

# Medisch Contact

## Redactioneel

### MEDISCH CONTACT

#### verschijnt wekelijks

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

#### Bestuur Medisch Contact

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

#### Redactie Medisch Contact

F. A. Bol, arts, hoofdredacteur;  
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris;  
R. A. te Velde, redacteur;  
Joke van Halm-Rikkelman, secretaresse.  
De redactie is gevestigd Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411.

#### Uitgever

B.V. Uitgeversmaatschappij Reflex,  
Mathenesserlaan 310, Rotterdam-3003.  
Telefoon: 010-765122\*, Telex 25165.

### Abonnementen

Voor niet-leden van de K.N.M.G. f 55,- plus f 2,20 BTW; buitenland f 60,-; losse nummers f 1,72 (inclusief BTW). Opgave van abonnementen uitsluitend bij de uitgever.

### Advertenties

In te zenden – ook brieven op advertenties onder nummer – uitsluitend aan de uitgever.

### Advertentie-acquisitie

R.E.P.O.N. Internationaal B.V.,  
Texelstraat 76-78, Postbus 384, Amstelveen. Tel.: 020-433851 (16 lijnen).  
Telex 15230.

Advertenties behoeven de goedkeuring der redactie en kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

### Adreswijziging

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

Oplage: 18.400 exemplaren

Druk: Tijl, Zwolle.

### INHOUD

Nr. 29 – 19 juli 1974

#### REDACTIONEEL

Brieven aan de redactie ..... 926

*Inzenders: R. L. van der Spoel, H. van der Made.*

De echelonnering van de gezondheidszorg: een denkbeeld en een misverstand. Herkomst van de gedachte, door Dr. W. Groffen ..... 929

Nut en noodzaak van een artsenorganisatie XII: Een vereniging van artsen in dienstverband: nuttig en noodzakelijk?, door Mr. J. J. Witteveen ..... 933

Reünie oud-H.B.-leden ..... 936

Toelating buitenlandse artsen ..... 936

Huisarts en specialist XI: Ondergrondse communicatieproblemen, door C. P. Bruins ..... 937

Studiedag Commissie Ziekenhuisstaven der Landelijke Specialististen Vereniging ..... 943

OFFICIEEL ..... 947

Inhoudsopgave officieel ..... 952

# Brieven aan de redactie

*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.*

## EERSTE HULP

In verband met de uitspraak van het Centraal Medisch Tuchtcollege (M.C. nr. 25 (1974) 29, blz. 803):

De uitspraak van genoemd college moge in theorie correct zijn, in de praktijk is mij gebleken dat het zogenaamde voldoende geoefend E.H.B.O.-er zijn als systeem heeft gefaald door onvoldoende deskundigheid. Het is tevens in strijd met de strekking van de Wet op het ambulancevervoer. Mijns inziens had de uitspraak moeten zijn: ambulance met deskundig verpleegkundig personeel.

Zaanstad, 26 juni 1974

R. L. van der Spoel,  
wnd. directeur der G.G.Z.

## HOE DANKBAAR IS MIJN KLEINE HOND?

Commentaar op de opmerkingen van collega J. C. A. Sprangers te Hazerswoude in M.C. no. 29 van 5 juli 1974 op mijn 'dankbetuiging' aan het bestuur van de L.H.V. betreffende de pensioensregeling voor huisartsen in M.C. no. 23 van 7 juni 1974.

Collega Sprangers schrijft, dat de pensioensregeling voor huisartsen door de heren buiten hem om en tegen zijn zin tot stand is gebracht. Uiteraard buiten hem om, want toen collega Sprangers in 1968 afstudeerde was die regeling, afgezien van formele afronding, al klaar. Waarom heeft collega Sprangers toch het huisartsenberoep gekozen? Was het doordat dezelfde actieve en capabele mensen, door hem tot twee keer toe smalend als heren aangeduid, behalve een pensioenregeling ook een honorering hadden verworven, die toch wel bevredigend mag worden genoemd en waarvan de hoogte mee bepaald wordt door de te betalen pensioenpremie? Ook deze regeling is buiten hem om tot stand gekomen, maar toch wel niet tegen zijn zin. Collega Sprangers zou dankbaarheid passen en hier zou

het citaat betreffende de kleine hond op zijn plaats zijn, welk citaat gewoonlijk wordt gebruikt om ondankbaarheid te laken en niet om dankbaarheid te honen. Overigens zou iemand, meer misantroop dan ik, door het stukje van collega Sprangers, waaruit zoveel verbeterheid, verblindheid en rancune spreken en zo een gebrek aan mildheid en goede wil, in deze context ook tot citeren kunnen komen en met Montaigne zeggen: 'Plus je connais les hommes, plus j'aime mon chien'.

Wat betreft mijn veronderstelde nonchalance inzake de oudedagsvoorziening het volgende: Een verzekering die volledige compensatie geeft voor de gevolgen van ziekte en invaliditeit bestaat niet, zeker niet in deze tijd van voortschrijdende devaluatie. Een verzekering die dit zo goed mogelijk benadert is misschien mogelijk voor een arts met het inkomen van nu, zoals dat zich door de bemoeiingen van de L.H.V. heeft ontwikkeld. Maar dat was niet zo in de jaren '30, toen het fondshonorarium voor huisartsen gemiddeld twee gulden per ziel en per jaar bedroeg en een particuliere visite gemiddeld nauwelijks meer dan twee gulden opbracht. Pas omtrent 1947-1948 is dat fondstarief tot 4 à 5 gulden opgelopen, wat we toen al heel mooi vonden, daarna heeft het nog jaren geduurd eer een werkelijk goede verzekering betaalbaar werd. Maar toen waren de artsen van mijn leeftijdsgroep daar te oud voor geworden.

Tenslotte meen ik, dat het onbehoorlijk en 'al te dol' is om in dit verband over parasiteren te spreken en persister ik bij mijn dankbaarheid jegens het bestuur van de L.H.V.

Nijmegen, 8 juli 1974

H. van der Made

## Varia

**Geneeskundige wetgeving** — Sinds vele jaren genieten de 17 losbladige deeltjes 'Voor-schriften Volksgezondheid', uitgave Vermande Zn, IJmuiden, algemene bekendheid. Onder redactie van Mr. C. J. Goudsmit heeft deze serie (bestelcode V6) vrijwel volledigheid bereikt op het gebied van de regelingen inzake volksgezondheid en wat daarmee verband houdt. Voor velen is echter de complete serie een wel erg omvangrijke aanschaf. Weinigen zijn bovendien op dit gehele terrein werkzaam. Met het oog hierop heeft de uitgever twee deeltjes (bestelcode G8), bevattend de Geneeskundige Wetgeving in engere zin, afzonderlijk het licht doen zien. Een greep uit de inhoud: Wet uitoefening geneeskunst;

Wet uitoefening tandheelkunst; de onderscheide bevoegdheidsregelingen; Medische Tuchtwet; Wetgeving Ziekenverpleging en Ziekenverzorging; Wet paramedische beroepen. Steeds is een toelichting opgenomen, benevens uitvoeringsvoorschriften en jurisprudentie.

**Benoeming** — Met ingang van 1 september 1974 is drs. G. W. Kaufmann benoemd tot inspecteur van de Volksgezondheid voor de geneesmiddelen in de provincies Groningen, Friesland, Drenthe en Overijssel. Hij volgt in deze functie de heer drs. J. E. Buiter op, die deze werkzaamheden wegens het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd per gelijke datum zal beëindigen. De heer Kaufmann werd op 29 maart 1931 te Groningen geboren, studeerde farmacie te Groningen en slaagde voor het doctoraal examen in 1955. Betrokkene behaalde het apothekersdiploma in 1960. Hij was voorts van 1966 tot 1970 lid respectievelijk secretaris en voorzitter van het Departement Groningen der Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie en heeft gedurende enkele jaren zitting gehad in de Commissie van Gebiedsaanwijzing te Groningen in de Commissie voor Ziekenfonds-aangelegenheden van de K.N.M.P.

**Vetgehalte** — Het beleid van de regering is er op gericht om de bereiding van die geneesmiddelen die een belangrijke bijdrage tot de vetopname leveren ook in een vorm met een laag vetgehalte mogelijk te maken. Tevens wordt er naar gestreefd dat het vetgehalte — en in daarvoor in aanmerking komende gevallen het percentage meervoudig onverzadigde vetzuren — van dergelijke levensmiddelen op een voor de consument duidelijke wijze wordt geëtiketteerd. De vraag, of overheidssteun verleend dient te worden aan wetenschappelijk onderzoek voor het ontwikkelen van nieuwe levensmiddelen met verlaagd cholesterol- en vetgehalte, zal van geval tot geval worden beoordeeld. Aldus staatssecretaris Hendriks in antwoord op vragen van de heer Berger, Tweede Kamerlid voor DS '70. De kamervragen volgden op uitingen van het medisch directoraat van de Nederlandse Hartstichting ('Steun wetenschappelijk onderzoek van voedingsmiddelen met een laag vetgehalte') en van de Voedingsraad ('Beperk de opname van cholesterol en verzadigd vet in de voeding').

**Halvarine: 50% H<sub>2</sub>O** — 'Moet men bij kinderen al beginnen met halvarine?' 'De vraag is, of men ooit moet beginnen met halvarine. Halvarine bestaat voor de helft uit water. Bij de aanschaf van een pakje halvarine is dat water duur betaald. Men kan ook gewone dieetmargarine half zo dik

smeren, dan komt men voordeliger uit. Halvarine kan zin hebben voor mensen die wensen te vermageren, maar die hun brood niet minder dik wensen te smeren.' Vraag en antwoord in Hartslog 4/1973.

**Onverzadigd** – Nóg zo'n koppel, zelfde bron: Waar moet de natuurboter blijven als zonnebloemolie en margarine beter zijn voor de gezondheid? Antwoord: Niet alle margarine is zoveel beter voor de gezondheid als roomboter. Veel margarines, ook plantaardige, bevatten verzadigde vetten waardoor het cholesterolgehalte in het bloed stijgt. Margarines waarop staat dat zij veel meervoudig onverzadigde vetten bevatten verhogen het cholesterolgehalte niet, maar een laag cholesterolgehalte is gunstiger voor het hart. Het is voor de arts moeilijk het internationale probleem op te lossen waar we met de boter heen moeten, wanneer we haar niet meer eten. Verscheping naar landen achter het ijzeren gordijn, zoals onlangs is gebeurd, is medisch gezien een onvriendelijke daad. Voor landen waarin werkelijke hongersnood heerst, vallen de bezwaren tegen de roomboter in het pakket van voedingsmiddelen in het niet. Wat de veehouder betreft: er zijn geen redenen waarom de zo gezonde taptemelk goedkoper hoeft te zijn dan volle melk. De prijs van de melk zou overigens niet langer rekening moeten houden met het vetgehalte, maar met het eiwitgehalte van de melk.

**Subsidie-aanvragen** — Het Nederlands Astma Fonds brengt onder de aandacht van belanghebbenden, dat subsidie-aanvragen voor in het jaar 1975 te verrichten (wetenschappelijke) arbeid op het gebied van de chronische specifieke respiratoire aandoeningen (CARA) kunnen worden ingediend tot uiterlijk 1 september 1974. Bij de toekenning van de subsidies zal uiteraard de rangorde van de urgentie binnen de CARA-bestrijding van invloed zijn. Aanvraagformulieren voor het subsidiejaar 1975 zijn verkrijgbaar bij het sekretariaat van het Nederlands Astma Fonds, Postbus 5, Leusden-Centrum.

**Geschiedenis der Geneeskunde** — Het ligt in het voornemen, evenals in voorafgaande jaren, gedurende de cursus 1974-1975 een vierde leergang Geschiedenis der Geneeskunde te organiseren.

De cursus zal, onder leiding van Prof. Dr. G. A. Lindeboom, worden gehouden in het Medisch Encyclopaedisch Instituut der Vrije Universiteit, op 9 zaterdagochtenden (van 10.30 uur tot 12.30 uur), om de veertien dagen, van 12 oktober tot 23 november 1974, en van 25 januari tot 22 maart 1975. De te bespreken onderwerpen zullen verband houden met hoofdmomenten uit de ontwik-

## DISCUSSIE



**'Discussie gesloten':** een uiterst discutabele beslissing die zelden in de ingezonden brievenrubriek wordt gehanteerd, althans in ons lijfblad. Discussabel, omdat 'discussie gesloten' een beperking betekent van de vrijheid van de lezer om zijn opvattingen te ventileren, ter discussie te stellen en zodoende bij te dragen aan de meningsvorming binnen de professie en wellicht ook daarbuiten. Nu behoeven vrijheid en beperking niet elkaars tegenstelling te zijn, eerst recht niet indien de beperking wordt beoefend door de schrijver zelf. Voor een groot deel wordt die beperking bepaald door de achtergrond waaruit men leeft en door het doel dat men nastreeft. In de totale oorlog was vrijwel alles geoorloofd. Het handelen werd toen — en naar ik meen nog steeds — voor een groot deel beheerst door het denken in termen van of-of: of mijn mening krijgt de meeste aanhang of de ander wint. Het kan haast niet anders of dit soort denken leidt tot etikettering, tot stereotiepe denkpatronen. Achter 'ze doen maar' gaat een heel bepaalde denkwereld schuil. Ze: dat zijn de artsen, de politici, de ziekenfondsen, de bazen, de arbeiders. Ieder heeft zijn out-group. Het is zo gemakkelijk om tegen iets te zijn, je te kunnen afzetten tegen een groep. Dit tegen iets zijn kan als bindmiddel in een groep fungeren, maar het is een bindmiddel dat uiteindelijk tot ontbinding leidt. Het is het oude exclusieve denken, dat zijn verdiensten heeft gehad, maar dat nu wellicht de grootste bedreiging van onze samenleving is geworden.

Het is reeds op vele manieren gezegd, maar langzamerhand wordt het steeds duidelijker dat wij alleen maar zullen overleven door samen te leven. Dit nieuwe inclusieve denken zal tot een nieuw handelen moeten voeren, en met betrekking tot het onderwerp waarover wij schrijven: tot andere discussies moeten leiden. Dit zal ongetwijfeld met vallen en opstaan gebeuren; wij zijn immers kinderen van deze tijd. Boerwinkel drukt het als volgt uit: 'Als dus in het groot gehaat en gezwendeld wordt, is dat een weerspiegeling van wat in het verborgene van onze kleine menselijke verhoudingen gebeurt. Maar ook omgekeerd ten goede: als door ons in het kleine iets van een inclusief denken wordt gerealiseerd, kan zich dat ook in het groot weerspiegelen in een nieuwe wijze van denken en handelen van degenen die bestuursverantwoordelijkheid hebben'. Dit betekent niet, dat ook in de discussie polarisatie en conflicten zouden moeten worden vermeden. Wij zouden geneigd zijn te zeggen: integendeel, indien dit beter inzicht geeft in de uitgangspunten en opvattingen van de ander. Het is bovendien vaak het zout in de pap. Maar, zoals met alle smaakmakers, het moet geen doel zijn maar een middel om goede bouwstenen zo nodig op prikkelende wijze op de goede plaats te brengen. 'Discussie gesloten' is dan uitgesloten.

B.

keling van de geneeskunde in het algemeen, en die in Nederland in het bijzonder, en o.a. betrekking hebben op: de geneeskunde in China en in Oud-India, de geneeskunde van Paracelsus, Jan Swammerdam en Nicolaas Tulp, Boerhaave en het zenuwstelsel, Haller als denker en als physioloog.

Op het programma staat een bezoek aan de Chirurgiënskamer te Gouda en aan de Medische Bibliotheek van de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Zij die aan deze cursus willen deelnemen of te zijner tijd een volledig programma wensen te ontvangen kunnen zich richten tot het Medisch Encyclopaedisch Instituut, Van der Boechorststraat 7, Amsterdam. Zij die zich met het oog op het beperkte aantal deelnemers, reeds nu willen opgeven, worden verzocht een bedrag van f 100,- te willen overmaken op: Postgiro No: 11 35 214, ten name van de 'Stichting Historia Medicinae' (p/a Noordhollandstraat 6, Amsterdam).

**Astmasymposium** — Op zaterdag 9 november 1974 vindt in De Doelen te Rotterdam een symposium plaats over 'Astma in verschillende levensfasen; het leren beheersen van astma'. Voorzitter is Prof. Dr. Deenstra, hoogleraar longziekten te Utrecht. Het symposium is bestemd voor ieder die in contact komt met astmapatiënten. Drs. M. J. A. van Spanje, psycholoog, spreekt over zijn ervaringen met probleemkinderen. Over een aanpak van psychische problemen bij volwassenen met astma, die veel moeilijker leren hun ziekte te beheersen, vertelt de psycholoog Dr. L. J. Menges. Tenslotte houdt Dr. J. Kreukniet, longarts, een lezing over de systematische behandeling met spasmolytica van patiënten met chronische astma. Verdere inlichtingen bij Pfizer B.V., tel. 010-115980.

**Gynaecologie/androgiesymposium** — Op 21 september 1974 wordt in het auditorium van het Ziekenhuis 'De Goddelijke Voorzienigheid' te Sittard een internationaal symposium gehouden met als onderwerp: 'Releasing factors and gonadotropic hormones in male and female sterility; radioimmunoassays as diagnostics tools in gynaecology and andrology'. Inlichtingen verstrekkt het secretariaat, Kromstraat 58, Sittard.

**Edgar Steneprijs** - Fysisch gehandicapten te helpen om 'vanuit het vertrekpunt van apathische inactiviteit te komen tot een actief en positief bestaan' was het streven van Edgar Stene, Noor, zeeofficier, reumapatiënt en oprichter van het Norsk Revmatiker Forbund. Om de gedachte aan deze activist levend te houden werd een Edgar Stene-prijs ingesteld, die om de vier jaar zal worden toegekend, het eerst volgende jaar in

Helsinki. De prijs waaraan een geldbedrag van duizend gulden is verbonden, wordt uitgereikt aan die reumalijder die volgens een Europese jury de meest treffende beschrijving heeft gegeven van zijn houding tegenover en zijn ervaringen vanwege zijn ziekte. In de eigen landstaal geschreven bijdragen kunnen vóór 1 december 1974 worden gezonden aan de nationale vertegenwoordiging van de Europese Reumaliga, voor Nederland: de Nederlandse Vereniging tot Rheumatiekbestrijding, 1e Sweelinckstraat 62, Den Haag.

**Volksgezondheid en recreatie** — Op 2 en 3 oktober 1974 organiseert de Stichting Recreatie te Noordwijkerhout een congres met als thema 'Volksgezondheid en recreatie'. Tijdens de eerste plenaire zitting houdt de zenuwarts J. van Londen uit Den Haag een inleiding over het congressthema. Vervolgens vergadert men in secties verder over: 'Wonen' (inleider Ph. P. Fiedeldij Dop, kinderarts te Amsterdam); 'Verkeer' (inleider Dr. R. Vos, arts, hoofd afdeling Verkeersongevallen, Ambulancevervoer en Revalidatie van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne); 'Het sociale kostenaspect' (inleiders Dr. H. A. Udo de Haes, wetenschappelijk medewerker Milieubiologie R. U. Leiden, en Drs. E. Tellegen, lector Andragogisch Instituut G.U. Amsterdam); 'Situering en inrichting van recreatievoorzieningen'; 'De praktijk van de medische begeleiding van de recreant' (inleider J. A. Lucardi, huisarts te Nunspeet); 'Arbeidssituatie' (inleider J. Jong, arts, coördinator Commissie Arbeids-geneeskundig Onderzoek T.N.O. Utrecht). Aan het eind van de tweede congresdag is er een forumdiscussie, met als gespreksleider Prof. Dr. C. J. B. J. Trimbos, afdeling Preventieve en Sociale Psychiatrie Erasmus Universiteit Rotterdam. Deelnemersprijzen: voor het hele congres

f 107,50; idem zonder overnachting en ontbijt f 82,50. Inschrijfformulieren zijn verkrijgbaar bij de Stichting Recreatie, Kerkhoflaan 11a, Den Haag, tel. 070-467400.

**Cardiologencongres** — Van 20-25 juni 1976 wordt onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie het 7th European Congress of Cardiology gehouden. Plaats van handeling is de R.A.I. in Amsterdam. Onderwerpen zijn: Coronary Artery Disease, Drug Therapy, Ventricular Functions, Myocardiopathies. Voertalen: Frans, Duits, Engels. Meer inlichtingen geeft het congressecretariaat, ondergebracht bij Holland Organizing Centre b.v., Lange Voorhout 16, Den Haag, tel. 070-657850.

**Spierdystrofie** - Begin maart hield de Vereniging Spierdystrofie Nederland in Utrecht een psychosociaal symposium. In het juni-nummer van haar tijdschrift wordt er op doorgegaan. Doel van de bijeenkomst was te komen tot een beter geïntegreerde psychosociale hulpverlening. Eén van de belangrijkste conclusies van de dag luidde, dat die hulp ook heel goed door leken-medehelpers kan worden verleend. Juist daarom werd het betreurd, dat 'Utrecht' duidelijk een congres van hulpverleners was en dat met name spierdystrofiepatiënten en hun ouders/verzorgers — de in dit geval meest geëigende medehelpers — vrijwel ontbraken. Als follow-up van het symposium wil de vereniging nu een begeleidingsplan uitwerken, waarin aan de regio's een grote rol is toebedeeld; het aanbod van de regionale werkgroep Noord-Holland om deze provincie als 'proefpolder' te laten dienen werd met open armen ontvangen. Het secretariaat van (het Tijdschrift van) de Vereniging Spierdystrofie Nederland is gevestigd: Leusderweg 178, Amersfoort, tel. 03490-34441.

# De echelonnering van de gezondheidszorg: een denkbeeld en een misverstand

door Dr. W. Groffen

Bij mijn weten zijn de denkbeelden over de echelonnering van de gezondheidszorg afkomstig van Querido, die ze voor het eerst presenteerde in 1962<sup>1</sup> op een zitting van de Wereldgezondheidsorganisatie. Spoedig daarna vindt verspreiding van de gedachte plaats. Wat dan gaat gebeuren is merkwaardig: er ontstaat een versie van de echelonneringsgedachte, die niet overeenkomt met de oorspronkelijke gedachte. Deze afwijkende versie is niettemin de standaardinterpretatie geworden bij beschouwingen over de gezondheidszorg. Deze versie wijkt echter niet alleen af van de oorspronkelijke bedoelingen (dat is op zich niet erg, omdat iedere gedachte zich tenslotte ontwikkelt), maar leidt zoals ik hoop aan te tonen – tot organisatorisch falen en medisch tekortschieten. Welke de gangbare opvatting van de echelonnering is geworden, is het best toe te lichten met een citaat uit een recent artikel van Doeleman in dit tijdschrift<sup>2</sup>.

Deze schrijft: 'Naar mijn mening ligt de essentie van het begrip 'echelon' in het op-elkaar-volgen van soorten voorzieningen in die zin, dat de patiënt in zijn gang door het systeem van de curatieve gezondheidszorg *achtereenvolgens* door verschillende echelons wordt geleid, teneinde een efficiënt gebruik van het gecompliceerde apparaat van de hedendaagse gezondheidszorg te bevorderen. Het eerste echelon is dan de ontvangstzone met de breed-spectrum-voorzieningen waarin een groot deel van de aangeboden problematiek kan worden gediagnosticeerd en behandeld. Hier vinden wij in elk geval de huisarts, de wijkverpleegster, de tandarts en hun medewerkers.' Tot zover het citaat uit het artikel van Doeleman.

De echelon-gedachte werd het eerst gepresenteerd als oplossing voor een gebrekkige spreiding van de medische deskundigheid over de ervoor in aanmerking komende bevolking<sup>1</sup>. Wanneer deze deskundigheid schaars is en men deze toch aan de gehele bevolking ten goede wil doen komen, doet de deskundige er goed aan een aanzienlijk deel van zijn aandacht te besteden aan instructie en begeleiding van de minder deskundigen, die door hun groter aantal wel een gehele bevolking bestrijken. De 'consultatie' is daarom veel meer eigen aan de echelon-gedachte dan de 'verwijzing'. Niettemin heeft zich een echelonnering doorgezet, waarin de verwijzing een belangrijker plaats inneemt dan de consultatie (Burkens<sup>4</sup>).

In dit artikel wordt afgestapt van de gedachte, dat *instellingen en voorzieningen* geëchelonneerd zouden moeten zijn en wordt teruggekeerd naar de echelonnering van het *medisch, probleem-oplossend denken*. De samenhang, die daarbij te voorschijn komt tussen 'breed' en 'specialistisch' denken leidt tot andere opvattingen over de reorganisatie van de bestaande medische situatie. Dit artikel spitst zich dan echter meer toe op de effectiviteit van het probleem-oplossend denken dan op de oorspronkelijke gedachte van de spreiding, zonder daarmee overigens in tegenspraak te zijn. Het laatste zou ik niet graag zien, want de spreiding is een zaak van maatschappelijke rechtvaardigheid! Dr. W. Groffen

De gedachte zoals door Doeleman geformuleerd zal ieder vertrouwd voorkomen en als vanzelfsprekend voor de opvattingen over echelonnering. Uit het citaat blijkt, dat bij echelonnering wordt gedacht aan een ordening van voorzieningen en personen, dat wil zeggen van organisatorische eenheden, die achtereenvolgens door de patiënt worden betreden. De cursivering van het woord 'achtereenvolgens' in het citaat is van de schrijver van het artikel zelf, die daarop bijzondere nadruk legt.

Wanneer ik Querido echter goed begriep, heeft hij bij echelonnering niet allereerst gedacht aan bestaande orga-

nisatievormen, maar wilde hij terug naar de erin uitgeoefende medische functie om van daaruit opnieuw de vraag aan de orde te stellen, of de bestaande situatie wel datgene levert wat zou moeten worden geleverd en hoe betere vormen kunnen worden gevonden. De invloed van het bestaande bleek echter zeer groot. In plaats van uit te gaan van de functie om te komen tot mogelijk geheel nieuwe organisatievormen deed men het omgekeerde. Men ging uit van de bestaande situatie van huisartsen, specialisten, ziekenhuizen, verpleegtehuizen, enz., plaatste deze op de diverse echelons en trachtte vervolgens deze instellingen te zuiveren van niet bij dat

echelon passende functies. Ter verduidelijking nogmaals een recent citaat uit een artikel van Den Haan<sup>3</sup>: 'Het algemeen ziekenhuis behoort tot het tweede echelon en dient bij een goede ordening alleen tweede-echelonswerk te verrichten'.

Het uitzuiveren van niet bij een echelon passende functies moge organisatorisch efficiënt lijken, het geeft evenwel in feite aanleiding tot verstoring van het probleemproces dat rond de klacht van een patiënt plaats grijpt.

Toegegeven moet worden, dat niet alleen de macht van het bestaande de afwijkende interpretatie van de echelonneringsgedachte heeft veroorzaakt, maar dat ook de presentatie van de gedachte het misverstand in de hand heeft gewerkt. Querido is een divergent denkend man met een geheel eigen optiek. Vanuit zijn manier van kijken komen tal van zaken tegelijk in een ander onderling verband te staan. Degene die met hem mee moet kijken (althans zo verging het mij) lukt het niet altijd de vele verplaatsingen tegelijk te volgen. Gemakkelijk wordt dan vermeend begrip ingevuld voor de eigenlijke bedoeling.

Illustratief voor de eigen wijze van kijken van Querido is de plaats van de preventieve functie: ieder functioneel echelon is gekenmerkt door een eigen preventieve functie. In het genoemde artikel van Doeleman wordt echter voor de preventieve voorzieningen een 'nulde' echelon toegevoegd aan de reeks. Bij Querido bestaat echter geen behoefte aan die term, omdat hij niet in voorzieningen maar in aaneengeschaalde functies denkt. Dit slechts ter aanduiding, dat zich een nog al omvangrijk misverstand heeft ontwikkeld.

Querido presenteert de gedachte taalkundig ook in een vorm, die tot misverstand aanleiding kan geven, wanneer hij spreekt over 'de functie van de eerste lijn'. Dat leidt gemakkelijk tot de gedachte van een 'lijn' als organisatorische eenheid, waaraan een functie is toebedeeld, terwijl in feite lijn en functie identiek zijn. De term 'functie' is uiteraard abstract, hetgeen op zich al gemakkelijk leidt tot invulling naar goeddunken. Wie tracht zich bij 'functies' in de gezondheidszorg iets voor te stellen, doet echter beter aan activiteiten te denken waarmee een functie wordt voltrokken, dan aan personen of organisatorische eenheden. Activitei-

ten vormen de schakel van functie naar organisatie.

Ik wilde mij in deze bijdrage beperken tot een enkele geëchelonnerde functie in de gezondheidszorg en wel die, die nog het meest de echelonnering der voorzieningen en het daarmee samenhangend misverstand veroorzaakt: de rangschikking der medische functies op een schaal, waarvan het ene uiteinde wordt gekenmerkt door de functie van de brede-band opvang en het andere uiteinde door de ver toegespitste specialistische benadering. Deze functie zetten we allereerst om in een activiteit: deze bij de genoemde functie passende activiteit wordt gevonden in het *probleemoplossend denken* van de arts: de schaaluiteinden worden dan gevormd door de vormen van brede-band denken en aan de andere kant uiterst gespecialiseerd medisch denken en probleembehandeling. De gedachte aan personen en voorzieningen komt in de laatste paragraaf nadrukkelijk terug.

#### **Echelons als fasen in het proces van medische probleembehandeling**

Wanneer een persoon zich aanmeldt bij een arts met een vraag of klacht omtrent zijn gezondheid, zal het antwoord doorgaans niet onmiddellijk zijn te geven. Bij de arts wordt door de vraag een denkproces op gang gebracht: hij stelt zich de vraag in welke samenhang hij de klacht het best kan plaatsen om een mogelijkheid te vinden er iets aan te doen. Het antwoord op deze vraag kan hij niet als helderzinnig geven. Hij zal zijn denken moeten voeden met een aantal gegevens, dat hij van en over de patiënt moet verkrijgen. Hij zal een aantal zijn denken voedende activiteiten gaan plegen: een algemeen gesprek over de voorgeschiedenis van de klacht en over de omstandigheden waaronder de patiënt leeft, een algemeen lichamenlijk onderzoek, enz. In het begin behoeft het zelfs helemaal niet vast te staan, dat de lichamenlijk gepresenteerde klacht inderdaad ook het best in samenhang met lichamenlijk functioneren moet worden gezien. De klacht kan misschien inzichtelijker worden in samenhang met gegevens over manieren van werken, wonen, recreëren, e.d. Daar waar de eerste samenhangen rond een klacht nog moeten worden

opgehelderd en de lichamenlijke aspecten van de klacht nog moeten worden ontward uit samenhangen met psychosociale gegevens is een vorm van 'brede-band'-denken noodzakelijk. Veel sporen moeten worden opengehouden ten einde het meest belovende spoor te pakken te krijgen.

Brede-band-denken weerspiegelt zich in brede-band-activiteiten waarmee veelsoortige gegevens over de patiënt worden verkregen: uit de veelsoortigheid kan dan een keus van het meest belovende worden gemaakt. De brede-band-activiteiten worden op hun beurt eerst mogelijk door de *inrichting en voorzieningen*, waarover de arts beschikt. Voorzieningen weerspiegelen daarom iets van het denkproces, maar niet geheel zuiver. Voorzieningen zijn van materiële aard, kosten geld en vallen derhalve mede onder economische wetmatigheden, die op een geheel eigen wijze de aanwezigheid van de voorzieningen kunnen gaan bepalen en daarmee vervreemden van hun eigenlijke reden van aanwezigheid: het nadenken over de samenhang, waarin een klacht moet worden geplaatst.

Door de kostbaarheid van de inrichting is deze vervreemdende economische wetmatigheid vaak zeer dominant geworden. In feite zo dominant, dat zelfs het nadenken over de echelonnering van het medische denken prompt de wending heeft genomen naar de echelonnering van de voorzieningen ten einde deze zo efficiënt mogelijk te gebruiken. Efficiënt is dan echter tweeduidig: efficiënt voor de probleembehandeling of efficiënt voor het financieel beheer? Beide vormen van efficiency zijn met elkaar verbonden, maar overigens hebben de medische probleembehandeling en de economische hun eigen wetmatigheden. Het gaat ons voorlopig om de eerste.

Essentieel voor de echelon-gedachte zijn de vanzelfsprekende fasen in de probleembehandeling tussen 'breed' en specialistisch. De vanzelfsprekende fasen, die eigen zijn voor dit denkproces behoeven niet dezelfde te zijn als die, welke nu gebruikelijk zijn in de gezondheidszorg. Het is zeer de vraag, of het moment waarop de huisarts nu overdraagt aan de specialist een natuurlijke fase van het denken is of veeleer gedefinieerd is door vervreemdende wetmatigheden.

Een karakteristieke fase-beëindiging

vinden we bijvoorbeeld op het moment, dat het brede-band-denken zich vernauwt tot een lichamelijke definitie van de klacht. Deze definitie houdt in, dat het beste spoor om de klacht op te helderen en een behandelingswijze te vinden waarschijnlijk te vinden is in samenhang met de werking van lichaamsorganen. Een ander faseringspunt vinden we mogelijk op het moment, dat de voor de probleemontwikkeling nodige gegevens onder zodanige omstandigheden van standaardisering en apparatuurgebruik moeten worden verkregen dat het gezien in de huiselijke omstandigheden van de patiënt niet meer doenlijk is deze werkwijze toe te passen.

De fase voorafgaande aan de definitie van de klacht als 'lichamelijk' is uitdrukkelijk 'eerstelijns' te noemen. Het verkrijgen van gegevens over lichamelijke functioneren onder omstandigheden van standaardisering en apparatuurgebruik behoort stellig tot de tweedelijns-fase van denken. Waar de overgang ligt tussen beide echelons is niet nauwkeurig te definiëren, omdat het bepaald wordt door de *richting* die het denken vanaf een zeker moment kiest: is het waarschijnlijk aan het worden, dat het denken gegevens zal moeten zoeken die specialistisch worden verkregen óf is het waarschijnlijk niet nodig deze weg in te slaan? De overgang vindt plaats in het denken van de arts en kan worden gemarkeerd door een overdracht aan een arts met andere kundigheden, maar dat laatste is niet noodzakelijk.

Denkbeelden over de echelonnering van de gezondheidszorg zouden slechts dan de vorm mogen aannemen van een echelonnering der voorzieningen, indien deze een gave afspiegeling vormden van het denkproces. We hebben echter al opgemerkt, dat de voorzieningen ook onder economische wetmatigheden vallen. Te vermelden valt voorts, dat ook professionele prerogatieven bepalen, wie bepaalde voorzieningen ter ondersteuning van hun denkproces mogen gebruiken: ten dele zijn deze prerogatieven ook weer terug te voeren op scholing tot gebruik (en dus op de medische problemenbehandeling), maar ten dele wordt het gebruik van voorzieningen voor diagnostiek en behandeling ook bepaald door op status- en inkomensbescherming berustende voorrechten. Voorzieningen zijn daarom geen zuivere afspiege-

ling van het medische denkproces, maar weerspiegelen evenzeer een aantal van de probleembehandeling vervreemdende wetmatigheden.

Keren we voor een goed uitgangspunt ter zake van de echelonnering echter terug naar de medische wijze van probleembehandeling en naar de activiteiten, waarin deze functie gestalte krijgt, dan ligt toch nog de vraag voor ons hoe de verschillende fasen van denken aan elkaar zijn gekoppeld. Ik beperk mij hier gemakshalve maar tot de vraag, hoe de eerstelijns-functie is gekoppeld aan de tweedelijns-functie. Overigens is dat op dit moment ook de meest problematische relatie in de gezondheidszorg. Dan signaleren we, dat doorgaans de relatie tussen 'breed' en specialistisch denken wordt beschreven als *na elkaar* komende functies. Het woord 'fasen' dat ik gebruikte leidt ook tot die gedachte als zouden het fasen van na elkaar komende activiteiten zijn. Dat is echter onjuist. Het is beter te spreken van een *continue* eerstelijns-functie, die tijdelijke *wordt vergezeld* van een tweedelijns-functie.

#### De continuïteit van de eerstelijns-functie

De echelonedachte wordt — althans in de gangbaar geworden interpretatie — gepresenteerd als een lineair achter elkaar volgen van breed en specialistisch denken. De begripmatige rangschikking op de schaal van denkvormen wordt dan omgezet in een functievolgorde in de tijd. Dat is niet geheel uit de lucht gegrepen, maar geeft anderzijds toch niet de volledige realiteit van de medische probleembehandeling weer. Deze laat niet alleen de lineaire volgorde zien, maar ook een pendelbeweging. Deze pendelbeweging van breed naar specialistisch en terug is een eigenschap van het probleemproces. Alle ophelderend denken begint als *póging* tot opheldering.

Van die pogingen leidt slechts een beperkt aantal tot succes. Blijkt het getrokken spoor dood te lopen (de verwachte klachtverklarende samenhang wordt niet gevonden) dan moet het zoekproces opnieuw worden begonnen. Opnieuw beginnen van een zoekproces houdt terugkeer in naar een minder gespecialiseerde fase van nadenken dan waarin het mislukte zoekproces was geëindigd: men loopt de anamnese nog eens door of herhaalt

deze in de hoop een nieuw aanknopingspunt te vinden, hetzelfde met een algemeen lichamenlijk onderzoek, enz. Hoever teruggegaan moet worden in de verbreding van het denken, zou bepaald dienen te zijn door de aard van het probleem. In feite zal het echter ook worden bepaald door de 'range' van denkactiviteiten die de betrokken arts beheerst op de schaal tussen breed en specialistisch.

Efficiënt gevoerde zoekprocessen moeten steeds kunnen terugkeren tot die fase van brede formulering, dat er een goede kans bestaat bij een tweede poging een beter spoor te vinden dan het mislukte. Terugkeer naar de veralgemening van het probleem kan eventueel een terugkeer naar de eerstelijns-denkactiviteiten betekenen. De mogelijkheid van samenhangen met psychosociale gegevens moet dan opnieuw onder ogen worden gezien, omdat somatisch niets wordt gevonden. Voor een goed gevoerd ophelderingsdenken dient de eerstelijns-functie in stand te worden gehouden als veralgemening waarop in laatste instantie kan worden teruggekeerd om een nieuw spoor te zoeken.

Er zijn echter nog twee redenen te noemen, waarom de eerstelijns-functie continu behoort te zijn: gewezen moet worden op de effecten van iedere medische handeling op het totale lichamenlijke gebeuren van de patiënt. Een chirurgische ingreep of de invoering van een geneesmiddel veroorzaakt lichamenlijke bijverschijnselen, die met een breder denken moeten worden benaderd dan wat specialistisch precies met de ingreep of het geneesmiddel werd bedoeld. Een deel van die lichamenlijke effecten vinden we zelfs terug op het grensgebied van an lichamenlijke en psychosociale verschijnselen: vermoeidheid, slapte, sufheid, duizeligheid, misselijkheid, hoofdpijn, slaapstoornissen. Vanuit een zeker specialistisch niveau gedacht zijn deze verschijnselen matig tot oninteressant: de patiënt moet dat maar aanvaarden als prijs voor het verdwijnen van erger klachten. 'Aanvaarden als prijs' is echter een psychosociale opdracht, waarin de patiënt op eigen kracht niet altijd slaagt en waarvoor hij medische aandacht vraagt. Krijgt hij die aandacht niet dan blijkt mij dat juist *voor het dagelijkse leven* zeer hinderlijke verschijnselen (soms hinderlijker dan de oorspronkelijke klacht) de pa-



tiënt ertoe kunnen brengen het gebruik van een geneesmiddel te staken of een chirurgische ingreep te ontlopen. De oplossing van nieuwe klachten als gevolg van een medische behandeling vraagt doorgaans terugkeer tot verschillende niveaus van veralgemening met inbegrip van de eerstelijns-functie.

Tenslotte moet de patiënt met het gegeven of de gevolgen van een specialistische behandeling van een lichamelijk proces terugkeren naar zijn dagelijkse leven. Hij moet dat in de samenhang van zijn dagelijkse leven invoegen. Ook dat kan een aantal problemen opleveren dat de patiënt op eigen kracht niet kan oplossen. Hij kan dat des te moeilijker naarmate tijdens de periode, dat specialistische aandacht aan hem werd besteed niet *gelijktijdig* de integratie van dit medisch gebeuren in zijn leven werd gaande gehouden.

De conclusie uit het bovenstaande is deze: dat echelonnering nooit mag voeren tot een verbreking van het integrale denkproces waarbinnen eerste- en tweedelijns-functies samenhangen. Het in stand houden van die samenhang maakt het nodig, dat de patiënt op zijn weg door de voorzieningen steeds in relatie blijft met een eerstelijns-functie. Hij moet derhalve ook steeds in relatie blijven met artsen, die de eerstelijns-problematisering in stand houden en niet afbreken.

#### **Organisatorische gevolgen van de functionele echelonnering**

In de laatste alinea zijn wij overgestapt van denkactiviteiten naar de persoon van de arts in wie dat denken plaats vindt. Zodra we dat doen stappen we de dagelijkse werkelijkheid binnen. Wie is deze arts? Waar is hij ondergebracht? Moet het steeds dezelfde arts zijn?

We ontkomen er uiteraard niet aan bij de stap van de abstracte, medische denkfunctie naar de concrete persoon die deze functie uitoefent, de feitelijk bestaande situatie in ogenschouw te nemen. Er zijn geen artsen-zonder-meer, maar huisartsen, specialisten en andere functionarissen vullen de schaal van breed naar uiterst specialistisch op. Veranderingen in de situatie kunnen alleen verwezenlijkt worden uitgaande van die situatie. Veranderingen ontstaan door betrokkenen te con-

fronteren met kwalijke effecten van hun functioneren en dit voor hen onontkoombaar te doen in de hoop hun probleemoplossend vermogen te prikkelen en in werking te brengen. De prikkel, die tot op heden van de echelonneringsgedachte is uitgegaan, is de aanzet tot zuivering van functies. De huisarts moet zich beperken tot eerstelijns-functies, het ziekenhuis tot tweedelijns-functies, enz. De teneur van het voorafgaande betoog is echter een totaal andere. Gezien de continuïteit al van de eerstelijns-functie wordt aan het ziekenhuis gevraagd hoe daar aan de eerstelijns-functie organisatorisch vorm wordt gegeven. Gezien het feit dat de overgang van eerstelijns- naar tweedelijns-denken bij de huisarts wordt gemaakt en voor een deel tweedelijns-functioneren derhalve bij hem berust, is de vraag, hoe dat gedaante krijgt in de hem ter beschikking te stellen voorzieningen.

Met die constructie wordt het ook mogelijk terug te keren tot de oorspronkelijke bedoeling van de echelonnering: hoger ontwikkeld inzicht en gespecialiseerder kundigheid beschikbaar te stellen aan de groep werkers, die de onmiddellijke aanraking heeft met de patiënt. Door het medisch *denken* zowel in de huisartsenpraktijk als in het ziekenhuis te echelonneren ontstaat in beide situaties een consultatieve relatie tussen degenen, die het werk aan de patiënt verrichten (artsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, enz.) en zij, die als adviseurs het denken van het eerste echelon 'bevoorraden'.

Voor de huisartsenpraktijk betekent het, dat er meer hard- en software voor de diagnostiek in het tweede echelon beschikbaar moet komen. Voor het

ziekenhuis betekent het, dat juist het eerste echelon van de brede problematisering beter moet worden ingevuld, bijvoorbeeld in de vorm van een duidelijker positie der assistent-artsen. Deze laatste zie ik nu reeds een aanzienlijk deel van de dagelijkse, algemeen-medische aandacht voor de patiënt waar maken. (Mijn ervaring beperkt zich echter tot assistent-artsen, die in voorbereiding op hun huisartspraktijk nog een paar jaar ervaring komen opdoen in een algemeen ziekenhuis).

De verwijzing van de patiënt van de huisartsenpraktijk naar het ziekenhuis is dan geen overgang van het ene echelon naar het andere. Het is een overdracht van een integraal eerste- en tweedelijnsdenken over de patiënt van de situatie naar de andere.

#### **Literatuur**

1. A. Querido, Mental health programmes in public health planning. Tijdschrift voor sociale geneeskunde, 1962, jrg. 40. In drie afleveringen behandelt Querido daarin een nogal omvangrijke hoeveelheid materiaal. Op pag. 752 vinden we een 'kopje', getiteld: 'Increasing coverage by echelon formation'.
2. F. Doeleman, Relatie tussen het eerste en 'nulde' echelon in het algemeen en die tussen huisarts en jeugdarts in het bijzonder. Medisch Contact, 1974, no. 20, pag. 623, citaat id.; idem: Echelons in de gezondheidszorg. Medisch Contact, 1972, no. 46, pag. 1227.
3. M. C. den Haan, Huisarts en specialist (III), Medisch Contact, 1974, no. 21, citaat op pag. 678.
4. J. C. J. Burkens, Consultatie in beide richtingen. Medisch Contact, 1974, no. 22, pag. 705.



# Een vereniging van artsen in dienstverband: nuttig en noodzakelijk?

door *Mr. J. J. Witteveen*, directeur van het bureau der Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband

## 1. Algemene opmerking

In het kader van de artikelenserie 'Nut en noodzaak van een artsenorganisatie' werd aan de opsteller van deze regels gevraagd zekere aandacht te willen besteden aan de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband. De schrijver stelt het op prijs op deze plaats te vermelden dat dit artikel voor zijn persoonlijke verantwoordelijkheid komt, zodat de L.A.D. als zodanig geen oratio pro domo of schakeringen van het tegengestelde – al naar gelang van de instelling van de lezer van deze bijdrage – zal kunnen worden verweten. Reacties op deze regels worden overigens gaarne tegemoet gezien.

## 2. De eerste bestaansperiode, 1948-±1960

Wanneer men zich de moeite zou getroosten om de jaargangen van Medisch Contact in deze periode na te lezen op onderwerpen de L.A.D. betreffende, dan ontkomt men niet geheel aan de indruk dat deze vereniging een ander karakter had dan de verenigingen van de vrijgevestigde huisartsen en specialisten, de Landelijke Huisartsen Vereniging en de Landelijke Specialisten Vereniging. De beide laatstgenoemde verenigingen stelden zich vrijwel direct na hun oprichting op als actieve onderhandelaars over de positie van hun leden, terwijl van een overeenkomstige opstelling van de L.A.D. nog geen sprake was. Dit is een constatering en geen verwijt: de vraag naar een zich strijdbaar opstellende vereniging van artsen in dienstverband wordt in deze jaren nauwelijks gehoord. De positie van de arts in dienstverband is in deze tijd solide ten



opzichte van qua niveau vergelijkbare functionarissen van andere disciplines, ten opzichte van de vrijgevestigde beroepsgenoten echter kan dat minder gemakkelijk worden gesteld. In deze periode, waarin 'ambtenarengrapjes' een lang leven leidden wordt de arts in dienstverband door zijn collegae uit 'het vrije beroep' – op deze kom ik later in dit artikel terug – wel eens beschouwd als iemand die de vrijheid vaarwel heeft gezegd om in ruil voor een pensioen en met een aangename werkbelasting onder het juk van de hiërarchie verder te functioneren. In de hier bedoelde periode lijkt voor de arts in dienstverband de behoefte aan individuele bijstand of aan behartiging van groepsbelangen niet bijzonder groot, wellicht omdat deze arts veelal pas nadat hij enige jaren voor eigen risico had gepraktiseerd een dienstverband ambieerde, wellicht ook omdat het aantal vacatures voor artsen in dienstverband aanzienlijk groter was dan het aantal kandidaten voor de functies, waardoor primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden geen aanleiding tot een discussie van betekenis tussen werkgever en sollicitant vormden. De L.A.D. houdt zich in deze tijd dan ook niet of nauwelijks bezig met individuele belangenbehartiging en

verleent in deze periode zeker geen rechtsbijstand aan individuele leden.

## 3. De periode van ±1960 tot ±1970, een periode van veranderingen

Omstreeks 1960 werd duidelijk, dat in de kring van artsen in dienstverband de behoefte aan een strijdbare opstelling van de L.A.D. sterker werd ervaren. De behartiging van de belangen van groepen van leden ook in het begin van de jaren zestig werd eigenlijk beperkt tot het jaarlijks publiceren van 'Richtlijnen voor salarissen en pensioenen van artsen in dienstverband'. De omvang van de activiteiten van de vereniging voldeed niet meer aan de vraag die bij de arts in dienstverband bestond. Zowel individuele artsen als groepen van artsen in dienstverband wendden zich in toenemende mate tot de vereniging. In 1968 werd door het centraal bestuur en de ledenvergadering het rapport van de 'reorganisatiecommissie' aanvaard. In dit rapport wordt gesteld, dat de L.A.D. een tweevoudige taak heeft, te weten:

- a. het streven naar een zodanige structuur van het dienstverband, dat het dienstverband de onafhankelijkheid van de arts in zijn medisch functioneren volledig garandeert, en
- b. de behartiging van de maatschappelijke belangen van de arts in dienstverband. Het standpunt van de L.A.D. luidt vanaf deze tijd dan ook, dat de noodzaak van een strijdbare organisatie ter behartiging van de belangen van de leden evident is.

## 4. De situatie gerekend vanaf ±1970 tot heden

De positie van de arts in dienstverband

is niet meer zo onbetwist en beveiligd als dat in de eerder aangeduide perioden het geval is geweest. De zekerheden, welke voorheen wel werden afgeleid van de positie van de vrijgevestigde beroepsgenoten, worden thans niet meer vanzelfsprekend voor artsen in dienstverband relevant geacht. Voorts staat de positie van de arts in dienstverband ter discussie op dezelfde wijze waarop dit te zien valt bij hogere functionarissen van andere disciplines. Dit doet de vraag naar een sterke en strijd bare belangenbehartiging groter worden, de L.A.D. heeft aan deze vraag tegemoet te komen. De plaats die de L.A.D. hierbij inneemt, kan of moet innemen, is aan beperkingen onderhevig. Voor een goed begrip wordt op deze beperkingen in het onderstaande eniger mate ingegaan.

De L.A.D. is een categorale organisatie van werknemers – waarbij 'categoraal' twee betekenissen heeft: ten eerste de betekenis, dat slechts een bepaalde categorie, in casu artsen, lid kan worden; ten tweede de betekenis, dat de vereniging niet is aangesloten bij een van de drie vakcentrales C.N.V., N.K.V. of N.V.V. Aansluiting van de L.A.D. bij een van deze vakcentrales zou in theorie een vergroting van invloed voor de L.A.D. kunnen betekenen, in praktijk is een dergelijke aansluiting, omdat deze een politiek of confessioneel bepaalde keuze zou betekenen, voor de L.A.D. niet te realiseren.

Het feit dat de vereniging uitsluitend uit artsen bestaat betekent een beperking van mogelijkheden in die gevallen, dat het odium van eenzijdige gerichtheid gewicht in de schaal blijkt te leggen. In de praktijk is het vermoeden van eenzijdigheid bij de partij met wie zaken moet worden gedaan zonder veel moeite te bestrijden.

Een beperking wordt voorts veroorzaakt door het gegeven, dat artsen in dienstverband in alle sectoren van het beroeps- en bedrijfsleven werkzaam zijn en dat het potentieel van de vereniging niet onbegrensd is: noodzakelijkerwijs worden op grond hiervan prioriteiten gesteld, waarbij de intensiteit van de spelende problematiek zowel als het aantal bij die problematiek betrokken artsen een rol moet spelen. De beperkingen waarmee de L.A.D. te rekenen heeft zijn met het voorgaande niet limitatief beschreven. De bij artsen in dienstverband levende behoefte

aan een L.A.D. als vakbond maakt een limitatieve beschrijving van beperkingen ook minder interessant, zodat in het kader van deze bijdrage nu zal worden bezien welke mogelijkheden de L.A.D. als vereniging van artsenwerknemers dan wel heeft.

Hierbij is in eerste instantie van belang de doelstelling van de vereniging, zoals deze in het huishoudelijk reglement is opgenomen:

- a) behartiging en bevordering van de maatschappelijke belangen der in Nederland werkzame artsen in dienstverband, voorzover deze belangen samenhangen met dit dienstverband;
- b) handhaving en verdere ontwikkeling van de medische onafhankelijkheid van het geneeskundig werk in dienstverband.

Bij een beschouwing van de mogelijkheden van een vereniging als de L.A.D. staat voorop de organisatiegraad van de vereniging: geconstateerd moet worden, dat de L.A.D. met een organisatiegraad van ruim 80% tot de verenigingen met de hoogste representativiteit behoort. Het alleen vertegenwoordigen van artsen in dienstverband komt in een ander aspect te verkeren, omdat vrijwel alle artsen in dienstverband in de L.A.D. zijn vertegenwoordigd. Dit nu kan op een gegeven moment in een gegeven situatie resulteren in een zeer sterke positie, namelijk wanneer de beroepsgenoten zich solidair opstellen met betrekking tot bepaalde problemen en aan deze opstelling consequenties verbinden.

Een duidelijk voorbeeld van een dergelijke opstelling is te zien in de in 1973 in Amsterdam georganiseerde activiteit van assistent-geneeskundigen, in opleiding tot specialist. Deze activiteit, die vanwege zijn zeer goedmoedige karakter alleen door tegenstanders van de door de assistent-geneeskundigen geuite en door de L.A.D. ondersteunde verlangens als een 'staking' zal zijn omschreven, leidde tot een vrijwel onmiddellijke realisering van een reeds jaren door de overheid slepend gehouden toezegging van het – overigens weinig spectaculair – ingesteld worden door die overheid van een commissie, die over de positie van assistent-geneeskundigen in opleiding tot specialist zal rapporteren.

Het niet zijn aangesloten bij de eerder genoemde vakcentrales C.N.V.,

N.K.V. en N.V.V. heeft minder beperkende gevolgen door de aansluiting van de L.A.D. per 1 januari 1970 bij de Centrale van Hogere Functionarissen bij Overheid en Onderwijs (C.H.A.) en de Nederlandse Centrale van Hoger Personeel (N.C.H.P.). Overigens kan worden geconstateerd, dat samenwerking tussen bij de vakcentrales C.N.V., N.K.V. en N.V.V. aangesloten verenigingen van werknemers in de gezondheidszorg en de L.A.D. gelukkig geen uitzondering meer is. De ook binnen de eerstgenoemde verenigingen meer op de achtergrond rakende gedachte, dat zij bij uitsluiting van alle andere verenigingen alle werknemers vertegenwoordigen en de door alle betrokken verenigingen ervaren noodzaak om zoveel mogelijk samen te werken, hebben een verandering van omstandigheden en verhoudingen bewerkstelligd, die veel gevolgen zal blijken te hebben.

Het voortdurend streven naar meer erkenning is intussen niet zonder resultaten gebleven. De L.A.D. heeft een vertegenwoordiging gekregen in de door de Sociaal Economische Raad op grond van de Wet op de ondernemingsraden ingestelde Bedrijfscommissie voor het Ziekenhuiswezen. De positie van de L.A.D. in het ziekenhuiswezen is als vereniging van niet de minst relevante groep werknemers niet onzeker, deze positie kan alleen nog maar sterker worden door een waarneembare tendens bij (aankomende) specialisten om in dienstverband te gaan functioneren. De wijze waarop de L.A.D. haar richtlijnen voor salarissen en pensioenen voor artsen in dienstverband opstelt en hanteert, hebben deze richtlijnen en daarmee de vereniging zowel in als buiten de sector van de gezondheidszorg een behoorlijk aanzien bezorgd.

De activiteiten van de L.A.D. beperken zich niet tot uitsluitend de behartiging van materiële belangen van de arts in dienstverband. De bemoeienissen van de vereniging op het gebied van het functioneren in dienstverband van specialisten (men zie het in januari 1974 gepubliceerde interim-rapport van de L.A.D.-commissie 'Specialisten in dienstverband') en van huisartsen (de L.A.D. is actief betrokken bij het vormgeven aan het dienstverband van huisartsen, bijvoorbeeld in gezondheidscentra) maar ook de betrokkenheid van de L.A.D. bij de onderne-

mingsraden in ziekeninrichtingen (door het lidmaatschap in de Bedrijfscommissie voor het Ziekenhuiswezen, het stellen van kandidaten voor ondernemingsraden en het begeleiden van gekozen leden in die ondernemingsraden) geven aan, dat de actieradius van de L.A.D. een aanzienlijk ruimere is. De bovenaangeduide activiteiten zijn voornamelijk te beschouwen als voorbeelden van behartiging van belangen van groepen van artsen in dienstverband. De L.A.D. is, vanaf het moment waarop de samenstelling van het bureau van de vereniging ook uit juristen kwam te bestaan, begonnen met het uitbreiden van de advisering van individuele artsen in dienstverband door het geven van rechtskundige bijstand aan deze artsen. Gezien de vertrouwelijkheid welke bij deze activiteit in acht wordt genomen wordt hierop in dit bestek niet en détail ingegaan, maar wordt volstaan met het wijzen op twee niet door toedoen van de L.A.D. in de publiciteit geraakte gevallen, waaraan in Medisch Contact en in andere publiciteitsorganen aandacht is besteed.

Als eerste voorbeeld wordt gewezen op de door het toenmalig zittende bestuur van de Vereniging tot bevordering van de belangen van Nederlandse Longlijders beoogde sluiting van de door die Vereniging geëxploiteerde astmakliniek 'Eugenia' te Davos. Het door dat bestuur genomen besluit om de kliniek te liquideren werd door in de kliniek werkzame artsen in dienstverband ter kennis gebracht van het bureau der L.A.D., dat vervolgens de procedure heeft gestart die uiteindelijk leidde tot het aftreden van het bestuur van 'Eugenia' en daarmee tot het openblijven van deze kliniek. Als tweede voorbeeld wordt gewezen op de door de L.A.D. voor een arts in dienstverband gevoerde procedure voor het Scheidsgerecht voor het Nederlandse Ziekenhuiswezen tegen het bestuur van de inrichting, waaraan de genoemde arts was verbonden. Dit bestuur meende – ten onrechte – zekere richtlijnen van het Centraal Orgaan Ziekenhuisariefen te kunnen laten prevaleren boven de verplichtingen welke voor dat bestuur voortkwamen uit de arbeidsovereenkomst met de arts.

Het feit, dat jaarlijks enige honderden artsen in dienstverband en zij die overwegen dat te worden zich om advies tot de L.A.D. wenden, wijst op

de omvang van de behoefte aan advies bij deze artsen, aan welke behoefte de vereniging terecht tegemoet komt.

## 5. Slotopmerkingen

Al is met het voorgaande de vraag die het hoofd van dit artikel vormt niet expressis verbis beantwoord, toch meen ik in het voorgaande te hebben aangetoond, dat de L.A.D. als vereniging van vrijwel alle artsen in dienstverband in deze tijd een gegeven vormt voor zowel deze artsen als voor de hen omringende personen en instanties, voor wie de meningen en inzichten van deze groep van werknemers van belang mogen worden geacht. De L.A.D. heeft bij het naar voren brengen van haar inzichten op niet onbelangrijke onderwerpen de aandacht gevestigd. Zo is bij het bestuderen van het werkzaam zijn in dienstverband van huisartsen en specialisten gewezen op de noodzaak, dat het 'vrije beroep' ook in dienstverband behoort te kunnen worden uitgeoefend; de tegenstelling 'vrij beroep-dienstverband' maakt daarvoor plaats voor de tegenstelling 'vrije vestiging-dienstverband', waarmee de tegenstelling tot haar ware afmetingen is teruggebracht.

Ook in de toekomst kan worden verwacht, dat er voor een vereniging die de arts in dienstverband representeert belangrijke taken te vervullen zijn. Te verwachten is bijvoorbeeld het tot stand komen van collectieve regelingen van arbeidsvoorwaarden in de gezondheidszorg, aan welk totstandkomen de L.A.D. haar bijdrage zal dienen te leveren. Ook zal de vereniging dienen te blijven meewerken aan activiteiten die leiden tot verbetering van de gezondheidszorg in de ruimste zin waar dat nodig is. Hierbij zal het functioneren van de L.A.D. voortdurend kritisch dienen te worden gezien aan de hand van het bestuderen van zich presenterende vragen. Van deze vragen wil ik bij wijze van afsluiting van deze bijdrage enige noemen:

a. Is de opbouw van de vereniging doelmatig?

De bestaande structuur van de L.A.D. kent een opbouw naar de categorie van het dienstverband en naar districten. Het blijkt dat de categorale opbouw, omdat de verschillende categorieën van artsen in dienstverband zelfstandige verenigingen hebben opgericht die

in de L.A.D. een duidelijke inbreng hebben, goed voldoet, terwijl de districtsverenigingen van artsen in dienstverband vrijwel steeds een vita minima leiden. De bestuurlijke instanties binnen de L.A.D. dienen er voortdurend naar te streven, dat zij de in Nederland werkzame arts in dienstverband ook werkelijk vertegenwoordigen. Een bezinning op de relatie tussen de vereniging en zijn individuele leden is steeds noodzakelijk.

b. Is de juridische structuur van de vereniging de meest juiste?

De L.A.D. ontleent in de vigeur van de heersende statuten en huishoudelijke reglementen de formele basis van haar optreden aan de K.N.M.G. Men zal zich kunnen afvragen, of deze constructie op den duur aan de vereniging voldoende armslag zal bieden. De relatie tussen de L.A.D. en verenigingen van vrijgevestigde beroepsgenoten alsmede de relatie tussen de L.A.D. en deze verenigingen tot de K.N.M.G. zullen dan een onderwerp van bespreking zijn.

c. Hoe dient de opstelling van de vereniging te zijn: als van een beroepsvereniging, als van een (categorale) vakbond en/of als van een pressuure-group?

Bij welke opstelling gekozen wordt, doet zich dan weer de vraag voor naar het nut en de noodzaak van de aansluiting bij de C.H.A. en de N.C.H.P.

De L.A.D. staat, naar ik met deze bijdrage meen te hebben aangeduid, voor de taak het functioneren in de ruimste zin van de arts in dienstverband te begeleiden. De vereniging wordt daarin enerzijds geremd door beperkingen, maar anderzijds gesteund door omstandigheden van andere aard: de laatstgenoemde omstandigheden leggen naar de mening van de opsteller van deze regels het meeste gewicht in de schaal. Dit betekent, dat de L.A.D. met het streven naar realisering van haar doelstelling moet doorgaan en dat de arts in dienstverband de L.A.D. daarbij zal dienen te steunen door steeds meer bij het werk van de L.A.D. daadwerkelijk betrokken te willen zijn. De reikwijdte van de activiteiten van een vereniging als de L.A.D., en daarmee de noodzaak en het nut van deze vereniging, wordt tenslotte in de belangrijkste mate bepaald door de wijze waarop de leden het de vereniging mogelijk willen maken activiteiten te vertonen.

# Reünie oud-H.B.-leden

De jaarlijks reünie van oud-hoofdbestuursleden op 8 juni i.l. is wederom gehouden in de naar veler overtuiging daartoe meest geëigende plaats: in het bestuursgebouw der Maatschappij aan de Lomanlaan te Utrecht. Na de eerste ongedwongen ontvangst en ontmoeting in de bibliotheekruimte werd de – wat met een wijds woord huishoudelijke vergadering wordt genoemd – gehouden in de vergaderzaal van het Dagelijks Bestuur. Daar verneemt men gewoonlijk, ook deze keer, wat de motoren van dit gezelschap – Hk. Robers, J. W. Wagenaar en W. J. de Jager – hebben ondernomen of van zins zijn om de senioren jaarlijks bijeen te brengen. En voor zover zij beleefdelijk goedkeuring vragen voor de door hen ontwikkelde activiteiten wordt die hun steeds met veel instemming gegeven. Zo bijvoorbeeld om in 1975 – de vijftiende, dus een lustrum-reünie – de bijeenkomst in mei, vóór het vakantieseizoen, te houden zodoende en de mogelijkheid te schepenen tot grotere opkomst.

Robers heeft in dit gedeelte van de bijeenkomst drie mannen herdacht, die men nu in deze kring miste: Wibaut, Govaert en Van Goor en daarbij in het bijzonder van groot respect getuigende woorden gesproken ten aanzien van Wibaut, die hij uit hoofde van zijn vroegere bestuursfunctie van zeer nabij had leren kennen en om zijn grote geestesgaven had leren bewonderen. Spreker op deze reünie was de secretaris der Maatschappij Mr. W. B. van der Mijn, ingeleid door Robers met de uitdrukkelijke vermaning, dat eventuele discussie na diens betoog niet het karakter zou mogen dragen enige inmenging te willen zijn in het door de Maatschappij gevoerde beleid. Robers' wel eens meer uitgesproken vrees dat dit gezelschap zich ongewild het air van seniorenconvent zou kunnen toeëigenen, werd reeds ontzenuwd door de wijze waarop Mr. Van der Mijn op zeer persoonlijke wijze een overzicht gaf van de overigens nogal omvangrijke problematiek, waarvoor de Maatschappij zich heden ten dage

ziet gesteld en waarbij hij perspectieven gaf van mogelijke toekomstige ontwikkelingen op het terrein van de volksgezondheid in het algemeen. Een boeiende schildering van hetgeen zich afspeelt en wat al dan niet zou kunnen gaan komen, helder samengevat en voorgedragen, zodat Robers terecht namens dit gezelschap Van der Mijn kon bedanken voor zijn imposant betoog en zijn daaruit blikkende grote kennis van zaken. Het geboden overzicht van de veelomvattende problematiek kon, ook al omdat beleidsaspecten daarbij niet aan de orde werden gesteld, slechts aanleiding geven tot enkele vragen; tot discussie over een materie, waarmee men niet door dagelijkse ontmoeting volledig is vertrouwd, voelde men zich uiteraard na deze probleemverkenning en analyse niet bij machte.

De voordracht heeft natuurlijk wel stof bijgedragen tot de daarna volgende in reünie-sfeer gevoerde vrije conversatie, die onder het genot van versterkende dranken, gevolgd door een welvoorzien koud buffet de deelnemers nog enkele uren bijeen hield.

J. J. van Mechelen.

# Toelating buitenlandse artsen

Naar aanleiding van een waarschuwing van de geneeskundig inspecteur van de Volksgezondheid voor Limburg aan de directies van ziekenhuizen inzake het aantrekken van artsen met een buitenlands diploma (Limburgs Dagblad d.d. 10 mei 1974, blz. 15) heeft het Tweede Kamerlid Waltmans (P.P.R.) schriftelijke vragen ingediend bij staatssecretaris Hendriks van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, die inmiddels onder meer het volgende heeft geantwoord: 'De circulaire van de regionale geneeskundig inspecteur van de Volksgezondheid voor Limburg van 24 april 1974 nr. 462, gericht tot de directies van de Limburgse zieken- en verpleegtehuizen is mij bekend. Onder meer wordt daarin gesteld 'dat de toevloed van buitenlandse artsen naar ons land zal moeten worden afgeremd, teneinde de mogelijkheden voor in Nederland pas afgestudeerde artsen tot verdere opleiding open te houden''. Het beleid dat door het Staatstoezicht op de

Volksgezondheid in deze wordt gevoerd, kan ik onderschrijven. 'Niet alleen de regionale inspecteur van Limburg heeft deze circulaire gericht tot de directies van ziekenhuizen en verpleegtehuizen, doch ook in andere provincies heeft dit plaatsgehad. Tot voor enige tijd zijn min of meer vrijgevig toelatingen verstrekt aan buitenlandse geneeskundigen die hier te lande een specialistische opleiding wisten te volgen. De laatste jaren is door de Nederlandse universiteiten een groter aantal artsen, opterend voor een specialistische opleiding afgeleverd dan voorheen. Het aantal beschikbare opleidingsplaatsen hield echter geen gelijke tred met deze gestegen vraag waarbij komt, dat een aantal van de opleidingsplaatsen werd en nog wordt bezet door buitenlandse geneeskundigen. Hierbij dient bovendien bedacht te worden dat het niet alleen gaat om opleidingsplaatsen voor specialisten. De moderne huisartsenopleiding zal

ook haar eisen ten aanzien van functies in ziekenhuizen doen gelden. De circulaire van genoemde inspecteur van Volksgezondheid is gegrond op de noodzaak om voor voldoende opleidingsplaatsen te zorgen ten behoeve van Nederlandse artsen. Deze opvatting wordt ten volle onderschreven door de K.N.M.G. De Maatschappij wijst erop dat geen land, zelfs niet binnen de E.E.G., een zo'n liberaal standpunt ten aanzien van de toelating van artsen kent als Nederland. Met name ook België hanteert in geen enkel opzicht het reciprociteitsbeginsel. Wanneer echter kan worden aangevoerd dat er voor een bepaalde opleidingsplaats niet voldoende belangstelling bestaat van Nederlandse artsen, of bij andere bijzondere omstandigheden wordt desgevraagd een toelating verstrekt ten behoeve van een buitenlandse arts.'

# Ondergrondse communicatieproblemen

door C. P. Bruins, arts te Bilthoven

## Inleiding

Het is een goede gedachte van het Nederlands Huisartsen Genootschap om de relatie huisarts-specialist ter discussie te stellen. Allereerst is het opvallend dat juist de huisartsen deze relatie ter discussie stellen, en niet de specialisten.

Mijn indruk is – helaas is er nog nauwelijks onderzoek gedaan naar deze relatie: Bremer, De Melker – dat huisartsen zich er meer van bewust zijn dat deze relatie problematisch is dan de specialisten. Ik schrijf dit artikel vooral om de specialist meer bewust te laten worden van het probleem. Ik hoop de gevoelens van de huisarts hierover zo goed mogelijk onder woorden te kunnen brengen.

## Eigen onderzoek

De gevoelens en gedachten over de huisarts-specialistrelatie die ik in dit artikel tracht weer te geven, komen voor een belangrijk deel voort uit een onderzoek dat ik in 1968 verrichtte naar het verwijzen van huisartsen naar specialisten in een middelgrote stad in het oosten des lands. Vanaf een bepaalde datum legden 30 huisartsen 10 successievelijke verwijzingen uitvoerig op een vragenlijst vast. Alle 300 verwijzingen zijn door mij na afloop zowel met de huisartsen als met de specialisten doorgesproken. Hierbij kwamen veel meer achtergrondgegevens naar voren, die niet in de toch uitvoerige vragenlijst voorkwamen.

Deze achtergrondgegevens hadden vooral betrekking op de subtiele al dan niet bewuste psychologische overwegingen waarom een patiënt nu wel of niet wordt verwezen.

Ik kreeg bij de gesprekken achteraf ook meer inzicht van de wederzijdse beeldvorming tussen huisarts en specia-

list. Helaas is het onderzoek niet gepubliceerd. Enerzijds kwam dit omdat er teveel methodologische bezwaren aan kleefden, anderzijds omdat er een onmacht van mij was om de verkregen gegevens goed te analyseren. Dit onderzoek heeft weliswaar in 1968 plaatsgevonden, doch ik meen dat thans de problemen niet wezenlijk zijn veranderd.

Aan beide zijden bij huisartsen en specialisten vindt men nogal een *ontkenning* van enige problematiek in de onderlinge relatie: men zegt dan: 'Er worden natuurlijk wel eens fouten gemaakt, maar de relatie is over het algemeen prima'. Bij huisartsen treft men deze ontkenning aan bij oudere huisartsen, die vooral in kleinere plaatsen en op het platteland in de loop der jaren een persoonlijke relatie hebben opgebouwd met een aantal specialisten. Merkwaardig is wel, dat deze ontkenning ook voorkomt bij jongere huisartsen; zij zijn zich over het algemeen veel meer bewust van de specifieke functie van het huisarts zijn en zijn zo weggroeid van het specifieke klinische denken dat de relatie met een specialist nauwelijks als problematisch wordt gevoeld. Bij specialisten treft men, naar mijn indruk, deze ontkenning veel meer aan. Zij zijn veel minder afhankelijk van huisartsen dan omgekeerd. Hun werkzaamheden zijn duidelijk systematisch en goed afgebakend. Zij zijn het eindstation voor de mensen. Hun fouten zijn minder goed grijpbaar en zichtbaar. Zij voelen zich sterk; zij zijn tevreden met het werk dat ze doen; zij willen niet vervelend zijn en willen best met de huisartsen praten over de relatie huisarts-specialist, als deze dat zo graag willen. Wanneer er een poging gedaan wordt om de samenspraak van huisartsen en specialisten op gang te brengen dan blijft deze samenspraak zich nog wel

eens hullen in vaagheden over andere structuren, idealistische voorstellingen etc. zonder dat men daarbij zichzelf ter discussie stelt (Apeldoornse Artsendag 1972, Relatie Huisarts-Specialist).

Een illustratie van deze ontkenning komt uit het bovengenoemde onderzoek. Blijkens de enquêteformulieren waren de huisartsen slechts bij 4% van de verwijzingen niet tevreden met het antwoord van de specialist. Bij de gesprekken na afloop bleek, dat de huisartsen over 10% van de verwijzingen niet tevreden waren. Op mijn vraag: 'Wat heeft u eraan gedaan?' gaven allen het antwoord: 'Niets'. Het zou vrij logisch zijn geweest wanneer men de telefoon had gepakt en tegen de collega-specialist had gezegd: 'Ik ben het met uw antwoord eigenlijk niet eens, om die en die redenen', of: 'Ik kan eigenlijk niets beginnen met uw antwoord', of: 'Ik ga daarom en daarom niet op uw advies in' etc. De irritatie is er wel bij de huisarts, doch het blijft binnensmonds, en in het vervolg wordt de patiënt naar een andere specialist gestuurd. Bij het nagesprek met de specialist bleek, dat hij ook liever niet in zijn antwoord spreekt over fouten van de huisarts. Hij vindt, dat je daarmee betuttelt en de leeraar-leerlingrelatie wakker roept. Hij houdt liever een goede relatie, bovendien heeft hij geen idee hoe zoiets zou overkomen. Vooral als de specialist in het verleden eens een ongunstige reactie van een huisarts heeft gehad houdt hij zich liever op de vlakte.

De huisarts is erg gevoelig voor een compliment in de specialistenbrief en heeft een geringe frustratietolerantie ten aanzien van confrontatie met eigen fouten. Dit is ook erg vervelend als je een *continue* relatie met patiënten hebt. Je wordt dan als huisarts steeds weer met je fouten geconfronteerd; je bent hierin afhankelijk van de specia-

list, van zijn oordeel, wat hij tegen de patiënten zegt en hoe hij handelt – bijvoorbeeld bij een acute opname na een niet-acute verwijzing van de huisarts geeft hij de mensen de indruk dat het toch wel ernstig is en dat de huisarts dit niet gezien heeft. Dit kan aanleiding geven tot grote relatiestoornissen met de betreffende patiënt en zijn familie, hetgeen weer frustrerend is voor de huisarts.

### Beeldvorming

Mijn indrukken komen, zoals gezegd, uit bovenvermeld onderzoek. In de ogen van de huisarts bepaalt de specialist nog steeds of de huisarts een goed vakman is, dat wil zeggen of hij zijn somatische geneeskunde goed beheerst. Hij heeft de indruk, dat de specialist op elke verwijzingsbrief een stempel zet: 'goed' of 'fout'. Hij weet niet, dat sommige specialisten nauwelijks of niet de verwijsbrief van de huisarts lezen. Hij weet niet, dat sommige specialisten de huisarts als een nuttige selecteur voor hun werk zien. Het bleek voorts, dat het advies dat de specialist aan de huisarts geeft sterk is afgestemd op de beeldvorming welke de specialist van de desbetreffende huisarts heeft. De huisarts is een goede of een slechte. Hij zegt dan nogal eens: 'Ik hou de patiënt maar liever zelf onder controle, daar er van deze controle bij deze huisarts niets terecht komt'. Hij kan hier duidelijk gelijk in hebben, doch het komt nooit over tafel. Vraagt men in het algemeen aan de specialist wat hij denkt van de huisartsen, dan zegt hij dat er geen problemen zijn met de relatie. Maar gaan we de afzonderlijke verwijzing doornemen, dan horen we nogal wat kritiek. Het lijkt erop, dat het oordeel van een specialist over een huisarts onder meer bepaald wordt door het al of niet opvolgen van adviezen die de specialist geeft op klinische demonstraties of in antwoorden op verwijsbrieven. Tevens was mijn indruk, dat een gemeenschappelijk klinisch taalgebruik in verwijsbrieven tot aanbeveling strekt.

Is dit signaleren van een ontkenning van problematiek niet wat overdreven? Zoek ik geen problemen? Gaat het hier niet om bijzondere gevallen, uitzonderingen? Zijn de afmetingen van mogelijke problemen wel zo groot

als ik ze schilder? Naar mijn oordeel gaat het om wezenlijke problemen, die van fundamenteel belang zijn voor de verdere ontwikkeling van de gezondheidszorg. Deze ontkenning is voor mij een signaal van een chronische stoornis, die ons niet eens meer opvalt, waar wij mee zijn gaan leven. Misschien moet iemand van 'buiten' ons er nog duidelijker op opmerkzaam maken, dat er iets met deze realiteit aan de hand is. Ik ben zelf te veel partij: ik heb ook beroepsdeformaties en bedrijfsblindheid.

*Mijn indruk is dus, dat er terdege problemen zijn maar dat deze nogal ondergronds blijven.*

De relatie huisarts-specialist vormt voor huisartsen vooral een probleem. Ik hoop dit probleem in een *drielal verschijnselen* duidelijk te maken:

1. onduidelijkheid wat betreft de functie van de huisarts en van de specialist;
2. onduidelijkheid wat betreft de grenzen van de verantwoordelijkheid van de huisarts en de specialist;
3. onduidelijkheid wat betreft elkaars belevingswereld.

Kortom: welke functie heeft de huisarts, welke functie heeft de specialist en welk beeld hebben zij van elkaar?

### § 1. De functie van de huisarts en de functie van de specialist

De functie van de specialist is voor de huisarts wel duidelijk: hij is zeven jaar door (super)specialisten opgeleid. De specialist is de orgaandeskundige. Zijn functie is het oplossen van meer ingewikkelde diagnostische problemen en het doen van de meer ingewikkelde therapeutische behandelingen. Door de technische mogelijkheden is zijn functie de laatste decennia sterk vertechniseerd. Zijn diagnostisch en therapeutisch vermogen is sterk toegenomen. Het is zijn taak de klachten van de mensen te objectiveren om pathologische veranderingen in het lichaam zo goed mogelijk op het spoor te komen. Het zogenaamde medische model, waaronder ik versta het zoeken van oorzaken van ziekten in lichamelijke

aantoonbare afwijkingen, biedt hiervoor een goed en bruikbaar houvast. De specialist ziet evenwel de patiënten voor een bepaalde periode en voor een bepaald probleem; netter gezegd: zijn functie is episodisch en orgaangericht. Hij kan minder zicht krijgen op de levenswijze van de patiënt en van de betekenis welke deze voor de patiënt heeft.

De functie van de huisarts is de specialist niet altijd duidelijk. In de meeste gevallen is hij zelf nooit huisarts geweest of heeft de huisartspraktijk alleen leren kennen vanuit de waarneming. Dit laatste kan nauwelijks worden gerekend tot het echt huisarts zijn, omdat hij zich dan slechts oppervlakkig kan bezighouden met de achtergronden van de klachten waarmee de patiënten bij hem komen.

Voor de duidelijkheid zal ik de functie van de huisarts tegenover die van de specialist stellen. In de praktijk zullen ongetwijfeld deze functies niet zo scherp tegenover elkaar te stellen zijn. Er zullen veel overgangsgebieden zijn. Bij mijn onderzoek van de 300 verwijzingen bleek ook dat diverse specialisten huisartsentaken hadden overgenomen, bijvoorbeeld het permanent onder controle houden van minder urgente problemen, het voorschrijven van tranquillizers etc.; omgekeerd waren er huisartsen die op deelgebieden halve specialisten waren geworden.

De specialist is het nogal eens onduidelijk dat de huisarts een functie heeft tussen mens- en geneeskunde (N.H.G.-rapport opleiding tot huisarts), dat wil zeggen dat hij enerzijds de wetenschappelijk medische gegevens naar de patiënt toe moet vertalen, anderzijds de informatie van de patiënt krijgt. Dit geeft een zeker spanningsveld. Bijvoorbeeld: het medisch wetenschappelijk advies is opereren. De patiënt besluit op grond van allerlei waarden en normen om zich niet te laten opereren. Met wie identificeert de huisarts zich nu? Natuurlijk hangt dit van het geval af, maar het kost de huisarts toch wel moeite de mening van de patiënt niet alleen te respecteren maar ook nog te verdedigen.

De huisarts kan soms aan psycho-sociale omstandigheden meer waarde hechten dan aan somatische. Dit is geen onderwaardering van het somatisch handelen doch het voorkomen van een overwaardering van het somatisch handelen. De huisarts heeft naast

zijn specifieke deskundigheid als arts *een algemene deskundigheid van hulpverlener*. Deze algemene deskundigheid, die hij met de andere hulpverleners in de eerste lijn gemeen heeft, is dat hij *de mens als mens* benadert. Dit houdt in: het luisteren naar de patiënt of cliënt, het tezamen met de patiënt oplossen van het probleem, waarbij de etiologie niet alleen lichamelijk doch ook sociaal wordt gezocht, het trachten de patiënten/cliënten een zo rationeel mogelijke keuze te laten doen, etc.

De huisarts zal trachten te schatten waar de prioriteit ligt: bij het somatische, bij het psycho-sociale, of bij beide. Hierbij is naar mijn inzicht niet de grootste foutenbron het onvoldoende kennis hebben van lichamelijke ziekten, doch de onvoldoende kennis van de reactie van het lichaam op stress, relatiestoornissen, maatschappelijke misstanden etc. In het reeds eerder aangehaalde onderzoek vond ik van de 300 verwijzingen slechts 7 verwijzingen te laat, dat wil zeggen dat grotere risico's werden gelopen voor een fatale afloop of een vroegtijdig overlijden. Bij al deze verwijzingen was er een bijzondere omstandigheid te noemen, waarom de verwijzing later geschiedde dan gewenst was.

Behalve de humane benadering, welke niet specifiek is voor de huisarts, zal de huisarts trachten de patiënt/cliënt in zijn geheel of integraal te behandelen. Dit betekent *integreren van de drie dimensies waarin de mens leeft*: de sociale, de psychische en de somatische. Dat is erg moeilijk; het is dan ook geen wonder dat in de praktijk hier nog weinig van terecht komt. Gelukkig, dat andere disciplines mede verantwoordelijkheid hiervoor nemen; het is wel een essentiële functie van de huisarts. Voor de duidelijkheid stel ik nog eens dat huisartsgeneeskunde geen samenraapsel is van alle specialistische vakken, geen algemene geneeskunde is. Indien dit het geval was, zou de huisarts het altijd afleggen tegen de specialistische geneeskunde en zou zijn functie worden gereduceerd tot die van een soort portier die de mensen verwijst in het gezondheidsgebouw.

Een even belangrijke functie is de *continuïteit*, in tweeërlei zin: zowel een geheel ziekteproces als een geheel leven (geboorte tot en met dood) omvattend. Ook dit is een begrip, waarvan de inhoud in de praktijk door de

huisarts niet meer geheel kan worden waargemaakt. Immers, de sterk toegenomen specialisatie van de geneeskunde en migratie maken de continue zorg illusoir. Toch duidt de continuïteit op een vertrouwensrelatie, welke onmisbaar is voor het functioneren als huisarts.

Van Aalderen en Van der Hout noemen nog de *bereikbaarheid*, en wel in twee dimensies: tijd en problematiek. Van een dergelijke bereikbaarheid is bij de specialist in veel mindere mate sprake, hoewel weekend- en avonddiensten deze functie van de huisarts ondergraven.

Samenvattend kan men stellen, dat de huisartsgeneeskunde berust op vier *peilers: humaniteit, integrale benadering, continuïteit en bereikbaarheid*. De huisartsgeneeskunde heeft een eigen identiteit en benaderingswijze. Om zich hiervan goed bewust te worden, is het misschien nuttig voor de duidelijkheid zich wat af te zetten tegen de specialist, om daarna vanuit een positie van gelijkwaardigheid een echte communicatie op te bouwen. De voorwaarden hiervoor zijn door Brandt, geciteerd door De Melker, reeds aangegeven. Eerst dan zal blijken hoe afhankelijk de een van de ander is, hoe complementair hun functies eigenlijk zijn. Dan zijn de voorwaarden aanwezig voor een echte teamvorming, voor een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de patiënt.

## § 2. De grenzen van de verantwoordelijkheid tussen huisarts en specialist

De grenzen van de verantwoordelijkheid tussen huisarts en specialist liggen onduidelijk. Wie doet wat? Er zijn hieromtrent nauwelijks of geen afspraken. Dit blijkt wel uit het rapport van Mehrens en Van der Ende (N.I.P.G.) over samenwerking tussen huisarts en specialist en sociaal-geneeskundige met betrekking tot het hartinfarct. De schrijvers concluderen, dat er niet eens van een communicatie mag worden gesproken. Ieder heeft zijn eigen taakopvatting en weet niet wat hij van de ander kan verwachten. Hoe is de taak van de huisarts bij de nazorg van het hartinfarct? Wat is de taak van de specialist en wat de taak van de sociaal-geneeskundige? Langzamerhand komen er enkele huisartsen en specialisten die met elkaar afspreken hoe zij

de samenwerking zullen regelen, bijvoorbeeld ten aanzien van chronische patiënten met angina pectoris, hypertensie, hartinfarct, chronische urineweginfecties, diabetes etc.

Teneinde administratief de huisarts bij de follow-up van chronische patiënten te steunen is een werkgroep chronische patiënten van het N.H.I. bezig een schema voor langdurige behandeling van chronische patiënten op te zetten. Fundamenteel hierbij is, hoe men de taak van de huisarts en hoe men de taak van de specialist ziet.

Mijn visie hierop is, dat de *huisarts de begeleider* is van de patiënt en de *specialist de acute helper*. De verantwoordelijkheid ligt primair bij het home-team, tenzij de problemen van dien aard zijn dat specialistische hulp gewenst is; dan zal de specialist in de verantwoordelijkheid delen. De specialist is in deze opvatting de helper van het home-team. Hij adviseert het home-team betreffende specifieke somatische problemen en zal alleen bij ingewikkelde en levensbedreigende problemen de behandeling overnemen. Zijn consulentfunctie wordt zo in ere hersteld.

Deze visie komt nauwelijks overeen met de huidige werkelijkheid. Toch lijkt mij dat deze visie ten grondslag moet liggen aan de toekomstige herstructurering van de gezondheidszorg. Argumentatie voor deze visie zal verder worden opgegeven.

## § 3. De communicatie huisarts-specialist

De beleveningswereld van de huisarts en die van de specialist zijn zo langzamerhand geheel verschillend geworden. De huisarts raakt veel emotioneeler betrokken bij zijn patiënten, omdat hij al de 'ins en outs' van zijn patiënten kent. Hij kan daardoor de klachten van de patiënt meer op juiste wijze taxeren. De specialist handelt vanuit zijn positie, terecht overigens, op meer zakelijke en meer medisch-technische gronden. De specialist objectificeert de mens om de ziekte beter organisch te kunnen diagnostiseren en te behandelen. Idealiter vraagt de huisarts zich af: wat betekent deze ziekte voor deze patiënt? De huisarts is over het algemeen meer maatschappijgericht, omdat hij allerlei vragen en problemen van de werkende mens ontmoet. Hij staat dicht bij het wel en wee van de



mensen. De specialist leeft meer in het ziekenhuis. Hij leeft in een eigen wereld met eigen normen en waarden en tot op heden nogal geïsoleerd van de maatschappij: Leenen spreekt van een eigen subcultuur. Uiteraard is dit enigermate een typering met de bedoeling het beeld wat scherper te krijgen. Tot nu toe hebben wij getracht globaal en min of meer oppervlakkig aan te geven, dat er iets hapert aan de relatie huisarts-specialist. Thans willen wij nagaan wat mogelijk aan de communicatiestoornis tussen huisarts en specialist ten grondslag ligt. Ik zie een drietal momenten:

1. de structuur van de gezondheidszorg;
2. het modellenconflict;
3. de maatschappelijke verandering.

*De structuur van de gezondheidszorg.* Allerwegen hoort men thans, dat wanneer de structuur van de gezondheidszorg is verbeterd vele problemen zijn opgelost (Apeldoornse Artsendag). Ik ben het hiermee eens, als wij ons er maar van bewust zijn dat dat lang niet voor alle problemen tussen huisarts en specialist zal gelden. Ik word hierbij gesteund door het feit dat op het onlangs gehouden Internationale congres voor huisartsgeneeskunde in Den Haag, waaraan huisartsen uit Oost- en Westeuropa deelnamen, allen een zelfde problematiek in de relatie huisarts-specialist waarnamen, ondanks de grote verschillen in structuren. Ik wil thans niet uitvoerig ingaan op de structuurveranderingen die er gaan komen in de gezondheidszorg. Velen hebben hierover reeds het hunne gezegd, zie de vele rapporten die zijn verschenen (onder meer van de commissie-Festen, rapport Berenschot). Zeer onvolledig noem ik de 'kreten' regionalisatie, dienstverband, gezondheidscentra, volksverzekering, verschuiving intra/extramuraal, etc.

*Het modellenconflict.* Ik wil deze maal alle aandacht geven aan wat voor mij de kern van de zaak is, namelijk de onmacht van de huidige geneeskunde om de haar aangeboden problemen op te lossen, ondanks meer verfijnde technische oplossingen als hartchirurgie, coronary care units, cardulances, etc. Het blijkt, dat de problemen van een geheel andere dimensie zijn; je

krijgt het gevoel dat de gehele cultuur in het geding is.

De welvaart brengt zulke problemen op het terrein van de welzijnszorg, zich uitend in lichamelijke klachten, met zich mee, dat de geneeskunde en wel het medisch model hier vrij machteloos tegenover staat. Ik bedoel hiermee, dat wanneer wij de oorzaak van klachten blijven zoeken in het lichamelijke vlak, de geneeskunde niet anders dan een symptomatische bijdrage kan leveren aan de oplossing van deze problemen. Het medisch model is op zich een uitstekend model, maar wij gebruiken het verkeerd. De oorzaak van de huidige klachten is van een geheel andere orde. Het is dan ook noodzakelijk, dat de huisarts in het begin bij het brengen van de klacht direct op twee sporen gaat rijden (parallel-model): het psycho-sociale en het somatische spoor, teneinde te voorkomen dat de patiënt/cliënt ten onrechte in het medisch-specialistische kanaal terechtkomt met de gevaren voor polypragmasie, fixatie van de klacht en onjuiste beoordeling. De huidige werkwijze is vaak: eerst volledig uitzoeken wat er lichamenlijk aan de hand is, wanneer hier niets uitkomt, dan concluderen wij dat er niets aan de hand is en verwijzen wij naar de psychiater, die meestal eveneens binnen het medisch model werkt (sequentie-model).

De functie van de huisarts is weliswaar het behandelen van de lichamelijke klacht, maar het proces dat aan de lichamelijke klacht ten grondslag ligt is in een groot aantal gevallen niet organisch (Aakster). Bij voldoende kennis en training in de psycho-sociale etiologie zal de huisarts een vrij betrouwbaar oordeel kunnen vellen over welk facet de belangrijkste rol speelt en het eerst moet worden behandeld. Aangezien de opleiding nog veelal alleen op de somatische etiologie is gericht, zal het sequentie-model een grote plaats innemen. Uiteraard zal de huisarts, niet dan nadat hij gepoogd heeft zijn visie te geven, meegaan met de patiënt indien deze de oorzaak van de klacht in het somatische blijft zoeken en om verwijzing vraagt. Maar indien men bij het begin van het contact met de patiënt inbrengt dat men ook over andere dingen dan lichamelijke oorzaken kan spreken, zal deze fixatie op het lichamenlijke minder vaak het geval zijn.

Het is wel invoelbaar, dat de huidige somatisch opgeleide arts als eerste de somatische kant kiest: het verwachtingspatroon van de mensen is nog grotendeels gericht op de somatiek. Voorts meent hij, dat psychische problemen vaak door iemands karakter worden veroorzaakt; zij zijn per definitie hierdoor onoplosbaar. De omstandigheden zijn ook moeilijk beïnvloedbaar. Bovendien zijn psychische problemen zelden levensbedreigend in die zin dat je eraan doodgaat: geestelijk doodgaan is minder spectaculair, fouten van de arts hierbij halen niet de kranten. Natuurlijk kan elke specialist wel voorbeelden noemen waarin de huisarts iets voor psycho-sociaal hield, terwijl er een somatische oorzaak was. Ik vraag mij evenwel af, hoeveel psychische problemen worden miskend. Als medici zijn wij gewend de afwezigheid van ziekte verre boven het welzijn te stellen. De vraag is, of dat in dit stadium van de ontwikkeling juist is. Het is voor mij duidelijk dat de verhouding hier wat moet veranderen. Langzamerhand wordt de medische stand zich dit bewust. Aanvankelijk dachten wij in de roes van de technologische ontwikkeling (specialisten) in de annexatie van alle psycho-sociale problemen (huisartsen) dit als onnipotente 'kunnens' nog wel te klaren. Nu wordt het tekortschieten van het medisch model voor de huidige welvaartsproblematiek duidelijk. Waren de artsen voorheen goden, die de mensen redden van de ondergang en dood, nu zullen zij deze verering moeten delen met anderen, waarbij de arts een onderdeel is van een team naast andere deskundigen in een horizontale relatie. Misschien dat de belangstelling voor de huisarts met zijn integrale antropologische benadering ook enige mate toeneemt. De oplossing van de huidige problematiek wordt thans meer gezocht in de verandering van levensgewoonten, culturele waarden, etc. Het aangrijppingspunt hiervoor kan op macro-, meso- of micro-niveau liggen. De opvatting is thans dat de beste kans om levensgewoonten te veranderen op micro-niveau: bij de mens thuis, ligt. Dit is voor mij de achtergrond van de verschuiving van de intramurale naar de extramurale zorg, van de klinische naar de thuisgezondheidszorg. Als het medisch model geen oplossing kan bieden, wat dan? Andere modellen als het sociale model (Trimbos), het

interactie-model (Bruins), het gezondheids-model (Kuipers) worden genoemd en zullen op hun bruikbaarheid in de gezondheidszorg moeten worden getoetst. Voor de duidelijkheid zij gesteld dat het medisch model niet overboord moet worden gezet, doch van toepassing blijft voor de klassieke medische ziekten. Hun aantal is even constant gebleven (Hogerzeil).

Welk model men kiest hangt, zolang er onvoldoende wetenschappelijk onderzoek is verricht, af van de waarden en normen die men hanteert in de gezondheidszorg. De vraag welk etiologisch model: welk hulpverleningsmodel hanteren we?, is eigenlijk een vraag naar het mensbeeld dat wij bewust of onbewust hanteren. Waar stoelt onze ethiek op, dat wil zeggen de normen en waarden die ons handelen bepalen? Leven wij slechts in relatie tot de ander, of ieder op zich? In sommige filosofieën is de ander eigenlijk een bedreiging, in andere een subject om lief te hebben als jezelf. Gebruik je bewust of onbewust een Cartesiaanse scheiding tussen lichaam en geest of aanvaard je deze niet en zie je de mens als een niet te scheiden eenheid van lichaam, geest en omgeving. Is er sprake van gelijkheid of ongelijkheid in waarde van de mens, van het mens-zijn, etc.? Vanuit deze anthropologische bezinning kunnen wij vragen stellen als: wat betekent nu deze ziekte voor deze mens, wat willen wij genezen, en waartoe willen wij genezen? Vanuit deze grondvragen, deze nullijn, kan er misschien gezamenlijk worden gestreefd naar een hulpverleningsmodel, waarin voor mij de eigen verantwoordelijkheid van de medemens, het zo lang mogelijk intact laten van het leefmilieu en het zo goed mogelijk bereikbaar zijn, mentaal en fysiek, voor de medemens, centrale punten zijn.

*De maatschappelijke verandering.* Op de maatschappelijke verschuivingen zal ik evenals op de structuur slechts kort ingaan. De maatschappelijke verandering kenmerkt zich onder meer door een verlangen naar een doorbreking van de hiërarchische verhoudingen. Hierbij wordt een aanval gedaan op gevestigde machten en gewoonten. Het bolwerk der geneeskunde, vooral dat der specialisten, is hierbij een mikpunt. Het lijkt mij, dat dit ook van invloed kan zijn op de relatie huis-

arts-specialist. Mijn indruk is dat de huisarts, omdat hij dichterbij de maatschappij staat, deze verschuivingen eerder in de gaten heeft dan de specialist. Wij zien dat de huisartsen zich openlijker, wat onafhankelijker en kritischer zijn gaan opstellen. Een voorbeeld is de kritiek die, voor het eerst in het openbaar, door de voorzitter van het N.H.G. op de L.S.V. is geleverd ten aanzien van de volksverzekering.

#### **§ 4. Hoe te werken aan de relatie huisarts-specialist?**

Vooropgesteld dat de structuur zou worden verbeterd, de relativiteit van het medisch model zou worden erkend en de artsen zich meer maatschappelijk geëngageerd zouden opstellen, zijn wij er dan? Mijns inziens niet. Er zal ook terdege aan de relatie huisarts-specialist zelf moeten worden gewerkt. Op welke wijze zou er een start kunnen worden gemaakt?

*a. Wederzijds vertrouwen.* Allereerst zouden wij allerlei irritaties, waarvan wij ons al dan niet bewust zijn, eens op tafel moeten leggen. Bijvoorbeeld dat sommige huisartsen er zich in hun verwijfsbrief met een Jantje van Leiden van afmaken, dat er flinke fouten door huisartsen worden gemaakt en dat zij nogal eens onnodig verwijzen, etc. Bijvoorbeeld dat sommige specialisten zo laat antwoord op een verwijzing sturen, niet doen wat de huisarts vraagt, de patiënt te lang onder controle houden, adviezen geven waar de huisarts niets aan heeft, etc. Dit houdt dus in een openlijk bespreken van de 'vuile was' om de weg te effenen voor een betere relatie, dat wil zeggen een wederzijds vertrouwen, een zich indenken in de ander: wat heeft de ander nodig om deze patiënt goed te kunnen behandelen?, etc. Niet vanuit de hoogte of vanuit zelfhandhaving, maar gelijkwaardig en inclusief gedacht (Dokter). Erkennen, dat de huisarts eigenlijk de broodheer is van de specialist en dat daarom de laatste zeer bang is om kritiek op de eerste uit te oefenen. Erkennen, dat de huisarts nog altijd bang is om een fout te maken, dat hij graag een goede indruk op de specialist wil maken; erkennen, dat zijn waarde als arts wordt bepaald door de goed- of afkeuring van de specialist, etc. Deze diepere beweegredenen kunnen

mijns inziens het best in een training naar boven komen en niet dan nadat de deelnemers een gevoel van veiligheid en acceptatie hebben gekregen, hetgeen bij artsen, die mede door hun opleiding emotioneel nogal geremd zijn, wel even kan duren. Een andere mogelijkheid, zoals die in Friesland thans wordt benut, is het instellen van een college van wijze mannen: een college van drie huisartsen en drie specialisten, dat de klachten van de huisartsen over de specialisten en omgekeerd hoort; de arts over wie wordt geklaagd, wordt verzocht de problemen met het college te bespreken. Aanvankelijk kwamen alleen enige huisartsen, later zijn de specialisten ook over de brug gekomen. Dit is een voorbeeld van een poging tot relatieverbetering. Toch kies ik liever voor een gezamenlijke training. Na het uitspreken van de wederzijdse irritaties kan misschien de bewustwording van het hulpverleningsproces zelf op gang komen.

*b. Consultatie.* Boven schreven wij, dat de mogelijkheden voor interventie op het gebied van levenspatronen het best in het thuismilieu zijn uit te voeren. Het centrum van hulpverlening ligt bij het home-team, waarvan voorlopig de kern is: de huisarts, maatschappelijk werkster en wijkverpleegster. De specialist heeft zijn eigen verantwoordelijkheid voor ernstige ziekten die specialistisch moeten worden geholpen; hij heeft ook verantwoordelijkheid voor het home-team, dat hij als adviseur kan bijstaan. Consultatie, waarvan het wezen is dat de verantwoordelijkheid voor de patiënt bij het home-team blijft, biedt mijns inziens goede mogelijkheden. Op deze wijze wordt de specialistische geneeskunde eveneens bij de mens gebracht. Dit is een duidelijke ommekeer van de huidige prioriteit van de gezondheidszorg, waarin alle aandacht gaat naar de intramurale gezondheidszorg. Het lijkt mij dat het verantwoord is door middel van consultatie een gedeelte van de lichamelijke problematiek van intra- naar extramuraal te verschuiven. Dit kan alleen, wanneer de huisartsgeneeskunde meer 'tools' in handen krijgt om verbeterde diagnostiek te verrichten. Met 'tools' doel ik niet alleen op de mogelijkheid om laboratoriumonderzoek, röntgendiagnostiek en electrocardiografie te ver-

richten en op een gedegen kennis van de gebieden die men eventueel van specialistische geneeskunde gaat overnemen, doch ook op psycho-sociale diagnostiek en therapeutische interventie. Een goed voorbeeld is de diabetescontrole van oudere diabetici die met eenvoudige middelen zijn te reguleren. Een ander voorbeeld is het vervroegde ontslag uit het ziekenhuis. Dit is alleen mogelijk wanneer er thuis een goede opvang is.

Uiteraard geeft dit alles een verzwaring van de werkzaamheden van de huisarts, die thans nog niet uitvoerbaar is. Hier stuiten wij weer op een structureel probleem. Op den duur moeten wij streven naar een verkleining van praktijken, vérgaande delegatie van de verschillende taken en intensieve samenwerking met andere disciplines. Laten wij *nù een begin maken*. Ik hoop, dat door de in de nabije toekomst te verwachten grotere aanwas van jonge huisartsen deze wensen in vervulling kunnen gaan.

## Slot

Met deze summiere schets is een poging gedaan om het gesprek tussen huisarts en specialist op het emotionele vlak op gang te helpen. Ik ben hierbij uitgegaan van een visie op hulpverlening, die op haar beurt berust op een visie op gezondheidszorg, die weer afhankelijk bleek te zijn van het mensbeeld dat men hanteert. (Soortgelijke gedachten treffen wij aan in het artikel van Dokter en Milikowski).

Ik zou mij ook meer formeel hebben kunnen uitdrukken en mijn doelen meer verdekt hebben kunnen opstellen. Ik heb gekozen voor een meer open, meer humane benadering om, de relatie vasthoudende, toch de knelpunten boven water te krijgen ten einde de discussie te versnellen. En daarvoor is het mijns inziens de hoogste tijd.

## Literatuur

Aakster, C. W. Verslag van een medisch-sociologisch onderzoek naar de verbanden tussen sociale factoren en gezondheidsstoornissen. Ned. Tijdschr. Geneesk. 118: 119-203, 1974.

Aalderen, H. J. van en W. P. van den Hout. De huisarts, zijn persoon en denken in het geneeskundig proces. Groningen, Wolters-Noordhoff, 1971.

Bremer, G. J. Het verwijzen in de huisartspraktijk. Assen, van Gorcum, 1964. Dissertatie Utrecht.

Bruins, C. P. Het medisch model. Med. Cont. 29: 277-279, 1974.

Dertiende Apeldoornse Artsendag. 'Transmurale geneeskunde'. Med. Cont. 27: 1025-1027, 1972.

Dokter, H. J. Tot een hoeksteen. Amsterdam, Bohn, 1973. Inaugurele rede Rotterdam.

Dokter, H. J. en H. Ph. Milikowski. De opleiding tot huisarts. Med. Cont. 28: 185-190, 1973.

Hogerzeil, H. H. W., A. J. Voorwinden en J. R. Durinck. Een centrum voor biometrie. H. en W. 15: 127-130, 1972.

Kuiper, J. P. Alternatieve modellen voor de gezondheidskunde. Tijdschr. Soc. Geneesk. 50: 44-47 (I); 79-83 (II); 148-149 (III); 188-191 (IV); 224-226 (V); 287-289 (VI), 1972.

Kuiper, J. P. Horizontale en verticale modellen in de gezondheidszorg. Med. Cont. 29: 367-375, 1974.

Leenen, H. J. J. Planning en continuïteit van de gezondheidszorg. Med. Cont. 27: 3, 1972.

Merens, H. S. en W. J. van den Ende. Onderlinge relaties tussen de artsen die betrokken zijn bij de behandeling van hartinfarctpatiënten. N.I.P.G. rapport, 1972.

Melker, R. A. de Huisarts en specialist. II. Knelpunten in de samenwerking huisarts-specialist. Med. Cont. 29: 631-636, 1974.

Melker, R. A. de Ziekenhuispatiënt-huisarts-huisgezin. Nijmegen, Dekker & Van de Vegt, 1973. Dissertatie Nijmegen.

Rapport van de commissie/werkgroep 'Opleiding' van het Nederlands Huisartsen Genootschap, 1974.

Tielens, V. C. L. Huisarts en specialist. I. Huisarts en specialist in dienst van de patiënt. Med. Cont. 29: 589-591, 1974.

Trimbos, C. J. B. J. Nogmaals het 'medisch model' in de psychiatrie. Maandbl. Geest. Volksgezondh. 26: 311-324, 1971.

## PRAKTIJKPERIKELEN

*(Korte door artsen geschreven signalementen. Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht door de redactie van Medisch Contact).*

## Berichtgeving

*Hedenmiddag ontving mijn echtgenote een telefoontje van de secretaresse van een naburige cardioloog, waarin werd geïnformeerd naar een patiënt die niet was verschenen voor een afspraak bij deze cardioloog. Deze patiënt die ruim vijf jaar in behandeling was na een hartinfarct was vier maanden geleden gesuccumbeerd aan een recidiefinfarct*

*voordat vervoer naar de kliniek kon plaatsvinden. Door mij (de huisarts) en door de familie was verzuimd de cardioloog hiervan mededeling te doen. De berichtgeving over en weer tussen huisarts en specialist was hier dus duidelijk van de kant van de huisarts tekort geschoten. Naast de inlichtingen die een verwezen patiënt als regel van zijn huisarts meekrijgt en de tussentijdse berichten bij nieuwe verwickelingen blijkt een bericht bij overlijden wanneer dit buiten het ziekenhuis plaats vindt — wat bij coronair aandoeningen en maligne ziekten nogal eens het geval is — wel vaker door de huisarts te worden vergeten. Nu de samenwerking tussen huisarts en specialist in een serie artikelen in Medisch Contact de nodige aandacht krijgt is het wellicht nuttig dit te signaleren.*

# Studiedag Commissie Ziekenhuisstaven der Landelijke Specialisten Vereniging

Op de studiedag van de Commissie Ziekenhuisstaven der L.S.V. met de correspondenten, zaterdag 8 juni j.l. te Utrecht gehouden, is het interimrapport van de Taakgroep Intercollegiale Toetsing (zie de rubriek van het Centraal Bestuur der L.S.V. in het officieel gedeelte van dit nummer, blz. . . . e.v.) behandeld. De studiedag werd ingeleid door de voorzitter van de Commissie Ziekenhuisstaven, de heer A. J. Simons, die onder meer het volgende stelde:

‘Het Centraal Bestuur heeft zich, zoals u zult weten, wellicht mede onder de druk der omstandigheden bezig gehouden met de problematiek van wat men pleegt te noemen de public relations van de Landelijke Specialisten Vereniging. Deze problematiek heeft ook zijn relaties met de Commissie Ziekenhuisstaven. De definitie van public relations is immers het kweken van goede relaties van een organisatie met haar publieksgroepen en voorts het kweken van diezelfde goede relaties binnen die organisatie. De interne communicatie binnen onze organisatie, binnen de L.S.V., is een essentieel onderdeel van de public relations. Geldt dit al voor de organisatie van de Landelijke Specialisten Vereniging in haar geheel, dan geldt dit ook en zelfs in bijzondere mate voor de Commissie Ziekenhuisstaven. Die heeft immers tot taak de ziekenhuisstaven via de stafcorrespondenten te informeren en van materiaal te voorzien. Dit verkeer echter is niet eenzijdig. De Commissie kan niet werken zonder dat zij uit de staven wordt gevoed met gegevens die voor haar werkzaamheid nodig zijn. In het bijzonder is de noodzaak tot een intensieve wederzijdse communicatie aanwezig in deze sterk en snel veranderde tijd. Een noodzaak die de volle aandacht verdient, willen wij niet door gebeurtenissen, de volksgezondheid in het algemeen en het werk der ziekenhuisspecialisten in het bijzonder rekenende, worden overvallen. Het werk van de Commissie Ziekenhuisstaven,

van de haar toebehorende taakgroepen, zal vruchteloos blijven indien wij niet u, staven, van dat werk en de resultaten daarvan doordringen, het bij u doen leven en operationeel maken, terwijl anderzijds ook wij zonder uw inbreng, uw problemen en uw meningen ons werk niet tot een goed einde zullen kunnen brengen. Een goede communicatie in twee richtingen derhalve, die al het doel was bij de instelling van de functie van stafcorrespondent, is voor ons allen van het allergrootste belang. Ongetwijfeld is de belangstelling voor grote projecten als Medische Administratie, de medische status, ongevallen en fouten, intercollegiale toetsing, stafreglementen en contracten groot. Maar het is bovendien noodzakelijk dat deze problematiek in de staven wordt afgerond en levend gemaakt en dat taakgroepen en commissies vanuit de staven tevens terug-geïnformeerd worden over de vorderingen welke bij toepassing in uw staven worden gemaakt en de moeilijkheden, respectievelijk discussiepunten die daarbij naar voren komen.

‘In dit opzicht zou ik u willen suggereren een vast agendapunt in uw stafvergadering toe te voegen: de vraag: Hebben wij nog problemen, opmerkingen, suggesties voor de Commissie Ziekenhuisstaven of haar taakgroepen? Dit maakt het ons tevens mogelijk om een grotere uniformiteit in ons werk en onze organisatie te brengen, zonder daarbij aan goede lokale verworvenheden of gewoonten te willen afdingen, een uniformiteit die eensgezindheid en daardoor kracht kweekt om zonodig naar buiten op te treden. Daarom willen wij u nog eens op het hart drukken bepaalde gegevens, studieobjecten, problemen uit de staven bij ons aanhangig te maken, en anderzijds aan stukken die uitgaan van de Commissie Ziekenhuisstaven en zijn taakgroepen voldoende aandacht te wijden in uw stafvergaderingen.

‘Laat mij u iets over de Commissie Ziekenhuisstaven zelf zeggen. Deze is thans iets gereorganiseerd juist met het

oog op de beoogde betere communicatie. De plenovergadering, bestuursgroep met de taakgroepen is opgeheven wegens het feit dat dit lichaam te groot, te log en daardoor onwerkbaar was. De stuurgroep is aangevuld tot vijf leden en zal alternerend tevens vergaderen met de voorzitters van de taakgroepen. De taak van de stuurgroep kan in het algemeen worden gezien als rapporteren, bijsturen, informeren, stimuleren. Vervolgens zal de stuurgroep de staven dienen te voorzien van algemene adviezen, zowel door bewerkte rapporten als door documentatie en praktische wenken. Tevens dient de stuurgroep ontwikkelingen binnen de staven te signaleren en deze te kanaliseren en tenslotte is de taak van de stuurgroep het werk van de taakgroepen te coördineren. Doch al dit werk dat ik zojuist heb beschreven dat staat of valt natuurlijk met een optimale communicatie tussen centraal en perifeer. Juist met het oog op die optimale communicatie heeft de stuurgroep gemeend een nieuwe structuur te moeten aanbrengen waarlangs het mogelijk moet zijn deze communicatie nog intensiever te doen verlopen. ‘Ter verbetering van de communicatie is geïntroduceerd het zogenaamde telefonistenproject. Dit is een proefproject, opgezet als een getrapte benadering der stafcorrespondenten vanuit: 1.1. de stuurgroep: Deze bestaat uit 5 leden over het land verspreid; 1.2. onder elk stuurgroeplid worden 5 contactpersonen (telefoniste) aangeworven; 1.3. iedere telefoniste zal telefonisch in contact staan met 5 tot 10 stafcorrespondenten. De communicatie zal hoofdzakelijk telefonisch en synchroon met de vergadering der stuurgroep geschieden (3× per jaar). Vanuit de stuurgroep zullen eenmalige vragen ter inventarisatie van de structuur der verschillende ziekenhuisstaven worden gesteld (dit mogelijk schriftelijk). Voorts zullen regelmatig terugkerende vragen betreffende het functioneren van de staven worden gesteld. Voorts ad hoc-vragen, ont-

staan uit telefonische communicatie. (De Commissie Ziekenhuisstaven dient inderdaad een inventaris te maken van datgene wat in de verschillende ziekenhuisstaven in Nederland reeds functioneert en welke structuren daar al dan niet aanwezig zijn).

'Staat u mij thans toe een aantal mededelingen te doen over onze contacten met de Nationale Ziekenhuisraad. Zoals u allen weet hebben deze in het verijderd verleden wel eens stroef gelopen, doch zijn thans aanzienlijk verbeterd. Waarschijnlijk mede door de noodzaak om gemeenschappelijke standpunten te formuleren en naar buiten te brengen. In het reeds enige jaren bestaande voorzittersoverleg L.S.V./L.A.D./N.Z.R. is op de laatste vergadering bijvoorbeeld de gang van zaken in het College Ziekenhuisvoorzieningen ter sprake geweest.

Besloten is om voordat een belangrijke vergadering hiervan plaatsvindt, met elkaar te bezien welke gemeenschappelijke punten er zijn, opdat zoveel mogelijk één lijn kan worden getrokken. (Bijvoorbeeld ten aanzien van de 4 %<sub>oo</sub> en personeelsstop!). Voorts bestaat er sedert kort een werkgroep van de N.Z.R. zich bezighoudende met de kwaliteit en doelmatigheid in ziekenhuizen waarin een viertal leden van de L.S.V. zitting heeft en waarin onder meer de materie van de intercollegiale toetsing stellig mede ter sprake zal komen. Hospital audit – Nursing audit. Utilisation review: Kunst zal zijn de Medical Audit (toetsing) zo in te bouwen dat de vrije toetsing door de staf zelf gewaarborgd blijft.

'Een andere gemeenschappelijke studietoetsing houdt zich bezig met de omvang van de ziekenhuizen en ook rond de problematiek rond de kleine ziekenhuizen. De onderhandelingen over opstelling van een gezamenlijk contract specialist-ziekenhuis met een daarbij behorend en daaraan ondergeschikt stafreglement verlopen redelijk goed. Wij menen dat het resultaat tegen het eind van dit jaar mag worden verwacht. Hier past weer de kanttekening, dat een zo groot mogelijke uniformiteit, zonodig aangepast aan de plaatselijke situatie, essentieel mag worden geacht te zijn.

'Zeer recent heeft bovendien een contact plaatsgevonden met de sectie Algemene Ziekenhuizen en de Geneeskundige Vereniging, daar deze laatste

in het a.s. najaar een studiedag wenst te houden over de intercollegiale toetsing en met name omtrent het operationeel maken daarvan. U ziet: ook langs andere weg wordt gewerkt aan het tot stand brengen van een intercollegiale toetsing en het feitelijk doen functioneren daarvan. Daarom is uw positieve opstelling heden ten opzichte van de problematiek van de intercollegiale toetsing van groot belang: Uw positief stemgeluid kan ons doen voortgaan op de eenmaal ingeslagen weg.

'Zoals u ongetwijfeld bekend is heeft de N.Z.R. zich tenslotte akkoord verklaard met het rapport Ongevallen en Fouten. Te dien einde is er een gemeenschappelijke begeleidingscommissie ingesteld waartoe men zich in voorkomende gevallen kan richten, indien er bij uitvoering van de richtlijn moeilijkheden zouden worden ontmoet. Ik zou u met de meeste nadruk willen wijzen op het feit dat niet alleen deze begeleidingscommissie er is, doch tevens dat de commissie volgaarne commentaar uwerzijds inwacht, voorzover u reeds met de Commissie Ongevallen en Fouten in uw ziekenhuis bent gestart. Voorzover dat niet het geval is, kan ik u slechts met de meeste klem verzoeken om in uw staf een Commissie Ongevallen en Fouten samen te stellen.

'Een steeds wederkerend thema is de in de toekomst tot stand te brengen regionalisatie. Ook hier is het van belang dat L.S.V. en N.Z.R., specialisten en ziekenhuizen, samenwerken en ten aanzien van de regionalisatieproblematiek (en ik denk daarbij met name aan het lot van kleine ziekenhuizen) gemeenschappelijke uitgangspunten en beleidslijnen vaststellen. Dit zijn beweegredenen die het C.B. der L.S.V. en de Commissie Ziekenhuisstaven ertoe hebben gebracht de Commissie Interstafraden in het leven te roepen die een reglement zal dienen op te stellen voor interstafraden en zal moeten bestuderen welke status een ongelijke interstafrad regionaal en interregionaal zal moeten hebben.' Tot zover de inleiding van de voorzitter van de Commissie Ziekenhuisstaven.

### Intercollegiale toetsing

Het interimrapport van de Taakgroep Intercollegiale Toetsing werd nader

toegelicht door Dr. J. C. J. Burkens, die het volgende betoogde:

De behandeling van het rapport kan het best worden ingedeeld in drie delen: 1. Waarom Intercollegiale Toetsing (I.T.)? 2. Hoe I.T. toepassen? 3. Er mee samenhangende relaties.

Waarom is I.T. nodig? Voor goed werk is altijd nodig de kritiek van anderen, met name van de collegae. Daarbij heeft iedereen, ook de beste en knapste onder ons, een voortdurende zelfopvoeding nodig. Hierbij is tegenwoordig nog gekomen: de noodzaak naar buiten vertrouwen te scheppen, bij de andere ziekenhuismedewerkers, bij het ziekenhuisbestuur, maar ook buiten het ziekenhuis. De arts is niet meer zo vanzelf vertrouwenwekkend dat de superieure kwaliteit van zijn werk zonder meer wordt aanvaard; maar de arts geniet nog genoeg vertrouwen dat in het algemeen de goede kwaliteit van zijn werk wordt aanvaard mits het duidelijk is dat de arts dit niet indiscutabel vindt en mits hij zich niet van kritiek afsluit. Het belangrijkste is echter nog steeds: niemand kan werk van hoge kwaliteit zijn leven lang blijven leveren zonder een voortdurend proces van zelfopvoeding.

Het rapport bespreekt de zogenaamde interne toetsing, dus door de eigen stafcollegae. De tijd ontbreekt vandaag om in den brede de voor- en nadelen van de interne tegenover de externe toetsing te bespreken. Geen toetsing is mogelijk zonder dat deze gestructureerd wordt. Daarom is nodig, dat de I.T. wordt vastgelegd in het stafreglement en dat een bepaalde, aangewezen commissie er zich mee bezig houdt.

Toetsing heeft geen effect als niet de resultaten worden geformuleerd en als niet een zekere rapportage gebeurt waardoor de medische staf zelf ervan profiteert. Dat profiteren zit minder in de toetsing zelf dan in het gezamenlijk bepaalde situaties kritisch bekijken en vooral: overleggen of bepaalde verbeteringen moeten worden aangebracht, bepaalde gevolgtrekkingen worden gemaakt.

Eigen aantekening: belangrijk is niet alleen het toetsen door de toetsingscommissie maar ook het aan de medische staf voorstellen van conclusies en daarmee samenhangende adviezen. De staf moet die al dan niet aannemen maar de toetsingscommissie, eventu-

eel samen met het stafbestuur, kan ze vanuit hun ervaring bij de toetsing het best in eerste aanleg formuleren. Dat geeft ook terecht aan dat het niet gaat om 'faultfinding' of controle, maar om het zoeken van niveauverhoging.

Rapportage is nodig maar de uitvoerigheid hangt af aan wie wordt gerapporteerd: ook aan het stafbestuur behoort niet alles te worden gerapporteerd maar het stafbestuur moet wel een goed inzicht krijgen; aan de medische staf zelf moet niet in de eerste plaats gerapporteerd worden over individuele specialisten maar over afdelingen en diensten; aan het ziekenhuisbestuur moet worden gerapporteerd of het niveau van het werk op afdelingen en diensten goed is, respectievelijk of de staf werkt aan bepaalde verbeteringen. De medische staf, maar dan juist de medische staf, moet wel bindende afspraken kunnen maken over noodzakelijke regelingen, en daarnaast niet bindende maar wel dringende adviezen geven aan haar stafleden. Terecht zegt het rapport: de toetsingscommissie gaat na wat het resultaat van afspraken en adviezen is geweest.

Stellingen: I.T. is onmisbaar voor goed werk van stafleden en van de medische staf als geheel; I.T. moet worden gestructureerd; I.T. moet uitlopen op door en in de medische staf genomen adviezen en afspraken, waarop weer een follow-up volgt.

Hoe kan de I.T. geschieden? Het rapport maakt duidelijk dat dikwijls de necrologie het begin kan zijn van een I.T. in een staf, maar dat dit niet het enige begin is. Wel heeft men daarbij de meeste objectieve gegevens. Andere mogelijkheden zijn steekproeven zoveel mogelijk verdeeld over verschillende specialismen en verschillende ziektebeelden; bezien van uitgekozen ziektebeelden of behandelingen; beschouwing van uitgekozen procedures; bezien van resultaten welke afwijking vertonen van het normale. Het rapport noemt erbij: nagaan van de doelmatigheid van het medisch handelen. Als eigen opmerking zou ik hieraan willen toevoegen dat dit laatste geheel juist is maar een afzonderlijk onderzoek van het meest doelmatig gebruik van de ter beschikking staande middelen bepaald niet uitsluit of overbodig maakt.

I.T. moet wel gebeuren door toetsing aan het inzicht van de eigen stafleden,

maar ook aan resultaten van andere ziekenhuizen: dat wil zeggen aan de resultaten van dezelfde specialismen in andere ziekenhuizen. Dat kan in specialistische groepen gevormd uit enige aangrenzende ziekenhuizen, in interstafverband, met hulp van professionele verenigingen; en met name ook door gebruik te maken van vergelijking van eigen met landelijke gegevens. Daarom — ook als men verschillende bezwaren heeft tegen de S.M.R. — is het nodig dat alle ziekenhuizen en staven meedoen aan de S.M.R.

In een ziekenhuis of staf zijn meestal meerdere commissies die zich bezig houden met de medische arbeid. Te denken is aan: een doelmatigheidstoetsingscommissie, toetsingscommissies voor andere disciplines in het ziekenhuis, aan stafcommissies als een necrologie-, een infectie-, een informatiecommissie en anderen. De toetsingscommissie moet met het werk in relatie staan.

Een I.T.-commissie moet hulp hebben. Het deelnemen kost tijd en bij toerbeurt moet ieder staflid zich dus beschikbaar stellen, maar zijn werk erin moet voorbereid zijn door hulpkrachten. De belangrijkste is wel de medische administrateur, die de ziektegeschiedenissen beheert, maar het lijkt redelijk dat het ziekenhuis wat 'secretary help' beschikbaar stelt.

Dat de I.T. moet uitlopen op een rapportage, welke gebeurt aan het stafbestuur, aan de medische staf en aan het ziekenhuis zelf, maar dat naar boven toe de inlichtingen steeds meer algemeen worden, werd reeds vermeld, evenals het feit dat de I.T. ook moet uitlopen op adviezen en eventuele afspraken in de staf.

Stellingen: Een toetsingscommissie moet de verschillende mogelijkheden van uitvoering goed bekijken, maar niet alles tegelijkertijd ter hand nemen; Alles berust op goede, volledige en betrouwbare gegevens, de stafleden moeten die verschaffen, de medische administrateur moet helpen deze te ordenen en vergelijking met landelijke gegevens is van groot belang; Samenwerking met andere commissies in het ziekenhuis moet worden opgebouwd; Rapportering op verschillende niveaus is nodig, ook om conclusies te kunnen trekken en deze operationeel te kunnen maken, gezamenlijk moet worden geregeld hoever op ieder niveau de rapportage gedetailleerd gaat.

Iets over met de I.T. samenhangende relaties: Terecht zegt het rapport: I.T. moet verplicht worden gesteld voor de medische staf en alle stafleden. Niemand moet zich kunnen onttrekken. Daarom moet het worden vastgelegd in het stafreglement, welk reglement als het goed is weer is bevestigd in contract of aanstelling. Zodra iets verplicht is duikt de vraag naar eventuele sancties op. Het is nodig erover te spreken, maar in feite zijn sancties niet zo belangrijk: de echte sanctie is dat een staflid die zich onttrekt zich ook stelt buiten de eenheid van de staf. Moeilijker is de vraag: het niet opvolgen van in de staf vastgestelde adviezen en afspraken. Hier kan de vrijheid van het medisch handelen aan de eigen patiënt in het geding komen. Kan — behoeft niet! Als eigen opmerking zou ik willen zeggen dat het afwijzen van een in de staf gemaakte afspraak allereerst uitvoerig in de staf zelf moet worden doorgepraat. Is dan nog geen overeenstemming te verkrijgen, dan zou het probleem m.i. moeten worden voorgelegd aan de betreffende professionele vereniging, L.S.V. of wetenschappelijke vereniging. Zo is er meteen een beroepsmogelijkheid van een landelijke instantie. Overigens moet dit wel nader worden uitgewerkt, want ook van belang is wie in het geding zijn of worden getroffen door het afwijzen van stafafspraken: de specialist, meerdere specialisten, de hele medische staf, maar ook is denkbaar het gehele ziekenhuis. Ik herhaal echter: de hele sanctieproblematiek is een marginale zaak.

Plaats medische directeur. Hierover heeft de commissie lang gepraat. Het rapport zegt: hij moet worden ingeschakeld, maar niet precies: hoe. Ook: hij moet op de hoogte zijn dat de toetsingscommissie actief is en op welke wijze deze actief is. Ook: hij moet informatie geven en adviezen geven. En tenslotte: als hij reden heeft zich ergens ongerust over te maken moet hij de I.T.-commissie kunnen vragen bepaalde onderzoeken te doen. Als eigen opmerking zou ik hieraan toe willen voegen: Wat is in dit verband de functie van een medisch directeur in een ziekenhuis? Hij is voor de medische staf degene die het best weet hoe het gaat met en in andere diensten en disciplines in het huis. Hij is, met het stafbestuur, de liaison-officer tussen medische staf en bestuur respectie-

velijk directie. Hij is de eerste adviseur van het ziekenhuisbestuur, niet alleen want het stafbestuur is dat ook, maar hij is wel het meest bij de hand voor het bestuur. Samen met de medische staf zelf garandeert hij tegenover bestuur en buitenwereld het goede niveau van mede de medische activiteiten. De meeste klachten komen bij hem terecht.

Het rapport zegt: de medische directeur moet zijn ingeschakeld bij de I.T., maar niet precies hoe. Ik geloof dat het rapport dit terecht niet preciseert, want dat zal afhangen van de omstandigheden. Als de verhouding tussen medische directeur en staf goed is zou hij m.i. mee kunnen doen met de I.T. maar wel als adviserend lid. Zijn er in de staf ernstige bedenkingen daartegen, dan kan hij beter wat meer afstand nemen. Hij moet echter wel weten dat er wat gebeurt, hoe het gebeurt, wat de algemene conclusies zijn over het werk op de afdelingen en diensten en welke adviezen en afspraken de medische staf maakt. Dit moet ook al daarom, omdat elke afspraak ook anderen, bijvoorbeeld verplegenden of paramedisch personeel, of outillage, mede betreft.

Stellingen: I.T. moet in het stafreglement verplicht worden gesteld. Aangenomen moet worden dat een staf lid zich houdt aan in de staf gemaakte afspraken. Doet hij dit niet of meent hij dit niet te mogen doen, dan moet het eerst in de medische staf worden doorgepraat en desnoods aan een landelijke instantie worden voorgelegd: L.S.V., stavencommissie, wetenschappelijke vereniging, misschien soms een andere. De medisch directeur moet bij de I.T. worden betrokken. Hoe hangt af van de verhoudingen in het ziekenhuis. Tenminste is nodig dat hij weet dat de toetsingscommissie werkt, hoe deze werkt, wat de algemene conclusies zijn en welke afspraken worden voorgesteld aan de staf en daar worden vastgesteld. Verder moet hij, mits met redenen omkleed, een toetsing kunnen uitlokken. Aldus het betoog van Dr. Burkens.

Het rapport van de Taakgroep, dat blijkens de discussie door de aanwezigen positief werd benaderd, zal – zo is inmiddels door het Centraal Bestuur der L.S.V. besloten – worden voorgelegd aan de eerstvolgende ledenvergadering van de Landelijke Specialisten Vereniging.

## Nieuwe Medische Informatiekaart der K.N.M.G.

Na geruime tijd van voorbereiding is beschikbaar gekomen de nieuwe Medische Informatiekaart van de Maatschappij Geneeskunst. Anders dan de oude kaart, bestaat de nieuwe versie uit meerdere delen:

- een vaste omslag bevattende alle min of meer constante gegevens;
- een medicamentenkaart, te gebruiken wanneer een patiënt langdurig sterk werkende geneesmiddelen gebruikt;
- een vaccinatiekaart, uit te reiken zodra de patiënt wordt geïmmuniseerd;
- een transplantatie-verklaring waarmee de patiënt zijn instemming betuigt met orgaantransplantatie na zijn dood.

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

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

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

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

De nieuwe kaarten kunnen vanaf heden per briefkaart bij de K.N.M.G. in Utrecht worden besteld. Een voorbeeld van de verlangde bestel- en betaalwijze vindt u hieronder afgedrukt. Bij toezending ontvangt men automatisch een bestelkaart voor de volgende bestelling. Tevens worden formulieren meegezonden waarop de patiënt, voor uitreiking, een aantal gegevens kan invullen. Dat vergemakkelijkt de opmaak van de medische informatiekaart door praktijkassistente of secretaresse.

### Model-Bestelkaart aan K.N.M.G. te Utrecht

Verzoeken aan onderstaand adres spoedigst te zenden:

.....	Medische informatiekaarten	à 25 ct. f	.....
.....	Medicamentenkaarten	„ 25 ct. f	.....
.....	Vaccinatiekaarten	„ 25 ct. f	.....
.....	Transplantatiekaarten	„ 25 ct. f	.....
.....	Plastic etuis	„ 10 ct. f	.....
.....	Volledige sets inclusief etuis	„ 100 ct. f	.....
.....	Aanvraagformulieren van patiënten	(gratis)	.....
	Totaal		.....

blokletters invullen a.u.b.

Naam: .....

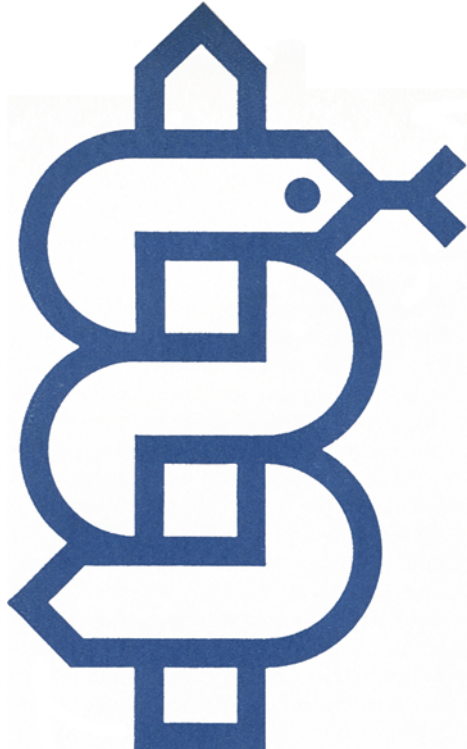
Adres: .....

Plaats: ..... Tel. nr.: .....

Het verschuldigde bedrag werd overgeschreven t.g.v. Postrekening nr. 58083 t.n.v. K.N.M.G. te Utrecht.

Datum: ..... (handtekening)





# Medisch Contact

## Officieel

---

### KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

**Dagelijks Bestuur** – Dr. A. E. Leuftink, voorzitter, Dr. J. L. A. Boelen, ondervoorzitter, W. van Bork, Dr. J. A. Dallmeijer, Dr. H. W. A. Sanders, leden; S. van Randen (voorzitter L.H.V.), J. J. R. Buirma (voorzitter L.A.D.) en Dr. C. H. van Erk (ondervoorzitter L.S.V.).

**Secretariaat** – J. Diepersloot, secretaris-generaal; secretarissen: Drs. P. Brandes, Mr. W. B. van der Mijn, Dr. H. Roelink, Mr. B. Schultz; N. G. Huetink, hoofd van de administratie.

**Bureau voor waarneming en vestiging** – Van 08.00 tot 16.30 uur: mevr. M. A. Bosman-Fontijn en mej. J. A. M. de Graaf, tel. 030-885411.

**Afdeling comptabiliteit** – J. A. Alst; Postgiro nummer der K.N.M.G.: 58083; AMRO-bank nummer: 45 64 48 969.

**Ledenregister** – N. W. G. Pastoor (ook voor alle mutaties).

**Bureau buitenland** – Mr. H. A. Veenstra, directeur; mej. M. Th. van der Meulen, secretaresse.

**Stichting Ondersteuningsfonds (O.F.)** – H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.

**Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (L.A.D.)** – Mr. J. J. Witteveen, directeur; mevr. M. v. Brussel-Teunissen, secretaresse.

**Landelijke Huisartsen Vereniging (L.H.V.)** – Drs. H. J. van Zuiden, directeur; mevr. M. J. Blok, chef de bureau.

**Landelijke Specialisten Vereniging (L.S.V.)** – Mr. H. J. Overbeek, directeur; mej. G. A. C. Enzerink, secretaresse.

**Centraal college voor de erkenning en registratie van medische specialisten (C.C.)** – W. J. de Jager, secretaris; mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.

**Specialisten Registratie Commissie (S.R.C.)** – Dr. L. P. H. J. de Vink, secretaris; mevr. G. G. A. Brunger, secretaresse.

**College voor Sociale Geneeskunde (C.S.G.)** – W. J. de Jager, secretaris; mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.

**Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (S.G.R.C.)** – Mr. W. G. van der Putten, secretaris; mevr. H. van der Horst-Huussen, secretaresse.

**College voor Huisartsgeneeskunde (C.H.G.)** – Dr. H. Roelink, secretaris; mej. L. Beljaars, secretaresse.

**Huisarts Registratie Commissie (H.R.C.)** – J. I. van der Leeuw, secretaris; mej. M. M. Severijn, secretaresse.

**Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (O.L.M.A.)** – Drs. S. Duursma, directeur; J. van Elzelingen Skabo-Brun, onderdirecteur, Keizersgracht 259, Amsterdam, telefoon 020-229225; mevr. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse; stafmedewerkers: R. Th. van der Garden, Klembergerweg 9, Epse-Gorssel, telefoon 05759-1825; E. J. M. Ghering, Leyparkweg 41, Tilburg, telefoon 013-432354.

**Stichting Beroepspensioenfonds Artsen (S.B.A.)** – J. M. G. Hoes, directeur; mej. Mr. H. van Boxtel, directiesecretaris; telefoon 030-887021 en 885411.



## Interimrapport van de Taakgroep Intercollegiale Toetsing

### 1. Aanleiding tot de instelling van de Taakgroep

Nu verreweg de meeste specialisten functioneren in stafverband, is de individuele specialist niet alleen verantwoordelijk voor zijn eigen, persoonlijke werk, maar draagt hij ook als lid van de medische staf samen met de andere stafleden een collectieve verantwoordelijkheid voor het niveau van het medisch handelen.

Vanuit dit collectief verantwoordelijkheidsbesef is de behoefte gegroeid aan een bewaking c.q. verbetering van de kwaliteit van het medisch handelen. Bovendien maakt de toenemende gecompliceerdheid hiervan enigerlei geregementeerde vorm van onderlinge toetsing noodzakelijk.

Om tegemoet te komen aan de wens, die vanuit de staven bij de L.S.V. naar voren kwam, enkele praktische richtlijnen te hebben, volgens welke enige vorm van intercollegiale toetsing kan geschieden, heeft het Centraal Bestuur der L.S.V. aan de Commissie Ziekenhuisstaven verzocht een taakgroep in te stellen die zich met deze problematiek zou bezig houden.

### 2. Instelling en Taakopdracht

De Taakgroep Intercollegiale Toetsing is op verzoek van het Centraal Bestuur door de Commissie Ziekenhuisstaven ingesteld op 6 maart 1973. Zij stelde zich als taak de volgende problemen rond de intercollegiale toetsing te bestuderen:

- Welke inhoud moet aan het begrip intercollegiale toetsing worden gegeven?
- Hoe moet de toetsing georganiseerd en uitgeoefend worden?
- Wat is de plaats van directie en bestuur ten aanzien van deze toetsing?
- Wie ziet toe op de uitvoering van de adviezen die via de intercollegiale toetsing worden gegeven?
- Is verplichtstelling van de toetsing noodzakelijk?
- Moeten er sancties aan worden verbonden?

### 3. Werkwijze en samenstelling van de Taakgroep

De Taakgroep heeft er in de eerste plaats naar gestreefd binnen zo kort mogelijke tijd tot een praktisch werkstuk te komen. Dit doel heeft men trachten te bereiken door

middel van literatuurstudie en door bijeenkomsten, waarop de taakopdracht werd geëvalueerd.

Op verzoek van het Centraal Bestuur der L.S.V. namen in de Taakgroep zitting:

H. van Giffen, voorzitter, longarts te Zwolle;  
A. J. Simons, plaatsvervangend voorzitter, radioloog te Almelo;  
K. L. H. Hoefnagels, oogarts te Tilburg;  
Dr F. C. Kuipers, patholoog-anatoom te Enschede;  
F. Kuipers, assistent-geneeskundige te Den Haag;  
Dr. O. J. A. Th. Meuwissen, internist te Utrecht;  
D. Pott Hofstede, internist te Hilversum;  
P. H. van Setten, orthopedisch chirurg te Utrecht;  
Dr. H. O. van der Zalm, patholoog-anatoom te Heerlen.

Als secretaris fungeerde Mr A. J. Tuinstra, juridisch medewerker van het Bureau der L.S.V.

### 4. Begripsomschrijving

De Taakgroep verstaat onder de hieronder genoemde begrippen het volgende:

*Intercollegiale Toetsing:* Het beoordelen of laten beoordelen van het medisch handelen binnen het kader van de medische staf met het doel de kwaliteit van dat medisch handelen te verbeteren en te bewaken.

*Medische Staf:* Het collectivum waarin de medische specialisten, die voor de behandeling van hun patiënten tot het instituut zijn toegelaten of benoemd en de andere academici, die in het ziekenhuis werkzaam zijn en direct bij de patientenbehandeling betrokken zijn, zich op basis van een bij hun contract behorend stafreglement hebben verenigd.

*Medisch Handelen:* De totaliteit van alle werkzaamheden ten behoeve van de behandeling van de patiënt door of onder verantwoordelijkheid van een staflid verricht.

### 5. Instelling van een stafcommissie Intercollegiale Toetsing, (verder te noemen Toetsingscommissie)

De Taakgroep is van oordeel, dat de intercollegiale toetsing een taak van de medische staf is. Het moet een actief en regelmatig gebeuren zijn met als doel de kwaliteit van het medisch handelen te verbeteren. Het is de Taakgroep bekend dat er momenteel in sommige Nederlandse ziekenhuizen necrologiebesprekingen, regelmatig intercollegiaal overleg, stafbesprekingen over probleempatiënten etc. plaatsvinden, die ook wel als een vorm van toetsing worden beschouwd. Dergelijke activiteiten vormen echter slechts een onderdeel van de intercollegiale toetsing, zoals die de Taakgroep voor ogen staat. Zeker kan het houden van bijvoorbeeld een necrologiebespreking de eerste aanzet vormen tot een meer uitgebreide opzet van intercollegiale toetsing.

Het is hiervoor essentieel dat ieder staflid zijn individuele handelen open stelt voor beoordeling door zijn collega's. Voorwaarde moet hierbij zijn dat ieder staflid aan deze

toetsing zijn medewerking verleent. Het is aan te bevelen dat de medische staf haar toetsingstaak delegeert aan een stafcommissie, die verantwoording verschuldigd is aan de medische staf. De medische staven van kleinere ziekenhuizen zouden voor deze intercollegiale toetsing samen kunnen werken met de staf van een naburig ziekenhuis.

De Taakgroep is van mening dat de zogenaamde toetsingscommissie naast ontplooiing van eigen toetsingsactiviteiten moet stimuleren dat de intercollegiale toetsing in de ruimste zin van het woord plaatsvindt. Daartoe moet zij advies geven over de wijze waarop dit moet gebeuren. Ook moet zij controleren of haar adviezen opgevolgd worden en tenslotte doormiddel van de toetsing komen tot een waardering van het medisch handelen.

De toetsingscommissie dient zich bezig te houden met coördineren van reeds bestaande toetsingsmethoden. Bovendien moet de mogelijkheid bestaan dat de toetsingscommissie zich in voorkomende gevallen laat bijstaan door daartoe aangezochte deskundigen.

De Taakgroep meent dat de intercollegiale toetsing in principe een zaak van de gehele staf is, maar dat in de praktijk de commissie de toetsing hoofdzakelijk zelf zal moeten doen.

## **6. Werkwijze van de toetsingscommissie**

Voor de werkzaamheden van een toetsingscommissie is het noodzakelijk dat er een Centraal Status Archief in het ziekenhuis aanwezig is. De daarvoor aanwezige medisch administrateur\*) kan een belangrijke rol spelen bij het functioneren van de commissie.

Wil de intercollegiale toetsing optimaal kunnen functioneren, dan acht de Taakgroep een zekere basisnormering noodzakelijk. Het behoort echter niet tot de taakopdracht deze normen op te stellen. De Taakgroep vindt het van essentieel belang, dat de L.S.V. het initiatief neemt om tot een dergelijke basisnormering te komen. Het aangeven van de normen behoort in de eerste plaats tot de taak van de Wetenschappelijke Verenigingen, welke een hanteerbaar basisnormenstelsel voor hun eigen vakdiscipline dienen te ontwikkelen.

Als mogelijke werkwijzen voor de toetsingscommissie kwamen onder meer naar voren:

1. Het beoordelen van diagnostiek en behandeling van bepaalde ziektebeelden, respectievelijk de beoordeling van complicaties die zich daarbij voordoen.
2. Het toetsen van eenvoudige routinehandelingen.
3. Het willekeurig lichten van een aantal ziektegeschiedenissen uit het Centraal Status Archief ter evaluatie.
4. Het onderzoeken van normafwijkingen, zoals die bijvoorbeeld uit de gegevens van de Stichting Medische Registratie naar voren komen.
5. Het bevorderen van necrologiebesprekingen (zie Bijlage I), waartoe een systeem van gegevens over alle overleden patiënten een geschikte basis kan vormen.
6. Het nagaan of voldoende onderzoek en behandeling plaats vinden en het voorkomen van overbodige handelingen.

De Taakgroep is van mening dat alles wat met de kwaliteit van het medisch handelen te maken heeft, onder de

intercollegiale toetsing valt. De grens tussen deze puur kwalitatieve toetsing en de toetsing van de meer economische kant van het medisch handelen (utilisation review) is vaak moeilijk te trekken. Het beoordelen van de opname-duur bijvoorbeeld, is in de eerste plaats een medische aangelegenheid en valt daarom onder de intercollegiale toetsing, maar anderzijds zijn hierbij ook belangrijke economische aspecten in het geding, waardoor deze beoordeling tevens op het gebied van de kostenbewaking ligt. Hoe belangrijk dit aspect ook is, het lijkt niet tot de taakopdracht te behoren hier verder op in te gaan. Het probleem van de kostenbewaking wordt momenteel door de uit deskundigen van verschillende groeperingen in de gezondheidszorg bestaande studietoetsing 'Utilisation review' bestudeerd.

## **7. Wijze van rapportering**

De toetsingscommissie treedt zelfstandig op, doch moet over haar werk rapporteren aan het stafbestuur. Vanzelfsprekend krijgen degenen die betrokken zijn bij de onderwerpen die getoetst zijn eveneens de betreffende rapportage.

Om een zo groot mogelijke medewerking van de stafleden te bewerkstelligen, acht de Taakgroep het raadzaam, dat niet alle rapporten van de commissie in de staf besproken worden. Het stafbestuur moet in overleg met de commissie beslissen welke rapporten in de gehele staf zullen worden gebracht. Voorkomen moet worden dat de toetsingscommissie op enigerlei wijze een rechtbankimago gaat verkrijgen.

## **8. Samenstelling van de toetsingscommissie**

De toetsingscommissie is een intercollegiale commissie van de medische staf, bestaande uit uitsluitend gewone stafleden. De Taakgroep wil niet te stringent omschrijven wie precies zitting in de commissie moeten hebben. De grootte van de commissie moet afhangen van de grootte van de medische staf, maar een minimum van drie leden lijkt wenselijk. De bezetting van de commissie dient te wisselen, waarbij echter de nodige continuïteit gewaarborgd moet zijn. Een rouleersysteem bijvoorbeeld door vervanging van één lid per jaar, lijkt de Taakgroep het meest doeltreffend.

## **9. Verhouding van de medisch directeur tot de toetsingscommissie**

De Taakgroep is van oordeel dat de medisch directeur bij de intercollegiale toetsing moet worden ingeschakeld. Het is gewenst dat hij de toetsingscommissie met informatie en

---

\*) Onder medisch administrateur wordt verstaan iemand die een speciale opleiding heeft genoten voor de administratie van medische gegevens.

praktische adviezen terzijde staat. De medisch directeur moet in de gelegenheid zijn suggesties aan het stafbestuur te doen ten einde de toetsingscommissie bepaalde onderzoeken te laten verrichten.

De medisch directeur zal door het stafbestuur zoveel mogelijk op de hoogte gehouden worden van de activiteiten der toetsingscommissie.

#### 10. Verhouding van de toetsingscommissie tot andere commissies in het ziekenhuis

Het is belangrijk dat de kwaliteitsbewaking in het ziekenhuis op den duur niet beperkt blijft tot het toetsen van het medisch handelen van de specialisten. Ook de verpleegkundige en paramedische werkzaamheden zouden op een soortgelijke wijze getoetst moeten worden, zodat men in de toekomst kan komen tot een vorm van 'hospital audit'. Onder een dergelijke 'hospital audit' verstaat de Taakgroep een toetsing van alle handelingen die op de verzorging van de patiënt betrekking hebben en waarbij alle disciplines betrokken zijn. Het verdient de voorkeur dat de toetsingscommissie regelmatig op de hoogte blijft van de activiteiten van andere commissies in het ziekenhuis, die zich bezig houden met de bewaking van de kwaliteit van het medisch handelen, zoals de infectiecommissie, de commissie fouten en ongevallen etc.

#### 11. Verplichtstelling

De intercollegiale toetsing moet ontstaan uit de staf zelf. De Taakgroep is er zich van bewust dat de intercollegiale toetsing alleen volledig realiseerbaar is, indien ieder staflid bereid is mee te werken. Omdat een vrijblijvend karakter de toetsingscommissie voor welhaast onoverkomelijke problemen zou kunnen stellen, is de Taakgroep van mening dat verplichtstelling aan de intercollegiale toetsing mee te werken, onvermijdelijk is. Een bepaling welke in het stafreglement wordt opgenomen, lijkt de Taakgroep de meest voor de hand liggende oplossing om tot deze verplichtstelling te komen. Hieruit vloeit vanzelfsprekend voort, dat men zich dan ook zal onderwerpen aan de sancties die in het stafreglement zijn opgenomen. Er moet evenwel de mogelijkheid van beroep bestaan voor een specialist die zijns inziens ten onrechte tot een andere handelwijze wordt gemaand. De Taakgroep denkt daarom aan de instelling van een landelijke commissie van toezicht en advies, welke tevens als beroepsorgaan zou moeten dienen. Een dergelijke commissie zou moeten uitgaan van de L.S.V., die zich hiervoor moet laten adviseren door de Wetenschappelijke Verenigingen.

#### BIJLAGE I

##### Verslag van een wijze waarop necrologieën worden gehouden

De opzet van een necrologie is uiteraard de gehele ziektegeschiedenis van de overledene nog eenmaal de revue te laten passeren.

### MAATSCHAPPIJ-AGENDA 1974

10, 11 en 12 oktober — Ledencongres Maatschappij, Leiden

26 oktober — Algemene Vergadering Maatschappij

2 november — N.H.G.-congres

9 november — Ledenvergadering L.S.V.

22 november — Ledenvergadering L.H.V.

23 november — Ledenvergadering L.A.D.

Omdat het vaak moeilijk is een dergelijk gesprek kort en bondig te voeren, wordt een bepaalde rubricering toegepast. Het schema van deze rubricering is in Bijlage A weergegeven. Deze werkwijze heeft het voordeel dat men zich nog eens exact realiseert waarom de patiënt is overleden.

Dit algemene schema is voor variatie vatbaar en kan bijvoorbeeld meer gericht worden op een bepaalde afdeling (chirurgie, interne). Het is afhankelijk van de grootte van het ziekenhuis hoe de necrologieën in de praktijk worden gehouden. Een klein ziekenhuis, waar slechts enkele patiënten per maand overlijden, kan het zich permitteren de necrologie met de gehele staf te houden. In grotere ziekenhuizen met enkele tientallen overledenen per maand, is dit op den duur niet mogelijk: de aandacht verslapt of verdwijnt zelfs geheel. In dergelijke instellingen blijkt het het verstandigste de necrologieën per groep specialisten te houden. Zo kan de interne groep (internist, longarts, cardioloog, reumatoloog etc.) gezamenlijk haar overledenen de revue laten laten passeren. Hierbij moet natuurlijk wel altijd de necrologiecommissie aanwezig zijn, evenals de patholoog-anatoom.

Indien bij de bespreking in kleine kring een aantal punten naar voren zijn gekomen, waarvan men oordeelt dat deze de moeite waard zijn om in de volledige staf te worden besproken, dan komt de patiënt ter sprake op de algemene necrologie met de gehele staf. Welke patiënten hiervoor worden uitgekozen, beslist de necrologiecommissie.

Bepaalde ziekenhuizen zijn geïnteresseerd in interessante ziektegeschiedenissen, doch dit behoeft niet een criterium te zijn om deze patiënten tijdens een necrologie met de gehele staf te bespreken. Hiervoor zijn veeleer klinische demonstraties of andere bijeenkomsten de aangewezen plaats.

Criteria voor algemene bespreking kunnen bijvoorbeeld zijn dat meer dan één specialist te maken heeft gehad met de betreffende patiënt en dat daarbij vergissingen, eventueel fouten en met name communicatiestoornissen zijn voorgekomen. Vooral deze laatste blijken zeer nuttig te zijn voor generaal bespreking. Zodoende kan vaak voorkomen worden dat dergelijke derailleringen zich herhalen.

De rubricering dient niet door de patholoog-anatoom noch door de necrologiecommissie te geschieden, maar door de behandelend specialist zelf. Dit dient uiteraard in overleg met de ter bespreking aanwezigen te geschieden. Eén man, in de praktijk de patholoog-anatoom, houdt alle rubriceringen bij, zodat er aan het eind van het jaar een jaaroverzicht gemaakt kan worden van de verschillende afdelingen.

Er zijn uiteraard vele variaties te bedenken op dit schema, maar in de praktijk bleek men steeds terug te komen op bovenstaande gang van zaken in een algemeen ziekenhuis. Het grote probleem is en blijft het in stand houden van de belangstelling der stafleden

voor dergelijke bijeenkomsten. In groepen waar zonder gêne gesproken kan worden, blijkt de belangstelling groot te blijven. Daar, waar fouten of tekortkomingen worden vermoed, neemt de belangstelling snel af.

Een vraagpunt is tenslotte of assistenten of co-assistenten aanwezig kunnen zijn bij deze necrologieën per afdeling. De assistenten moeten zeker aanwezig zijn.

Sommige specialisten hebben wel bezwaren tegen de aanwezigheid van co-assistenten, zodat de beslissing hierover het beste per groep (internisten, chirurgen etc.) kan worden genomen.

## **BIJLAGE A**

### **Schema rubricering necrologie**

De betreffende patiënt is overleden ten gevolge van:

- o. onbekende oorzaak,
- a. een ziekte, waar niets aan te doen is geweest,
- b. een ziekte, waar wel wat aan te doen was geweest,
- c. een complicatie, die niet was te voorkomen of te genezen,
- d. een complicatie, die wel te voorkomen was geweest,
- e. een complicatie, die wel te genezen was geweest,
- f. een ziekte of een complicatie, die eventueel te voorkomen of te genezen was geweest, maar waar welbewust van verdere therapie is afgezien,
- g. een diagnostische ingreep,
- h. intoxicatie door medicamenten.

De bovengenoemde rubrieken kunnen nader worden omschreven met de volgende aanduidingen:

- 1. onjuiste diagnose,
- 2. onjuiste therapie,
- 3. onjuiste verpleging,
- 4. ziekenhuisinfectie,
- 5. trombose en longembolie.

## **BIJLAGE II**

### **Concept-reglement voor een Commissie voor Intercollegiale Toetsing**

#### **1. Definities:**

a. Onder *Intercollegiale Toetsing* wordt verstaan het beoordelen of laten beoordelen van het medisch handelen binnen het kader van de medische staf met het doel de kwaliteit van dat medisch handelen te verbeteren en te bewaken.

b. Onder *medisch handelen* wordt verstaan de totaliteit van alle werkzaamheden ten behoeve van de behandeling van de patiënt door of onder verantwoordelijkheid van een staflid verricht.

2. De medische staf draagt de toetsingswerkzaamheden op aan een commissie die uit minimaal 3 en maximaal 6 stafleden bestaat.

3. De leden van de toetsingscommissie worden uit de gewone leden der medische staf gekozen. Eén lid zal jaarlijks worden vervangen.

4. Bij iedere veranderde samenstelling van de toetsingscommissie kiest de commissie uit haar midden een voorzitter.

5. De commissie bepaalt, na overleg met het stafbestuur, zelf haar

## **DOKTERS MAPJE**

Onder deze benaming is nog steeds verkrijgbaar een plastic portefeuille van gele kleur. Het doel van dit doktersmapje is de behandelend arts inlichtingen te verstrekken over voorafgaande behandelingen en verstrekte medicamenten. Een in de portefeuille aanwezig boekje (groene omslag) geeft namelijk de arts de mogelijkheid voor zijn behandeling kennis te nemen van de bevindingen van zijn voorganger en na zijn behandeling hierin voor zijn collega die na hem de behandeling moet voortzetten de nodige inlichtingen te verstrekken. Op deze wijze is het, met vrijwillige medewerking van de artsen, mogelijk die inlichtingen te verschaffen, die een arts van een trekkende patiënt niet uit eigen ervaring en eigen aantekeningen kent. In de portefeuille bevindt zich achter doorzichtig plastic een witte kaart waarop de naam, het adres enz. van de eigenaar wordt vermeld. In de portefeuille zijn verder aanwezig een aantekenboekje in groene omslag en een vijftal enveloppen. Het doktersmapje is tegen contante betaling verkrijgbaar bij het ziekenfonds 'A.N.O.Z.' afd. B.S.P., Kaap Hoordreef 24 te Utrecht, tel. 030-618881. Verzekerden die lid zijn van het aanvullingsfonds kunnen dit mapje één keer gratis ontvangen en voorts kan het worden besteld via de diverse kantoren van het A.N.O.Z. in den lande, het Centraal Bureau voor de Rijn- en Binnenvaart, Koningin Emmaplein 6 te Rotterdam en de erkende werknemersorganisaties.

werkzaamheden en wordt hierbij terzijde gestaan door een vaste secretaris.

6. De commissie kan voor de intercollegiale toetsing onder meer gebruik maken van de volgende mogelijkheden:

- a. onderzoeken op eigen initiatief, rekening houdend met de door de staf gedane suggesties
- b. onderzoeken op voorstel van het stafbestuur
- c. onderzoeken op voorstel van de medisch directeur.

7. De commissie bepaalt of deze onderzoeken

- a. door de toetsingscommissie zelf geschieden
- b. door de toetsingscommissie, bijgestaan door enige stafleden, gebeuren
- c. door stafleden, welke door de toetsingscommissie worden aangewezen, gedaan zullen worden.

8. De commissie is verantwoording schuldig aan het stafbestuur en zal van haar werkzaamheden driemaandelijks verslag uitbrengen.

9. De commissie heeft het recht van inzage in de medische dossiers. De stafleden verplichten zich alle gevraagde inlichtingen te geven en alle nodige documenten aan de commissie ter inzage te geven.



VAN DE P.C.D.

## Richtlijnen van de P.C.D. inzake arbeidsvoorwaarden doktersassistenten

### Herhaalde publicatie

1. Onder doktersassistente wordt verstaan het vrouwelijk hulppersoneel, dat in het bezit is van een door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst erkend diploma voor doktersassistente en werkzaam in een dokterspraktijk.

2. Op grond van de maximaal door de overheid toegestane loonsverhoging wordt als bruto-salaris per maand op basis van een twee-en-veertig-urige werkweek als minimum geadviseerd:

in het eerste dienstjaar .....	f 945,—
in het tweede dienstjaar .....	f 1.013,—
in het derde dienstjaar .....	f 1.095,—
in het vierde dienstjaar .....	f 1.178,—
in het vijfde dienstjaar .....	f 1.281,—
in het zesde dienstjaar .....	f 1.364,—
in het zevende dienstjaar .....	f 1.425,—
in het achtste dienstjaar .....	f 1.502,—
in het negende dienstjaar .....	f 1.621,—
in het tiende en volgende dienstjaren .....	f 1.724,—

3. Indien het wettelijk verplicht loon van een 18- t/m 23-jarige hoger ligt dan de door ons geadviseerde salarisbedragen dient het wettelijk verplicht loon te worden betaald.

4. Het salaris wordt evenredig verminderd bij een werkweek van minder dan 42 uren.

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

6. De doktersassistente heeft recht op vakantie met behoud van salaris gedurende 18 werkdagen per jaar, gerekend vanaf 1 juli.

7. De doktersassistente heeft voorts recht op een vakantietoeslag van  $7\frac{1}{2}\%$  van het salaris genoten in de periode, waarover de vakantie geldt. De toeslag wordt uitbetaald in de maand mei.

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

9. Deze richtlijnen gelden *vanaf 1 april 1974*.

*N.B.* Om misverstand te voorkomen: de  $7\frac{1}{2}\%$  vakantietoeslag geldt vanaf 1 januari 1974; daarvóór bedroeg de toeslag 7%. De *vakantiedagen* (18) gelden voor de periode juli 1973/juli 1974.



PERSONALIA

### Nieuwe leden

G. H. J. Boers, Dorpsstraat 18 A, Schinnen  
Mevr. G. K. van Dijk-Slot, Strausslaan 9, Groningen  
J. Th. M. Gribnou, Huygenslaan 2, Arnhem  
H. H. M. L. Houben, Verdiweg 269, Amersfoort  
J. J. Kloek, Adriaanstraat 67 bis, Utrecht  
C. J. A. Konst, Muiderslotweg 115, Haarlem  
J. Kroesbergen, Tobias Asserlaan 281, Diemen  
F. J. H. M. van Liebergen, Rondeweg 21, Vught  
E. N. Mellema, Verl. Lodewijkstraat 43, Groningen  
P. K. Oen, Adriatischestraat 12, Emmeloord  
P. H. Onderwater, Utrechtseweg 196, Oosterbeek  
J. W. J. Overman, Heslingahuis 7, Almelo  
H. P. Sauerwein, van Hoornhoutweg 7, Huizen  
H. F. Schouwink, Lindberghstraat 5, Roermond  
C. F. B. Sleijffers, Tivoli 9, Helmond  
J. J. L. M. van Vliet, Langenhorst 421, Rotterdam  
H. C. Voorhoeve, Korvelplein 14, Tilburg

## INHOUD-OFFICIEEL

Nr. 29 – 19 juli 1974

<b>Van het Centraal Bestuur L.S.V.:</b> Interim-rapport van de Taakgroep Intercollegiale Toetsing .....	948
<b>Van de P.C.D.:</b> Richtlijnen inzake arbeidsvoorwaarden doktersassistenten .....	952
<b>Personalia</b> .....	952