

## redactioneel

- Zonder spaarbankboekje, zonder burgemeester met ambtsketen en in volledige anonimiteit werd eind maart de 14 miljoenste Nederlander verwelkomd. Toch bleef het passeren van deze demografische mijlpaal niet geheel onopgemerkt. Tweede Kamerlid Dr. D. Dolman stelde vragen, in antwoord waarop de regering onder meer bekend maakte recentelijk een standpunt te hebben ingenomen met betrekking tot het eindrapport van de Staatscommissie Bevolkingsvraagstuk. Commissievoorzitter Prof. Dr. P. Muntendam gaat op dat, inmiddels in de openbaarheid gebrachte, standpunt in. Hij verwerpt de gedachte, dat de sterke geboortedaling sinds 1964 zich toch ook spontaan heeft ontwikkeld en zich 'dus' ook wel zal voortzetten zonder enige beïnvloeding – beïnvloeding ook van overheidswege.
- Het LHV-bestuur wil proberen op een bewuste, systematische en doelgerichte wijze te komen tot verduidelijking van de positie van de huisarts in de gezondheidszorg. Een gezondheidszorg die, aldus voorzitter J. W. Jacobze, op het punt staat de grens tussen reactief en pro-actief te passeren.
- Over de taakverdeling tussen eerste en tweede echelon vond in Rotterdam – het werd vorige week al gemeld – een gedachtenwisseling plaats, georganiseerd door de Vereniging van Rotterdamse Medische Specialisten en de PVH Rotterdam. In dit nummer de volledige tekst van de toelichting die Dr. M. J. Horikx er op zijn stellingen gaf.
- Prof. Dr. J. C. M. Hattinga Verschure ontleedt het begrip 'zorgmix', en daarmee de relaties tussen zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg. Omdat in de institutionele sector van de professionele gezondheidszorg steeds werd gelet op het technische aspect en geen aandacht werd besteed aan het teken-karakter van zorgstappen, werden – zo stelt hij – zelfzorg en mantelzorg in hoge mate uitgeschakeld. De kwaliteit van de zorg als geheel wordt echter niet alleen bepaald door de kwaliteit van één deelsysteem (de professionele zorg), maar door de gehele zorgmix.

### Inhoud

#### REDACTIONEEL

Brieven .....	758
<i>Inzenders: H. A. Sloot, J. L. M. Nieuwenhuis, J. M. J. Blom, D. Vreeswijk, B. Zandstra c.s., S. Flikweert c.s., Br. J. C. v. Nes, G. Wubs, Dr. J. C. D. van Maanen + naschrift Nadia Lachinsky c.s.</i>	
Bevolkingsbeleid en 14 miljoen, door Prof. P. Muntendam .....	763
Psychotherapie in discussie. Vereniging van Nederlandse Psychiaters kritiseert nota-Verhage .....	765
LHV-voorzitter wil verduidelijking van positie en rol van de huisarts .....	766
Symposium van Rotterdamse huisartsen en specialisten. Taakverdeling eerste en tweede echelon, door Dr. M. J. Horikx .....	769
De relaties tussen zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg. Het begrip 'zorgmix', door Prof. Dr. J. C. M. Hattinga Verschure .....	773
OFFICIEEL .....	779
Inhoudsopgave officieel .....	788



## MEDISCH CONTACT verschijnt wekelijks

De redactie beslist over de inhoud van het redactioneel gedeelte. Het bestuur van Medisch Contact is voor het redactioneel beleid verantwoordelijk. De besturen van de KNMG en haar organen zijn uitsluitend voor de inhoud van het officieel gedeelte verantwoordelijk.

### Bestuur Medisch Contact

F. Moerman, voorzitter;  
Dr. J. A. Stoop, secretaris (J. M. Kemperstraat 5, Utrecht);  
G. A. C. Bosch, penningmeester;  
Dr. R. A. de Melker;  
Dr. P. van Rosevelt.

### Redactie Medisch Contact

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

De redactie is gevestigd Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon 030-885411.

### Uitgave

Tijl Periodieken BV, P.B. 737, Texelstraat 80, 1180 AS Amstelveen, telefoon: 020-434346, telex 15230, advertentie-acquisitie telefoon 020-433851.

### Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG f 86,40, losse nummers f 2,45, excl. portokosten (inclusief BTW); buitenland f 154,10. Opgave van abonnementen uitsluitend bij de uitgever.

### Advertenties

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

### Adreswijziging

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

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Koninklijke Tijl, Zwolle

# BRIEVEN

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

## KOSTENBEHEERSING GENEESMIDDELEN (I)

Het ingezonden stuk in Medisch Contact nr. 21/1979, blz. 667, dat als titel draagt:

'Kostenbeheersing geneesmiddelen', zou eigenlijk als opschrift moeten dragen: 'Weg met de apothekers'. De heer Van Dongen meent dat deze admiraals op veerponten maar zo gauw mogelijk in de grond geboord moeten worden en vervangen door vijf sterren-generaals bij het onderdeel apotheekhoudende huisartsen. Dat zou niet alleen aanzienlijke besparingen opleveren voor ziekenfondsen en particuliere patiënten maar ook de dienstverlening en de kwaliteit van de geneesmiddelenvoorziening ten goede komen. De staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en haar 'Haagse adviseurs' dreigt dat voordeeltje door onwetendheid te ontgaan, vandaar dat dokter Van Dongen even langskomt met een ongevraagd advies.

Met getallen wordt getracht aan te tonen dat genees- en verbandmiddelen, betrokken van een apotheekhoudend arts, goedkoper zijn dan wanneer zij door de apotheek worden afgeleverd. Een bedenkelijke vergelijking, omdat de overeenkomsten tussen apotheekhoudende artsen en ziekenfondsen op een ander beginsel zijn gebaseerd dan die tussen apothekers en ziekenfondsen. In het eerste geval wordt de apotheekpraktijk als een aanvullende beroepsbezigheid, een plaatsvervangend element beschouwd, dat – hoe nuttig en hoe serieus ook verricht – nimmer de taak van de openbare apotheker kan vervangen. Vandaar ook dat door de wetgever ten aanzien van de doktersapotheek volstaan wordt met slechts de hoognodige voorzieningen te eisen, waardoor de bedrijfskosten van deze apotheek lager kunnen zijn.

De heer Van Dongen is niet alleen op de financiële toer, ook de beroepsuitoefening, in het bijzonder het voorschrijfbeleid van de artsen, in het algemeen wordt gekritiseerd. 'De apotheekhoudend arts heeft geen belang bij het aantal afleveringen aan ziekenfondspatiënten, hij zal kleinere hoeveelheden voorschrijven', zo stelt hij. Dat is een mooie bijdrage aan de bezuiniging in de geneesmiddelenvoorziening, maar waarom is dit inzicht beperkt tot de apotheekhoudend arts? Zullen niet alle goed gedocumenteerde en door de apotheker

attent gemaakte artsen zo zuinig mogelijk voorschrijven? Is de 'stadsarts' werkelijk zo nonchalant met zijn prescriptie als de heer Van Dongen ons wil doen geloven? Is het overleg met de specialist over het onnodig ingewikkelde recept (waardoor dat dan blijkbaar vervalt) voorbehouden aan de 'dorpsarts'?

Maar ook op juridisch gebied is de heer Van Dongen een deskundige: de uitspraak van de Raad van State inzake de kwestie-Huissen is aanvechtbaar en de uitleg van de wet werd aangepast aan het nagestreefde doel. Ik denk eerder dat de heer Van Dongen de motivering van de uitspraak niet heeft begrepen of niet heeft willen begrijpen. Gelukkig maar dat de staatssecretaris dat wel heeft gedaan en mét haar allen die een uitspraak van het hoogste rechtscollege in dergelijke zaken eerbiedigen.

Aan het einde van Van Dongens betoog komt de aap uit de mouw. De apotheker is distributeur van geneesmiddelen, de farmaceutische industrie levert 90% daarvan kant-en-klaar, de arts kan zelf wel als doorgeefluik optreden, de apotheker kan zijn biezen pakken want de controle kan alleen in het farmacologisch laboratorium van de fabriek goed gebeuren.

Deze lippendienst aan de geneesmiddelenindustrie is stuitend. Het Nefarma-rapport 'Farmaceutische Verstrekkingen' van november 1977, dat door insiders als hoogst onzorgvuldig is gekenschetst, heeft hier blijkbaar wortel geschoten. De veelomvattende en uiterst verantwoordelijke taak van de apotheker, gekenmerkt door de begrippen 'bereiden' en 'afleveren', maar die in de praktijk zaken betreft als medicatiebewaking, artsenvoorlichting (prijzen!), patiënteninformatie en een solide controle op alles wat binnenkomt en de apotheek verlaat, is niet iets wat de arts er in zijn vrije uren bij kan doen. Zelfs dokter Van Dongen zal daarmee moeite hebben.

Voorburg, 18 mei 1979

H. A. Sloot, apotheker

## KOSTENBEHEERSING GENEESMIDDELEN (II)

Naar aanleiding van het ingezonden artikel van A. M. van Dongen in Medisch contact

nr. 21/1979, blz. 667, onzerzijds enkele opmerkingen:

Tabel 1, waarvan de kop niet weergeeft wat de inhoud biedt, stelt een vergelijking voor tussen twee verschillende grootheden. Geneesmiddelen die betrokken worden via een apotheker zijn altijd duurder dan geneesmiddelen betrokken via een apotheehouder huisarts. Populair gezegd: een apotheker heeft een gespecialiseerd bedrijf en kan meer garanties geven; een apotheehouder arts 'doet de geneesmiddelen erbij' en heeft als hoofdtak het medische bedrijf. Zij krijgen ook totaal andere vergoedingen:

- de apotheker drie: abonnements-honorarium, afleveringskosten en vergoeding kosten grondstoffen (al of niet geconfectioneerd);
- de apotheehouder huisarts twee: een (hoger) abonnementshonorarium en een vergoeding kosten grondstoffen (al dan niet geconfectioneerd).

Tabel 2 laat even grote verschillen in de geneesmiddelenconsumptie tussen de populatie van een apotheehouder huisarts (platteland) en een apotheker (meer urbanisatie) zien als de verschillen tussen de verwijscijfers van het platteland en een meer stedelijk gebied. Dit is een belangrijk bewijs – en daar werd aan voorbijgegaan – dat de apotheehouder huisarts in een gebied opereert waar de vraag naar geneesmiddelen en de vraag naar specialistische hulp aanzienlijk lager is, zeg de 'medische consumptie' lager is, dan in de stad. Het is overigens onduidelijk hoe men bij een apotheehouder arts aan het aantal afleveringen komt. De aflevering is een synthetische eenheid die alleen voor de honorering van de apothekers in het leven werd geroepen.

Belangrijk is ook dat de medicatie door een apotheehouder huisarts afhankelijk is van wat hij aan voorraad geneesmiddelen in huis heeft. Dat is van een grote betekenis. Een apotheker heeft (nog) geen enkele invloed op wat een niet-apotheehouder arts voorschrijft. Hij moet dit wel afleveren. Een apotheker kan er niets aan doen dat een arts wat royaler met geneesmiddelen wil omgaan. Als de wet eens werd veranderd zodat de apotheker over de vervangbaarheid en de kosten van geneesmiddelen mee kon denken, dan zouden er wel eens andere cijfers te zien kunnen zijn.

De praktische voordelen van een apotheehouder praktijk zijn evident, maar het is de vraag of de theoretische voordelen van een officinale apotheek daar niet ruimschoots tegenop wegen: een gemakkelijk bereikbaar medicament is niet altijd beter dan een geneesmiddel dat van iets verder weg gehaald moet worden. Overigens zijn van een patiëntenbestand van 2.500 zielen (apotheehouder arts) of 10.000 zielen (apotheker) maar zo'n 15% 'geregelde afnemers'. De apotheehouder huisarts en de apotheker zullen beiden hun 'klanten' heel goed in hun memorie kunnen bergen.

Tabel 3 geeft alweer een vergelijking tussen twee onvergelykbare grootheden, waarbij die der consumptie het meest uitmaakt. Het moet worden gezegd dat de moderne geneesmiddelen van zo'n drastische hoedanigheid zijn dat een extra controle en een extra medicatiebewaking door een apotheker, die farmacotherapeutisch deskundig is en de kwaliteit van de middelen moet kennen, op de recepten van een arts beslist noodzakelijk kan zijn.

Het is niet eerlijk dat de gevolgen van een afspraak over vergoedingen na jarenlange onderhandelingen tussen ziekenfondsen en apothekers en apotheehoudende huisartsen, welke misschien iets zijn scheefgegroeid, nu worden gebruikt om de goedkoopte van de apotheehoudende huisartsen aan te tonen.

's-Gravenhage, 30 mei 1979

Namens het hoofdbestuur der KNMP,  
J. L. M. Nieuwenhuis, voorzitter

### **KOSTENBEHEERSING GENEESMIDDELEN (III)**

Eureka! Een ongevraagd adviseur verlost Mw. Veder-Smit uit haar worsteling om te komen tot een belangrijke besparing op de uitgaven voor volksgezondheid. De heer A. M. van Dongen, huisarts te Nieuwveen, komt in Medisch Contact 1979/21 pag. 667 e.v. tot de conclusie dat, indien de geneesmiddelenvoorziening zou worden overgedragen aan de apotheehouder huisarts – met uitschakeling van de apotheker dus – dit zou leiden tot een kostenbesparing op de geneesmiddelenvoorziening van ruim 0,4 miljard.

De gedachte is niet nieuw; dezelfde gedachte werd ter gelegenheid van de extra ledenvergadering van de LHV begin oktober 1976 naar voren gebracht.

De heer Van Dongen fundeert zijn conclusie op een overzicht over het jaar 1977 van het Algemeen Ziekenfonds 'Alphen en Omstreken' waarin een uitsplitsing is gemaakt naar al dan niet patiënt zijn van een apotheehouder huisarts (tabel 2). Uit dit overzicht blijkt een aanzienlijke lagere geneesmiddelenconsumptie – althans uitgaven hiervoor – bij de patiënten van apotheehoudende huisartsen ten opzichte van patiënten van niet-apotheehoudende huisartsen. Deze lagere kosten zouden hun oorsprong vinden in het apotheehouder zijn van de huisarts, waarvoor de schrijver een aantal argumenten aanvoert.

Het opmerkelijke van het overzicht is echter dat niet alleen de kosten voor de geneesmiddelenvoorziening aanzienlijk lager zijn, doch dat ook het aantal verwijzingen naar specialisten alsmede de ziekenhuisopnamefrequentie duidelijk lager liggen bij de groep patiënten van apotheehoudende huisartsen.

Ik kan hiervoor tenminste twee redenen bedenken. De eerste reden zou kunnen zijn dat het apotheehouder zijn van de huisarts niet alleen invloed heeft op het geneesmiddelengebruik doch ook op het gebruik van de andere medische voorzieningen. Dit lijkt mij wat ver gezocht. De andere, meer waarschijnlijke reden zou kunnen zijn dat de twee groepen als consumenten van medische voorzieningen, waaronder geneesmiddelenvoorziening, niet vergelijkbaar zijn. Met andere woorden: de ten tonele gevoerde groep patiënten, al dan niet toevallig patiënt van een apotheehouder huisarts, wordt gevormd door 'autonoom' mindere gebruikers van de medische voorzieningen dan de vergelijkingsgroep. De twee groepen zijn dus niet vergelijkbaar; de conclusie van de heer Van Dongen is dus op drijfzand gebouwd. De aangevoerde argumenten staan op hetzelfde fundament en zijn daarom weinig valide.

Goed dat Mw. Veder-Smit nog andere adviseurs heeft!

Breukelen, 29 april 1979

J. M. J. Blom, apotheker

### **KOSTENBEEERSING GENEESMIDDELEN (IV)**

De ingezonden brief van collega Van Dongen (MC nr. 21/1979, blz. 667) las ik met veel voldoening. Eindelijk heeft iemand de moed om te stellen dat de geneesmiddelenverstrekking door apotheehoudende huisartsen in het belang van de patiënt en de kostenbeheersing meer voordelen dan nadelen heeft. De door collega Van Dongen aangevoerde argumenten spreken voor zichzelf. Dat apothekers en overheid hiervan niet doordrongen zijn, blijkt uit de stelselmatige ondergraving van onze positie. Waar blijft de collega die de kosten analyseert van geldverslindende gezondheidscentra en een lans breekt voor de 'ouderwetse' solistisch werkende huisarts?

Kapelle, 31 mei 1979

D. Vreeswijk, huisarts

### **VESTIGINGSBELEID**

Het is zeker te loven als steeds meer mensen gaan (mee)denken over een van de grootste problemen van de huidige huisartsengeneratie: het vestigingsbeleid. Vooral als terzake kundigen als sociologen hun bouwstenen blijken te willen bijdragen. Als echter in het artikel van Groenewegen en Van der Zee de uitspraak wordt gedaan dat: 'gegeven deze norm er in Nederland plaats zou zijn voor ongeveer 260 nieuwe huisartsen', dan menen wij de plicht te

	inwoners	huisartsen	gemiddeld
1 Alkmaar .....	69.400	27½	
2 Heiloo .....	20.000	6	2.700
3 Bergen .....	14.000	6½	2.150
4 Heerhugowaard .....	30.000	10	3.000
5 Castricum .....	22.000	8	2.750
Totaal .....	55.400	58	± 2.650

hebben hier tegen in het geweer te komen. De plicht, omdat een dergelijke uitspraak valse hoop kan geven aan de jonge collegae die uitzien naar een vestiging. Principiële kritiek hebben we op het feit dat de auteurs gegevens van januari 1978 gebruiken om conclusies te trekken voor de tegenwoordige tijd; 'zou er plaats zijn' moet gelezen worden: 'zou er toen plaats zijn geweest'. Hoe anders de huidige situatie is illustreert onderstaande schets van de PHV 'Alkmaar Stad'.

Toelichting ad 1: ½ huisarts betekent een collega die de helft van zijn praktijk binnen de gemeente Alkmaar heeft; ad 2: gemiddelde van Alkmaar en Heiloo is samengenomen in verband met overlapping praktijkgebieden; ad 3: 2 praktijken worden mede door part-timers-huisartsen verzorgd; ad 4: 2 huisartsen buiten de gemeente gevestigd praktiseren ook in Heerhugowaard.

Onze conclusie is dan: puur getalsmatig beantwoordt de PHV Alkmaar Stad aan de 'norm'. Een niet gering verschil met de 6 tot 9 huisartsen die we zouden kunnen opnemen! We vrezen dat de gesignaleerde onjuistheden ook wel eens van toepassing zouden kunnen zijn op de cijfers van de rest van het land. Als dat zo is dan lijkt het ons onmogelijk een vestigingsbeleid te funderen op de bouwstenen die aangedragen worden door de sociologen Groenewegen en Van der Zee.

Alkmaar, 29 mei 1979

B. Zandstra,  
M. M. Spoor,  
W. J. de Regt  
huisartsen te Alkmaar

## VERWIJZEN

Naar aanleiding van het praktijkperikel in MC nr. 20 van 18 mei 1979 (blz. 645) willen wij het volgende opmerken:

1. Na een telefonisch afgenomen anamnese, adviseert de huisarts o.i. vaak terecht het 'even aan te zien'. Immers de huisarts mag niet elk – vaak telefonisch – contact beantwoorden met een huisbezoek. De kwaliteit van de zorg van de gehele

praktijk zou hierdoor schade lijden. Met goede instructies en voorlichting moet het mogelijk zijn de patiënt weer een stuk eigen verantwoordelijkheid terug te geven en te laten ervaren dat warempel vele ziekten vanzelf, op natuurlijke wijze, genezen. Toen bedoeld patiënt bleef sukkelen had de moeder niet moeten bellen om hoestdrank en tabletten, maar een afspraak moeten maken voor het spreekuur van haar huisarts. 2. De kinderarts had o.i. niet op het verzoek van zijn kennissen in moeten gaan een hem onbekend, niet ernstig ziek kind te onderzoeken. Hij had dienen te volstaan met uit te leggen dat, indien er onvrede is over de behandeling, dit door de moeder van het kind met haar huisarts besproken dient te worden. Door het kind na te kijken heeft de kinderarts schade berokkend aan de relatie huisarts-patiënt, vooral ook omdat hij zonder overleg met de huisarts het kind heeft doorverwezen naar de KNO-arts, die daarop de tonsillen meende te moeten verwijderen.

De les van dit praktijkperikel is het grote belang van goed overleg en goede afspraken (telefonisch) tussen huisarts en patiënt, waarbij de laatste een eigen verantwoordelijkheid behoudt voor zijn eigen gezondheid.

Nijkerk, 28 mei 1979

S. Flikweert  
H. J. G. Leerink  
W. F. Mol van Otterloo  
R. Odink

## EUTHANASIE

Naar aanleiding van de reactie 'Euthanasie' van J. A. v.d. Does de Willebois in Medisch Contact nr. 20/1979, blz. 638, zou ik graag enkele kanttekeningen willen maken.

Prof. Meyler heeft gelijk: Het wordt hoog tijd dat de medici met beide benen in de praktijk gaan staan en zich een oordeel gaan vormen over euthanasie en dit oordeel ook uitdragen. De patiënten zijn nog steeds afhankelijk van de willekeur van de arts. Euthanasie betekent: zachte dood, sterven zonder veel lijden, toepassen van middelen om de doodstrijd te verlichten en een einde maken aan ongeneeslijk lijden. Dit altijd alleen wanneer de patiënt dit wil en er om vraagt. Er is geen bedoeling tot doden aanwezig, dit is genocide en dus onvrijwillig. Euthanasie is *vrijwillig*. Dit onderscheid moet goed worden gemaakt. Passieve euthanasie: de natuur haar gang laten gaan, geen medicamenten en geen medische behandeling geven. Actieve euthanasie: De patiënt uit zijn lijden verlossen wanneer hij/zij dit wenst. Hippocrates zegt: 'Niemand zal ik een dodelijk middel geven, noch zal ik een vrouw een middel geven tot afdrijving van de

vrucht . . .' Er staat dus niet: Ook niet op zijn verzoek, zoals v.d. Does de Willebois beweert. Maar deze eed wordt allang niet meer gebruikt en is vervangen door een nieuwe, waarbij dit niet meer geciteerd wordt.

Medici zijn hulpverleners en behoren die hulp ook te geven. Een patiënt aan zijn lot overlaten en niet de therapie geven die hij verlangt kan men nauwelijks christelijk noemen. Ik heb alle begrip voor de christelijke arts wiens geloof dit niet toestaat, maar hij heeft wel de plicht de patiënt te verwijzen naar een collega die er anders over denkt dan hijzelf. De patiënt vraagt om hulp en die dient hem/haar te worden gegeven.

Zoetermeer, 24 mei 1979

Br. J. C. v. Nes, hoofdverpleegkundige,  
lid Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie,  
lid sprekerskader Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie.

## ZIEKENHUIS VOOR ANC

Ik denk, dat velen niet meer weten wat te denken van de situatie met betrekking tot de gezondheidstoestand van de Bantoes in Zuid-Afrika, na de ingezonden stukken van Dr. J. Geefhuysen en de artsen van het Gelukspanhospitaal in MC nr. 19/1979, blz. 607.

Wie heeft er gelijk, wie moet men geloven? De oplossing is niet moeilijk. Beiden hebben gelijk. De situatie is niet óf goed óf slecht, maar én goed én slecht. Er zijn goede kanten en slechte kanten. Het komt er maar net op aan van welke kant men de zaak beziet, welke maatstaven er worden aangelegd.

Dr. Geefhuysen belicht de slechte kant. Zij heeft gelijk: er is nog veel dat moet veranderen in Zuid-Afrika. Ik zou hierbij twee kanttekeningen willen plaatsen. Ten eerste: we moeten niet vergeten dat heel vaak de Bantoeapatiënt niet gemotiveerd is om van de mogelijkheden tot genezing gebruik te maken. Indien bijvoorbeeld elke Bantoe moeder (en grootmoeder!) overtuigd was van het nut van eiwitrijke voeding in de eerste levensjaren, kwam kwashiorkor niet voor! De mogelijkheden om aan die voeding te komen zijn er namelijk wel. Het is niet juist alle ongerechtigheden op rekening van de apartheid te zetten. Ten tweede: In Zuid-Afrika leven o.a. 4 miljoen blanken en bijna 20 miljoen Bantoes. Velen van deze Bantoes leven nog zeer primitief, of, als men niet van dat woord houdt, leven nog zoals velen in de meeste andere Afrikaanse landen leven. Is het redelijk te verlangen dat dit land een zelfde niveau van gezondheidszorg heeft bereikt als een modern Westeuropees land?

De artsen van het Gelukspanhospitaal noemen op wat er allemaal voor de Bantoes

op het platteland wordt gedaan. Ze hebben gelijk. Ik heb zelf gedurende zes jaar in een soortgelijke situatie gewerkt. Ook hierbij enige opmerkingen:

Hoe primitief een zendingsziekenhuis ook is (want voor het grootste gedeelte waren of zijn het zendingsziekenhuizen, waarop de Bantoes op het platteland zijn aangewezen), hoe beperkt de diagnostische en curatieve mogelijkheden ook zijn, de patiënten worden geholpen door artsen die 100% gemotiveerd zijn voor hun werk en die niet in hun handelen worden belemmerd door financiële of andere belangen. Bovendien is de arts totaal-arts, hij behoeft zijn patiënten niet voor allerlei simpele onderzoeken naar verschillende specialisten te sturen. Een zendingsziekenhuis kent geen wachttijden. Elke patiënt, hetzij psychotisch, seniel, met decubitus of hemiparetisch, wordt opgenomen. Soms steekt een Bantoe-ziekenhuis nog gunstig af bij onze moderne ziekenhuizen!

Vergeleken met de blanke gezondheidszorg, hetzij in Zuid-Afrika of daarbuiten, staat de zorg voor de Bantoe ten achter. Vergeleken met andere Afrikaanse en zeker Aziatische landen kan Zuid-Afrika echter met glans de toets der kritiek doorstaan. In Zuid-Afrika is geen gebrek aan medicijnen of instrumenten, de mensen sterven niet van de honger op straat, een patiënt hoeft niet eerst geld in te zamelen voor zijn operatie, zoals bijvoorbeeld in Zaïre wel het geval is.

Tenslotte nog dit: Hoe zou het toch komen, dat ons de 'wandaden' van de Zuidafrikaanse blanken, begaan ten opzichte van de gekleurde bevolking, meer 'doen' dan die begaan door mensen met een andere kleur? Wat zeggen ons duizend dode Oegandezers of Vietnamezen? Ja, toen de Amerikanen nog in Vietnam waren, toen wel! Zolang ze maar niet worden doodgemaakt door mensen van onze huidskleur. Natuurlijk weet ik wel, dat ook 'niet-blanken' zich met woord en daad verzetten tegen het beleid van de Zuidafrikaanse regering. Maar de kritiek die we in Nederland op Zuid-Afrika hebben, staat in geen verhouding tot de kritiek die er op veel ergere misdaden elders op de wereld wordt geuit.

Waar blijft de steun van de actiegroepen aan het Oegandeze volk, dat zo zwaar onder Amin te lijden heeft gehad!? Zodra zwart vermoordt, is het niet meer interessant. Wat horen we in Nederland over de guerilla tegen de MPLA in Angola, door zwarten? Wie weet van de guerilla, van zwarten, tegen het Frelimo-bewind van Machel in Mozambique?

Het is beslist niet mijn bedoeling, met dit stukje het apartheidsbeleid te verdedigen. Dat beleid verwerp ik. De gevolgen heb ik met eigen ogen kunnen zien. Maar we moeten wel evenwichtig en reëel blijven in onze kritiek. Sommigen gaan zover dat zij de Zuidafrikaanse regering met Hitler vergelijken! Ondanks alle kritiek die ik heb op het beleid van de Zuidafrikaanse regering durf ik met de hand op mijn hart te beweren,

dat in Zuid-Afrika geen volk wordt uitgeroeid. De waarheid ligt anders. De felle Zuid-Afrikahaters beginnen zelf griezelig veel op de bruinhemden van de NSDAP te lijken. Tijdens een promotie in Groningen onlangs werd de promovendus – het ging over de economische toestand in Zuid-Afrika – geknepen en getrapt. Ik denk, dat er lieden zijn die er niet om zouden treuren indien er in Zuid-Afrika een revolutie ontstond, waarbij de blanken vooral en de Bantoes en kleurlingen ook werden afgeslacht. Genocide wordt door hen getolereerd, zelfs aangeprezen als de enige oplossing tot bevrijding. Wil de echte Hitler opstaan?

Surhuisterveen, 27 mei 1979

G. Wubs, huisarts

### MEDISCH ONDERZOEK NA MARTELINGEN

In de week dat wij het onrecht gedenken dat veertig jaar geleden over Europa woedde, las ik op 9 mei jl. in het dagblad Trouw het artikel 'Iets doen voor een vluchteling', een verhaal over twee Vietnamese jongens van omstreeks 20 jaar die thans in veilig (hoelang nog?) Nederland vertoeven en onderhouden worden. Merkwaardigerwijze wordt er niet verteld waarom deze jongens eigenlijk uit Vietnam vluchtten, maar wel wordt er gezegd – ja ja, lees maar heel goed – dat zij zich ernstig zorgen maken over het lot van hun moeder, die nog in Vietnam is en het beroep van straatventer uitoefende en nu waarschijnlijk naar een nieuwe 'economische zone' is gestuurd om – let wel! – het verwoeste land te ontginnen. Miljoenen vrouwen in de Aziatische landen en Oost-Europa deden dit al, doen het nog en zullen het nog altijd doen; was het niet zo lang geleden in Nederland ook niet zo dat men in de oogsttijd ten plattelande vele vrouwen op de velden zag, die het zware werk met hun mannen deelden om de oogst binnen te halen? Sprak men toen ook over slavernij of uitbuiting?

In ons zo bekende MC van 4 mei 1979 lees ik een artikel over 'Medisch onderzoek na martelingen' van Amnesty International van dik twee pagina's van de dames Lachinsky, Warmenhoven en Batavier. Zet je nou maar schrap, want nu moet het wel voor iedereen duidelijk zijn hoe erg het wel is in Zuid-Amerika! Zij schrijven over het vreselijk lot dat een Uruguayse vrouw van 30 jaar, thans in Nederland vertoevend en daar onderhouden, moest ondergaan. Een zeer lange anamnese, waar je de rillingen van over het lijf kruipen – wat die allemaal heeft meegemaakt! Ze zegt zo geslagen te zijn geweest dat het lichaam vol met hematomen was bedekt; verder had ze nog vele brandwonden opgelopen door vreselijke martelingen. Als klap op de vuurpijl komt dan het objectieve lichaamlijke onderzoek.

Jonge jonge, denk je dan, dat zal niet mis zijn. Maar nu komt het: de huid vertoont geen – ja, ja: geen – littekens, maar o jé, ze blijkt gevoelig te zijn voor huisstof. Meerdere orgaanspecialisten werpen zich op haar organen. De oogst van hun ijverig zoeken is nihil. Als we honderd doorsnee Nederlanders, die nooit gemarteld zijn geweest, zouden keuren dan geloof ik dat er waarschijnlijk meer afwijkingen en zeker meer littekens op de huid gevonden worden dan bij deze lichaamlijk zo gekwelde Uruguayse dame. Mag ik even onbescheiden zijn? Ik denk dat de dames specialisten zich er – op zijn zachtst uitgedrukt – op een voor een medicus ongeoorloofde wijze aardig hebben laten 'inluizen'; of deden ze dat met opzet, menend dat de objectief denkende arts daar wel zal intrappen?

Het hele verhaal doet mij denken aan die vrouw die mij, toen ik nog huisarts was, consulteerde over haar buikklasten en mij na de gebruikelijke vragen dramatisch vertelde dat zij bij de laatste bevalling verlost werd met de – schrik niet – 'dubbele keizerssnede'. Bij zorgvuldig onderzoek van de buikhuid was geen littekentje te zien, zelfs niet met een vergrootglas, terwijl de ingreep zeer recent had plaatsgevonden. Haar mededeling werd dan op de status vermeld onder de rubriek 'Lucas 23 vers 34'.

Begrijp me goed. Ik bewonder die regimes helemaal niet, maar dat geldt dan wel voor honderdveertig van de honderdvijftig regimes die wij op onze aardkloot hebben. Van de redactie van MC zou ik wensen dat zij zulk soort artikelen nooit meer op zou nemen. Gij onderschat het – gelukkig nog bij vele artsen aanwezige – kritische denkvermogen, hoewel dat bij een helaas langzaam toenemend aantal, door politieke fanaten geïnspireerd, dreigt te worden aangetast.

Zaandam, 10 mei 1979

Dr. J. C. D. van Maanen, keel-neus-oorarts

### Naschrift

Collega Van Maanen geeft blijk van een verbijsterende minachting en onkunde als het gaat om zorg, ziekte of pijn van anderen. Of het nu twee Vietnamese vluchtelingen betreft die – naar onze mening begrijpelijk – bezorgd zijn om hun moeder, dan wel een oud-patiënte van hemzelf, die op haar status een bijbeltekst geplakt kreeg. Het verbaast ons daarom ook niet dat hij in staat is haast lacherig te reageren op ons verhaal. Lees ons stuk nog eens, dokter, en denk aan het tijdsverloop tussen martelingen en onderzoek. Zelfs een leek weet dat er niet altijd zichtbare littekens overblijven. En van hematomen al helemaal niets. Pleit dat dús tegen haar getuigenis en zijn wij er, goedbedoelend weliswaar, ingelopen? Wij kunnen uiteraard niets bewijzen. Wij staan wel in voor de betrouwbaarheid van haar

verhaal, na verschillende uren lange gesprekken, te meer daar zij niet de enige vluchteling is die wij kennen uit dat land. Maar natuurlijk hebben wij het niet eens goed bedoeld! Wij zijn te kwader trouw en bovendien geïnspireerd door politieke fanaten. Dat hebben wij vaker gehoord: wel 'honderdveertig regimes op onze aardkloot' moeten er niets van hebben dat hun daden boven water komen. Zij lachen om leed of blijven er koud onder en zij vertrouwen erop dat er mensen zijn die de verhalen alleen maar voor propaganda verslijten. Weet u nog wel, zo'n vijfendertig tot veertig jaar geleden, toen dat onrecht over Europa woedde – zoals u zelf zegt – wie geloofde toen dat het zó erg was? Het werd voor oorlogspropaganda gehouden. Moeten wij voorbeelden noemen uit recenter tijden? Het lijkt vergeefse moeite. Terug naar de bijbel. Zoek maar op: Mattheus 13: 14-15. Wel te rusten, collega.

Amsterdam, 22 mei 1979

Nadia Lachinsky  
Corrie Warmenhoven  
Patricia Batavier



**Subsidies Nederlands Astma Fonds** – Ook in 1980 stelt het Nederlands Astma Fonds subsidies beschikbaar voor wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de chronische aspecifieke respiratoire aandoeningen (CARA). Formulieren voor aanvragen van nieuwe projecten zijn verkrijgbaar bij het bureau van het Nederlands Astma Fonds. Postbus 5, 3830 AA Leusden, tel. 033-41814. Vervolgaanvragen voor reeds gesubsidieerde projecten dienen vóór 15 augustus 1979 in het bezit van het fonds te zijn; de benodigde formulieren zullen tijdig aan de betrokkenen worden toegezonden.

**Vestigingsbeleid tandartsen** – De tandartsen in Nederland verzetten zich in beginsel niet tegen een vestigingsbeleid, eventueel met een wettelijk geregeld vergunningstelsel. Aan een dergelijke wettelijke beperking van de vrijheid tot vestiging zullen zij wel duidelijke voorwaarden stellen. Aldus de Algemene Vergadering van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT). Besproken werd een nota, waarin een vergunningstelsel wordt voorgesteld als oplossing voor het tandartsentekort in sommige streken van ons land. De NMT staat een regionale aanpak voor, aangezien zowel het aanbod

van tandartsen als de vraag naar tandheelkundige zorg per streek sterk verschillen. Ook in het nu bij de Kamer liggende wetsontwerp wordt de noodzaak van een vergunningstelsel benadrukt. Hoewel zij een zekere beperking van de vestigingsvrijheid niet afwijst, stelt de Maatschappij Tandheelkunde zich zeer kritisch op tegenover dit wetsontwerp. De komende maanden zullen de voorwaarden waaraan een vergunningstelsel haars inziens zal moeten voldoen binnen de NMT worden uitgewerkt. Vast staat al wel, dat naar de mening van de tandartsen bij een wettelijk geregeld vestigingsbeleid groepspraktijken geen belemmering mogen zijn voor individuele tandartspraktijken en dat onder geen voorwaarde mag worden ingegrepen in de interne 'praktijkhuishouding'. Een al te strak vergunningenbeleid brengt volgens NMT-voorzitter Schoemaker het gevaar mee van een handel in vestigingsvergunningen en demotivat

**Geretardeerde kinderen** – Op 5 oktober 1979 vindt in 'Klein Speijk' te Oisterwijk een symposium plaats over: 'Ontwikkelingskansen voor geretardeerde kinderen; een visie op het ontstaan, het onderkennen en het behandelen van psychische stoornissen bij geretardeerde en/of zwakzinnige kinderen'. De organisatie berust bij het observatiecentrum 'De Hondsborg' te Oisterwijk; symposiumvoorzitter is Prof. S. J. Nijdam, hoogleraar in de psychiatrie te Nijmegen. Contactpersoon: Drs. A. Dirks, klinisch psycholoog, tel. 04242-9000.

**Meer werk, minder verpleegkundigen** – De groei van het aantal verpleegkundigen in de Nederlandse ziekenhuizen heeft geen gelijke tred gehouden met de groei van het aantal medici. Sinds 1974 groeide het aantal artsen en sociaal-wetenschappelijke medewerkers in de ziekenhuizen met ruim 24%, het aantal verpleegkundigen daarentegen met slechts ruim 5%. Tegenover deze geringe groei van verpleegkundige mankracht staat een sterke intensivering van de werkzaamheden. Aldus enige uitkomsten van een enquête die het Nationaal Ziekenhuis Instituut onder 113 algemene ziekenhuizen in ons land heeft gehouden en waarover door de Stichting Medische Registratie mededelingen zijn gedaan in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde d.d. 18 mei jl. In 1977 werden volgens de SMR bijna tweemaal zoveel patiënten (1,5 miljoen) in een ziekenhuis behandeld als in 1955 (780.000). Het gemiddeld aantal verpleegdagen per patiënt liep in dezelfde periode terug van 20 naar 15, maar dat betekent niet dat ook het aantal verpleegdagen is teruggelopen: door een sterk stijgend aantal opnames liep het totaal aantal verpleegdagen de laatste dertig jaar op van 15,7 miljoen tot 22,4 miljoen jaarlijks. Volgens de SMR neemt het aantal bevallingen in het ziekenhuis de laatste tijd aanmerkelijk toe; opvallend is daarbij de

stijging van het aantal poliklinische bevallingen: in 1974 nog 10% van alle ziekenhuisbevallingen, in 1977 al 18%. Nog een bevinding: vooral de röntgenafdelingen en de laboratoria hebben de laatste jaren een behoorlijke taakverzwaring gehad. Van 1970 tot 1977 steeg het aantal röntgendiagnostische verrichtingen met 30% en het aantal laboratoriumverrichtingen, waarschijnlijk door het in gebruik nemen van moderne apparatuur, met 114%.

## Horizontaal

1. Dat gestoorde dienstmeisje uit het Cats-huis blijkt een apart ziektegeval.
4. Doe u 'r eens wat reukwater op.
5. Noem 'r eens een die zo geweldig is.
7. Kan 'k niet met alle orakeltaal hier zo'n bloedvat bedenken?

## Verticaal

1. Ach, Roel heeft buikloop en moet hevig braken.
2. Daar zit een toekomstige dokter in.
3. Ik beweeg me stram vanwege die verstui-king.
6. Luister, leen het de otoloog.

1		2		3
	nr.		24	
4				
	MedisCript			
5		6		
	19		79	
7				

Onder de inzenders van de juiste oplossing van dit MedisCript wordt een boekenbon verloot; die van nr. 22 gaat naar A. M. Batenburg-Plenter, Voorschoterlaan 57, Rotterdam

## Oplossing MedisCript nr. 23

**Horizontaal:** 1. Kwark; 4. Imago; 5. Ivoor; 7. Knaus.

**Verticaal:** 1. Kliniek; 2. AMA; 3. KNO-arts; 6. Opa.

---

# Bevolkingsbeleid en 14 miljoen

Zonder spaarbankboekje, zonder burgemeester met ambtsketen en in volledige anonimiteit werd eind maart de 14 miljoenste Nederlander verwelkomd. Of 't een 'hij' of een 'zij' was weten we niet, ook niet of deze 14 miljoenste in een wieg of in een couveuze terecht kwam dan wel zich bij de immigratie-autoriteiten moest legitimeren. We nemen het aan, omdat het Centraal Bureau voor de Statistiek het ons heeft gemeld. Geen feestelijkheden dus rondom het passeren van deze demografische mijlpaal, maar toch ook niet een onopgemerkt gebeuren. Daarvoor zorgde ons parlement en wel in het bijzonder Dr. D. Dolman door het stellen van een aantal vragen aan de minister-president en de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Bij de mondelinge behandeling van deze vragen in de Tweede Kamer op 5 april j.l. begon Dolman zijn vragen nader toe te lichten door erop te wijzen, dat bij de aankomst in 1963 van de 12 miljoenste Nederlander de toenmalige minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Veldkamp de welkomstwoorden sprak 'gelukkig het land dat wordt vermd door kinderstemmen', hetgeen Wim Kan de opmerking ontlokte, dat 'die man nodig zijn beeldspraak moest laten nakijken.' En nu, bij de 14 miljoenste inwoner van Nederland als produkt van de voortgaande groei onzer bevolking, geen openbare belangstelling. De huidige minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Dr. L. Ginjaar, antwoordde Dr. Dolman door onder meer op te merken, dat inderdaad aan het bericht van de 14 miljoenste Nederlander geen speciale aandacht was besteed, maar in zijn betoog deed hij een belangrijke mededeling, welke een antwoord was

---

door **Prof. Dr. P. Muntendam**



Prof. Dr. P. Muntendam is voorzitter van de Staatscommissie Bevolkingsvraagstuk.

---

op één van Dolmans vragen, luidende: 'Heeft de regering een standpunt bepaald over de ruim twee jaar geleden uitgebrachte aanbevelingen van de Staatscommissie (Bevolkingsvraagstuk, M.). Zo neen, wanneer dan wel? Zo ja, wil zij dan de Kamer volledig inlichten?'

Op deze vraag antwoordde de minister dat de regering recentelijk een standpunt heeft ingenomen met betrekking tot het eindrapport van de Staatscommissie en dat dit standpunt spoedig aan de Kamers zal worden toegezonden. Inderdaad geschiedde dit vijf dagen later en wij willen ons nu tot deze uit demografisch oogpunt belangrijke verklaring bepalen na het rapport van de Staatscommissie in herinnering te hebben gebracht.

## Bevolking en Welzijn

Het was in januari 1977 dat het rapport Bevolking en Welzijn aan de toenmalige regering werd aangeboden, nadat reeds in 1973 een interimrapport was uitgebracht. In het eerste jaar van

haar studie was de commissie al tot de conclusie gekomen, dat van voortgezette bevolkingsgroei in Nederland meer nadelen dan voordelen te verwachten zouden zijn en dat het bereiken van een toestand die als 'stationaire bevolking' is aan te duiden – dat is een bevolking gekenmerkt door een onveranderlijke leeftijdsopbouw en een constante omvang – tot de reële mogelijkheden zou behoren.

In het kader van deze conclusies uit het interimrapport dienen de eerste drie aanbevelingen uit het eindrapport te worden gelezen. Zij richten zich op de demografische ontwikkeling in Nederland en komen in het kort op het volgende neer. De regering wordt aanbevolen te streven naar een zo spoedig mogelijke beëindiging van de natuurlijke bevolkingsgroei, wat zeggen wil dat iedere ontwikkeling, waarbij de vruchtbaarheid tussen 15 en 30% beneden vervangingsniveau ligt, daartoe geschikt wordt geacht. Voorts beveelt de commissie de regering aan bij het streven naar een spoedige beëindiging van de natuurlijke groei de wenselijkheid van het op lange termijn tot stand komen van een nagenoeg stationaire bevolking niet uit het oog te verliezen. En tenslotte werd aanbevolen er zorg voor te dragen dat de immigratie op korte en middenlange termijn geen noemenswaardige invloed op de demografische ontwikkeling zal hebben.

Twee jaar na het uitspreken van deze aanbevelingen had de regering haar standpunt nog niet bepaald, althans niet in de openbaarheid gebracht. Wel had de toenmalige minister-president Den Uyl in 1974 aan de vooravond van de Wereldbevolkingsconferentie van de VN te Boekarest gezegd, dat hij het streven naar een zo spoedig mogelijke



beëindiging van de natuurlijke bevolkingsgroei in Nederland zou willen ondersteunen, maar een reactie op het eindrapport met de vorengenoemde aanbevelingen bleef uit.

Vandaar dat het parlement de gelegenheid van de ‘14 miljoenste’ aangreep om te vragen naar het regeringsstandpunt over de demografische ontwikkeling in Nederland, naar de reactie op de in begin 1977 gedane aanbevelingen van de Staatscommissie.

In een aan de voorzitter van de Tweede Kamer gerichte brief van 10 april 1979 zet de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne het regeringsstandpunt over het rapport van de Staatscommissie uiteen. Na te hebben vastgesteld dat de regering een positief oordeel heeft over het rapport *Bevolking en Welzijn in Nederland*, volgt instemming met het standpunt van de Staatscommissie, dat bevolkingsbeleid gevat dient te worden in het totale overheidsbeleid. Dit betekent, dat de regering de opvatting van de commissie steunt, dat het hier niet gaat om het openleggen van een nieuw beleidsterrein maar om het betrekken van de demografische aspecten van de daarvoor in aanmerking komende beleidssectoren. Van groot belang is hetgeen in de brief van de minister dan volgt:

‘De regering stemt in met de aanbeveling van de staatscommissie dat het beëindigen van de natuurlijke bevolkingsgroei wenselijk is. Geconstateerd kan worden dat het huidige vruchtbaarheidsniveau van de bevolking lager is dan hetgeen nodig is voor de vervanging van oudere door jongere generaties. Deze ontwikkeling, waarbij binnen afzienbare tijd een beëindiging van de bevolkingsgroei spontaan zal worden bereikt, waardeert de regering positief.’

Van belang is ook dat minister Ginjaar daarop laat volgen, dat een ontwikkeling van de vruchtbaarheid binnen een margegebied van  $\pm 15\text{-}30\%$  beneden de vervangingswaarde door de regering op dit ogenblik aanvaardbaar wordt geacht en dat het gewenst is uiteindelijk een stationaire bevolkingssituatie te bereiken.

**Beïnvloeding**

In de kantlijn van deze opmerking

plaatsste ik echter een vraagteken, namelijk waar de regering stelt dat zij met de Staatscommissie van oordeel is, dat in de eerstvolgende jaren geen beïnvloeding van de ontwikkeling van de vruchtbaarheid nodig is. Zijn hier achter ‘beïnvloeding’ de woorden ‘van overheidswege’ weggevallen? En wat wordt met ‘beïnvloeding’ bedoeld? Als de regering eerst stelt, dat beëindiging van de natuurlijke bevolkingsgroei wenselijk is, voorts stelt dat deze groei voorlopig, zij het in vertraagd tempo, voortgaat en tegen het eind van de eeuw de 15 miljoenste Nederlander wel geregistreerd zal worden, en tenslotte zeer terecht in de brief stelt, ‘dat bij elke vorm van bevolkingsbeleid het recht van partners om in vrijheid en verantwoordelijkheid te kunnen beslissen over aantal en spreiding van hun kinderen dient te worden gerespecteerd’, dan is volgens mij wel degelijk beïnvloeding nodig. En wel in die zin dat de partners de hiervóór geciteerde verantwoordelijkheid inderdaad kunnen dragen en dat zij weten en beseffen dat hun regering een verdere natuurlijke bevolkingsgroei ten spoedigste wil doen beëindigen. Welnu, hierop dienen onderwijs, opvoeding en voorlichting zich te richten. En dit noem ik nadrukkelijk ‘beïnvloeding’, ook van overheidswege. Zou immers deze beïnvloeding niet plaatshebben, dan zou voor de overheid als alternatief het ‘laissez aller’ overblijven en gelukkig mogen we vaststellen, dat nergens in de regeringsverklaring deze uitgangstelling voor een te voeren bevolkingsbeleid wordt betrokken. Het zou ook een uitermate gevaarlijk beleid zijn voorzover men in dit geval van beleid zou kunnen spreken.

De gedachte immers, dat de sterke geboortedaling sinds 1964 zich toch ook spontaan heeft ontwikkeld en zich ‘dus’ wel zal voortzetten zonder enige beïnvloeding is onjuist. De geboortedaling heeft zich in 1978 niet

verder voortgezet in Nederland en de oorzaak daarvan zal waarschijnlijk mede moeten worden gezocht bij de groep inwoners waarop zich de derde aanbeveling van de Staatscommissie richtte, de immigranten.

We zien bij deze groep namelijk niet alleen een geboortecijfer dat de laatste jaren meer dan het dubbele bedraagt van dat in de Nederlandse bevolking, maar dat ook geen neiging tot daling vertoont. Laatstgenoemd verschijnsel is zeker mede te wijten aan het voortgaande proces van de gezinshereniging en het zal vermoedelijk (berekeningen nog niet gepubliceerd) mede een oorzaak zijn van de lichte stijging, voor het eerst sedert 1970, van de nataliteit in Nederland tot 12,6 per 1.000 inwoners in 1978.

De verhouding van het aantal levendgeborenen van niet-Nederlandse nationaliteit tot het totaal aantal levendgeborenen steeg in die jaren van 2,7 tot 5,6%. Men mag zich afvragen of deze ontwikkeling, waarbij het absolute aantal levendgeborenen van Nederlandse nationaliteit daalde van 221.058 in 1971 tot 163.543 in 1977 en het aantal van niet-Nederlandse nationaliteit steeg van 6.122 tot 9.753 nog wel overeenstemt met de eerder genoemde aanbeveling van de Staatscommissie dat de immigratie geen noemenswaardige invloed op de demografische ontwikkeling mag hebben.

Ook in haar brief schenkt de regering aandacht aan de immigratie en wel onder verwijzing naar haar eerder gedane regeringsverklaring over de buitenlandse migratie. Daarin heeft zij zich uitgesproken voor de wenselijkheid van een restrictief toelatingsbeleid, ‘overwegende dat immigratie op een bevolkingsontwikkeling in ons land geen noemenswaardige invloed mag uitoefenen’.

*Levendgeboren per 1.000 inwoners*

Jaar	Nederlandse nationaliteit	Niet-Nederlandse nationaliteit	Totaal
1971	17.2	26	17.3
1973	14.3	26.9	14.6
1975	12.8	25.8	13.1
1977	11.8	26.9	12.5

Bron CBS



## Voorlichting

Ook op dit punt sluit derhalve de regering zich aan bij het standpunt van de Staatscommissie dat op lange termijn de gevolgen van gastarbeid voor ons land, maar ook voor de landen van herkomst, meer negatief dan positief zijn. Toch stelt de regering nadrukkelijk vast, dat zij geen beperkingen wenst in te voeren ten aanzien van gezinsherenigende immigratie, een standpunt dat een ieder zal kunnen respecteren, maar dat nog eens te meer wijst op de dringende noodzaak van gerichte voorlichting op het gebied van 'geboortenregelend gedrag', ook en in het bijzonder voor deze groep van inwoners van ons land. Een belangrijke aangelegenheid waaraan dan ook terecht de Staatscommissie een aantal van haar 66 aanbevelingen heeft gewijd. Uiteraard heeft de regering in haar reactie op het rapport van de Staatscommissie nog niet op alle aanbevelingen uit het rapport Bevolking en Welzijn kunnen ingaan. Dit was ook niet nodig, omdat reeds vóór de eindrapportering de regering had voldaan aan de aanbeveling in het interimrapport van de commissie door een Interdepartementale Commissie Bevolkingsbeleid in te stellen, waarvan

het secretariaat gevoerd wordt door de afdeling Bevolkingszaken op het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Deze ICB zal de regering verder adviseren over de aanbevelingen van het rapport der Staatscommissie. Inmiddels mag het een toe te juichen ontwikkeling worden genoemd, dat het in het ministerie voor Volksgezondheidszaken is geweest dat een afdeling bevolkingszaken werd ingesteld. De betekenis van demografische ontwikkelingen voor de volksgezondheid – en niet in het minst voor de geestelijke aspecten daarvan – werd hiermee nog eens onderstreept. Wij mogen er ons over verheugen, dat de regering een beginseloordeel heeft willen geven over het rapport van de Staatscommissie Bevolkingsvraagstuk en zich daarbij in grote lijnen heeft uitgesproken in de geest van de conclusies der commissie met betrekking tot de demografische ontwikkeling in Nederland. De reeds enige jaren geleden plaatsgehad hebbende instelling van een nationaal programma voor demografisch onderzoek door de toenmalige minister voor het Wetenschapsbeleid wees reeds in de richting van de erkenning, dat begeleiding van deze ontwikkeling slechts op basis van wetenschappelijk

onderzoek kan gebeuren. Op een zwakke plek in het regeringsstandpunt als zou geen beïnvloeding van de ontwikkeling der vruchtbaarheid in Nederland nodig zijn – een uitspraak die overigens niet door de verdere tekst van de brief is ondersteund – werd de vinger gelegd. Met belangstelling worden nadere reacties van de regering op de aanbevelingen van de Staatscommissie tegemoetgezien.

---

## Literatuur

'Nederland heeft 14 miljoen inwoners' door R. Verhoef in Maandschrift CBS, maart 1979.

'In Nederland levendgeboren kinderen naar land van nationaliteit', Maandstatistiek van Bevolking en Volksgezondheid, CBS, maart 1979; bewerkt door J. C. van den Brekel voor 'Demografie', bulletin van het Nederlands Interuniversitair Demografisch Instituut.

'Minder mensen, meer welzijn' door D. J. van de Kaa en K. van der Windt, maart 1979, Aulareeks 1615 Spectrum.

Handelingen Tweede Kamer, 5 april 1979.

'Bevolkingsvraagstuk', brief van de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 10 april 1979.

# Psychotherapie in discussie

## Vereniging van Nederlandse Psychiaters kritiseert nota-Verhagen

De Vereniging van Nederlandse Psychiaters (VNP) heeft veel kritiek op de discussienota psychotherapie van de werkgroep-Verhagen, een werkgroep die onder voorzitterschap staat van Mw. Dr. H. J. A. Verhagen, hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid. De VNP vraagt zich zelfs af of de werkgroep haar werkzaamheden maar niet beter kan staken aangezien uit de reacties uit het veld blijkt dat er nauwelijks enige waardering bestaat voor de gedachtengang van de werkgroep. Volgens de VNP wekt de werkgroep de indruk, dat ze de grenzen tussen ambulante geestelijke gezondheidszorg en het werk van de zelfstandig werkende psychiaters nog steeds niet goed voor ogen heeft. De discussienota geeft geen definitie van psychotherapie. Daardoor komt de nota volgens de VNP ook niet tot een zindelijk onderscheid tussen enerzijds psychotherapie als behandeling van psychische ziekten en anderzijds die vormen van psychosociale hulpverlening die in feite neerkomen op hulp bij psychische

problemen van gezonde mensen. De nota stelt weliswaar dat psychotherapie niet als een afzonderlijk beroep moet worden beschouwd, maar ze geeft niet aan binnen welk beroep of welke beroepen zij de psychotherapeutische deskundigheid dan een plaats zou willen geven. Wel duidelijk is, dat de werkgroep psychotherapie niet wil zien als een deskundigheid die vanzelfsprekend tot het gebied van de psychiater behoort; ze grenst psychotherapie integendeel juist af ten opzichte van 'psychiatrische behandeling'.

## Overorganisatie

De voor de in de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg gebundelde instellingen voorgestelde organisatie met betrekking tot de psychotherapie mondt volgens de VNP uit in ingewikkeldheid, overorganisatie, en derhalve in bureaucratie en ontmenselijking. De voorgestelde

mammoet-organisatie betekent volgens de VNP een bedreiging van de privacy van de hulpzoekenden. Opzienbarend noemt de VNP het, dat de stem van de burger en de vraag naar zijn wensen en behoeften in de nota nergens aan de orde komen. 'Onze vereniging acht het, in een periode waarin de mens door grootschaligheid vervreemdt van zichzelf en zijn eigen creativiteit, van essentieel belang dat de hulpverlening zich niet juist zelf schuldig maakt aan datgene waarvoor de hulpzoekende hulp zoekt', aldus de VNP. Tenslotte noemt ze het nogmaals onaanvaardbaar, dat het medisch specialisme psychiatrie, 'met haar onvervreemdbaar onderdeel de medische psychotherapie', in één adem zou kunnen worden genoemd met psychosociale hulpverlening van niet-medici aan niet neurotisch gestoorde mensen.

# LHV-voorzitter wil verduidelijking van positie en rol van de huisarts

Ter inleiding van de ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging, donderdag 31 mei jl. gehouden in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht, heeft LHV-voorzitter *J. W. Jacobze* uiteengezet hoe hij met zijn bestuur wil proberen op een bewuste, systematische en doelgerichte wijze te komen tot verduidelijking van de positie en de rol van de huisarts in de gezondheidszorg. Hij betoogde bij die gelegenheid aldus:

In het jaarverslag 1978 hebt u kunnen lezen dat het Centraal Bestuur o.a. die zaken heeft aangevat die nauw met elkaar samenhangen, te weten: a. reorganisatie van bestuurswerkzaamheden; b. ontwikkeling van doelstellingen; c. ontwikkeling van een strategie.

Aan elke strategie gaat echter een keuze vooraf die gebaseerd is op dat wat we willen verwerkelijken. Op grond van een dergelijke keuze komen we tot het stellen van doeleinden – en dan gaat het bij de strategie om de wijze waarop we deze doeleinden willen bereiken. Kort samengevat komt deze keuze erop neer dat wij willen proberen op een bewuste, systematische en doelgerichte wijze te komen tot verduidelijking – zowel kwantitatief als kwalitatief – van de positie en de rol van de huisarts in de gezondheidszorg. Daarvoor is nodig dat wij:

- een gezamenlijke visie op het eigen functioneren ontwikkelen;
- een beleid voeren dat erop gericht is de toekomstige ontwikkeling van het huisartsenberoep mede naar eigen inzicht vorm te geven;
- deze activiteiten in een ruimer maatschappelijk kader te plaatsen, in die zin dat wij meer en meer naar voren treden als een maatschappelijk herkenbare en erkende beroepsgroepering.

Mevrouw Agnes van Hove-Baek heeft in een artikel in het tijdschrift *Politica*, naar aanleiding van haar proefschrift 'Het



*LHV-voorzitter J. W. Jacobze spreekt de ledenvergadering toe.*

professionaliseringsproces van de Nederlandse huisarts' de actievelen waarop een beroepsvereniging als de LHV een rol dient te spelen op uitstekende wijze geïnventariseerd:

- de beroepsdefiniëring, dat wil zeggen de voortdurende plaats- en taakbepaling van de huisarts in een zich steeds verder specialiserende gezondheidszorg;
- het veld van de taakafbakening en de samenwerking tussen de verschillende hulpverleners op het terrein van de gezondheidszorg;
- het deskundigheidsgebied, waaronder de opleiding en de nascholing van de huisarts (Ik zou daaraan willen toevoegen de kwaliteitsbewaking, of intercollegiale toetsing, die eigenlijk nog volledig ontwikkeld moet worden);
- het praktijkterrein, de organisatie van het beroepshandelen van de huisarts.

## Geneesmiddelenvoorziening

Voordat ik inga op de beleidspunten van de LHV zou ik aan de hand van de geneesmiddelenvoorziening willen toelichten dat een juiste benadering van deze actievelen niet eenvoudig zal zijn. Dat ik er wat uitgebreider op inga heeft bovendien de volgende redenen:

De geneesmiddelenvoorziening staat momenteel nogal in de belangstelling. Daarbij wordt er van verschillende zijden op maatregelen aangedrongen, waarbij ik van mening ben dat deze slechts marginaal zijn, niet effectief zullen blijken te zijn, demotiverend zullen werken en alleen maar zullen leiden tot vergroting van de bureaucratie in de gezondheidszorg. Ik begin er langzamerhand genoeg van te krijgen dat de schuld van het oneigenlijk medicijngebruik, ook al is de laatste jaren een duidelijke vermindering van de stijging daarvan merkbaar, steeds eenzijdig op de schouders van de voorschrijvende arts wordt geschoven.

Het doorgeven van de zwarte piet – een bekend gebruik in de wereld van de politiek – is, mede als gevolg van sociaal-economische factoren, ook in de gezondheidszorg een noodzakelijke gewoonte geworden. En aangezien niemand graag verliest komt het erop neer dat alle 'spelers' als één man naar diegene wijzen die de medicijnen voorschrijft: de arts.

Men vergeet daarbij gemakshalve:

- dat bij de medicijnverstrekking het verwachtingspatroon, dat patiënt en arts veelal beiden van medische mogelijkheden hebben, de belangrijkste rol speelt;
- dat de omvang van de gezondheidszorgvoorzieningen onder invloed staat van maatschappelijke ontwikkelingen als gevolg van de samenhang tussen maatschappijstructuur en ziektebegrip;
- dat in onze overgestructureerde, hoog gespecialiseerde en daardoor onduidelijk georganiseerde maatschappij de mens steeds meer zijn bestaan *ondergaat* in plaats van het zelf in de hand te hebben, dat wil zeggen het beslissingsproces is buiten het

bereik van de mens gekomen;

– dat in onze moderne maatschappij de toenemende discrepantie tussen welvaart en welzijn een jacht op welzijn veroorzaakt, waarbij elke dysfunctie in ernstige mate als storend wordt ervaren, met als gevolg een toenemend beroep op medische begeleiding en verzorging;

– anders gezegd: de verandering waaraan onze maatschappij onderhevig is uit zich vooral in ziektegedrag bevorderende zin, waarbij tegelijkertijd door de opbouw van een niet-realistisch verwachtingspatroon over de mogelijkheden van de geneeskunst een welhaast onbegrensde uitbreiding en oneigenlijk gebruik van het ziektebegrip opgetreden is;

– dat door de drang de problemen langs materiële weg te verminderen, de maatschappelijke orde met haar sterk regelende zorgzaamheid weliswaar voorkomt dat groepen mensen uit de welvaartsboot vallen, maar tegelijkertijd het zoeken naar individuele oplossingen belet (Giel, 1977). En het is juist de huisarts, die wordt geconfronteerd met vragen om individuele oplossingen, maar die daarbij, door het ontbreken van alternatieve mogelijkheden, soms moet overgaan tot ongerichte geneeskunde, tot een medische zorg die de mensen farmacologische gemoedsrust moet verschaffen.

De moderne maatschappij ontkent meer en meer dat gezond blijven een taak is, waarbij inspanning door de mens zelf noodzakelijk is. Ik denk dat het niet overdreven is te stellen dat de huidige maatschappelijke orde is georganiseerd voor symptoombestrijding en symptoomonderdrukking en daarmee voor draaglastvermindering in plaats van draagkrachtverhoging. Wanneer echter een symptoom gezien wordt als iets negatiefs, verliest het zijn signaalfunctie. Daardoor komen er steeds meer mensen met 'relatieve' gezondheidsstoornissen, stoornissen die het gevolg zijn van het bemoeilijken van hun optimale functioneren in de samenleving en die niet klinisch te genezen zijn, maar wel een steeds grotere afhankelijkheid van gezondheidszorg en sociale verzekering veroorzaken. Ik vermoed dat veel artsen zichzelf graag zouden willen losmaken uit een geheel van verwachtingen en verantwoordelijkheden, waaraan ze niet kunnen voldoen. Daarnaast is de werkbelasting van de huisarts vaak zo extreem, dat een goede uitvoering van al deze taken onmogelijk is; we staan echter gelukkig aan het begin van een overgangsfase van 'reactieve' naar 'pro-actieve' gezondheidszorg.

### Kernprobleem

Ik heb hiermee naar voren willen brengen dat het meest cruciale mechanisme waarmee we als we ontwikkelingen in de gezondheidszorg tot stand willen brengen rekening moeten houden is: de vaak, bewust of onbewust, niet onderkende samenhang en



*Veel belangstelling was er niet voor de LHV-ledenvergadering van 31 mei jl. Lag dat aan de agenda die grotendeels was samengesteld uit punten betrekking hebbend op huishoudelijke zaken? Desondanks was een quorum aanwezig dat goedkeuring verleende aan de LHV-statuten, het voorstel tot vaststelling van de LHV-contributie voor huisartsen in dienstverband, het jaarverslag van de secretaris over 1978 en de financiële jaarstukken.*

wisselwerking tussen het politiek-sociale systeem en de heersende gezondheidswaarden en -normen. Ik ben dan ook van mening dat de problemen in de gezondheidszorg niet kunnen worden opgelost door beperking van de mogelijkheden van de curatieve sector. Bijvoorbeeld het opstellen van een limitatieve lijst en het verplicht stellen van de Regeling en Klapper is een ontkennen van het kernprobleem en een voorbijgaan aan de werkelijkheid.

Het is dan ook verheugend dat de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne in haar nota 'het beleid terzake van de gezondheidszorg met het oog op de kostenontwikkeling' heeft gesteld dat 'beleidsvoornemens slechts kunnen slagen met medewerking van alle betrokkenen en in goed overleg met de geëigende instanties in de gezondheidszorg'. Ook al is het de enige juiste weg, dan nog is het een moedige keuze. Het is bepaald niet de weg van de minste weerstand, als we tenminste de vragen horen om korte termijnoplossingen, ook al kunnen dat slechts schijnoplossingen zijn voor onnauwkeurig geformuleerde doelen die het gevaar in zich hebben van het conflict tussen beheerders van en werkers in de gezondheidszorg. De vanzelfsprekendheid waarmee men daarbij uitgaat van het hoge niveau van beroepsverantwoordelijkheid van de hulpverleners moge een compliment lijken, in werkelijkheid wordt het steeds meer een vrijbrief om aan te dringen op maatregelen die leiden tot een onverantwoorde taakverzwaring van de werkers in de gezondheidszorg. Dit is een ontwikkeling die onze bijzondere aandacht verdient. Te veel praat men over kaders voor

de gezondheidszorg, te weinig over het scheppen van voorwaarden, waardoor het voor de werkers in de gezondheidszorg mogelijk wordt om binnen deze kaders te functioneren.

Ik acht werkelijke kostenbeheersing in de gezondheidszorg pas mogelijk als het in onze materiële welvaartsstaat verbroken evenwicht tussen 'needs' (de objectieveerbare nood) en 'demands' (de subjectieve hulpvraag) wordt hersteld, waardoor de planning kan worden afgestemd op reële verwachtingen van de hulpvrager. Dit kan niet worden bereikt door op eenzijdige machtsuitoefening berustende maatregelen. Het minste wat er voor nodig is, is gemotiveerd overleg tussen overheid en werkers.

Welke bijdrage zouden wij als artsen kunnen leveren aan de ook door ons noodzakelijk geachte beheersing van de gezondheidszorg? Ik denk daarbij globaal onder meer aan:

1. het overschakelen op selectieve groei, dat wil zeggen op basis van een meer kritische houding ten aanzien van kwaliteit en kwantiteit van de gezondheidszorg en het onderkennen van de noodzaak hier verbetering in aan te brengen, aangeven wat wenselijk en mogelijk is;
2. het bevorderen van de zelfzorg, de zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid van de hulpvrager; daarbij kan – mede door stimulering van de niet-professionele mantelzorg – de nadruk komen te liggen op hulpverlening in het eigen milieu;
3. het bevorderen van de samenhang,

afstemming en samenwerking tussen de verschillende sectoren van de gezondheidszorg, zodanig dat elke sector een complementaire functie in het totaal van de hulpverlening vervult, waardoor de doeltreffendheid en doelmatigheid van de hulpverlening kan worden verhoogd;

4. het al eerder genoemde verduidelijken van de functie van de huisarts. Ik zou daarbij willen inhaken op wat collega Van Londen, directeur-generaal voor de Volksgezondheid in zijn voortreffelijk artikel 'Rol en taak van de huisarts' in Medisch Contact 1979 nr. 6, stelt, namelijk '... dat de huisarts bij uitstek in de gelegenheid is de functie van tegenkoppel te vervullen'. Ik acht het de moeite meer dan waard dit verder uit te werken en na te gaan welke mogelijkheden en voorwaarden daarvoor noodzakelijk zijn.

### LHV-beleid

Ik kom tot datgene waarop het beleid van de LHV zich de komende tijd voornamelijk zal dienen te richten.

- Centraal zal daarbij staan de functiebepaling en – afgeleid daarvan – de taken van de huisarts in de gezondheidszorg. Het Centraal Bestuur probeert momenteel met het Nederlands Pedagogisch Instituut daarvoor een adequate strategie te ontwikkelen. Het interne aspect dat eraan is verbonden bestaat daaruit, dat het formuleren van dit richtdoel zal dienen te gebeuren vanuit een zo breed mogelijke doorsnede van de huisartsgroep. Het externe aspect bestaat daaruit, dat deze functie-omschrijving aanvaarding zal moeten vinden in de gezondheidszorg en samenleving.
- Het zal daarnaast noodzakelijk zijn de mogelijkheden te vergroten om de huisarts in staat te stellen de specifieke kennis en deskundigheid te verwerven door middel van een adequate beroepsopleiding en op peil te houden door middel van een adequate nascholing die nodig is om deze functie te verwerkelijken.
- Door de commissie 'Takenpakket' is onlangs de laatste hand gelegd aan de herziene inleiding van het rapport. De commissie is inmiddels van start gegaan met de bewerking en aanpassing van het gehele rapport, mede naar aanleiding van de diverse commentaren en de ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde, en denkt daarvoor nog minimaal een jaar nodig te hebben. Gezien de mogelijke evolutie in de doelstellingen zal het uiteindelijk de vorm aan moeten nemen van een voortdurend proces, berustend op een breed draagvlak binnen en buiten het huisartsenberoep.
- Met betrekking tot de geneesmiddelen-voorziening moet worden geconstateerd, dat overleg tussen voorschrijvende artsen en afleverende apothekers met het doel om door samenvoeging van beider deskundigheid en ervaring de kwaliteit van de farmacotherapie ten behoeve van de

patiënt te bevorderen en prijsbewust voorschrijven te stimuleren, een algemeen erkende, goede zaak is. Overleg ad hoc tussen apotheker en arts over een recept is algemeen gebruikelijk en het behoort tot de taak van de apotheker hiertoe het initiatief te nemen wanneer hij dat gewent acht uit hoofde van zijn specifieke deskundigheid met betrekking tot de werking en kwaliteit van het voorgeschreven geneesmiddel. De keuze om als gevolg van dit overleg het voorschrift te veranderen is in laatste instantie aan de arts; hij is immers verantwoordelijk voor de keuze van de therapie. Op verschillende plaatsen in den lande is gestructureerd periodiek overleg tussen groepen artsen en apothekers tot stand gekomen, waardoor door vaste afspraken niet alleen de kwaliteit van de geneesmiddelenvoorziening is bevorderd, doch ook een niet onaanzienlijke kostenbesparing is bereikt. Dergelijke initiatieven worden door het CB toegejuicht. Het ontwikkelen van criteria voor een optimale geneesmiddelenvoorziening in de optiek van de huisarts – reikend van prescriptie, via bereiding, aflevering en voorlichting tot medicatiebewaking – de functies van apothekers, huisarts en apotheekhoudende huisarts daarbij, inventarisatie van de mogelijke overlegstructuren en het komen tot een algemene aanbeveling voor een dergelijk overleg tussen huisartsen en apothekers, wordt momenteel voorbereid. Ook het inschakelen van apothekers in een consulentfunctie ten behoeve van apotheekhoudende huisartsen wordt nagestreefd. De uiteindelijke regeling zal uiteraard tot stand dienen te komen door samenwerking van alle betrokkenen. Ik wil daarbij voorop stellen, dat wij geen behoefte hebben aan deeloplossingen.

### Vestigingsbeleid

Ik denk dat het tijdperk van de volledige autonomie in de gezondheidszorg voorbij is. Er bestaat in feite momenteel alleen nog relatieve autonomie. Dit heeft rechtstreekse gevolgen voor de uitbouw van de praktijkorganisatie van de huisarts, in eerste instantie voor de spreiding en bereikbaarheid. Dit voorjaar organiseerde

het Centraal Bestuur drie ledenvergaderingen (5 april, 11 mei en 8 juni), die tot doel hadden om de leden te informeren over de problematiek van de vestiging van huisartsen, waarbij tenslotte van de leden een uitspraak verwacht werd over de vraag: 'Zien de leden van de LHV de vestiging van huisartsen als een gemeenschappelijk probleem en willen zij met het CB aan een vestigingsbeleid werken binnen het tijdsbestek van 1½ jaar'. In geval van positieve beantwoording stelt het CB zich voor de uitgangspunten voor een vestigingsbeleid met de leden te formuleren gedurende de zomer en het najaar van 1979. Vervolgens zal in de winter en in het voorjaar van 1980 aan de uitwerking van het vestigingsbeleid uitvoering moeten worden gegeven. Vanzelfsprekend zal de behartiging van de materiële belangen erop gericht zijn de huisarts een redelijke honorering te bezorgen. Redelijk in die zin dat het gerelateerd zal dienen te zijn aan de taakomvang, werkbelasting en verantwoordelijkheid van het huisartsenberoep en in een juiste verhouding zal dienen te staan tot de inkomens uit vergelijkbare functies. Wanneer binnenkort de honoreringsstructuur ter discussie wordt gesteld, zullen wij die wijzigingen moeten aanbrengen, die nodig zijn om de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde mogelijk te maken.

Met mevrouw Van Hove-Baeck ben ik van mening dat de huidige vorm en inhoud van de huisartsgeneeskunde eerder een gevolg is van het geheel van maatschappelijke ontwikkelingen dan van een bewuste activiteit van de beroepsgroep zelf. Meer dan in het verleden zullen wij samen met anderen, die elk op hun eigen terrein daartoe een bijdrage kunnen leveren, richting moeten geven aan de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde. Vooral nu, nu door sociaal-economische factoren er in de gezondheidszorg keuzen zullen moeten worden gemaakt, geeft alleen handelen vanuit het besef van gemeenschappelijke verantwoordelijkheid de werkers in de gezondheidszorg en samenleving de mogelijkheid dat de keuzen die gemaakt worden in de toekomst de juiste zullen blijken te zijn.

## Taakverdeling eerste en tweede echelon

Alhoewel ook het werk van de kruisverenigingen, sociaal werk en een deel van het werk van psychologen tot het eerste echelon behoren, vervult de huisarts de centrale rol in dit echelon. Het lijkt daarom verstandig voor deze beschouwing het begrip 'eerste echelon' te vernauwen tot de huisarts.

Het tweede echelon kent naast de somatisch-specialistische geneeskunde ook de geestelijke volksgezondheid, zowel ambulante zorg als klinische zorg in haar varianten van psychiatrische ziekenhuizen en zwakzinnigenzorg; daarnaast worden ook de verpleegtehuizen tot dit tweede echelon gerekend. Voor deze bespreking wordt het begrip 'tweede echelon' versmald tot de somatisch werkzame specialist.

De taak van de huisarts omvat somatische, psychologische en sociale gebieden.

Het raakvlak van de huisarts en de specialist als hiervoor bedoeld ligt in de somatische geneeskunde. De gedachtengang over de taakverdeling van eerste en tweede echelon kan dus worden toegespitst tot het somatisch-functionele facet van de huisartsgeneeskunde en het werk van de somatisch werkzame specialist.

### Reveil van de huisartsgeneeskunde

Alom leest men over de noodzaak tot versterking van het eerste echelon. In de Structuurnota Gezondheidszorg 1974 wordt eenvoudigweg van deze noodzaak als een dogma uitgegaan, met een gelijktijdige koppeling hieraan van een afremming van de specialistische activiteiten en mogelijkheden. Met de

---

door **Dr. M. J. Horikx**

Dr. M. J. Horikx heeft de hier gereproduceerde beschouwing als toelichting laten dienen op zijn stellingen, geponeerd tijdens het symposium van de Vereniging van Rotterdamse Medische Specialisten en de Plaatselijke Huisartsen Vereniging Rotterdam, waarmee een gedachtenwisseling op gang werd gebracht over de werkverdeling tussen het eerste en het tweede echelon in de gezondheidszorg (MC nr. 23/1979, blz. 742).

---

motie-Lubbers uit het najaar 1978 heeft de Tweede Kamer naar aanleiding van beraadslagingen over 'Bestek '81', uitgaande van de noodzaak tot kostenbeperkingen in de gezondheidszorg, aangedrongen op een beleid dat onder andere gericht is op versterking van de eerstelijns zorg. De huidige staatssecretaris van Volksgezondheid heeft in een recente uitvoerige nota omtrent 'Het beleid terzake van de gezondheidszorg met het oog op de kostenontwikkeling' aangegeven dat de regering de positie van de huisartsenhulp wil versterken met een beperking van de intramurale gezondheidszorg, onder andere door verdere uitvoering van de 4 per 1.000 beddenorm, afremming van de mogelijkheid tot vestiging van specialisten in de ziekenhuizen en het hanteren van een bouwplafond. De Melker (1974) spreekt in zijn

voortreffelijk artikel: 'Knelpunten in de samenwerking huisarts-specialist' over een reveil – een stroming van vernieuwing – van de huisartsgeneeskunde, waarbij de huisartsgeneeskunde zich meer

maatschappij- en persoonsgericht ontwikkelde tot een onderdeel van de welzijnszorg met de onderkenning dat psychosociale factoren een rol spelen bij het optreden en het beloop van ziekten. Hij wijst op de rol van de huisarts als voorpost van de gezondheidszorg en als gezinsarts.

Het inzicht dat de huisartsgeneeskunde een eigen vorm van geneeskunst is, niet alleen ten aanzien van de breedte van het gebied, de extra aandacht voor de mens als deel van zijn gezin en de grotere maatschappelijke kaders, maar evenzeer door het eigen morbiditeitspatroon dat grotendeels verschillend is van dat van de ziekenhuisgeneeskunde. Dit eigene heeft zijn erkenning gekregen in het tot stand komen van de leerstoelen voor de huisartsgeneeskunde, waarvan de eerste in Nederland – en de tweede ter wereld – werd ingesteld in 1967 te Utrecht.

Een betere vorming van de huisarts is in ieders belang. Dat de huisarts van tien jaar geleden 'niet meer was dan een verwijzingskantoor naar de specialist', zoals in het weekblad Elsevier van 7 april 1979 te lezen valt, kan echter tot het niet zelden voorkomende journalistieke duimzuigen worden verwezen. Hierbij wordt niet alleen groot onrecht aangedaan aan de toen functionerende huisartsen, doch het getuigt ook van een volledig gebrek aan inzicht aangaande het werken van deze groep artsen.

Hoe vreemd het op het eerste gezicht ook moge lijken, toch heeft deze ervaring en heroriëntatie van de huisartsgeneeskunde nauwelijks iets te maken met de relatie huisarts-specialist. De opleiding van de

huisarts is door meer gerichtheid op zijn specifieke functie verbreed, doch deze verbetering moet welhaast gaan ten koste van kennis en kunde van het gebied dat het raakvlak vormt met de specialist, namelijk het somatische aspect van de huisartsenzorg.

### **Gevaren van een verkeerd begrepen reveil**

De praktische opleiding van de huisarts in de senior co-schappen, dus in de somatische geneeskunde, is verkort van bijna twee jaren tot een jaar. Zelfs bij een aanmerkelijk verbeterde didactiek zal een teruggang van kennis en ervaring van de huisarts op het gebied van de somatische geneeskunde, het raakvlak met de specialist, welhaast niet zijn te voorkomen.

Uit een bijna twintigjarige ervaring als internist en uit gesprekken met collega's specialisten heb ik de overtuiging gekregen dat de jonge huisartsen op somatisch-geneeskundig gebied zeker niet beter gevormd zijn dan hun oudere collega's. Het gevaar is niet denkbeeldig dat door de grotere aandacht die de huisarts tegenwoordig – terecht overigens – geniet, de realiteitszin bij een aantal jonge collega's huisartsen gaat ontbreken en men reveil van de huisartsgeneeskunde gelijk gaat stellen aan bekwaamheid om een deel van de specialistische geneeskunde nu zelf te kunnen gaan beoefenen. Reeds in 1974 wees De Melker op het gevaar van overschatting en in zich afzetten ten opzichte van de specialist, waarbij de huisarts zich zou verschansen in zijn bolwerk, het gezondheidscentrum. De opvatting dat de specialist alleen als dusdanig kan functioneren omdat hij de volle beschikking heeft over alle faciliteiten van het ziekenhuis, getuigt niet alleen van een gebrek aan inzicht doch bergt eveneens een groot gevaar in zich. Immers, het is dan verleidelijk te denken dat men specialistische geneeskunde zou bedrijven als men maar zou kunnen beschikken over de ziekenhuisfaciliteiten. Niets is minder waar.

### **Ziekenhuisfaciliteiten voor de huisarts**

Het ter beschikking staan van de huisarts van een aantal röntgen- en laboratoriumfaciliteiten zal het werk van de huisarts niet alleen kunnen

vergemakkelijken, doch tevens kunnen verbeteren en op een kwalitatief hoger peil kunnen brengen:

- het laten vervaardigen van een röntgenonderzoek van de borstkas bij een patiënt die blijft hoesten of bij wie een longontsteking te traag geneest, kan een over het hoofd zien van een longkanker als oorzaak voorkomen;
- de mobilisatie van een patiënt met hepatitis infectiosa kan beter worden geleid, indien de huisarts beschikt over laboratoriumgegevens ten aanzien van de toestand van de lever;
- de diagnose mononucleosis infectiosa hoeft nu veel minder vaak te worden gemist, indien een bloeditstrijkje door het ziekenhuis voor de huisarts wordt beoordeeld.

Groot zijn echter de gevaren als de huisarts onvoldoende inzicht heeft in de betreffende waarde van het door hem aangevraagde onderzoek:

- als hij meent dat een ernstige kransslagadervernauwing onwaarschijnlijk is als het ECG normaal is, of zelfs denkt dat een normaal ECG een vers hartinfarct uitsluit;
- als hij de overtuiging heeft dat bij slikklachten een normaal röntgenresultaat van de slokdarm voldoende is om de patiënt en de dokter gerust te stellen;
- als hij een patiënt met een ulcus ventriculi op advies van de röntgenoloog opnieuw over een maand laat röntgenen en verzuimt zo'n patiënt onmiddellijk ter maagspiegeling naar een internist te sturen ter uitsluiting van een maagcarcinoom;
- als hij zich niet realiseert dat een patiënt met een volkomen normaal, zelfs zeer uitgebreid laboratoriumprofiel toch een reeds uitgebreid gemetastaseerd carcinoom kan herbergen;
- als hij meent dat een normale waarde van de thyroxinespiegel in het bloed een hypertyreoïdie uitsluit en zich niet realiseert dat er vele medicamenten zijn die de zogenaamde harsopname in beide richtingen tot ver in het pathologische gebied kunnen verschuiven.

Vele voorbeelden zouden nog zijn te geven doch een verdere opsomming is niet aangewezen.

Het ter beschikking hebben van vele laboratoriumuitslagen plaatst de huisarts voor de immense problematiek

van de normale waarden. Enerzijds kan het binnen de norm vallen van een bepaalde waarde een vals gevoel van zekerheid geven, anderzijds kan een abnormale uitslag ten onrechte de verdenking oproepen dat de patiënt een ziekte herbergt.

Bij een enkelvoudig laboratoriumonderzoek is 5% van de normale mensen per definitie abnormaal. Indien men twaalf bepalingen bij een patiënt laat verrichten, wordt in meer dan 17% van de gevallen de gezonde persoon ten onrechte als abnormaal gewaardeerd. In de praktijk blijkt dit theoretisch te berekenen getal van 17% veel hoger te liggen en ongeveer 30% te bedragen. Deze toeneming is begrijpelijk, omdat niet te verwachten valt dat alle onderzochte personen ook werkelijk gezond zijn. Nader onderzoek leerde dat van deze 30% abnormalen slechts 6% een klinisch definieerbare afwijking toonde en 24% als normaal moest worden beschouwd (Olthuis en Soons 1975).

Op de bijzonder betreffende waarde van uitgebreid laboratoriumonderzoek werd reeds in 1969 door Barnett, in 1972 door Friedman en eveneens in 1972 door Schneiderman gewezen. Barnett zegt dat er meer vragen worden opgeworpen dan er antwoorden zijn omtrent de waarde van uitgebreid laboratoriumonderzoek ter opsporing van ziekten. Ondoordachte voorlichting aan het publiek zoals in de Gelderlander van 11 april 1975, waarbij een bladzijde volgeschreven wordt over een materie waar de auteur kennelijk niets van afweet, met een enthousiaste oproep tot een '10.000 km-beurt voor uw lichaam', doet hier niets aan af.

Geleidelijk aan komen gegevens ter beschikking die erop wijzen dat normale waarden afhankelijk zijn van leeftijd en geslacht (Smeuler 1979). Als de normale waarden echter in de toekomst gegeven zullen worden voor zestien ondergroeperingen dan zal de verwarring compleet zijn (Hoeke 1979). Medicamentegebruik kan zowel tot een vals negatieve als tot een vals positieve laboratoriumuitslag leiden. Hoe groot dit probleem is, moge blijken uit het feit dat Young in 1972 meer dan 1.000 publikaties hieromtrent heeft verzameld, samengevat en tabellarisch gerangschikt in een afzonderlijk nummer van 'Clinical chemistry', dat 250 bladzijden omvat. Het is eigenlijk voor de clinicus

beschamend dat van klinisch-chemische zijde (Koch 1978) weer wordt gepleit voor meer gerichte laboratoriaanvragen en geadviseerd wordt uitgebreide laboratoriumprofielen zo mogelijk te vermijden, wegens hun geringe klinische rendement. Moser, de vice-president van het American College of Physicians zegt dat het de taak van de arts is om grote zuinigheid te betrachten ten aanzien van het opdracht geven tot diagnostische onderzoeken. Men moet weer schieten met een geweer en niet met hagel, aldus deze Amerikaanse collega.

De verwachting dat meer laboratoriumonderzoek door de huisarts aangevraagd de noodzaak tot verwijzing naar de specialist zal kunnen verminderen, is nergens anders op gegrond dan geloof en hoop. Exacte gegevens over deze materie steunen deze veronderstelling geenszins. Onderzoek hieromtrent bij een groep van 29 huisartsen in de regio Haarlem (de Haan 1974) toont een interdokter-spreiding van 40-72 verwijskaarten per 1.000 zielen. De huisarts met verreweg het grootste aantal laboratoriumverrichtingen (bijna 40.000 tegenover de laagste met 569 Spaander-punten) gaf 64 verwijskaarten per 1.000 zielen uit en plaatste zich als rangnummer 3 van boven af gerekend.

Het gemiddelde aantal verwijzingen naar de specialist van de tien huisartsen met het hoogste aantal laboratoriumpunten was gelijk aan het aantal verwijzingen van de tien huisartsen met het laagste aantal laboratoriumpunten, namelijk respectievelijk 51 en 52 verwijzingen per 1.000 zielen. Toch werd door de eerste groep gemiddeld ruim zesmaal zoveel laboratoriumonderzoek aangevraagd. Ook was er geen enkel verband te bemerken in vergelijking met de praktijkgrootte. Veel, zelfs zeer veel laboratoriumonderzoek verminderde de noodzaak tot specialistische raadpleging kennelijk niet.

#### **Vermindering van laboratoriumonderzoek**

Het aantal diagnostische verrichtingen bij ziekenfondspatiënten is tussen 1972 en 1975 met ongeveer 7% per jaar gestegen (Veder-Smit). Bij uitbreiding van faciliteiten voor de huisartsen van de laboratorium, röntgen- en

functiediagnostiek is een verdere omhoogstuwing van deze – in kostenopzicht ongewenste – groei niet te vermijden. Van belang is het op te merken dat laboratoriumonderzoeken, röntgenverrichtingen, elektrocardiogrammen en longfunctiebepalingen, verricht op rechtstreeks verzoek van de huisarts, niet goedkoper zijn en gezien de complexiteit van de interpretatie en de hierbij vaak benodigde specialistische kennis tot een lager nuttig rendement zullen leiden.

De gedachtengang dat het dan niet uitgekeerde honorarium van de specialist toch een grote besparing zal opleveren moet, zoals blijkt uit het onderzoek van de hierboven genoemde Haarlemse groep, tot ontgoocheling van velen, als niet juist worden aangemerkt.

De waarde van de gemiddelde verwijskaart bedroeg in 1978 f 38,— en niet f 170,— zoals collega Leerling in een radio-interview op 9 april 1979 heeft beweerd. De waarde van de herhalingskaart bedroeg in 1978 f 19,— en bij een gemiddelde herhalingsfactor van 1 betekent dit dat voor gemiddeld f 38,— + f 19,— = f 57,— de patiënt een jaar lang specialistisch wordt behandeld. Uitgaande van de schatting van collega Leerling dat in 1979 5.000.000 verwijskaarten zullen worden uitgeschreven, leidt dit tot een totaalbedrag aan verwijs- en herhalingskaarten (waarin ook een deel klinische honorering is begrepen, immers bij rechtstreekse opname in het ziekenhuis dient ook een verwijskaart te worden afgegeven) van f 285.000.000,—. Collega Leerling meent door een verkorting van de geldigheidsduur van de verwijskaart 85 à 100 miljoen gulden te kunnen besparen. Uitgaande van het laagste getal van 85 miljoen gulden zou, zo leert een eenvoudig rekensommetje, – of 30% van alle verwijzingen naar de specialist niet plaats moeten vinden, – of 4,5 miljoen herhalingskaarten zullen niet worden uitgeschreven, hetgeen overeenkomt met 90% van alle herhalingskaarten.

De huisarts die 30% van al zijn verwijzingen achterwege kan laten of in 90% van de gevallen de behandeling van de specialist kan overnemen, moet wel over bovenmenselijke eigenschappen beschikken. Het is niet stoutmoedig te veronderstellen, dat alle Nederlandse huisartsen deze supernormale eigenschappen niet zullen bezitten. De door een als alternatieve eigen

bijdrage voorgestelde bezuiniging kan alleen worden bereikt als de patiënten in 30% van de gevallen bereid zouden zijn van een specialistisch advies of behandeling af te zien. De bijdrage kan dan zeker nog als alternatief worden gezien, doch het is dan wel duidelijk dat deze eigen bijdrage niet door de huisarts maar door de patiënt wordt opgebracht. Of de patiënten bereid zullen zijn op voorstel van de huisarts deze alternatieve eigen bijdrage te leveren valt niet moeilijk te raden.

Ook van een afremming van de intercollegiale verwijzing van specialisten onderling valt niet veel financieel heil te verwachten. Als collega Leerling de moeite genomen had dit na te gaan, had hij kunnen weten dat de intercollegiale verwijzingen slechts 3% van alle verwijzingen bedragen. Het wegwerken van eventuele misstanden in deze is dus ten aanzien van kostenbesparing verwaarloosbaar.

#### **Invoering nieuwe verwijskaart**

Zoals hierboven aangegeven missen de door collega Leerling aangedragen bezuinigingen elke reële onderbouw. Bij verwezenlijking van zijn bezuiniging lijkt een kwaliteitsdaling voor de hand te liggen.

De huisarts Dr. Ruhe beweert dat de verwijskaart een wassen neus is. Hij meent dat deze verwijskaart – niet de verwijzing – in de huisartspraktijk geen werkelijke betekenis meer heeft, maar iets is waar we vanaf moeten proberen te komen. Waarschijnlijk heeft hij gelijk.

Interessant in deze zou het zijn te weten hoe het verwijspatroon en de doorbehandeling van de patiënt door de specialist is bij de particuliere patiënt. Het zou dan misschien wel eens kunnen blijken, dat bij deze groep patiënten het verwijzingspercentage lager ligt dan bij de ziekenfondsverzekerden.

Overigens, wie heeft het recht te beslissen of een doorbehandeling door de specialist terecht of ten onrechte is: de huisarts, de specialist, de adviserend geneeskundige van het ziekenfonds (v. Maanen) of de patiënt zelf? Op grond van welke motieven meent een aantal huisartsen dat zij alleen dit recht bezitten?

De huidige macht dienaangaande van de huisarts over de ziekenfondspatiënt is het gevolg van een systeem. Op zich is dit geen rechtvaardiging voor het uitoefenen van deze macht, hem aldus



gegeven. Met welk recht willen enkele huisartsen deze, door een systeem ontstane macht uitbreiden? Het is tekenend dat collega Leerling spreekt van de huisarts als de bewaker van de toegang tot het tweede echelon. De huisarts dient zijn patiënten niet te bewaken, evenmin is hij een portier die de mensen verwijst in het gezondheidsbouw, zoals Bruins terecht opmerkt. Hij dient hun helper in de nood en hun raadsman te zijn, ook als het gaat om het invoeren van de hulp van de specialist. Hij dient, zoals Thiadens opmerkt, de patiënt te erkennen als medewerker in de gezondheidszorg.

Veel facetten van de samenwerking tussen huisarts en specialist zijn in deze beschouwing niet aan de orde geweest. Daarvoor is deze materie te uitgebreid en te complex. Deze uiteenzetting is beperkt tot een aantal facetten die juist in deze tijd de aandacht vragen. De toegenomen belangstelling voor de huisarts is een gelukkige ontwikkeling en het reveil van de huisartsgeneeskunde een belangrijk gebeuren. Heckman heeft gelijk als hij de huisarts de spil van de gezondheidszorg noemt. Het beschikken over alle mogelijke ziekenhuisfaciliteiten kan een steun zijn voor de huisarts. Als men echter denkt dat dit zal leiden tot het overnemen van specialistisch werk, dan koestert men een illusie. De aanschaf van een hamer verandert de gelukkige bezitter nog niet in een timmerman. Anderzijds bedrijft de specialist met zijn vingers en een eenvoudige stethoscoop geneeskunde van een specialistisch niveau, dat de huisarts niet zal kunnen evenaren. De werkverdeling huisarts-specialist dient niet, zoals Burkens terecht opmerkt, het karakter te hebben van 'ieder in zijn eigen hok'. Beiden hebben elkaar nodig. Alleen bij een goede samenwerking van huisarts en specialist zal de patiënt de beste gezondheidszorg ten deel vallen.

Tot slot een citaat van een onbekende huisarts, een uitspraak gedaan naar aanleiding van het NHG-Congres van 2 november 1974: 'Mijns inziens wordt er te veel gepraat over de verhouding specialist-huisarts. Waarom niet eenvoudig 'zó'. De huisarts vraagt advies aan de specialist en geeft hem de gevraagde gegevens die hij over de patiënt heeft. De specialist zendt zijn gegevens naar de huisarts.

Als er iets in deze gang van zaken mis is, dan ligt dat aan de mensen. Of men mist de juiste instelling tegenover elkaar of men heeft het te druk. Misschien zie ik het te simpel, maar deze manier van werken doet het in mijn regio goed.'

#### Literatuur

Advies inzake experiment Diagnostisch centrum. Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Rijswijk 15 juli 1975.

Barnett e.a. Multiphasic Screening by laboratory tests - An overview of the problem. AJCP vol 54, sept. 1970 (suppl.) blz. 483-492.

Bruins C. P. Ondergrondse communicatieproblemen. Medisch Contact 1974 blz 937-942.

Burkens J. C. J. Consultatie in beide richtingen. Medisch Contact 1974 blz. 705-708.

Does van der E. Goed verwijzen. Medisch Contact 1979 no 8 blz. 255-256.

Elseviers Magazine. Te veel artsen, te weinig hulp. (S. W. Wolf) 35e jaargang no 14. 7 april 1979 blz 63-69.

Friedman G. D. e.a. Biochemical screening tests. Effect of panel size on medical care. Arch. Int. Med. vol 129, jan. 1972. blz. 91-97.

Gelderlander de, 11 april 1975 (E. Anema). Een '10.000 km-beurt' voor uw lichaam.

Haan den M. C. Huisarts en Ziekenhuis. Medisch Contact 1974. blz 675-680.

Heckman, J. De huisarts als spil in de gezondheidszorg. Medisch Contact 1974 blz 880-882.

Hoeke J. O. O. 'Normale Waarden' omstreken. Het Medisch Jaar 1979 blz 420-429.

Horikx M. J. Commentaar van een specialist. Medisch Contact 1978 no 50 blz 1574-1575.

Kastelein A. Een alternatieve 'eigen bijdrage'. Medisch Contact 1979 no 16 blz 513-515.

Kastelein A. De plaats van de specialist in de gezondheidszorg. Inleiding gehouden voor de cursus Gezondheidszorg najaar 1978 (verkrijgbaar bij de LSV).

Kastelein A. en Willems H. De specialist en kostenbeheersing. Medisch Contact 1978 no 49 blz 1539.

Koch C. D. Der unklare pathologische Laborbefund (1). Internist. prax. 17. 1977. blz 659-665.

Koch C. D. Der unklare pathologische Laborbefund (2). Internist prax. 18. 1978. blz. 79-87.

LSV-Symposion. Kostenbeheersing van

het medisch functioneren onder handhaving van de kwaliteit. Utrecht december 1976.

Leerling R. J. Een alternatieve 'eigen bijdrage'. Medisch Contact 1979. no 14 blz. 431-434.

Leerling R. J. Een alternatieve 'eigen bijdrage'. Medisch Contact 1978 no 50. blz 1571-1574.

Leerling R. J. NCRV. Hier en Nu Hilversum 2. 9-4-1979 12.36 uur.

Lubbers Motie: Handelingen Tweede Kamer. zitting 1978-1979 no 3 blz 463-465.

Maanen van G.: Een alternatieve 'eigen bijdrage'. Medisch Contact 1979 no 18 blz 583-584.

Melker de R. A. Knelpunten in de samenwerking huisarts-specialist. Medisch Contact 1974 blz 631-636.

Moser R. No more 'battered' patients. Time-Europe. February 19. 1979 blz 46.

NHG-Congres 2 november 1974. Hoe verwacht een huisarts dat een specialist hem ziet? Medisch Contact 1974 blz 1401-1403.

Olthuis F. M. F. G. en Soons J. B. J. De betekenis van een normaal laboratorium-profiel. Het Medisch Jaar 1975 blz 42-54.

Ruhe H. A. M. De verwijskaart in de relatie huisarts-specialist. Hoeksteen of obstakel. Medisch Contact 1974 blz 769-770.

Schneiderman L. J. e.a. The 'abnormal' screening laboratory results. Its effect on physician and patient. Arch. Int. Med. vol. 129. jan. 1972 blz 88-90.

Smeulders J. e.a. Verminderde trijodo Thyronine (T3) bij onveranderde reverse T3-productie op oudere leeftijd. N. T. v. Geneeskunde 123 1979 blz 12-15.

Structuurnota Gezondheidszorg. Staatsuitgeverij. Den Haag 1974.

Thiadens A. J. H. Arts en patiënt: collega. Medisch Contact 1974 blz 861-864.

Veder-Smit. Nota Beleidsomgeving gezondheidszorg met het oog op kostenontwikkeling. Medisch Contact 1979 no 16 blz 501-513.

Young D. W. e.a. Effects of drugs in clinical laboratory tests. Clin. Chem. 18. 1972 blz 1041-1303.

# De relaties tussen zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg

## Het begrip 'zorgmix'

### Er bestaan relaties

Zelfzorg en mantelzorg, die in voorgaande bijdragen zijn behandeld<sup>1,2</sup>, staan niet op zichzelf maar meestal in nauwe relatie tot elkaar. In geval van ziekte breiden die relaties zich uit tot de professionele zorg. Het is gebleken, dat tal van medici de mening zijn toegedaan dat alleen deze professionele zorg 'echte' gezondheidszorg is. Wat buiten het professionele systeem valt (dus zelfzorg en mantelzorg) beschouwt men dan als 'sociale zorg', wat dat dan ook moge zijn. Ze is daarmee dan wel grotendeels verdwenen uit het medische gezichtsveld.

Deze meningsvorming berust niet op wetenschappelijk onderzoek. In deze bijdrage zullen wij de aard van zelfzorg en mantelzorg voor gezondheid nader analyseren. Het bestaan ervan wordt door de arts de facto wel onderkend. Dat blijkt uit raadgevingen aan de patiënt, zoals 'U moet goed meewerken!', 'U moet u goed aan het dieet houden', etc. Dat men ook aan de gezinsleden van een patiënt betekenis toekent, blijkt uit het feit dat aan hen niet zelden raad en aanwijzingen worden gegeven hoe zij het best voor hun patiënt kunnen zorgen.

### Onderzoeksmethode

Voor het onderzoek van zorgpatronen hebben wij een 'zorgfunctie-model' ontwikkeld. Een zorgfunctie vertoont steeds een drietal belangrijke onderdelen:

1. de nood, de te lenigen behoefte, de zorgvraag;
2. het effect, het te verwachten

door Prof. Dr. J. C. M.  
Hattinga Verschure



De auteur is hoogleraar in de ziekenhuiswetenschappen aan de Rijksuniversiteit Utrecht.

resultaat, waarbij de nood is verlicht of verdwenen;

3. het zorgproces om van 1 naar 2 te komen.

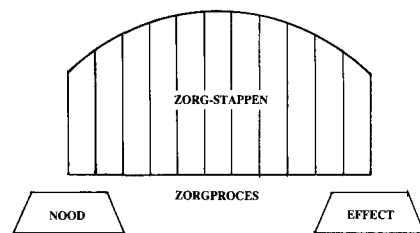
Dat zorgproces is dus een *activiteitenreeks*, die als een brug loopt van nood naar leniging (*figuur 1*). In dat zorgproces onderkennen we steeds een aantal stappen, die we nu verder benoemen met het woord 'zorgstappen'. Door het model in allerlei concrete situaties toe te passen krijgen we er beter zicht op hoe we precies aan het zorgen zijn. Als instrument voor analyse, bij discussies en evaluaties kan het grote diensten bewijzen. Zorgfuncties doen zich voor zowel gericht op behoud van het gezonde bestaan als op genezing van ziekte of opvang van handicap. Teneinde enige ervaring op te doen met het zorgfunctie-model, passen wij het toe op een eenvoudig gegeven uit het dagelijkse gezonde bestaan: de voedingsfunctie.

### Analyse van de zorgfunctie: voeding

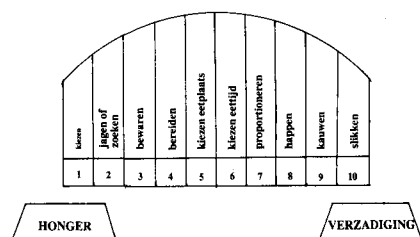
De *nood* kan zeer verschillend zijn van intensiteit. Het bleek nuttig globaal drie trappen te onderscheiden, afnemend in sterkte: nood, behoefte en vraag. Het *effect* ligt, op het moment dat de nood aanwezig is, steeds in de toekomst. Bij het besluit te gaan zorgen moet dus op de waarde en de haalbaarheid van het effect worden *geanticipeerd*.

Voor het stillen van eetlust is dit geen probleem, omdat ieders ervaring met voldoende zekerheid leert dat door een maaltijd het effect wordt bereikt. Wij zullen echter tal van zorgfuncties tegenkomen waarin deze vraag heel wat minder makkelijk oplosbaar is.

Wanneer we het *zorgproces* stapsgewijs analyseren, stuiten we op minstens tien te benoemen zorgstappen, die zich overigens niet in elke procesgang op dezelfde wijze voordoen. Zij zijn weergegeven in het model (*figuur 2*). Wij bespreken het zorgproces nu stap voor stap.



Figuur 1. Zorgfunctie-model



Figuur 2. Voedingszorg-functie.

1. *Kiezen.* Een leeuw kiest een hert, een varken kiest eikels; een mens is een alleseter, zijn keuzeruimte is dus bijzonder groot: hij kan goed of slecht kiezen, zowel wat betreft soorten voedsel als wat betreft hoeveelheden.

2. *Jagen of zoeken.* Het hert wordt door de leeuw gejaagd, de eikels moeten worden gezocht. De mens gaat erop uit om te zien of hij in de winkel kan krijgen wat hij zou willen hebben; anders herzielt hij zijn keuze.

3. *Bewaren van voedsel* is een tussenstap die de snelheid van een toekomstige behoeftebevrediging ten goede komt. Het zorgen gaat hier vooraf aan de nood, omdat de zekerheid bestaat dat de nood zich telkens opnieuw herhaalt.

4. *Het bereiden van het voedsel.* Hier wijzen we op twee aspecten die zich ook in meerdere of in mindere mate bij alle voorgaande fasen voordeden: het technische aspect (eerst is het voedsel rauw en nu is het gaar en eetbaar), maar daarnaast ook het satisfactie-aspect: men *doet* iets nuttigs en zinnigs. Het gelukt. Men verheugt zich, heeft 'voorprijs'. Voordat de nood is gelenigd (de honger bestaat nog steeds) kan het bezig zijn met zorgen op zichzelf al een genoegen zijn.

5. *Keuze van de eetplaats.* Een onbedreigde diersoort eet in het vrije veld, bedreigde dieren slepen het voedsel vlug naar hun hol. Een mens kan uit een krant eten aan het aanrecht, hij kan in zijn eetkeuken eten, in de eetkamer, in het restaurant, heel romantisch buiten, van een dienblad in zijn bed of 'uit de muur'. De keuze is deels structureel, deels cultureel bepaald en heeft een tekenkarakter.

6. *Keuze van de eettijd.* De een eet graag 's middags een warme maaltijd, de ander 's avonds; de een liever vroeg, de ander liever later op de avond, etc.

7. *Proportionering van het voedsel.* Men schept zich op en kiest daarbij in veel sterkere mate dan menigeen zich wel bewust is. Honderd gram aardappelen kan betekenen: één flinke grote, een stel kleintjes, of een paar lepels kruim. Ieder mens blijkt ook daar al kleine voorkeuren te hebben, nog afgezien van het precies bepalen van de diverse hoeveelheden waarin men trek heeft. Let er eens op hoe nauwkeurig dat vaak gebeurt.

8, 9, 10. *De laatste stappen* van het voedingszorgproces zijn het naar de mond brengen van het voedsel, het kauwen en het inslikken. Daarmee houdt het zorgen op en begint de fysiologie.

Men kan zich afvragen of het niet verre beneden ons niveau ligt zoveel aandacht te besteden aan zulke triviale processen als hoe er gegeten wordt. De redenen daarvoor zijn echter drieërlei:

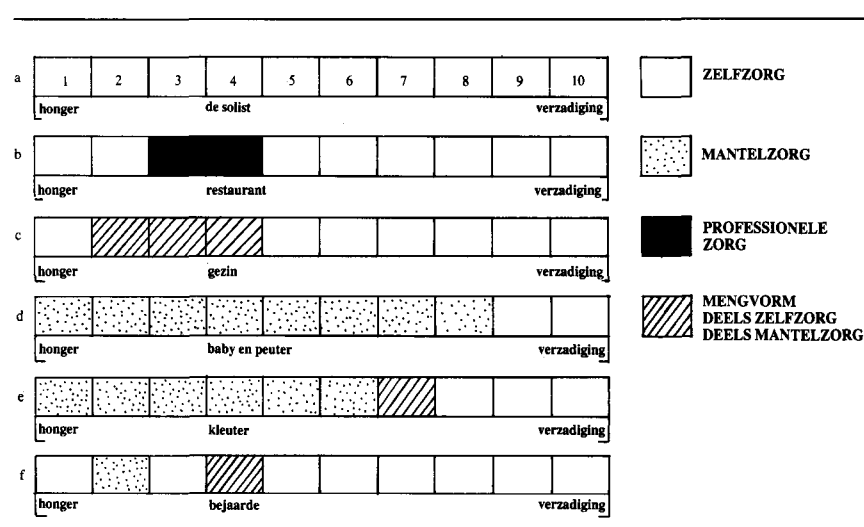
- Men moet een analysemethode eerst op eenvoudige situaties toepassen om ze, met de verkregen ervaring, te kunnen benutten voor veel ingewikkelder vraagstukken;
- Eten is een uiterst vitaal menselijk bezigzijn. 'Eerst kommt das Fressen . . .'

In de Nederlandse intramurale gezondheidszorg worden per jaar rond 150 miljoen maaltijden verstrekt. Men hoeft geen kenner van het symbolisch interactionisme te zijn om te weten dat tal van menselijke relaties, waaronder de zorghandelingen, een symboolkarakter kunnen dragen, of met andere woorden een *teken* kunnen zijn van heel andere inhouden dan alleen de technische, bijvoorbeeld een teken van afhankelijkheid of van macht of vrijheid.

– Tot slot is belangrijk dat we de 'zorgbrug' kunnen benutten om snel grafisch weer te geven wat voor posities zich onder diverse omstandigheden voordoen. In *figuur 3* is een aantal voedingszorg-diagrammen weergegeven voor diverse situaties van de gezonde mens in het dagelijks bestaan. De wat romantische

'brug'vorm van het zorgfunctie-model vereenvoudigen wij tot een grafiek. Is een hokje opengelaten, dan betekent dit dat de desbetreffende zorgstap door het individu zelf wordt verricht; is het zwart, dan wordt het verricht door een professioneel systeem; een gestippeld hokje betekent mantelzorg; door arcen wordt een mengvorm aangegeven: gedeeltelijk zelfzorg en gedeeltelijk een andere zorgsoort.

- De solist of alleenstaande mens blijkt alle vereiste voedingszorgstappen zelf te kunnen nemen. Er is uitsluitend zelfzorg.
- Bij eten in een restaurant worden de stappen 3 en 4 vervangen door professionele zorg. Het kiezen en 'zoeken' van het voedsel geschiedt in zelfzorg op basis van het menu dat de restaurants buiten hangen. Ook alle andere zelfzorgfuncties blijven intact.
- In het huishouden worden de stappen 2, 3 en 4 vaak door de moeder gezet met medewerking van andere gezinsleden (mantelzorg plus zelfzorg). Tal van varianten zijn mogelijk op basis van onderlinge afspraken of gewoonten.
- De baby en peuter verrichten slechts de laatste twee stappen in zelfzorg: 9 = kauwen of zuigen, 10 = slikken. De peuter wordt gevoerd met een lepel.
- De kleuter mag stap 8 ook al zelf gaan doen en als hij wat groter wordt mag hij zelf ook zijn eten opscheppen (stap 7).
- De alleenwonende bejaarde, thuis, heeft in het ideale geval – vreselijk dat



Figuur 3. Voedingszorg-diagrammen, normale bestaan.

wij dat zeggen moeten – een goede kennis die boodschappen doet en een buurvrouw die eens wat helpt met een pannetje soep en met wat koken. De zelfzorg blijft grotendeels intact, zij het op minimaal niveau.

Overzien wij de diagrammen dan blijkt er veelal een 'zorgmix' te bestaan, waarbij veel stappen door zelfzorg en andere stappen door mantelzorg worden gedaan. Er is een duidelijk streven naar een ruime hoeveelheid zelfzorg aanwezig.

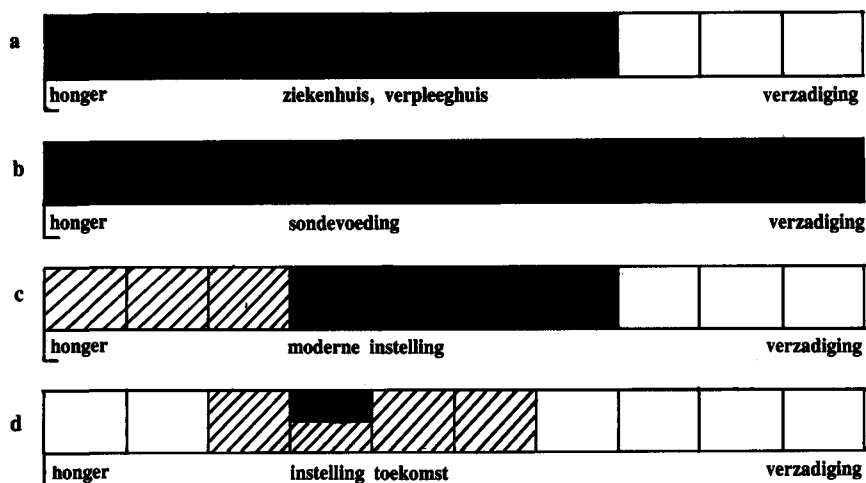
De kleuter roept: 'Ikke zélf doen, zelf doen!' en de bejaarde zegt: 'Als ik maar op mezelf kan blijven'. De waardering voor zelfzorg is zo hoog, omdat zij een dagelijkse vorm van vrijheidsbeleving en onafhankelijkheid is. Aantasting van zelfzorg heeft het tekenkarakter van onvrijheid en onmacht. Het beperken van iemands handelingsbevoegdheid ten opzichte van vitale functies betekent het reduceren van iemand in zijn wezenlijke menszijn<sup>4</sup>.

De institutionele sector van de professionele gezondheidszorg heeft diepgaande invloed op de normale zorgfuncties voor het gezonde bestaan. Omdat steeds slechts gelet werd op het *technische* aspect van bijvoorbeeld voeden (calorieën, vitaminen, samenstelling, temperatuur, smakelijkheid) en geen aandacht werd besteed aan het *tekenkarakter* van zorgstappen, werden zelfzorg en mantelzorg in hoge mate uitgeschakeld (figuur 4).

a. De instellingen werken veelal volgens dit profiel. De patiënt blijft slechts over: happen, kauwen en slikken. De eerste zeven zorgstappen zijn overgenomen door het professionele systeem:

beroepskrachten van de instelling. De voedingsfunctie van de patiënt is dus identiek met die van de kleuter. Voor een kortdurend verblijf in een ziekenhuis zal dit de patiënt veelal niet schaden, maar wie 'levenslang' heeft gekregen door opname in een verpleeghuis, psychiatrische of zwakzinnigeninrichting wordt alleen al door deze ene functie driemaal per dag geconfronteerd met een infantiel zorgpatroon.

Wij vinden voor tal van andere normale zorgfuncties eveneens patronen waarbij de zelfzorg van de verpleegde of pupil onnodig en ondoordacht wordt



Figuur 4. Voedingszorgdiagrammen instellingen.

aangetast. In onze Nederlandse gezondheidszorg hebben wij rond 100.000 mensen die langdurig of voor hun hele leven in inrichtingen worden verpleegd (44.000 plaatsen in verpleeghuizen, 26.000 in psychiatrische inrichtingen en 30.000 in zwakzinnigeninrichtingen). Nadere analyses van vele zorgfuncties voor het gezonde bestaan is van belang voor het herzien van de zorgmix die in de intramurale gezondheidszorg wordt verstrekt. Vele verpleegden leiden een verdrietig bestaan, omdat zij niet leven in een zingevingsgebied waarin zij hun identiteit kunnen beleven<sup>5</sup>. Verschuiving van professionele zorg naar meer zelfzorg (en enige mantelzorg) heeft grote waarde voor het welbevinden van de verpleegden in de intramurale zorg<sup>6</sup>.

b. is vermeld als uitzonderingssituatie. Wie aan een voedingssonde ligt geniet uitsluitend nog professionele zorg voor zijn voedingsfunctie. Ook kauwen en slikken zijn thans vervangen en door professionele zorg overgenomen.

c en d. Erkend moet worden dat in de inrichtingen een trend werkzaam is tot het scheppen van meer 'keuze' voor de patiënt. Gezien vanuit zorg-analytisch onderzoek is dit toe te juichen, maar de trend dient veel krachtiger en consequenter te worden doorgezet voor tal van zorgfuncties, met als expliciete doelstelling in de inrichting zoveel mogelijk de zorgmix te verwerkelijken, zoals ze zich ook thuis in het dagelijks bestaan voordoet.

#### Zorgfuncties voor het gezonde bestaan

In het voorgaande hebben we één enkele zorgfunctie wat nader geanalyseerd. Wij onderscheiden binnen het gezonde bestaan echter meer dan dertig zorgfuncties. De analyse daarvan onder tal van omstandigheden is een grote opgave. Men beseft dat men een nog vrijwel onontgonnen gebied betreedt binnen de gedragswetenschappen. Wij willen het aanduiden met het woord *zorgkunde*. Nadere analyse van dit veld van zorgfuncties kan een aanzienlijke bijdrage leveren tot het geven van meer inhoud aan het vage begrip 'het gezonde bestaan'. Die inhoud gaat het niveau van somatisch functioneren verre te boven en omvat ook de, er al dan niet mee samenhangende psychische en sociale aspecten van gezondheid. Niet slechts voor de herziening van de *organisatiestructuur* van de inrichtingen voor de gezondheidszorg is het bovenaangegeven onderzoeksveld van groot belang. Ook de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding zullen niet goed kunnen gedijen zonder meer kennis van de zorgkundige aspecten.

Aangezien deze bijdrage niet meer kan zijn dan een globale inleiding op de vraagstukken rond de begrippen basale zelfzorg en basale mantelzorg voor gezondheid, kunnen wij er in dit kader niet verder op ingaan maar richten ons thans op de zorgverschijnselen zoals zij zich voordoen ten gevolge van een ziekte.

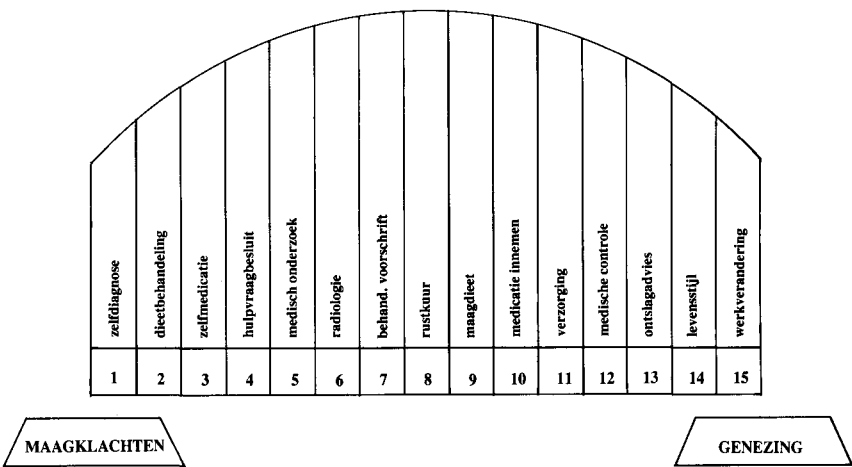
**Zorgmix bij acute ziekten**

Wij analyseren een eenvoudig concreet ziektegeval, een ulcus duodeni, met behulp van het zorgfunctie-model. Wij vinden voor een nerveuze man van middelbare leeftijd, in een moeilijke werkkring werkend en levend in gezinsverband, een invulling zoals weergegeven in *figuur 5*.

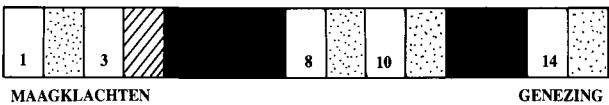
Allereerst moet worden opgemerkt dat gelijksoortige diagrammen worden verkregen bij allerlei acute ziekten. Het diagram is dus geen uitzonderingsbeeld maar veeleer een voorbeeld van een gebeuren met vrij algemene geldigheid. Tussen de nood, door de patiënt als 'maagklachten' ervaren, en het verlangde effect: verdwijnen van de klachten, ligt een zorgproces waarin de zorgmix tussen de drie soorten zorg direct zichtbaar is. In een blokkengrafiekje (*figuur 6*) is dat nog duidelijker zichtbaar. De zorgsoorten zijn sterk alternerend. Zij zijn onderling aanvullend. Elke zorgsoort heeft zijn eigen specifieke functiegebied. Wat door zelfzorg niet kan geschieden, gebeurt door mantelzorg. Waar beide tekortschieten wordt professionele zorg ingeroepen. Maar de patiënt geneest niet door dieet- en receptvoorschrift maar door de toepassing daarvan, middels zelfzorg en mantelzorg. Iedere arts ervaart zulk een zorgproces als vanzelfsprekend, of beter: stilzwijgend. Door zorganalyse worden echter tal van aspecten van deze processen expliciet en daardoor beter bespreekbaar c.q. onderzoekbaar gemaakt. Aan de hand van de zorgstappen van *figuur 5* zullen wij dit nader uitwerken.

Stap 1, 2 en 3. Allereerst de *zelfdiagnose*. De persoon in kwestie moet een zekere mate van klachten ervaren, individueel verschillend, om de drempel te passeren van de bewustwording: 'Ik mankeer wat'. Deze bewustwording gaat vrijwel steeds gepaard met een verklaring. In dit geval was dat: 'Ik heb gisteren slecht gegeten' en 'Ik heb me te druk gemaakt' e.d. Na deze zelfdiagnose worden maatregelen genomen. In dit geval vroeg de man om lichte kost en hij kocht bij de drogist wat antacida. Deze eerste drie stappen zijn te karakteriseren als *raakvlak-zelfzorg* en *raakvlak-mantelzorg* (zie litt. 1 en 2). Uit onderzoek, zowel in Engeland<sup>7</sup> als in Nederland<sup>8</sup>, blijkt dat zulke raakvlakzorg een algemeen verbreid

*Figuur 5. Zorgfunctie-diagram bij een ulcus duodeni-patiënt.*



*Figuur 6. Blokkengrafiek zorgproces.*



verschijnsel is. In de Verenigde Staten zijn op dit gebied honderden boeken verschenen, gericht op competentieverhoging ervan; anderzijds komen er ook veel waarschuwingen van de zijde van de medische professie. De keuze tussen onderdrukking van zelfdiagnose en zelfmedicatie, het laten voortbestaan zonder er veel notitie van te nemen, of het bevorderen van competentieverhoging door voorlichting en opvoeding, is nog niet algemeen gemaakt.

De vierde stap is het *hulpvraagbesluit*, waardoor de persoon formeel patiënt wordt en het professionele zorgsysteem binnentreedt. Het is steeds een noodzakelijke stap, die wordt genomen op basis van het zelfzorg- en mantelzorgpatroon waarin de patiënt leeft. Dit soort besluitvorming, dat zo belangrijk is voor het zorgen voor de gezondheid, kan goed of slecht zijn, het kan tijdig of te laat zijn, nodig of onnodig, gebaseerd op juiste of onjuiste inschatting van de aard van de nood en dus ook van de keuze van de soort hulpverlener. Het is merkwaardig dat niettemin aan het hulpvraagbesluit vanuit de medische professie relatief weinig aandacht wordt besteed. De vraag naar

competentieverhoging terzake van de Nederlandse bevolking houdt nog slecht weinigen bezig. Heel anders is dat met de kwaliteitsvraag bij de prestaties van het *professionele systeem* (stappen 5, 6, 7, 12 en 13). Men krijgt de indruk dat thans alle aandacht gericht is op kwaliteitsverhoging van het medisch handelen, veelal culminerend in de vraag naar steeds verfijnder meetapparatuur ten behoeve van de medische specialismen. Zorgfunctie-analyse onderstreept expliciet, dat het verlangde effect: genezing, het resultaat is van een zorgmix, en dat dus de kwaliteit van *alle* zorgstappen in het geding is en niet slechts die van de professionele, laat staan slechts de medisch-specialistische zorgverlening.

De vraag naar de *kwaliteit van de patiënt* en zijn zorgpatroon komt hiermee aan de orde (stappen 8, 9, 10, 11, 14 en 15). Is de patiënt psychisch in staat zelf de voorschriften goed op te volgen? Is hij voldoende gemotiveerd en is hij ertoe bekwaam? Heeft hij een voldoende mantelzorgnetwerk, zodat dieet, verzorging, sociaal contact, sociale controle en steun voldoende verzekerd zijn? Tegenover deze problematiek slechts de opmerking te plaatsen: 'En

nu moet u goed meewerken, hoor', is niet meer dan een dooddoenertje.

Het goed uitvoeren van de voorschriften is niet minder belangrijk dan het correct verstrekken ervan. Het is het adequate samenwerken van arts en patiënt (de juiste voorschriften geven en die op de juiste manier uitvoeren) die samen tot resultaat leiden. De rol van de patiënt te reduceren tot 'compliance', (meegaandheid, plooibaarheid), zoals in de Engelstalige zorgverlening geschiedt doet geen recht aan de eigen betekenis van zijn zelfzorg en mantelzorg. Wij hebben deze soort zelfzorg en mantelzorg dan ook '*complementaire medische zorg*' genoemd. Een medische handeling (dieet, medicatie) is niet slechts een medische handeling voor zover ze voorschrijft is voor de patiënt; de uitvoering ervan is niet minder een *medisch* handelen, gericht op het herstel van gezondheid.

Bij de stappen 7 en 13 komt een laatste belangrijk zorgelement aan de orde: het behandelingsbesluit. De arts raadt aan 'rustiger te gaan leven en de werkring te veranderen' teneinde een ulcus-recidief te voorkomen. Zal de patiënt dit advies, dat grote offers van hem vraagt, al dan niet opvolgen? Bij het advies 'operatie' is de vraag rond het behandelingsbesluit nog duidelijker, zonder tussenoplossingen: het is ja of nee. Bij analyse blijken er eigenlijk twee vraagstellingen te zijn: de arts kijkt vooral naar de technologische mogelijkheden van de behandeling en het daarbij waarschijnlijk te verwachten resultaat (veelal eveneens in anatomische of fysiologische zin); de patiënt heeft echter een andere vraagstelling, namelijk naar de verhouding tussen de door hem te brengen offers (in tijd, geld, pijn, onzekerheid, risico, etc) versus het effect, zoals dat binnen zijn levensproject past.

Het door *wederzijdse voorlichting* op elkaar afstemmen van het medische besluit en het patiëntenbesluit omtrent een ingrijpende behandeling, vormt het wezen van het overleg. Een nadere uitwerking van dit belangrijke onderdeel, dat onder de vage betiteling van 'mondigheid van de patiënt' nogal wat beroering wekt, valt buiten het kader van deze bijdrage, die noodzakelijkerwijs een overzichtskarakter moet dragen.

## **Zorgmix bij chronische aandoeningen**

Wij kiezen als voorbeeld een geval van een man van middelbare leeftijd die ten gevolge van een verkeersongeval een partiële hoge dwarslaesie heeft gekregen.

Bij analyse van de zorgfunctie is de nood evident. Het beoogde effect is in de eerste plaats het redden van zoveel mogelijk functionaliteit (lopen, excretiebeheersing, etc). De zorgbrug heeft een overwegend professioneel klinisch karakter. Zelfzorg en mantelzorg van de patiënt zullen op somatisch gebied niet veel kunnen bijdragen, maar *des te meer* op psychisch gebied. De patiënt wordt, bij helder bewustzijn, immers bestormd door beklemmende vragen: de twijfel of hij ooit weer normaal zal kunnen functioneren, en hoe het dan moet met zijn gezin, zijn huwelijk, zijn werk, etc. Niet slechts een wervelkolom is gebroken en verdient alle zorg, maar ook een leven is gebroken. De patiënt moet op een of andere manier met dit ziek-zijn klaarkomen. Wij hebben de zorg hiervoor bestempeld met *ziek-zijns zelfzorg en mantelzorg*, teneinde ze gemakkelijker bespreekbaar te maken. Laten wij aannemen dat door voortreffelijke neurologische, neurochirurgische, revalidatie en verpleegkundige zorg de patiënt in enkele jaren het maximum van het verhoopte effect heeft bereikt: hij kan zich met behulp van krukken een een invalidewagentje weer redelijk zelf redden, is redelijk continent en heeft het matige gebruik van één arm en één hand terug. Verder komen wij niet. Het effect is medisch het maximaal haalbare. Is hiermee dan 'de kous af'?

Medisch gezien inderdaad vrijwel geheel. Maar voor de patiënt begint een nieuwe opgave: zijn leven verder leven met zijn defect, met andere woorden hij komt op een tweede zorgbrug! De nood is hier het effect van de vorige zorgfunctie: de resttoestand. Het verlangde effect is het normale bestaan met dit defect. Het huwelijk moet intact blijven. De opgave voor de partner is geweldig, een schouderklopje en een bemoedigend woord schieten verre tekort. Talrijke huwelijken leiden schipbreuk door de handicap van een der partners. Het levenspatroon van de gehandicapte vraagt om nieuwe invulling, zowel in materiële, als in psychische en sociale context. Een groot veld van zelfzorg, mantelzorg en

professionele zorg moet worden bewerkt. Een zorgvuldig overwogen 'zorgmix' is nodig, waarin alle drie de zorgtypen onontbeerlijk zijn en slechts in nauwe samenwerking het gezondheidseffect van de tweede zorgbrug kunnen bewerkstelligen. De laatste jaren is juist in zulke omstandigheden de grote betekenis van '*homogene mantelzorg-kringen*' duidelijk gebleken. Een kleine kring van lotgenoten, getroffen door eenzelfde handicap en worstelend met dezelfde problemen, blijkt hier zeer effectief te kunnen werken en resultaten te behalen waartoe het professionele systeem geen mogelijkheden biedt.

## **Samenvatting en conclusies**

Een systeemtheoretisch onderzoek naar het zorgverlenen voor gezondheid leidde tot het onderkennen van drie onderscheiden zorgtypen: zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg. Zij leiden slechts tot optimaal effect voor de gezondheid in nauwe onderlinge samenwerking en veelal in de vorm van een ingewikkeld netwerk van onderlinge betrekkingen en afhankelijkheden, dat wij 'zorgmix' hebben genoemd.

De kwaliteit van de zorg als geheel, wordt niet slechts bepaald door de kwaliteit van één deelsysteem (de professionele zorg), maar door de gehele zorgmix. Voor een effectiever zorgen voor de gezondheid is het dan ook noodzakelijk méér aandacht te besteden aan zelfzorg, mantelzorg en zorgmix, en niet slechts aan de kwaliteit van het medisch handelen. Naast de medische diagnose zal overwogen moeten worden of bij ernstiger en vooral chronische ziekten ook niet een *zorgdiagnose* zal moeten worden gesteld en een *zorgtherapie* ingesteld, bestaande in ondersteuning van zelfzorg en vooral herstel, uitbreiding en competentieverhoging van het mantelzorgnetwerk van de patiënt. Door toepassing van zorgfunctie-analyses openen zich hier belangrijke perspectieven. Het veld van het zorgen blijkt zo groot en belangrijk te zijn dat overwogen wordt *zorgkunde* als een nieuwe tak van sociale wetenschap te ontwikkelen. De auteur verwacht, dat de wetenschappelijke ontwikkeling van zulk een zorgkunde en de toepassingen ervan het meest zullen liggen op het

gebied van de verpleegkunde en deze in sterke mate op een eigen professioneel niveau zullen kunnen brengen.

Literatuur

1. J. C. M. Hattinga Verschure, Zelfzorg; een omstreden begrip. *Medisch Contact* 34 (1979) 1,5.  
2. J. C. M. Hattinga Verschure, Mantelzorg, *Medisch Contact* 34 (1979) 5,139.

3. J. C. M. Hattinga Verschure, Ziekenhuisnieuwbouw en variabiliteit, hoofdstuk 4: Verschuiving in de zorgverlening. Acad. Ziekenhuis Utrecht.  
4. A. Gehlen, Anthropologische Forschung; zur Selbstbegegnung und Selbstentdeckung des Menschen. Rowohlt, 1961.  
5. H. ten Have, Het verpleeghuis: veld van onderzoek. Acad. proefschrift Tilburg 1979. v. Loghum Slaterus, Deventer.  
6. J. C. M. Hattinga Verschure, Het verpleeghuis: inrichtings- of

leefgemeenschap-model. *Het Ziekenhuis* (1979) ter perse.  
7. J. D. Williamson & K. Danaher, Selfcare in health. Croom Helm, Londen 1978.  
8. F. J. A. Huygen, Health and the family. in *Changes in caring for health* (ed. J. C. M. Hattinga Verschure). De Tijdstroom. Lochem 1979; ter perse.

Secretarissen districtsraden					
district	afdeling	naam en adres	district	afdeling	naam en adres
I	Amsterdam	Dr. H. W. Whitton Hodenpijlkade 26 1058 LX Amsterdam	XI	Maastricht en O. Heerlen en O. Sittard/Geleen Midden Limburg Noord Limburg	Dr. F. P. Stapert Vijverweg 6 6133 AN Sittard
II	Haarlem en O. Haarlemmermeer en O. Kennemerland	J. D. Kaan, arts Oosteinderweg 226 1432 BA Aalsmeer	XII	Utrecht en O. Vecht en O. Woerden en O.	J. Laarman, arts Strausslaan 6 3723 JN Bilthoven
III	Alkmaar en O. Den Helder en O. Purmerend en O. West-Friesland Zaanland	Dr. H. L. Hoekstra Metiusstraat 19 1815 HN Alkmaar	XIII	Amersfoort en O. Gooi en Eemland	J. J. Hendriks, arts Papaverstraat 24 1402 CW Bussum
IV	's-Gravenhage en O. Westland	E. van Luijt, arts Groen v. Prinstererlaan 99 2555 HM 's-Gravenhage	XIV	Arnhem en O. Nijmegen en O. Tiel en O. Wageningen en O. Oude IJssel	J. W. E. P. Versteeg, arts Diepenbrocklaan 16 6815 AJ Arnhem
V	Leiden en O. Alphen en O. Gouda en O. Delft en O.	Mw. A. R. Smit, arts v. Slingelandtlaan 11 2334 CB Leiden	XV	Apeldoorn en O. Zutphen en O. Slingeland	A. J. Geerlink, arts Rijksweg 71 7231 AC Warnsveld
VI	Rotterdam en O. Schiedam en O. Voorne Putten/Rozenburg	H. L. v. Amerongen Mathenesserlaan 333 3023 GA Rotterdam	XVI	Zwolle en O. Deventer en O. Emmeloord en O.	L. C. A. v.d. Harst, arts Ter Pelkwijkpark 13 <sup>II</sup> 8011 SG Zwolle
VII	Dordrecht en o. Gorinchem en O. IJssel Nrd./Alblas Lek Zuidholl. Eilanden Goeree en Overflakkee	A. Binnerts, arts Vrieseweg 86 3311 NZ Dordrecht	XVII	Almelo en O. Enschede en O. Midden Twente	Th. Franssens, arts Leemhof 24 7531 AP Enschede
VIII	Walcheren Zeeuws-Vlaanderen O. Zeeuws-Vlaanderen W. Schouwen-Duiveland Zuid- en Noord-Beveland	Mw. M. J. v.d. Vooren, arts Seislaan 10 4333 GX Middelburg	XVIII	Assen en O. Drenthe Z.O. hoek Meppel en O.	J. H. M. van Buchem, arts Nic. Beetslaan 22 9405 BD Assen
IX	Breda en O. Bergen op Zoom/ Rosendaal en O. Tilburg en O.	D. v.d. Wetering, arts Parkstraat 16 4818 SJ Breda	XIX	Friesland Noord Friesland Oost Friesland Z.W. hoek Heerenveen en O.	J. Trommel, arts Stinsweg 6 9269 TE Veendam
X	's Hertogenbosch en O. Eindhoven en O. Helmond en O.	Dr. J. v.d. Hoeven Pauwlaan 6 5613 CH Eindhoven	XX	Groningen en O. Hunsingo, Fivelingo Westerkwartier Oostelijk Groningen	J. Baarveld, arts Händellaan 20 9722 JX Groningen





## officieel

---

### KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht. Telefoon 030-885411 (twaalf lijnen). Postgironummer 58083; AMRO-banknummer 45 64 48 969.

#### Dagelijks bestuur

H. Hoencamp, voorzitter; Dr. E. J. C. Lubbers, ondervoorzitter; D. B. Kagenaar, N. A. Meursing, Dr. J. G. Verhoeven, leden; J. W. Jacobze (voorzitter LHV), J. W. H. Garvelink (voorzitter LAD) en Dr. A. Kastelein (ondervoorzitter LSV), adviserende leden.

#### Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

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

#### Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

#### Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

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

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

#### Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

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

Mw. Mr. P. Swenker, secretaris; Mw. A. v. Zwol-Oostveen, secretaresse.  
Bureautijden 8.30-12.30 uur.

#### Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

J. I. van der Leeuw, centrale coördinator; Mw. J. Koers, secretaresse.

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

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

#### Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, 2861 CB Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.

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

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

#### Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (SBA)

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



van het hoofdbestuur

Geneesmiddelen en verkeersveiligheid

De lijst van geneesmiddelen die de rijvaardigheid kunnen beïnvloeden is wederom bijgewerkt. Zoals bekend behoort deze lijst bij het zogenaamde zwaarwegend advies dat door de Hoofdbesturen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie in juni 1973 aan de leden werd gegeven [Pharm. Weekblad 108 (1973) 559].

Het zwaarwegend advies houdt in dat, wanneer de arts de patiënt het besturen van een voertuig ontraadt, hij op het recept de letters: d.c.p. plaatst (da cum prohibitione – geef met verbod). Bij aflevering wordt een plaketiket, uitgevoerd in witte letters op rode ondergrond, aangebracht dat luidt: 'Bij gebruik geen voertuigen besturen'.

Wanneer de arts het geven van een dergelijk verbod niet nodig vindt, wordt door de afleverende apotheker of apothekhoudend geneeskundige 'automatisch' een plaketiket aangebracht waarop staat: 'Dit geneesmiddel kan de rijvaardigheid beïnvloeden'. De uitvoering van dit etiket is geel, met zwarte letters.

De geneesmiddelgroepen die aan de oorspronkelijke lijst ten grondslag lagen, zijn ook nu niet gewijzigd. Deze groe-

pen zijn: *anti-histaminica, psychopharmaca, slaapmiddelen en wekaminen*. In overleg met de Hoofdinspectie van de Volksgezondheid voor de Geneesmiddelen werd besloten op dit moment geen veranderingen aan te brengen omdat binnenkort de uitslag van de enquête over de toepassing van de regeling te verwachten is. Het laat zich aanzien dat er na bestudering toch enkele verbeteringen zullen worden aan-geraden, zodat het verstandiger is daarop te wachten.

Van kracht blijft evenwel het eerder gegeven advies dat de op de volgende bladzijden opgenomen lijst niet uitputtend is. Ook niet-genoemde geneesmiddelen kunnen in sommige gevallen de rijvaardigheid beïnvloeden waarmede arts en apotheker in voorkomende gevallen rekening zullen willen houden.

Gemeenschappelijke publikatie van de Hoofdbesturen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie.

Sinds de vorige herziening van 3 juni 1977 zijn in de lijst enkele wijzigingen en aanvullingen aangebracht, die hieronder apart staan afgedrukt. Voorts is de daarmede bijge-werkte lijst in zijn geheel opgenomen.

Wij verzoeken de leden van de beide Maatschappijen het zwaarwegend advies van 1973 te blijven volgen en daarbij vanaf heden deze herziene lijst te gebruiken.

1 mei 1979

Hoofdbestuur KNMG

Hoofdbestuur KNMP

Lijst van geneesmiddelen die de rijvaardigheid kunnen beïnvloeden behorende bij het zwaarwegend advies van KNMG en KNMP

A. Wijzigingen en aanvullingen bijgewerkt t/m maart 1979

Nieuw opgenomen	Melperon
Albego	Mequitazine
Alival	Metopimazine
Azatadine	Mircol
Buronil	Nomifensine
Camazepam	Optimine
Diazepam FNA	Paraldehyde
Ergocoffeïne comp. FNA	Paraldehyde FNA
Ergocyclizine FNA	Paraldehydum (diverse fabrika- ten)
Flunitrazepam	Promazine FNA
Halcion	Rohypnol
Ketotifen	Thiazinamium FNA
Levomepromazinum (diverse fa- brikaten)	Triazolam
Loxapac	Vogalène
Loxapine	Zaditen

Hieronder is een aantal geneesmidelen opgenomen waarvan welis-  
waar bekend is dat zij de rijvaardigheid kunnen beïnvloeden, maar  
waarvan echter geen farmaceutische preparaten of specialité's meer  
in Nederland in de handel zijn.

Vervallen	Dormopan
Actomol	Doxylamine
Agedal	Drinamyl
Amitriptylini hydrochloridum	Emylcamaat
(diverse fabrikaten)	Entumine
Azacyclonol	Ethylbutylthiobarbitalum
Barbipyrinum (diverse fabrika- ten)	Facetoperan
Benactyzine	Fenelzine
Benzfetamine	Fenmetrazine
Butaperazine	Iprindol
Chloorfentermine	Lidanil
Clomethiazol	Mebanazine
Dexedrine	Meprobamatum comp. (diverse fabrikaten)
Dextroamphetamini sulfas (di- verse fabrikaten)	Methylpentynol
	Metofenazaat

Migristène  
Nealgyl  
Nephabroom  
Nialamide  
Noxiptiline  
Paracetamol comp. I (diverse fabrikaten)  
Pathibamate  
Pecazine  
Pentobarbitalum natricum (diverse fabrikaten)  
Perdolan  
Periciazine  
Peritrate met fenobarbital  
Propyphenazonum comp. 'Centrafarm'  
Robinul pH  
Supponéryl  
Tonoquil

**Naamswijziging**  
Ethylamfetamine (oude naam) is gewijzigd in Etilamfetamine.  
Monatal (oude naam) is gewijzigd in Trancopal compositum.

**Opmerking**  
Dimenhydrinaat is nu apart opgenomen; eerder werd het beschouwd als zout van difenhydramine.

Butobarbital FNA  
Butobarbitalum (diverse fabrikaten)  
Butriptyline  
Bykonox  
Cafergot Pb  
Calcistin  
Calma forte  
Calmolan  
Camazepam  
Carbinoxamine  
Carbromal  
Carbromal FNA  
Carbromalum (diverse fabrikaten)  
Carbromalum comp. (diverse fabrikaten)  
Chinidini sulfas et phenobarbitalum et theobrominum (diverse fabrikaten)  
Chinidinum-Phenobarbitalum (diverse fabrikaten)  
Chloorcyclizine  
Chloordiazepoxide  
Chloorfenamine  
Chloorfenoxamine  
Chloormezanon  
Chloorpromazine  
Chloorpromazine FNA  
Chloorprotixeen  
Chloralduurat  
Chloralhydraat  
Chloralhydraat FNA  
Chlorpromazinum (diverse fabrikaten)  
Cibalgine  
Cinnarizine  
Cinnarizinum (diverse fabrikaten)  
Cinnipirine  
Clemastine  
Clemizol  
Clomipramine  
Chlonazepam  
Clopentixol  
Clorazepaat  
Clotiapiene  
Coffadyn  
Concordin  
Cranimal  
Cyamemazine  
Cyclizine  
Cyclizine FNA  
Cyclizini hydrochloridum (diverse fabrikaten)  
Cyclizinum et pyridoxinum (diverse fabrikaten)  
\* Cyclobarbital  
Cyclobarbital FNA  
Cyclobarbitalum calcicum (diverse fabrikaten)  
Cyclobarbitalum comp. (diverse fabrikaten)  
Cyproheptadine  
Dalmadorm  
Dartal  
Dehydrobenzperidol  
Desipramine  
Dexamfetamine  
Dexamfetamine FNA  
Dexamphetamini sulfas (diverse fabrikaten)  
Dexamphetamini tartras comp. (diverse fabrikaten)  
Dexbroomfeniramine  
Dexchlorfeniramine  
Diacid  
Diazepam  
Diazepam (diverse fabrikaten)  
Diazepam FNA  
Dibenzepine  
Difenhydramine  
Difenylpyraline  
Dimenhydrinaat  
Dimetacrine  
Dimetindeen  
Dimetotiazine  
Dipiperon  
Diprophyllinum comp. (diverse fabrikaten)  
Diprophyllinum et phenobarbitalum (diverse fabrikaten)  
Dixyrazine  
Dogmatil  
Dolviran  
Dominal  
Doriden  
Dorsiflex  
Dorsilon  
Doxepine  
Doxergan  
Dramamine  
Droperidol  
Efedrine-capsules FNA  
Emesafène  
Enarax  
Epha  
Ercacyclizinum comp. (diverse fabrikaten)  
Ercycof (diverse fabrikaten)  
Ergocoffeine comp. FNA  
Ergocyclizine FNA  
Ergotamine comp. FNA  
Ergotamini tart./coff./phenobarb./meclozine (diverse fabrikaten)  
Ergotamini (tartras) comp. (diverse fabrikaten)  
Ergotamine tartras comp. (supp.) (diverse fabrikaten)  
Esucos  
Etaphylline/Phenobarbital  
Etilamfetamine  
Etodroxizine  
Evadyne  
Extractum belladonae et phenobarbitalum (diverse fabrikaten)  
Faodile  
Fencamfamine  
Fenerodine  
Fenfluramine  
Fenfluramini hydrochloridum (diverse fabrikaten)  
Feniramine  
Fenistil  
Fenistil retard  
\* Fenobarbital  
\* Fenobarbital FNA  
Fentermine  
Fenytone-fenobarbital FNA  
Fluanxol  
Fluanxol depot  
Flufenazine  
Flunitrazepam

## B. Complete lijst bijgewerkt t/m maart 1979

NB. Voor de van een \* voorzien geneesmiddelen is het advies alleen van toepassing indien één doseringseenheid meer dan 15 mg van het desbetreffende barbital bevat.

Accecarbromal  
Acetosol comp. FNA  
Acetosolum comp. (diverse fabrikaten)  
Acidum acetylsalicylicum et phenobarbitalum (diverse fabrikaten)  
Albego  
Alimemazine  
Alival  
\* Allobarbital  
Ambodryl  
Amfepramon  
Amfetamine  
Amfetamine FNA  
Aminophyllinum/Phenobarbitalum (diverse fabrikaten)  
Amitriptyline  
\* Amobarbital  
Amobarbital FNA  
Amobarbitalum et dexamphetamini sulfas (diverse fabrikaten)  
Amosyt  
Amphetamini sulfas (diverse fabrikaten)  
Amytal  
Amytal sodium  
Anafranil  
Anatensol  
Antasthmaticae II (diverse fabrikaten)  
Antasthmaticae III (diverse fabrikaten)  
Antazoline  
Antazolini hydrochloridum (diverse fabrikaten)  
Anti angina pectoris (diverse fabrikaten)  
Antihistaminicum (diverse fabrikaten)  
Apc-comp. III (diverse fabrikaten)  
Apc cum phenobarbitalum (diverse fabrikaten)  
Apcpc (diverse fabrikaten)  
Apetinil  
Apisate  
\* Aprobarbital  
Asmac  
Asthmolysine tabletten  
Asthmolysine D  
Asthmolysine M  
Atarax  
Azatadine  
Bamipine  
Barbamine FNA  
Barbamine (diverse fabrikaten)  
Barbiphylline  
\* Barbital  
Barbitalum (diverse fabrikaten)  
Barbitalum aminophenazonicum (diverse fabrikaten)  
\* Barotal  
Bellanox  
Bellergal  
Bellergal retard  
Benadryl  
Benperidol  
Benylin-expectorant  
Benzocetamine  
\* Brallobarbital  
Brallobarbitalum comp. (diverse fabrikaten)  
Bromazepam  
Bromazine  
Bromisovalum (diverse fabrikaten)  
Bromural  
Broomdrank, samengesteld FNA  
Broomfeniramine  
Broomisoval  
Broomisoval FNA  
Broom-Nervaciet  
Buclizine  
Buronil  
\* Butalbital  
\* Butobarbital

Flupentixol	Melitraceen	Noveril retard	expectorant (diverse fabrikaten)
Flurazepam	Melleretten	Novo-Diacid	*Propylbarbital
Fluspirileen	Melleril	Nozinan	Prothipendyl
Frekentine	Melperon		Protriptyline
Frenactil	Meprobamaat	Opertil	Pyranisamini hydrochloridum
Glutethimide	Meprobamaat FNA	Opipramol	(diverse fabrikaten)
Gupsan	Meprobamatum (diverse fabri-	Optimine	
Halcion	katen)	Orap	Quitaxon
Haldol	Meprolette	Oxazepam	
Haloperidol	Mepyramine	Oxomemazine	Reactivan
*Heptabarb	Mequitazine	Oxyptertine	Reapam
*Heptobarbital	Merinax		Regudorm
Hexapropymaat	Mesoridazine	Papaverini hydrochloridum et	Revonal
*Hexobarbital	Methamfetamine	phenobarbitalum et theobromi-	Ritalin
Hexobarbital FNA	Methapyrileen	num (diverse fabrikaten)	Rivotril
Hexobarbitalum (diverse fabri-	Methaqualon	* Papaverinum comp. (diverse	Rodavan
katen)	Methaqualonum (diverse fabri-	fabrikaten)	Rohypnol
Histapyrrodine	katen)	Paraldehyde	Rust-al
Hydroxyzine	Methaqualonum comp. (diverse	Paraldehyde FNA	
Hydroxyzine FNA	fabrikaten)	Paraldehydum (diverse fabrika-	Sanalepsi
Hydroxyzini hydrochloridum	Methylamphetamini hydrochlo-	ten)	Sandomigran
(diverse fabrikaten)	ridum (diverse fabrikaten)	Pemoline	Sanox
Hydroxyzini (hydrochloridum)	Methylamphetamini hydrochlo-	Penfluridol	Sarotex
comp. (diverse fabrikaten)	ridum racemicum (diverse fabri-	Pento-Adiparthrol	Sarotex retard
Imap	katen)	* Pentobarbital	Scherf's poeders FNA
Imipramine	Methyldifenhydramine, 4-	Pentobarbital FNA	Scheriproct (suppositoria)
Imipramine FNA	Methylfenidaat	Perazine	*Secobarbital
Imipramini hydrochloridum (di-	*Methylfenobarbital	Perfenazine	Secobarbital FNA
verse fabrikaten)	Methylfenobarbital FNA	Periactin	Seconal sodium
Incidal	Methylphenobarbitalum (diver-	Pertofran	Sedapon
Incidaletten	se fabrikaten)	Phanodorm calcium 'Bayer'	Semap
Indunox	Methyrit	Phanodorm calcium 'Merck'	Sensaval
Insidon	Metodril	Phenergan	Seresta
Isonox	Metopimazine	Phenergan expectorant	Sinequan
Kataline	Migril	*Phenobarbitalum (diverse fabri-	Siquil
Ketotifen	Minozinan	katen)	Soneryl
Largactil	Mirapront	Phenobarbitalum et diphantoi-	Sordinol
Lergoban	Mircol	num (diverse fabrikaten)	Soventol
Levamphetamine	Moditen	Phenytinum natricum et pheno-	Spasmo-Cibalgine
Levanxol	Mogadon	barbitalum (diverse fabrikaten)	Spasmo-Cibalgine compositum
Levomepromazine	Moperon	Phenytinum natricum et pheno-	Spasmo Dolviran
Levomepromazinum (diverse fa-	Morphini hydrochloridum sup-	barbitalum et coffeinum (diverse	Spasmolyticae I (diverse fabrika-
brikaten)	positoria + atropine + fenobarbi-	fabrikaten)	ten)
Lexotanil	tal (diverse fabrikaten)	Pimozide	Spasmolyticae II (diverse fabri-
Librax	Multergan	Pipamperon	katen)
Librium	Multergan forte	Piportil	Spasmolyticae III (diverse fabri-
Limbritol	Mutabon A	Pipotiazine	katen)
Limbritol F	Mutabon D	Pizotifeen	Stemitil
Linostil	Mutabon F	Polaramine	Stesolid
Longifène	Myocardon	Polaramine expectorant	Stimulol
Lorazepam		Polaronil	Stugeron
Loxapac	Nasapert	Polistine	Sulpiride
Loxapine	Natisédine	Polistine expectorant	Suprimal
Ludiomil	Navane	Ponderal	Surmontil
Luvatren	Nedeltran	Postafène	
Majeptil	Nembutal	Prazepam	Tacitin
Mandrax	Neo-Benodine	Prazine	Taractan
Maprotiline	Neo-Diacid	Primatour	Tavegil
Marzine	Neuleptil	Pro-Actidil	Taxilan
Mazindol	Neurolest	Prochloorperazine	Temazepam
Mebhydroline	Nirvanil	Promazine	Temesta
Meclizinium comp. (diverse fa-	Nitrazepam	Promazine FNA	Terfluzine
brikaten)	Nitrazepam (diverse fabrikaten)	Promazini hydrochloridum (di-	Teronac
Meclozine	Nitroglycerine comp. FNA	verse fabrikaten)	Thalamonal
Meclozini hydrochloridum (di-	Nitroglycerinum comp. (diverse	Promethazine	Theobarbal (diverse fabrikaten)
verse fabrikaten)	fabrikaten)	Promethazine comp. FNA	Theobarbitalum (diverse fabri-
Meclozini hydrochloridum et py-	Nobrium	Promethazine FNA	katen)
ridoxini hydrochloridum (diverse	Nomifensine	Promethazini hydrochloridum	Theobrominum comp. (diverse
fabrikaten)	Nortriptyline	(diverse fabrikaten)	fabrikaten)
Medazepam	Nortriptyline (diverse fabrika-	Promethazini hydrochloridum	Thiazinamium
Medomin	ten)	comp. (diverse fabrikaten)	Thiazinamium (diverse fabrika-
Mefenoxalon	Noveril	Promethazini hydrochloridum	ten)

Thiazinamium FNA	Tripelennamini hydrochloridum
Thiethylperazine	tabletten (diverse fabrikaten)
*Thiobarbital	Triperidol
Thiopropazaat	Triprolidine
Thiopropazine	Truxal
Thioridazine	Tryptizol
Tiotixeen	Tuinal
Tofranil	
Toplexil	Ultraproct (suppositoria)
Torecan	Union-Nox
Torfine	
Trancopal	Valium
Trancopal compositum	Valnoctamide
Tranxène	Vertigone 'NDF'
Trausabun	Vertigone forte 'NDF'
Triaminic	Vertium
Triazolam	Vesalium
Trifluoperazine	Vesparax
Trifluoperidol	Vesparaxette
Triflupromazine	*Vinylbital
Trilafon	Vogalène
Trimipramine	Vortel
Trimipraminum (div. fabrikaten)	
Tripelennamine	Zaditen



#### van het hoofdbestuur

### Kort verslag HB-vergadering dd. 29 mei 1979

#### Algemene Vergadering

De beschrijvingsbrief voor de Algemene Vergadering van 21 september wordt vastgesteld. In deze najaarsvergadering, die zoals gebruikelijk in de eerste plaats gewijd zal zijn aan de jaarstukken en de verkiezingen, zal voorts aandacht worden besteed aan het kostenvraagstuk in de gezondheidszorg. Getracht zal worden dit onderwerp te laten inleiden door een van de vooraanstaande economen in Nederland.

#### Kostenontwikkeling in de gezondheidszorg

Een werkgroep van het hoofdbestuur heeft een rapport opgesteld naar aanleiding van het financieel overzicht van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne over de ontwikkeling van de kosten in de gezondheidszorg tot 1983. Besloten wordt dit rapport aan de voorzitter van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid toe te zenden en de relevante elementen uit dit rapport op te nemen in de reactie die thans op korte termijn met betrekking tot de nota van de staatssecretaris door het hoofdbestuur en de maatschappelijke vereniging zal worden uitgebracht. Ten aanzien van deze reactie wordt het presidium gemachtigd, in overleg met de maatschappelijke verenigingen, de definitieve versie op te stellen.

#### STAG

Het hoofdbestuur spreekt zich in afkeurende zin over de STAG uit en besluit over deze kwestie in overleg te treden met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie.

J. Diepersloot, arts, secretaris-generaal.

#### van het hoofdbestuur

### Rechtsbijstand aan leden in tuchtzaken e.d.

In het kader van de individuele advisering aan leden, komt vaak een vraag naar voren over de rechtsbijstand. Meestal is dit het geval bij een dreigende of reeds aangespannen tuchtzak of bij schadevergoedingsprocedures. Het is moeilijk hiervoor een algemene richtlijn uit te vaardigen, omdat zeer veel afhankelijk is van de individuele situatie. Vaak is het in de arm nemen van een advocaat in medische tuchtzaken, voor een Medisch Tuchtcollege op grond van de Medische Tuchtwet of voor een districtsraad bij de KNMG-rechtspraak, niet nodig. Het meebrengen van een advocaat legt soms onnodig nadruk en gewicht op een zaak. Veel artsen zijn goed in staat hun relaas zelf te doen.

Anders ligt het bij dreigende of reeds aangespannen schadevergoedingsprocedures, waarbij zeer vaak op grond van de polis-beroepsaansprakelijkheidsverzekering rechtsbijstand is inbegrepen c.q. op een aparte polis is verzekerd. Komt het inderdaad tot een rechtbankprocedure, dan is het inroepen van bijstand van een advocaat trouwens verplicht.

Het hoofdbestuur wijst er op dat in veel gevallen de leden er goed aan doen alvorens verdergaande stappen te nemen, het advies van één van de juristen van KNMG, LAD, LHV of LSV te vragen, al naar gelang de aard van de zaak. Deze juristen zijn zelf geen advocaat, maar zij kunnen vaak de weg wijzen die het best kan worden gevolgd.



### Fractiewaarde

De Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen sluit verzekeringen in de vorm van fractieverzekeringen en in de vorm van guldensverzekeringen. Voor deze fractieverzekeringen wordt eens per kwartaal – berekend volgens de artikelen 25 en 26 van de Statuten en op basis van de beurskoersen ultimo laatstverstreken kalenderkwartaal – een fractiewaarde berekend. Voor het tweede kwartaal 1979 bedraagt deze fractiewaarde f 1,271.

van het centraal bestuur

## Rapport Commissie Toetsing Aangewende Middelen

### 1. Inleiding

'Medical audit' en 'utilization review' zijn begrippen, die vanuit de Verenigde Staten naar Nederland zijn komen overwaaien. In plaats van 'medical audit' is het begrip Intercollegiale Toetsing (IT) gekomen. Hieronder wordt in het rapport Intercollegiale Toetsing in Algemene Ziekenhuizen der Geneeskundige Vereniging ter bevordering van het Ziekenhuiswezen en de LSV verstaan:

'Een vorm van onderzoek en beoordeling van de kwaliteit van de verleende zorg, waarbij degenen die onderzoeken en beoordelen en degenen waarvan de zorgverlening wordt onderzocht en beoordeeld tot hetzelfde beroep behoren, aan de hand van algemene, voor dat beroep aanvaardbare maatstaven, met de bedoeling door deze beoordeling het kwaliteitsniveau van de te verlenen zorg te bevorderen'.

De IT houdt zich bezig met de bestudering van de kwaliteit van het individuele medische handelen, van het *doeltreffend en goed handelen*.

Naast het aspect als bedoeld onder intercollegiale toetsing heeft dit medisch handelen echter nog een ander aspect, namelijk het *doelmatig goed handelen*, dus de bestudering van de toepassing der middelen\* welke gebruikt zijn om het gestelde doel te bereiken. Dit tweede aspect kan men de TAM (Toetsing Aangewende Middelen) noemen. Deze TAM kan worden gekarakteriseerd als te zijn een toetsing naar efficiëntie, of *doelmatigheid*, een middelentoetsing. In dit kader speelt de vraag of er onnodig kosten worden gemaakt, bijvoorbeeld in de vorm van onnodig tijdsbeslag op mensen en middelen.

Ook bij dit gebeuren is de kwaliteit in het geding, daar bij de huidige schaarste aan financiële middelen een doelmatige inzet op de lange termijn het hoogste resultaat levert. Op deze wijze kan de TAM bijdragen tot een kostenbegeleiding en kostenbeheersing in de geneeskunde. De TAM is nevensgeschikt aan de toetsing naar de doeltreffendheid, doch is eveneens onmisbaar omdat, zoals boven reeds is gesteld, de financiële middelen niet in onbeperkte mate aanwezig zijn. Wel is het van groot belang dat er steeds en op elk niveau een nauw verband bestaat tussen de toetsing van het resultaat en van het gebruik daarbij van de middelen, dus van IT en TAM. Anders bestaat licht het gevaar dat om de kosten te

\* Middelen zijn niet alleen fysische middelen zoals medicamenten, röntgenapparaten, maar ook dienstverleningen, zowel diagnostisch als therapeutisch, als ook de wijze waarop en de organisatie waarbinnen deze worden gebruikt en verleend.

### Ten geleide

In het kader van het door de LSV in december 1976 georganiseerde Symposium 'Kostenbeheersing vanuit het medisch functioneren onder handhaving van de kwaliteit' is van verschillende zijden aandacht gevraagd voor de zogenaamde 'utilization review', of in de Nederlandse terminologie: de toetsing van de aangewende middelen. Eén en ander is voor het Centraal Bestuur aanleiding geweest een Commissie in te stellen welke tot taakopdracht kreeg: 'Het bestuderen van de vraag hoe de medische staven in samenwerking met andere disciplines van de hen ter beschikking staande personele, ruimtelijke en instrumentele ziekenhuismiddelen een zo juist mogelijk en optimaal gebruik maken en hoe dit gebruik dient te worden getoetst'.

Het Centraal Begeleidings Orgaan der Intercollegiale Toetsing officieel zijn beslag heeft gekregen en daardoor het kwaliteitsbewakend en -bevorderend werk binnen de medische staven professioneel kan worden begeleid, de Commissie Toetsing Aangewende Middelen met een rapportage is gekomen welke het Centraal Bestuur ziet als een goede aanzet voor de discussie binnen de ziekenhuizen over het evenzeer belangrijke onderwerp van de 'utilization review'.

Is de Intercollegiale Toetsing – zoals de naam aangeeft – typisch een aangelegenheid van de medische professe zelf, de Toetsing Aangewende Middelen is, zoals ook uit de samenstelling van de Commissie blijkt, een zaak van samenwerking tussen de verschillende in de ziekenhuizen werkzame disciplines.

Het Centraal Bestuur is de Commissie bijzonder erkentelijk voor het door hen geleverde werkstuk dat, naar het Centraal Bestuur hoopt, tot een vruchtbare discussie tussen de daarvoor in aanmerking komende disciplines aanleiding zal zijn.

drukken niet doeltreffende middelen zouden worden gepropageerd.

In de praktijk zal zeker een gebied van overlapping bestaan als een bepaald medisch handelen binnen het aspect van de IT en van de TAM worden getoetst. Methodisch gesproken behoeft dit geen bezwaar te zijn mits de IT en de TAM op elk niveau contact met elkaar houden en hun resultaten uitwisselen en pragmatische afspraken worden gemaakt op elk niveau voor wat de IT en wat de TAM zal doen.

IT dient per definitie intercollegiaal te geschieden. De redenen hiervoor zijn hierboven reeds genoemd. Het beroepsgeheim maakt ook het intercollegiale karakter noodzakelijk. Het gaat bij de IT immers veelal om een medisch handelen aan een bepaalde individuele patiënt en de voor de IT gebruikte gegevens zijn tot een persoon herleidbaar. Bij de TAM daarentegen dienen niet alleen de medici te worden betrokken, doch alle ziekenhuiswerkers die bij het te toetsen medisch handelen betrokken zijn. Hun kennis van zaken en hun inzicht kan van grote betekenis zijn. Zo kent de verpleegkundige de patiënt weer op een andere wijze dan de arts en heeft de econoom of de organisatiedeskundige een kennis van efficiencyproblematiek welke de medicus niet heeft. Noch zijn opleiding noch zijn ervaring hebben hem hierin bijzonder deskundig gemaakt. Bij de TAM dienen de stafspecialisten wel een centrale plaats in te nemen; het gaat immers ook daar om een toetsing van het medisch handelen of van daarmee direct verbonden technieken.

De steun van niet-artsen, zoals een econoom, een organisatiedeskundige, een verpleegkundige, een ziekenhuisdirectielid, is meestal van groot belang. Bij de TAM gaat het meestal niet om het toetsen van een individueel geval, maar

om het toetsen van medische handelingen die bepaalde groepen van patiënten of bepaalde aandoeningen of bepaalde soorten onderzoeken betreffen, zodat bij de toetsing groepsgegevens en geen tot een persoon herleidbare gegevens worden gebruikt.

Het beroepsgeheim levert bij de TAM, in tegenstelling tot de IT, dan ook geen onoverkomelijk probleem op. In principe is de IT dus op de individuele patiënt gericht, de TAM echter meer collectief.

## 2. Doel van de TAM

Doel van de TAM is ervoor zorg te dragen dat een zo juist en optimaal gebruik wordt gemaakt van de in het ziekenhuis ter beschikking staande personele, ruimtelijke en instrumentele middelen. Essentieel voor de TAM is derhalve vast te stellen hoe een goed resultaat met de aanwending van zo weinig mogelijk middelen kan worden bereikt.

## 3. Uitvoering van de TAM

Om een begeleiding te verkrijgen voor de TAM zou men kunnen uitgaan van:

- a) Een centraal begeleidingsorgaan;
- b) Lokale commissies.

*ad a.* Het centraal begeleidingsorgaan dient te worden samengesteld uit vertegenwoordigers van de meeste in het ziekenhuis werkzame werkers. Mogelijk zou in de beginperiode, mede gezien ook het feit dat IT en TAM zeer veel raakvlakken hebben en een overlapping vertonen, aangesloten kunnen worden bij het Centraal Begeleidings Orgaan der IT. Goed dient echter te worden beseft dat IT een interprofessionele, tot de patiënt herleidbare toetsing betreft, de TAM een niet tot de patiënt herleidbare toetsing binnen het ziekenhuis.

*ad b.* Lokaal kan men denken aan een Algemene Toetsings Commissie (ATC) die gesplitst is in twee subcommissies, namelijk een IT-commissie en een TAM-commissie. Het noodzakelijke contact kan men dan waarborgen vanuit de ATC.

Wat betreft de TAM-commissie zou men kunnen denken aan een permanente commissie die in het ziekenhuis wordt ingesteld, waarin de verschillende disciplines in het ziekenhuis, die bij het medisch handelen direct zijn betrokken, zijn vertegenwoordigd. Deze commissie komt regelmatig bij elkaar en kiest een onderwerp op grond van informatie die bij commissieleden is binnengekomen. In die commissie moeten tenminste zitting hebben vertegenwoordigers van de medische staf, die in deze problematiek zijn geïnteresseerd, en een economisch deskundige, terwijl het aanbeveling verdient om ook een verpleegkundige van deze commissie deel uit te laten maken.

Nadat in de TAM-commissie een onderwerp ter bestudering is gekozen, kan het nuttig zijn een commissie ad hoc samen te stellen, toegesneden op deze studie en daarin elke discipline die bij het gekozen onderwerp is betrokken, te doen vertegenwoordigen. Zo'n commissie ad hoc neemt het onderwerp dan in studie en brengt hierover op korte termijn rapport uit. Een voordeel van deze methode is dat meerdere

groepen in het ziekenhuis in beweging worden gezet, waardoor men een beter inzicht krijgt in elkaars werk.

Een andere wijze is dat in het ziekenhuis op voorstel van bijvoorbeeld de verpleegkundige staf, de medische staf of de directie een bepaald groot project wordt gekozen zoals het laboratorium- en röntgenonderzoek en het medicijnengebruik.

Daarnaast is deskundige begeleiding van de TAM in de ziekenhuizen noodzakelijk. De Wetenschappelijke Verenigingen zullen hierbij onontbeerlijk zijn, maar ook zal men in sommige gevallen een bedrijfskundige moeten inschakelen. Voorts verdient het wellicht aanbeveling om de artsen reeds tijdens hun opleiding aan de medische faculteit vertrouwd te maken met de begrippen kostenbewaking en efficiency. Met name de periode waarin de artsen praktisch als co-assistenten werkzaam zijn is hiervoor geschikt.

Het toepassen van de TAM dient namelijk niet alleen praktische voorstellen ter verbetering op te leveren doch ook een attitudeverandering te veroorzaken, namelijk de bereidheid bij eigen medisch handelen ook met kosten, personeel en efficiency rekening te houden. De commissie is van oordeel dat voor deze attitudeverandering het geven van relevante informatie (kostenfactoren, personeelsfactoren, nacht- en weekenddiensten en dergelijke) en overleg een conditio sine qua non zijn. Voor nieuwe medische middelen is een open onderling overleg van belang, gegeven de schaarste aan financiële middelen. Gegevens waarmee kan worden gewerkt, zijn bijvoorbeeld landelijke poolgegevens (van de SMR of het LISZ), terwijl ook lokale, voor ieder ziekenhuis afzonderlijk geldende gegevens, zouden kunnen worden gebruikt. Eveneens zullen literatuurgegevens als richtsnoer kunnen dienen.

Men zal in het ziekenhuis met de TAM eenvoudig moeten beginnen met voor de hand liggende vragen, waarop gezien de beschikbare gegevens reeds op korte termijn een (althans voorlopig) antwoord is te geven. Ofschoon landelijke criteria van groot belang zijn bij toetsing, moet men in de ziekenhuizen met de TAM durven te beginnen met behulp van door de werkers in het ziekenhuis zelf opgestelde criteria. Dit is ook de ervaring in de Verenigde Staten. Landelijke criteria kunnen het beste worden opgebouwd aan de hand van ervaring opgedaan met het gebruik van voorlopige, plaatselijk opgestelde criteria.

Wanneer er landelijke criteria zijn zullen deze altijd binnen het kader van de plaatselijke situatie moeten worden verfijnd en operationeel gemaakt. Bij het opstellen van landelijke criteria zal het centraal begeleidingsorgaan een hoofdrol moeten spelen, maar zolang deze landelijke criteria er niet zijn, kan dit orgaan de medische staven helpen bij het formuleren van hun eigen plaatselijke criteria, met name ook door informatie te geven over hetgeen in andere staven gebeurt. Het is daarom belangrijk het begeleidingsorgaan op de hoogte te houden van eigen ervaringen.

## 4. Voorbeelden van onderwerpen waarmee in het ziekenhuis met de TAM zou kunnen worden begonnen

- 4.1. Het gebruik van *laboratoriumonderzoeken*, en wel:
  - bij bepaalde ziektegevallen;
  - het gebruik van meerdere onderzoeken, die eenzelfde resultaat opleveren;
  - het niet ophouden met het verrichten van obsoleet gewor-



den onderzoeken als er nieuwere methoden worden toegepast;

- het vaststellen wat nodige en overbodige onderzoeken zijn;
- de verdeling van ingewikkelde kostbare tijdrovende of relatief zelden voorkomende onderzoeken;
- het vaststellen van de onderzoeken welke werkelijk gedurende weekends en avonden respectievelijk nachten onmisbaar zijn;
- de efficiëntie van aanvragen en van het beantwoorden daarvan.

#### 4.2. Het gebruik van *röntgenonderzoeken*, en wel vooral:

- het voorkomen van onnodige duplo-onderzoeken, ook bij onderzoek van een patiënt in meerdere röntgenafdelingen (zie ten aanzien van de bedrijfsorganisatorische zijde ook punt 4.4.);
- het gebruik van films;
- het gebruik van personeel;
- het doen van routinematig herhaalde onderzoeken;
- het routinematig doen van combinatieonderzoeken;
- de verdeling in ingewikkelde, kostbare, tijdrovende of relatief zelden voorkomende onderzoeken.

#### 4.3. Het gebruik van *medicamenten*, zoals:

- het te lang voortzetten van een medicamentatie omdat er niet genoeg controle is;
- het gebruik van merkartikelen in plaats van merkloze medicamenten;
- het onnodig vervangen van specialités voor nieuwere middelen.

Andere vragen op het gebied van de medicamentatie zoals die van de dosering, de keuze van antibiotica en het te intensief of te langdurig toepassen van corticosteroiden of van infusen, kunnen ons inziens beter behandeld worden in het kader van een toetsing naar doeltreffendheid. Het is duidelijk dat speciaal op dit terrein de TAM en de IT elkaar zeer nauw kunnen raken.

4.4. Een ander onderwerp kan zijn de *organisatie* van het complex van onderzoeken, dat bij een patiënt in een ziekenhuis wordt verricht, omdat nogal eens voor een onvoldoende planning onnodige opnametijd verloren gaat en onnodig piekbelasting, respectievelijk leegloop op hulpafdelingen ontstaat (terwijl er ook op gelet moet worden dat een patiënt voor een te gecompliceerd onderzoekschema fysiek of psychisch wordt overbelast).

4.5. De beoordeling wat in bepaalde en omschreven ziektegevallen *poliklinisch* kan gebeuren en wat beter *klinisch* kan gebeuren, voorzover de uiteindelijke resultaten gelijk zijn, respectievelijk alleen marginaal verschillen. Hierbij moeten de kosten zo compleet in aanmerking genomen worden als redelijk mogelijk is, maar zonder zucht naar frustrerend perfectionisme; bij voorkeur óók de kosten verbonden aan de duur van ziekte of door ziekte veroorzaakt arbeidsverzuim. Juist hier zullen IT en TAM elkaar dikwijls zeer nauw raken.

4.6. De gang van zaken met betrekking tot de operatiekamer (zie bijvoorbeeld Het Ziekenhuis 1976, nr. 17 'Statistiek operatiekamer als planningsinstrument' van E. Elzinga en H. Tuinman).

4.7. Het gebruik van disposables.

4.8. De beddenbezetting.

4.9. De fysiotherapie.

4.10. Het bespreken van een begroting met de diverse groeperingen binnen een ziekenhuis zodat men wederzijds meer geïnformeerd wordt.

### Conclusie

De commissie is van mening dat er in het ziekenhuis een commissie ingesteld moet worden waarin vertegenwoordigers van verschillende disciplines in het ziekenhuis zitting hebben.

De taak van deze commissie zal er primair op gericht moeten zijn te stimuleren dat er in het ziekenhuis – op welke wijze dan ook – aan de TAM wordt gedaan. Daartoe dient deze commissies onderwerpen aan te dragen en eventueel ad hoc commissies in te stellen die zich met een bepaald onderwerp bezighouden. Het is noodzakelijk dat op landelijk niveau nadere studies worden gemaakt over zaken in het ziekenhuis, die op hun doelmatigheid kunnen worden getoetst. Aan de hand hiervan kan dan in de ziekenhuizen de TAM nader worden uitgediept. Men zal met de TAM eenvoudig moeten beginnen en daarbij niet bevreesd moeten zijn het niet helemaal perfect te doen, zolang het maar effect heeft.

Binnen de wetenschappelijke verenigingen der erkende specialismen zal men zich over de TAM moeten beraden, zodat een beroep vanuit de medische staven op hen mogelijk wordt.

Het is noodzakelijk dat ten aanzien van bepaalde onderwerpen landelijk gezien wordt hoe deze in het ziekenhuis op hun doelmatigheid kunnen worden getoetst.

Dit rapport moet dan ook gezien worden als een eerste stap op het tot nu toe vrijwel onontgonnen gebied van de Toetsing der Aangewende Middelen.

Dr. D. J. van Dijk, chirurg, destijds lid Centraal Bestuur der LSV, thans medisch directeur Sophia Ziekenhuis te Zwolle, voorzitter;

Mevrouw J. Buurmans, hoofdverpleegkundige in het Carolus Ziekenhuis te Den Bosch;

Dr. J. C. J. Burkens, rustend geneesheer-directeur en internist te Arnhem;

Dr. L. P. de Jong, algemeen directeur in het St. Antonius Ziekenhuis te Utrecht;

Mr. P. Jongepier, juridisch medewerker bureau LSV, secretaris.

### BIJLAGE

#### TAAKOPDRACHTCOMMISSIE-TAM

Het Centraal Bestuur der LSV,  
ervan uitgaande:

- dat er op het ogenblik in vele ziekenhuizen een toetsing plaatsvindt van de medische arbeid met het doel de kwaliteit van die arbeid te verbeteren;

- dat de beoordeling van de kwaliteit der resultaten medische deskundigheid vereist;
- dat deze toetsing van de medische arbeid daarom typisch een zaak van de medische professie is en daarom optimaal door een intercollegiale toetsing kan geschieden,

*overwegende,*

- dat men de medische arbeid echter ook kan toetsen aan de wegen waarlangs de resultaten bereikt worden;
- dat dit onder meer kan geschieden aan de manier waarop de beschikbare middelen worden gebruikt;
- dat een dergelijk kwantitatief onderzoek gericht op de efficiëntie met het oog op de kostenbeheersing uitermate gewenst is;
- dat deze toetsing niet alleen moet gebeuren door artsen als medisch deskundigen, maar ook door instanties in het ziekenhuis via welke de middelen ter beschikking worden gesteld;
- dat aan deze toetsing actief en passief deel behoren te nemen alle werkers in het ziekenhuis, die de verstrekte middelen toepassen en de resultaten van nabij meemaken,

*heeft besloten,*

Een commissie in te stellen, die tot taak heeft: Te bestuderen hoe de medische staven in samenwerking met de andere disciplines in het ziekenhuis kunnen onderzoeken of zij van de hun ter beschikking staande personele, ruimtelijke en instrumentele ziekenhuismiddelen een zo juist en optimaal gebruik maken en op welke wijze dit gebruik moet worden getoetst.



## Nieuwe inschrijvingen

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

**30 januari 1979**, Universitair Huisartsen Instituut Amsterdam-UvA

Grieken, A. A. van, Frissenstein 118, Amsterdam  
Laddé, B. E., Marten Michielshof 46, De Rijp NH  
Lanphen-Dijken, Mw. W. J. E., V. da Gamastraat 6<sup>I</sup>, Amsterdam  
Pie, F., Javastraat 88<sup>I</sup>, Amsterdam 1094 HM  
Saman, J. P., Keizersgracht 638, Amsterdam  
Wijgerden, Mw. J. G. M. van, Van Boetzelaerstraat 39<sup>III</sup>, Amsterdam

**30 januari 1979**, Universitair Huisartsen Instituut Amsterdam-VU  
Tienhoven, A. H. van, Nieuwe Oostenburgerdwarsstraat 9<sup>II</sup>, Amsterdam  
Valeton, J. W. A., Lisztsstraat 72, Nijverdal

**30 januari 1979**, Universitair Huisartsen Instituut Leiden  
Disseldorp, Q. J., Kerkstraat 33, Oude Wetering  
Eede-Hidskes, Mw. Chr. L. W. v., Paganinidreef 64, Voorschoten  
Gijbels, J. B. A., Zuideinde 18b, Roelofarendsveen  
Hoeve, J. van der, 2e Weteringsdwarsstraat 65a, Amsterdam  
Valkhof, Mw. A. J. M., Kiekendieffhorst 103, Leiden 2317 AD  
Hoyng, Mw. A. J. M., Trompstraat 11, Leidschendam  
Kerssen, B., Hugo de Vriesstraat 10, Leiden  
Looyestijn-Huijvenaar, Mw. E. M. Th. J., Haarlemmertrekvaart t/o nr. 9, 2341 NR Oegsgeest  
Verkaart, P. M., Rijnstraat 7a, Leiden  
Zwaanswijk, E. F., Lorentzlaan 11, Heemstede

**30 januari 1979**, Universitair Huisartsen Instituut Maastricht  
Tummers, E. L., Hoofdstraat 33, Kerkrade

**30 januari 1979**, Universitair Huisartsen Instituut Utrecht  
Janssen, Mw. E. A., Parklaan 39, Reuver  
Mulder, L. J. P., Hertog Gelresingel 30, Swalmen  
Truyens, Mw. L., Julianaplantsoen 275, Diemen IIII XN  
Lely, B. V. van der, Sluyterslaan 457, 3431 BK Nieuwegein

**8 februari 1979**, Universitair Huisartsen Instituut Utrecht  
Houben, H. N. P., Havikstraat 29, Utrecht  
Stoutenbeek, II., Van Limburg Stirumstraat 16, Utrecht  
Veldman, H. B., Sluisweg 3A, Vaassen  
Versteegh, H. D. M., Prins Bernhardlaan 63, Utrecht  
Bellekom, R. J. W., Pollux 147, Veenendaal 3902 TD  
Schendel, G. J. van, Vermeerlaan 7, Scherpenzeel

**8 februari 1979**, Universitair Huisartsen Instituut Nijmegen  
Bekkers, G. A. H., Markt 41, Helmond  
Beunders, J. H. J., Berkellaan 4, Hengelo O.  
Boogaard, W. J. M. van den, Fazantendonk 11, Veghel  
Elsen, J. H. M. van den, Stationsplein 6, Dieren  
Gerven, F. P. M. van, Valkendijk 5, Aarle Rixtel  
Sonnaville, P. B. J. de, Van Heemstraweg 55, Winssen (Geld.)  
Timmermans, R. B. J., Brugstraat 14, Arnhem 6811 MB  
Vreeze, J. M. de, Pieter Nuytsstraat 18, Geldrop  
Wesseling, J. A. Th. M., Eikenweg 5, Hernen 6616 AS

**8 februari 1979**, Universitair Huisartsen Instituut Amsterdam-VU  
Akker, A. H. P. van den, Bolestein 532, Amsterdam  
Dirks, C., Fred. Hendrikstraat 192<sup>III</sup>, Amsterdam  
Doff, J. L., Pr. Beatrixstraat 25, Markelo 7475 AP  
Gaillard, P. M., p/a Prins Mauritslaan 2, Haarlem  
Haak, Mw. J. S., Witte de Withstraat 13<sup>I</sup>, Amsterdam  
Nieuwenhuis-De Heer, Mw. E. M., 2e Jan van der Heydenstraat 2<sup>III</sup>, Amsterdam  
Schut, P. D., Nachtegaalstraat 65, Haaksbergen  
Veerman, A., Loefzij 45, Huizen  
Hoef-van Waalwijk van Doorn, Mw. A. M. A. S. van de, Het Laar 28, Almelo

**22 maart 1979**, Universitair Huisartsen Instituut Amsterdam VU  
Boonstra, Mw. M. H., Laan van de Helende Meesters 251, Amstelveen

**22 maart 1979**, Universitair Huisartsen Instituut Utrecht  
Boudestein, Mw. A. Chr., J. Tooropstraat 30, Amersfoort  
Visser, H. A. M., Van Asch van Wijckskade 18, Utrecht

**22 maart 1979**, Universitair Huisartsen Instituut Leiden  
Bekker, R., Rijsburgerweg 77a, Leiden BJ 2334  
Bekker-Tekkens, Mw. M. G., Rijsburgerweg 77a, Leiden BJ 2334  
Dulk, M. O. den, Morsweg 50, Leiden AE 2312  
Evenaar, A. H., Laan van Meerdervoort 653, Den Haag  
Feen, M. F. van der, P. Meinersstraat 10, Den Haag  
Kalsbeek, P. E., Meidoornstraat 39, Den Haag  
Mattheussens, O. J. A., Jan Luyckenlaan 249, Leiden 2332 DH  
Niet, J. D. de, Haarlemmertrekvaart a.b. Itajubá, Oegstgeest 2341 NR

Roos-van Eijndhoven, Mw. D. G., Brederostraat 24, Leiden 2332 BB  
Rijk, H. Ph. de, Valkenhorst 45, Leiden

**23 maart 1979**, Universitair Huisartsen Instituut Nijmegen  
Coumans-Botden, Mw. M. C., Tangostraat 22, Nijmegen  
Denie, M. A. E. M., Mosterdhof 158, Westervoort  
Engwerda, Mw. W. C., Tulpstraat 12, Uden 5402 ZD  
Fortuyn, C. B., Bennkomseweg 13, Heelsum  
Hendriks, W. J. C., Acaciastraat 38, Nijmegen 6521 NG  
Houwen, J. A., Plutostraat 117, Nijmegen  
Jansen, Th. J. M., St. Jacobslaan 288, Nijmegen  
Kouters, C. J., Van Goghlaan 128, Roosendaal  
Mesker, P. J. R., Javastraat 22, Nijmegen  
Mesker-Niesten, Mw. J. J. L. M., Javastraat 22, Nijmegen  
Meuwissen, I. R. V. M., Spinetstraat 5, Nijmegen  
Rutten, J. A. G. M., Kornhoenderveld 57, Cuyk

**23 maart 1979**, Universitair Huisartsen Instituut Rotterdam  
Aalders, Mw. A. M., Haringspakkersstraat 32 A, Rotterdam  
Berg, F. A. van den, Noordmede 2, Middelburg  
Eck, T. G. M. van, Kersengaard 3, Ochten  
Engelenburg, W., De Petten 20, 9254 CB, Hardegarijp  
Grinsven, M. G. P. M. van, Bechtstede 25-49, 4463 CE Goes  
Grosfeld, R. C. A. Heikant 47, Oosterhout 4909 AP  
Imhoff, J. A., Van Hogendorplaan 129 B, Vlaardingen  
Lange, Mw. L. C. Ch. de, Noordmede 2, Middelburg  
Meijer, P. J., Troelstrapad 56, Goes  
Weeda, J. N., Schonebergerweg 12 A, Rotterdam

**12 april 1979**, Universitair Huisartsen Instituut Maastricht  
M. Goense, Stokerij 135, Gorredijk

**12 april 1979**, Universitair Huisartsen Instituut Groningen  
Bos-Terpstra, Mw. F. van den, Kampioenstraat 22, Enschede  
Bouma, G. p/a Pres. Kennedylaan 156, Heerenveen  
Dijk, J. B. van, Iikmounewei 40, Bergum  
Heun, D. D., Spicastraat 110, Groningen  
Krijgsman, J. L., Leeuwarderdijk 9, Marssum 9034 VA  
Lettinga, K. P., Tichelkmap 23, Bergum 9251 AP  
Molkenboer, P. P., De Genestetlaan 4, Driehuis, Post IJmuiden 1985 GH  
Mulder, E. H., Halmersinge 56, Zuidlaren  
Postema, Dr. N. M., nat. fil. Lenteklokje 40, Leeuwarden  
Prak, H., Omloop 41, Stadskanaal  
Reijntjes, G. J., Verl. Nieuwstraat 31, Groningen  
Swagemakers, Mw. M. L. S., Veenhuizerweg 5, Een.

**12 april 1979**, Universitair Huisartsen Instituut Nijmegen  
Wasmann, R. L., Raadhuislaan 1, Oss

**10 mei 1979**, Universitair Huisartsen Instituut Amsterdam-UvA  
Bent, K. F. van den, Christ. de Wetstraat 22<sup>II</sup>, Amsterdam  
Busscher, D. L. Th., Kattenburgerhof 90, Amsterdam  
Bijl, H. J., M. S. Johanna Hendrika, Marken-Haven  
Goudsmit, P. W., Barentszstraat 34<sup>II</sup>, Amsterdam 1013 NS  
Groen-Evers, Mw. J. C. A. M., Amstel 180<sup>II</sup>, Amsterdam  
Hodde, Mw. E. P. J., Levendaal 112, Leiden  
Ruitenbergh, F. M. A., Van Lennepweg 91 rood, Zandvoort

Tjoa, H. H., Hofmeyrstraat 9<sup>II</sup>, Amsterdam 1091 LV  
Willems, F. E., Transvaalstraat 25<sup>III</sup>, Amsterdam 1092 HB  
Wolters, Mw. C., Nassaukade 169<sup>III</sup>, Amsterdam

**10 mei 1979**, Universitair Huisartsen Instituut Nijmegen  
Blesgraaf, E. G. J. M., Peperstraat 19, Oss 5341 CZ  
Deelen, A. van, De Kwartel 17, Dronten 8251 MS  
Deelen-Willems, Mw. M. E. J. van, De Kwartel 17, Dronten 8251 MS  
Derksen, A. T. M., Mulderstraat 23, Well. CO 5855  
Jagt, J. T. H. M., Alb. Thymstraat 27, Venlo  
Jeukens, Mw. H. B. A., Voetiuslaan 18 IV, Arnhem  
Kalmthout, P. J. C. van, Bloemerstraat 105, Nijmegen 6511 EG  
Moosdijk, C. N. F. van de, Tedderstraat 43, Venray  
Swaal, J. L. M. van, Aalsburg 12-42, Wijchen  
Verheyen, R. A. C., Reijersstraat 22, Elst 6661 GT  
Vervoort, J. W., Langenboomseweg 8 a, Mill  
Willemse, A. H. M., Joh. de Kortstraat 34, Eersel

**10 mei 1979**, Universitair Huisartsen Instituut Groningen  
Ramshorst, R. van, Uytenbosch 24, Baarn  
Ulden, J. F. C. van, De Zegge 10, Oosterwolde.



## Personalia

### Overleden

A. J. K. Binnendijk, Oranjelaan 5, Ermelo  
A. H. Bloem, Hoofdweg 462, Paterswolde  
M. J. Bosma, Indigolaan 100, flat 254, Tilburg  
W. K. Brevet, van Ostadestraat 5, Arnhem  
M. Dura, Straatweg 242, Rotterdam  
A. M. Gerstel, Kon. Wilhelminalaan 479, Voorburg  
F. Ch. v. Hasselt, Linnaeuslaan 20, Haarlem  
H. M. Haye, Nachtwachtlaan 394<sup>XII</sup>, Amsterdam  
W. de Jong, Wolwevershaven 9, Dordrecht  
H. Kwint, Dr. Schaepmanlaan 93, Heemstede  
J. Laeyendecker, Zandvoorter Allee 242, Haarlem  
G. J. du Marchie Servaas, van Deldensweg 5, Hattum  
A. E. Mars, Dl. Sablonierekade 15, Kampen  
A. Mathot, Ln. v. Soestbergen 49 bis A, Utrecht  
Dr. R. Th. Meurer, Meester Beukenweg 16, Mechelen  
Mw. J. Nauta, Pr. Bernhardlaan 8, Oegstgeest  
J. M. van Rossum, Edeseweg 8, Otterlo  
T. W. Thies, G. Breitnerstraat 3, Nunspeet  
Dr. H. A. Vogelenzang, Nesciolaan 53, Haren  
J. B. H. Wachters, Oude Kleefsebaan 375, Berg en Dal  
Mw. F. Westerveld, Buitenrustlaan 25, Haarlem  
B. L. Yap, W. Buytewechstraat 215, C, Rotterdam.

## INHOUD OFFICIEEL

KNMG, van het hoofdbestuur:	
Geneesmiddelen en verkeersveiligheid .....	780
Kortverslag HB-vergadering dd. 29 mei 1979 .....	783
Personalia .....	788
LSV, van het centraal bestuur:	
Rapport Commissie Toetsing Aangewende Middelen .....	784
HRC:	
Nieuwe inschrijvingen .....	787

Nr. 24 – 15 juni 1979  
34ste jaargang