meyhorst 53-03, Nijmegen  
Loon, G. A. P. M. van, Helfrichstraat 31, Venray  
Martens, A. J. A. M., Kloosterstraat 19 A, Geffen  
Mechelen, R. M. van, Malvert 11-21, Nijmegen  
Mensen, L. C. H. M., Kard. van Rosseumplein 1, 's-Hertogenbosch
- 30 mei 1978** Universitair Huisartsen Instituut, Amsterdam UvA  
Beelen, P. H. F., Ferd. Bolstraat 107<sup>II</sup>, Amsterdam  
Fassaert, L. D. M., Stadionweg 281<sup>II</sup>, Amsterdam
- Franken, J. H., Ie Jan van der Heydenstraat 106 hs, Amsterdam  
Kraakman, J. P. J., Wytttenbachstraat 70 sout, Amsterdam  
Lacroix, A., J. Huizingalaan 251<sup>III</sup>, Amsterdam  
Oijen, W. S. van, In de Pelmolen 12, Duivendrecht  
Sandelowsky, H. G., Stadhouderskade 118, Amsterdam  
Schooneveldt-Kramer, Mw. E., Rustenburgerstraat 291<sup>III</sup>, Amsterdam  
Slootman, J. R., Baarsjesweg 274<sup>II</sup>, Amsterdam  
Steinbach, Mw. A., Ie Jac. van Campenstraat 28<sup>II</sup>, Amsterdam
- 30 mei 1978** Universitair Huisartsen Instituut, Utrecht  
Delemarre, Mw. J. J. M., Hoofdstraat 175, Schijndel  
Franssen, J. L. M., St. Martenstraat 2, Sint Oedenrode  
Hoek, J. F., Lange Rozendaal 14, Utrecht  
Klaassen, M. J. F. M., Vijfheerenlanden 394, Vianen  
Lever, Mw. W. A., Tolsteegplantsoen 20<sup>I</sup>, Utrecht  
Raimond, Mw. M. J., Orpheusstraat 2, Rosmalen  
Robben, P. B. M., Kwartelstraat 52 h, Utrecht  
Speelman, A. J., Breudijk 22c, Harmelen  
Valeton, J. J. P., Lagendijkstraat 9, Kloosterhaar  
Vink, A. C., Burg. Reigerstraat 79, Utrecht  
Vorst-van den Broek, Mw. M. W., Chabotlaan 21, Nieuwegein
- 23 juni 1978** Universitair Huisartsen Instituut, Utrecht  
Holwerda-van der Maat, Mw. W. G., Columbuslaan 471, Utrecht  
Rensing, J. Chr. B. M., Oranje Nassaulaan 42, IJsselstein  
Verberk, H. A. M. H., Hegenbos 58, Wezep  
Wierema, G. J., Aziëlaan 748, Utrecht
- 23 juni 1978** Universitair Huisartsen Instituut, Groningen  
Beer, B. de., Sj. Helfrichstraat 24, Franeker
- 23 juni 1978** Universitair Huisartsen Instituut, Leiden  
Lege, W. A. de, Cruquiuslaan 101, Leiden
- 23-6-1978** Universitair Huisartsen Instituut, Amsterdam VU  
Bergshoeff, R., Groenhoven 345<sup>I</sup>, Amsterdam  
Dekker, Mw. J. H., Reinwardtstraat 45<sup>III</sup>, Amsterdam  
Dirksen, W. J., Overtoom 254<sup>IV</sup>, Amsterdam  
Houten, D. F. van, Joh. Verhulststraat 66, Amsterdam  
Jager-Jongkind, Mw. A. D., 2e Nassaustraat 23<sup>II</sup>, Amsterdam  
Klerkx, Mw. C. M., De Klomphof 50, Wierden  
Oostrum, T. N. van, Jan van Scorelstraat 154, Utrecht  
Ruyven, Th. W. J. van, Hoofddorppelein 3<sup>I</sup>, Amsterdam
- 23-6-1978** Universitair Huisartsen Instituut, Groningen RU  
Bakker, G. M., Het Kooistuk 2, Hasselt  
Belle, S. A. van, Doornenburg 406, Colmschate  
Bügel-Bruins, Mw. M. E., Borgweg 26, Lellens  
Christiaans, W. J., Venkel 10, Raalte

## INHOUD OFFICIEEL

### LAD, van het centraal bestuur:

Convocatie ledenvergadering dd. 21 oktober 1978 a.s. met begroting 1979 .....	1112
Rechtsbijstand .....	1114

### OLMA:

Fractiewaarde .....	1114
---------------------	------

### LSV, van het centraal bestuur:

Convocatie (verdaagde) ledenvergadering dd. 21 september 1978 .....	1115
---	------

### CC, van het College voor Sociale Geneeskunde:

Opleiding medisch adviseurs tak algemene gezondheidszorg .....	1115
--	------

### HRC:

Nieuwe inschrijvingen .....	1115
-----------------------------	------

Nr. 36 – 8 september 1978