



redactioneel

- In MC nr. 12 van 24 maart jl werd de aandacht gevestigd op de kartelvorming die zich binnen de gezondheidszorg voltrekt op het gebied van het medisch risico. De hoofdredacteur wees toen op het gevaar dat in een dergelijke kartelvorming ligt opgesloten. Thans zetten Mr. J. H. Peters, algemeen directeur van het Ziekenhuis Oudenhuis te Utrecht, en Mr. R. de Water, jurist van de Nationale Ziekenhuisraad, uiteen, waarom ook zij de ogen niet kunnen sluiten voor de hier aan de orde gestelde ontwikkeling in de verzekering van de medische aansprakelijkheid.
- De Centrale Raad voor de Volksgezondheid gaat in een advies over de taak en de samenstelling van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid uitvoerig in op de rol die de maatschappelijke organisaties in het toekomstige bestel wordt toegedacht bij de beleidsvoorbereiding op het terrein van de volksgezondheid. De Raad acht het van groot belang dat deze organisaties bereid blijven met de overheid verantwoordelijkheid te dragen voor de gang van zaken in de gezondheidszorg.
- In een drietal artikelen over professie en management in het ziekenhuis, waarvan thans het eerste, komen de econoom Drs. W. B. de Greve en Prof. Dr. H. K. A. Visser, hoogleraar in de Kindergeneeskunde, tot de conclusie dat decentralisatie van de ziekenhuisorganisatie een aantal belangwekkende voordelen biedt.
- De Rotterdamse revalidatie-arts B. D. Bangma, besluit zijn artikelen-serie over de methode van revalidatie met een nadere uitwerking van de procedure, zulks aan de hand van een schematisch profiel waarin de elementen van de voornaamste kenmerken zijn weergegeven.
- 'Artsen zouden zich wat zorgvuldiger moeten bezinnen op hun bijdragen aan de sport. Misschien noopt dit hen tot beperking van hun claims. Maar het belang ervan zou aan meer mensen duidelijk kunnen worden'. Aldus concludeert de socioloog Drs. R. Stokvis, wetenschappelijk medewerker bij het Sociologisch Instituut van de Universiteit van Amsterdam, die aan de hand van de artikelenserie in MC over sportgeneeskunde enige aspecten behandelt van het streven om van de sportgeneeskunde een specialisme te maken.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven	506
<i>Incenders: B. Dragt, H. A. H. van Till-d'Aulnis de Bourouill, Dr. A. F. Casparie + naschrift, Dr. F. Engel, R. W. Kreis, R. Schüchner, J. N. Teer</i>	
Kartelvorming verzekeraars medische aansprakelijkheid, door Mr. J. H. Peters en Mr. R. de Water	511
Advies Centrale Raad voor de Volksgezondheid: Taak en samenstelling van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid	515
Professie en management in het ziekenhuis. I. De medische professie in de ziekenhuisorganisatie, door Drs. W. B. de Greve en Prof. Dr. H. K. A. Visser	517
Uitspraak Raad van Beroep: Orthopedisch chirurg treft geen verwijt	520
Uit de Ziekenfondsraad. Discussienota budgettering in de gezondheidszorg	521
Over de methode van revalidatie (Slot), door B. D. Bangma	523
Sportgeneeskunde, het maken van een specialisme, door Drs. R. Stokvis	526
OFFICIEEL	529
Inhoudsopgave officieel	532



MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

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

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

Uitgeverij

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

Abonnementen

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

Advertenties

Advertenties behoeven de goedkeu-
ring der redactie en kunnen zonder
opgaaf van redenen worden gewe-
gerd. Opgaven uitsluitend bij de uit-
geverij.

Adreswijziging

Leden der KNMG uitsluitend aan de
afdeling Ledenregister des Maat-
schappij, Lomanlaan 103, Utrecht.
Niet-leden uitsluitend aan de uitge-
ver.

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.

BRIEVEN

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

WERK IN AUSTRALIË

Het zal het merendeel der Nederlandse artsen niet bekend zijn, dat het Nederlandse *artsexamen* toegang geeft tot ziekenhuispraktijk in de Northern Territory van Australië, *mits* men tevens in het bezit is van het ECFMG of het equivalent daarvan.

In principe krijgt de Nederlandse arts momenteel een 'conditional licence' geldig voor werk in een der Northern Territory ziekenhuizen alleen. Hij kan daar dan werken voor minstens een jaar, verder zo lang hij wenst. Wil hij te zijner tijd naar een andere tak der geneeskunde, zoals sociale geneeskunde of schoolgeneeskunde (Public Health, Aerial Medical Services, District Health), dan dient hij het zogenaamde AMEC-examen te ondergaan (Australian Medical Examining Council), dat elk jaar in maart en september in enkele der grote Australische steden wordt afgenomen. Ik veronderstel dat de reiskosten belastingaftrekbaar zullen zijn. Dit examen bestaat uit twee delen, een schriftelijk multiple choice-examen van 3 uur en 150 vragen, waarvoor men eerst moet slagen. Bij gunstig resultaat volgt dan twee à drie weken later een mondeling klinisch examen in Interne, Chirurgie en Verloskunde/Gynaecologie. Als de kandidaat hiervoor slaagt is hij in principe registreerbaar in alle Australische staten: hij is dan 'fully licensed'.

Ik kan jonge, pas afgestudeerde Nederlandse artsen met of zonder gezin een tijdelijk of zelfs permanent verblijf in de Northern Territory met centra als Darwin, Alice Springs, Katherine en Gove (Nhulunbuy), waar ik zelf nu sinds bijna acht maanden werk, van harte aanbevelen, eventueel als overgangperiode bij een lange wachttijd voor specialisatie. De reis zal veelal onder emigratievoorwaarden en -ondersteuning verlopen; men verzoeken hierover de Australische ambassade in Den Haag en de Emigratiedienst om inlichtingen. Men dient echter eerst een aanstelling te tonen.

Het gaat om een echte tropenpraktijk met een groot aantal Australische Aborigines als patiënten, ziektebeelden als mijnworm met anemie, lepra, huidziekten, tbc, intestinale parasitosis, etc. De behuizing is goed, de scholen zijn van redelijke kwaliteit, er is een verplichte ziektekostenverzekering, Medibank

geheten. De salariëring in het ziekenhuis bedraagt ongeveer 15.000 dollar per jaar, in de Public Health ongeveer 23.000. De kosten van levensonderhoud vergelijkbaar met die in Holland. In tegenstelling tot hetgeen velen denken is het hier echt geen woestijn maar een groot Eucalyptuswoud met vele krekens en rivieren, meer zuidelijk overgaand in savannen, een erg droge en een erg natte tijd.

Voor nadere inlichtingen neme men contact op met de Director, Department of Health, P.O. box 147, DARWIN, N.T. 5794 en/of de Medical Board of the Northern Territory, the Registrar, Box 4221, Darwin, N.T. 5794, Australia. Aarzel niet mij persoonlijk om inlichtingen te schrijven.

Nhulunbuy, 6 maart 1978

B. Dragt (artsexamen Utrecht),
District Medical Officer,
c/-Department of Health,
Box 421, GOVE (Nhulunbuy),
Arnhemland,
Northern Territory-5797,
Australië.

GEEN BLOEDTRANSFUSIE?

Rechtsregels zijn onder andere gemaakt om bij conflicten tussen belangen en/of rechten van personen een zodanig evenwicht tot stand te brengen (c.q. in stand te houden) dat de sterkere niet straffeloos de zwakkere kan onderdrukken. Ik ga er nu verder van uit dat de weigering door de Jehova getuige een zijnerzijds doordachte en gemeende weigering en geloofsuiting was. K-H. Brandt schrijft in MC nr. 12/1977, blz. 361, dat hij bij een volgende dergelijke weigering misschien *niet* zal nalaten de bloedtransfusie te geven, en dat om zijn eigen frustratie te ontlopen. Hij negeert dan mijns inziens het belang van zijn patiënt. Door wél een -geweigerde- bloedtransfusie te geven brengt de arts zijn patiënt in diepgaande geloofs- en gemoedsproblemen, die voor die patiënt ernstige en langdurige frustraties en problemen oproepen. Voorts negeert die arts het recht van zijn patiënt op

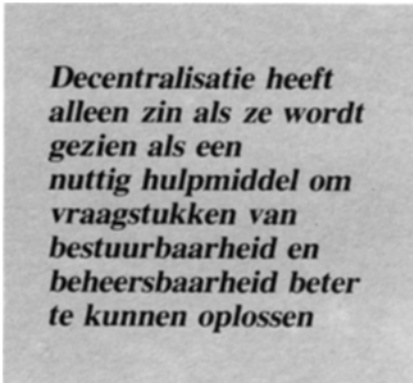
Doorlezen naar blz. 508

PROFESSIE EN MANAGEMENT

In een drietal artikelen beschrijven Prof. Dr. H. K. A. Visser en Drs. W. de Greve een model voor een decentralisatie in de organisatie van grote en middelgrote ziekenhuizen (350 bedden).

Het eerste artikel (zie blz. 517) beschrijft de plaats van de medische professie in het ziekenhuis. De conclusies luiden: een dualistische gezagsstructuur leidt tot polarisatie tussen arts en ziekenhuisorganisatie; een sectorgewijze ordening van professionele groeperingen als grondslag voor de organisatiestructuur versterkt de kans op polarisatie. Het tweede artikel schetst het model van een gedecentraliseerde ziekenhuisorganisatie. Voorgesteld wordt, het ziekenhuis in ongeveer vier à acht relatief autonome eenheden te verdelen. Deze eenheden, door de auteurs blokken genoemd, kunnen volgens vast te stellen criteria worden gevormd. Een mogelijkheid zou kunnen zijn het ziekenhuis onder te verdelen in de blokken chirurgie, interne geneeskunde, oncologie, pediatrie, gynaecologie en obstetrie, psychiatrie en sociaal-geneeskundig zorg, en tenslotte laboratoria. Maar ook andere indelingen zijn mogelijk. In het slotartikel wordt verslag uitgebracht over een werkbezoek aan een aantal Zweedse ziekenhuizen, waar de blokkenstructuur reeds enige jaren functioneert. Ondanks de nadelen die organisatorische veranderingen nu eenmaal met zich brengen en ondanks de nadelen die aan de nieuwe structuur zijn verbonden, waarden de medici deze decentralisatie binnen het ziekenhuis in het algemeen positief. De roep om meer decentralisatie en meer inspraak met betrekking tot de ontwikkelingen binnen het eigen werkterrein wordt niet alleen gehoord van de zijde van de Zweedse ziekenhuisartsen. Die roep weer-

spiegelt een ontwikkeling die in de gehele gezondheidszorg zichtbaar wordt. Decentralisatie heeft alleen zin als ze wordt gezien als een nuttig hulpmiddel om vraagstukken van bestuurbaarheid en beheersbaarheid beter te kunnen oplossen – aldus een van de slotconclusies van de auteurs. Overigens kan men hierbij de kanttekening plaatsen dat de inbreng van de patiënt in het beschreven model niet aan de orde komt. Een van de motieven voor decentralisatie in de gezondheidszorg is méér inspraak van de (potentiële) patiënt. Nu roept decentralisatie van de gezondheidszorg binnen en buiten het ziekenhuis zeer verschillende problemen op. De



*Decentralisatie heeft
alleen zin als ze wordt
gezien als een
nuttig hulpmiddel om
vraagstukken van
bestuurbaarheid en
beheersbaarheid beter
te kunnen oplossen*

blokvorming is erop gericht artsen, verplegenden, paramedici en administratief personeel meer te betrekken bij het management van het eigen blok. Het gevolg is dat alle medewerkers meer inzicht krijgen, maar ook hun eigen bijdrage kunnen leveren aan de goede gang van zaken zowel in de eigen afdeling als via deze afdeling aan het totaal van de ziekenhuisorganisatie. Ook dit is een vorm van democratisering. Het grote gevaar ligt in de mogelijkheid van een toenemende bureaucratisering. Bepaalde beslissingen die door de blokstaven worden genomen en die opnieuw worden beoordeeld door de centrale staven leiden vaak tot dubbel werk, zo

bleek in Zweden. Dit is te voorkomen door een goede delegatie van verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Dat deze organisatiestructuur toch door de medewerkers positief wordt beoordeeld, heeft te maken met het gevoel dat er op deze manier een meer rationele besluitvorming mogelijk is; voorts verloopt de afweging tussen de belangen van verschillende klinieken binnen het blok rationeler. De oorzaak daarvan ligt in het gegeven dat nu ook op lager niveau beleidsbeslissingen mogelijk zijn. Een tweede waarborg tegen te veel bureaucratie kan gelegen zijn in de wisseling van functionarissen die de verschillende professies in de blokleiding vertegenwoordigen. De schrijvers zien in zo'n wisselende bezetting drie voordelen: de medicus hoeft zijn eigen werk slechts tijdelijk op een laag pitje te zetten, de blokleiding krijgt regelmatig vers bloed en aan meerdere professionals wordt een leersituatie geboden in termen van management. Een dergelijke wisseling om bureaucratie tegen te gaan is eveneens denkbaar voor de centrale ziekenhuisdirectie; de medicus is niet per definitie een manager, al straalt hij nog zoveel gezag uit.

Ook voor de intercollegiale toetsing kan de blokvorming gevolgen hebben. Het ligt immers voor de hand een groot deel van de toetsing binnen een blok te laten verlopen, opdat een directere beoordeling en bewaking van de kwaliteit van het werk mogelijk is. Decentralisatie binnen de ziekenhuizen is voor Nederland zeker geen geheel nieuwe gedachte. De ontwikkelingen in sommige ziekenhuizen in ons land laten wat dit betreft reeds een duidelijke trend zien. Met Visser en De Greve zijn wij het eens, dat het idee van een gedecentraliseerde ziekenhuisorganisatie nadere uitwerking verdient.

B.

lichamelijke onschendbaarheid. Hij maakt dus misbruik van zijn macht als sterkere, onder het voorwendsel dat hij – beter dan zijn patiënt – weet wat goed is voor diens ziel, maar in feite om zijn eigen frustraties te ontlopen. Mijns inziens is het geven van een doordacht geweigerde bloedtransfusie (of andere behandeling) soms immoreel, steeds onrechtmatig, en soms strafbaar als mishandeling.

De beste preventie tegen het ontstaan van frustraties hierover is stellig dat artsen – voor zover de omstandigheden dat toelaten – bij het aannemen van een nieuwe patiënt hem als routinevraag vragen of hij een Jehova getuige is en hem dan eventueel niet als patiënt aannemen.

's-Gravenhage, 4 april 1978

H. A. H. van Till-d'Aulnis de Bourouill

MEDICAL AUDIT OF INTERCOLLEGIALE TOETSING

In zijn artikel 'medical audit of intercollegiale toetsing; 2 ½ jaar medical audit in het Sophia-Ziekenhuis te Zwolle' (MC nr. 10/1978, blz. 321) stelt collega Engel dat de wijze waarop medical audit in zijn ziekenhuis wordt toegepast een directe vorm van verantwoording afleggen is, omdat het een confrontatie tussen behandelend arts en kritische collegae inhoudt. De vraag is echter wat de doelstelling van medical audit of intercollegiale toetsing dient te zijn. De verbetering van de kwaliteit van de medische zorg, 'het peil van de medische arbeid van de leden van de medische staf zo hoog mogelijk op te voeren', moet vooropstaan en het is niet bewezen dat dit met de beschreven methode wel wordt bereikt.

In de procedure van de intercollegiale toetsing zoals deze in het rapport 'Intercollegiale Toetsing in Algemene Ziekenhuizen' staat vermeld, wordt aangegeven dat dit proces een cyclisch karakter moet hebben. Nadat voor een bepaald onderdeel van de medische zorg criteria zijn vastgesteld, wordt de praktijk van de medische zorg gemeten. Uit de vergelijking tussen criteria en werkelijkheid kunnen deficiënties duidelijk worden die het noodzakelijk maken veranderingen in deze zorg aan te brengen. Daarna dient opnieuw te worden gemeten om na te gaan of deze veranderingen wel effect hebben gesorteerd. Pas dan is er sprake van kwaliteitsverbetering van het medische handelen. Deze laatste stappen in het toetsingsproces ontbreken nu in de beschreven methode van collega Engel. Uit de stafbesprekingen komen wel voorstellen tot verbetering en afspraken (een besluit tot abstineren dient bij voorkeur niet door één specialist te worden genomen); een dergelijke afspraak is echter naar onze ervaring beslist nog geen

garantie dat het in de toekomst beter zal gaan.

Met de procedure beschreven door collega Engel kunnen veeleer *onderwerpen* voor toetsing worden aangedragen. Getoetst zal moeten gaan worden of de stafleden zich aan de gemaakte afspraken gaan houden! Na het vaststellen van criteria, zoals dat in de besprekingen ten dele al wel gebeurt (geen vaatdiagnostiek bij thrombotest-percentage <15), dient dan de verdere toetsingsprocedure te worden afgewerkt.

Collega Engel stelt dat de toetsing in zijn medische staf zich vooral zou richten op het resultaat van de medische zorg ('outcome'-toetsing). In zijn opsomming van de onderwerpen blijkt echter dat over het algemeen het proces van de medische zorg wordt getoetst. Het is overigens opvallend dat de aanbevelingen die uit de toetsingsbesprekingen komen, vooral liggen op organisatorisch gebied of te maken hebben met communicatieproblemen. Er blijven slechts weinig echt medisch-technische zaken over die getoetst zouden moeten worden.

Ondanks deze opmerkingen blijft bij mij de bewondering voor het feit dat het mogelijk is dat een medische staf al enkele jaren in staat is, onderling op een dergelijke directe wijze verantwoording af te leggen. Hopelijk kan nu door een verdere gestructureerde opzet van de toetsing worden nagegaan of de kwaliteit van de medische zorg ook werkelijk wordt verbeterd.

Zwolle, 12 maart 1978

Dr. A. F. Casparie,
voorzitter Begeleidingscommissie
Intercollegiale Toetsing
in Algemene Ziekenhuizen

Naschrift

Het kan niet worden ontkend, dat bij de werkwijze zoals in het Rapport Intercollegiale Toetsing wordt omschreven de evaluatie van de verandering in de gemeten criteria vrijwel ideaal is, terwijl dat bij de door ons geschetste werkwijze veel moeilijker is. Bij een eenvoudig item als een thrombotest-percentage <15 bij vaatdiagnostiek is dat overigens heel eenvoudig, na die tijd is het niet meer voorgekomen.

Dat neemt niet weg, dat het onjuist is te stellen dat er pas sprake is van kwaliteitsverbetering als dat ook kan worden gemeten. In de jaren daarvoor was er, hoop ik, ook wel verbetering! Omgekeerd kan men ook niet stellen, dat wanneer kwaliteitsverbetering kan worden gemeten dit ook altijd het gevolg is van de toetsing! Aandacht voor het onderwerp, rijp worden van de medicus voor het probleem, kunnen ook de oorzaak zijn. Hoofdzaak is o.i. dat de medische staf ook

collectief bereid is verantwoording te dragen voor de kwaliteit van het medisch handelen. Dat de meer individuele benadering – zoals wij deze voorstaan – voordelen maar ook nadelen heeft, is uit mijn overzicht duidelijk naar voren gekomen, de bewondering van collega Casparie ten spijt. Hopelijk zal hij na 2 ½ jaar toetsing een optimistischer geluid kunnen laten horen. Van zijn ideeën hopen wij al eerder gebruik te maken.

Zwolle, 7 april 1978

Dr. F. Engel

SPORTGENEESKUNDE DE SPORT EN DE LASTEN

Graag zou ik willen reageren op het lezenswaardige artikel van collega Harm Kuipers (MC nr. 11/1978, blz. 350). Het betreft de alinea die eindigt met: 'Sport is nu eenmaal – evenmin als onze rookgewoontes e.d. – niet weg te denken uit ons cultuurpatroon' (blz. 350, derde kolom). Mijns inziens hebben de gelaakte huisartsen in de grond der zaak gelijk. Als mensen *bewust* en vrijwillig de verhoogde kans op lichamelijk letsel door sport aanvaarden, dienen zij ook de financiële consequenties daarvan te dragen. Het is niet reëel om de maatschappij, het bedrijf of de zelfstandige zware sociale lasten te laten betalen om deze voor een deel 'verbruikt' te laten worden aan arbeidsverzuim en 'optimale fysiotherapeutische begeleiding' van een sportblessure, zodat de volgende wedstrijd 'in goede vorm tegemoet gezien kan worden'. De gekozen voorbeelden zijn niet juist, immers:

- sigaretten- en alcoholgebruik is eenvoudig niet te controleren, doch zou anders zeker tot premieverandering leiden;
- overgewicht/normaal gewicht is voor sommige particuliere verzekeraars wel aanleiding tot premie-aanpassing;
- wintersport verplicht tot extra verzekering, enz.

Beverwijk, 2 april 1978

R. W. Kreis, chirurg

SPORTGENEESKUNDE IN DE DDR

In de reeks artikelen over de sportgeneeskunde in Medisch Contact trof ik in het nummer van 31 maart 1978 (MC nr. 13/1978, blz. 407) een artikel aan met het verslag van de voordracht van Prof. Tittel, waarbij ik toevallig ook lijfelijk aanwezig was.

Het artikel bevatte weliswaar enige kritische kanttekeningen, maar naar mijn oordeel te veel jubeltonen. Prof. Tittel lijkt me een kundig man, zelfverzekerd en goed van de tongriem gesneden, maar vooral bezeten van de grootheid van zijn 'socialistische' sportheilstaat. Weinigen van ons hebben hem bij die gelegenheid echt lastige vragen kunnen stellen, waarschijnlijk onder de indruk van zijn persoonlijkheid en zijn mogelijk grote medische kennis. Ik had het nare gevoel te worden gehersenspoeld en bij informatie bleken andere collega's dat gevoel ook te hebben gehad.

Pas in de auto van Papendal naar Den Haag bleek ik in staat mijn kritiek te kunnen formuleren. Het is natuurlijk niet voor niets dat een burger van de DDR onder de 65 jaar zich zomaar naar het Westen mag begeven. Het is algemeen bekend dat 65+ers uit de DDR zich makkelijker westwaarts kunnen begeven dan hun jongere lotgenoten.

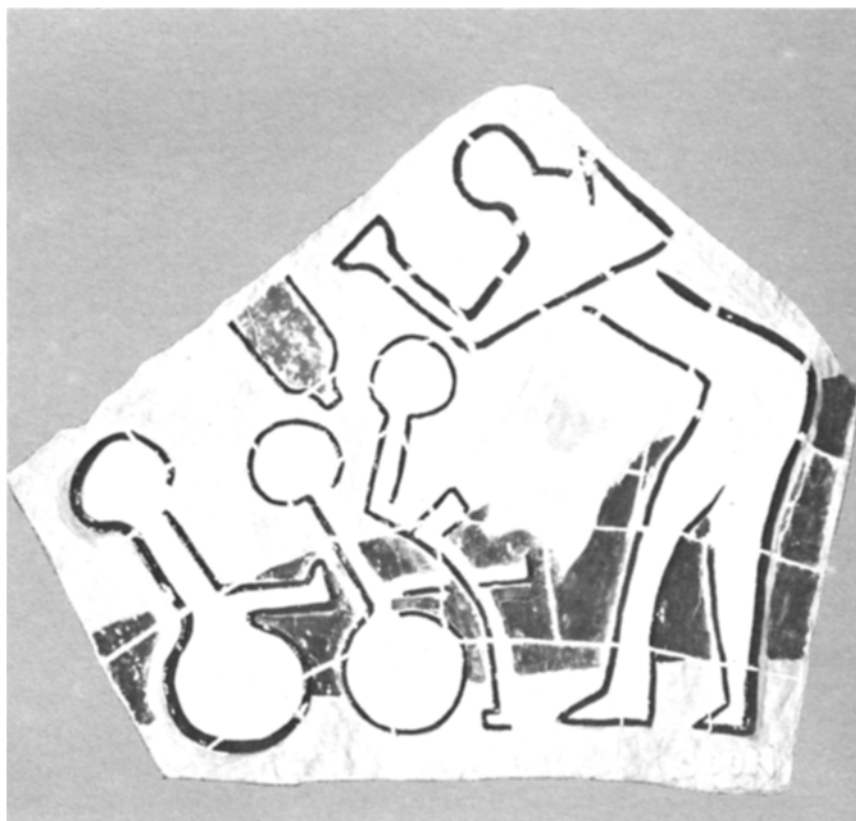
De professor vertelde ook dat de burgers van de DDR geen behoefte hebben aan 'Altersheime'; dit verschijnsel, verklaarde de professor, is ook een produkt van de goede sportmedische begeleiding. Indien er ginds geen behoefte bestaat aan bejaardenhuizen geschiedt de overgang van het sociaal actieve leven naar het hiernamaals in 99% van de gevallen vrij plotseling. Dit percentage heb ik niet zelf verzonnen maar ook in het betoog van de professor beluisterd: Toen de democratische republiek nog niet over voldoende sportartsen beschikte werd vrijstelling van sport voor de schooljeugd verleend op attest van de huisarts. Tot schrik van de professor en de zijnen bleek dat op een gegeven moment circa 20% van de jeugd was vrijgesteld van sport. Als we hierbij nog bedenken dat een bepaald percentage van de huisartsen ook geïndoctrineerd zal zijn, geeft dit percentage toch wel aan dat de vrijheidszin van de DDR-burgers nog niet geheel is uitgeroeid. Op het moment dat er onvoldoende sportartsen waren werd de volgende regeling van kracht: de sportvrijstellingsbriefjes van huisartsen werden voortaan alleen 'rechtsgeldig' indien voorzien van een stempel van een door de staat erkend sportarts. De professor stelde tevreden vast dat de 20% toen snel was gedaald tot 1%.

Onder dit juk én met de sport als enige middel om je uit de grauwe middenmaat te verheffen, bovendien de beschikking hebbend over een uit de kluiten gewassen populatie, kan ik me voorstellen dat hiermee internationale 'sportsuccessen' kunnen worden behaald. Die successen zijn mijns inziens toe te schrijven aan: 1. het 'DDR-socialisme', 2. de populatie; 3. de vorderingen van de humane maar ook van de veterinaire geneeskunde. Al zou de DDR al zijn sportartsen als zendelingen naar de pygmeeën sturen, dan nog zou er misschien alleen in het boogschieten Olympisch goud te behalen zijn (maar dan

Wandplastiek van Dr. J. G. Boon in Zuiderziekenhuis te Rotterdam

Als omslagillustratie van Medisch Contact nr. 13 van 31 maart jl. werd deze reproductie van een wandplastiek in het Zuiderziekenhuis (niet zoals abusievelijk werd vermeld 'Zuiderzeeziekenhuis') afgedrukt. Naar aanleiding hiervan schrijft collega J. E. Harinck-de Weerd, anaesthesiste te Mijnsheerenland, ons het volgende:

'Ter afwisseling kijk ik altijd even naar de titelplaat van Medisch Contact en de tekstverklaring onder het 'redactioneel'. In het nummer van 31 maart 1978 ontbreekt bij de beschrijving van de wandplastiek uit de revalidatie-afdeling van het Zuiderziekenhuis te Rotterdam de naam van de maker. Dit is namelijk de eigen orthopaedisch chirurg Dr. J. G. Boon, die geheel eigenhandig deze bijzonder leuke plastiek ontworpen, in klei uitgevoerd en gebakken heeft. Vraagt u een kenner hoe moeilijk het is een tableau van 2 bij 1,8 meter zonder barsten te vervaardigen, dat is even moeilijk als orthopaedische chirurgie'.



moet wel het veld vrij zijn van olifantsgras, zoals generaal Mboetoe onlangs heeft moeten constateren toen hij per vliegtuig een groep Pygmeeën voor de verdediging van zijn vaderland liet aanrukken: Ze bleken geen defensieve waarde te hebben, aangezien het olifantsgras aan het front te weelderig groeide).

Ik ben het ook niet eens met de stelling dat wij hier twintig jaar achterlopen. Onze geblesseerde sporters worden voorlopig nog niet door de twee in opleiding zijnde sportartsen behandeld. Ze worden hier zeker niet slechter dan andere burgers door orthopaeden, chirurgen, cardiologen en andere medische specialisten, huisartsen en fysiotherapeuten behandeld. Naar mijn

overtuiging zijn wij op medisch gebied geen dag achter en wat onze vrijheid betreft zeker honderd jaar voor. Ik neem aan dat de bewindslieden der DDR, evenals een zekere Adolf destijds, hopen dat hun 'Reich' ook duizend jaar duurt.

Den Haag, 3 april 1978

R. Schüchner, arts

DE BAKERSPELD

Naar aanleiding van het interessante artikel over Paulus de Wind in MC nr. 14/1978, blz. 441, de volgende – overigens niet erg

belangrijke – opmerking:

De bakerspeld, die ik in mijn jeugd nog veelvuldig heb zien gebruiken, zij het niet in de eerste plaats in de kraam- of zuigelingenverzorging, was geen grote veiligheidsspeld (zoals in noot 13 staat vermeld) maar een grote stalen speld met een naar verhouding dikke kop, middellijn circa 2 mm; deze kop was gewoonlijk zwart gekleurd, maar er bestonden ook andersgekleurde.

Ik betwijfel trouwens of in De Winds tijd de veiligheidsspeld al bestond. Als ik mij niet vergis, is dit een uitvinding uit de 19e eeuw, door welke de bakerspeld, die nog wel eens in de zuigeling in plaats van alleen maar in het 'pak' prikte, geleidelijk in onbruik is geraakt.

Doorwerth, 7 april 1978

J. N. Teer.



Regionaal symposium – 'Primair chronisch reuma' (moderne inzichten in diagnostiek en behandeling) is het onderwerp van een regionaal symposium, dat zaterdag 20 mei 1978 zal worden gehouden in de Congreszaal van het Internationaal Agrarisch Centrum, Lawickse Allee 11 te Wageningen (tel. 08370-19040) en dat wordt georganiseerd door de Commissie Nascholing van de Plaatselijke Huisartsen Vereniging Wageningen en Omstreken. Voordrachten betreffende de kliniek en pathogenese worden gehouden door Prof. Dr. A. Cats, hoogleraar reumatologie Academisch Ziekenhuis Leiden, Dr. F. Eulerink, lector pathologische anatomie Academisch Ziekenhuis Leiden en Dr. L. B. A. van der Putte, lector reumatologie Katholieke Universiteit Nijmegen, gevolgd door een paneldiscussie. Voordrachten over de therapie worden gehouden door A. P. Hartman, reumatoloog te Arnhem, Prof. Dr. Th. J. G. van Rens, hoogleraar orthopedie Katholieke Universiteit Nijmegen en H. Colenbrander, reumatoloog Academisch Ziekenhuis Leiden, wederom gevolgd door een paneldiscussie. De kosten (f 25,— per deelnemer inclusief lunch) kunnen worden voldaan door overmaking op rekening nummer 923439927 t.n.v. de penningmeester PHV-Wageningen EO bij de Bondsspaarbank te Wageningen (postgironummer van de band 818686).

Congres 'Arts en Geweld' – Het congres 'Arts en Geweld' zal o.l.v. Dr. L. Wecke,

van de ledenregistratie

De nieuwe postcode

De ledenregistratie der KNMG wijst de leden en de abonnees van MC erop, dat het niet nodig is haar de nieuwe postcode door te geven. Met de PTT is namelijk een regeling getroffen, die er voor zorgdraagt, dat in de periode van 15 juli tot 1 september a.s. in het adressenbestand automatisch de nieuwe postcode wordt aangebracht.

Reeds thans is te voorzien dat gedurende de tweede helft van dit jaar bij de ledenregistratie een achterstand in de mutatieverwerking zal optreden. Na de eenmalige centrale PTT-verwerking zullen dan namelijk nog handmatig moeten worden aangebracht de mutaties, die zich in de maanden juli en augustus in het bestand zullen voordoen, benevens de wijzigingen die bij de PTT-verwerking niet konden worden meegenomen.

In het geval dat leden/abonnees met dit ongerief worden geconfronteerd dan wordt reeds thans hiervoor begrip gevraagd.

Ook bij de uitvoer van Medisch Contact zal de PTT deze werkzaamheden uitvoeren. Of dit in 1978 nog zal gebeuren, staat thans nog niet vast. Totdat deze werkzaamheden hebben plaatsgehad zal op het etiket van M.C. derhalve nog de oude postcode voorkomen.

directeur van het politologisch instituut te Nijmegen, op zaterdag 27 mei worden gehouden, aanvang 10.00 uur, in Hotel CASA 400, James Wattstraat 75, tegenover het Amstelstation te Amsterdam. Vanuit drie verschillende invalshoeken zal het thema worden belicht: 'Arts in Oorlog' (humanitair oorlogsrecht), door Lt. Kol. E. T. Gonsalvez (militair jurist); 'Arts en structureel geweld (martelingen, terrorisme, hongerstaking) door Dr. H. A. van Geuns (Amnesty International) en 'Artsen en Oorlogspreventie' (militaire normatiek en medische ethiek) door Dr. J. A. Verdoorn (medisch polemoloog). De organisatie berust bij de Vereniging voor Medische Polemologie, de Artsenwerkgroep van de VVDM en de Werkgroep Artsen Gewetensbezwaarden van de Vereniging Dienstweigeraars die tevens een follow up voor de resultaten van het congres willen verzorgen. Met het oog hierop zal er 's middags groepsgewijs worden gediscussieerd met plenaire samenvatting in een informatiemarkt, zal er een documentatiemarkt worden samengesteld en zullen er mogelijkheden worden geschapen voor de vorming van nieuwe dan wel de versterking van bestaande studie, actie en voorlichtingsgroepen. Het congres is behalve voor artsen ook bedoeld voor diegenen die nu voor de keus staan van dienstweigeren, ontwikkelingshulp over vervulling van militaire dienst. Opgave vóór 8 mei door storting van f 5,— voor studenten, f 25,— voor anderen en f 10,— extra (indien een lunch wordt gewenst) op gironummer 1945963 t.n.v. G. J. Hoogenkamp te Zaandam, tel. 075-173953. Nadere inlichtingen ook bij F. Brandts, 070-609769 en L. Kater, 030-718564.

georganiseerd door de ANPSV (Algemene Nederlandse Pharmaceutische Studenten Vereniging). Dit congres, dat één van de belangrijkste activiteiten is van de nu 75-jarige ANPSV, vindt op 4 en 5 mei plaats in Project Spaarnberg, Wüstelaan 80, Santpoort. Onder de titel 'Sport en Farmaca' worden vijf lezingen en een forumdiscussie gehouden tijdens dit congres over het geneesmiddelengebruik en -misbruik in de sport: 1. 'Sport en Farmaca', inleidende lezing door Prof. P. A. Biersteker, hoogleraar fysiologie te Utrecht; 2. 'Anabole steroïden en de sport', lezing door A. Haak, internist te Den Haag; 3. 'Doping en dopingcontrole', lezing door Tom B. Vree, klinisch farmacoloog te Nijmegen; 4. 'Overige farmaca en praktijk ('restgroep')', lezing door Ab Rozijn, sportarts te Deventer; 5. 'The abuse of drugs in horse racing', lezing door M. S. Moss, Director of the Racecourse Security Services' Laboratories, Newmarket, Suffolk, Great Britain. Tijdens de forumdiscussie komen onder meer het dopinggebruik in de sport en de rol van de apotheker in de sportgezondheidszorg (als geneesmiddelenadviseur, als analyticus e.d.) aan bod. Het congres en de forumdiscussie worden geleid door Prof. F. A. Nelemans, buitengewoon hoogleraar farmacotherapie te Utrecht.

Sport en farmaca – Evenals voorgaande jaren wordt in 1978 weer een congres

Kartelvorming verzekeraars medische aansprakelijkheid

Inleiding

Onlangs werd in Medisch Contact de aandacht gevestigd op de kartelvorming die zich binnen de gezondheidszorg voltrekt op het gebied van het medisch risico (Medisch Contact 1978, nr. 12/blz. 359). Hoofdredacteur Bol riep in zijn artikel de lezers op om vooral niet de ogen te sluiten voor het gevaar dat in een dergelijke kartelvorming ligt opgesloten. De beide auteurs van dit à titre personnel geschreven artikel zetten hieronder uiteen waarom ook zij de ogen niet kunnen sluiten voor deze kwalijke ontwikkeling in de verzekeringswereld.

In september 1976 verscheen in de pers het bericht dat een belangrijk deel van de in Nederland werkzame verzekeraars op het gebied van de medische aansprakelijkheid besloten had ervaring en draagkracht te bundelen in de Verzekeringsgroep Medische Aansprakelijkheidsrisico's (MAR). Het betrof in eerste instantie 13 verzekeringsmaatschappijen. Gebleken was volgens de zich bundelende verzekeringsmaatschappijen dat het aansprakelijkheidsrisico van ziekenhuizen en andere instellingen voor intramurale gezondheidszorg, door de voortdurende medisch-technische ontwikkelingen, steeds verdergaande bijzondere aandacht vroeg. Het creëren van een zo groot mogelijk verzekeringsdraagvlak leek de verzekeraars derhalve gewenst. De bij de oprichting van de MAR door de verzekeraars genoemde motieven waren:

- het spreiden van het zware risico vanwege de toename in omvang en

Samenvatting. In bijgaand artikel reageren beide auteurs op de kartelvorming die zich in het afgelopen jaar heeft voltrokken op het gebied van de medische aansprakelijkheid. Hoewel over deze kartelvorming begin 1977 kritische kamervragen waren gesteld, kreeg de MAR (Medische Aansprakelijkheidsrisico's) de gelegenheid zich verder te ontwikkelen, met de bedoeling in een later stadium te beoordelen in hoeverre deze kartelvorming in strijd is met het algemeen belang. De auteurs zijn van mening dat de MAR een schadelijk kartel is en dat de overheid thans over voldoende informatie beschikt om een ingrijpen te rechtvaardigen. Inmiddels werden door het kamerlid De Graaf opnieuw vragen (pag. 512) over deze affaire gesteld aan de betreffende bewindslieden.

door **Mr. J. H. Peters**
en **Mr. R. de Water**



Mr. J. H. Peters (l.) is algemeen directeur van het Ziekenhuis Oudenrijn te Utrecht en Mr. R. de Water is jurist van de Nationale Ziekenhuisraad te Utrecht. De schrijvers zijn beiden lid van de Commissie Centrale Assurantie van de Nationale Ziekenhuisraad

aantal van schadegevallen; men denke in dit verband aan de Amerikaanse situatie, waarin de dokter en het ziekenhuis functioneren onder de voortdurende bedreiging van door de patiënt ingediende claims met alle financiële risico's van dien;

- het tot stand brengen van uniformiteit in polisvoorwaarden en

schade-afhandeling, waarmee de bestaande ongelijkheid op dit gebied tussen de verzekeraars onderling zou worden genivelleerd;

- vergroting van de deskundigheid en know-how, nodig om het medische risico binnen de ziekenhuizen te wegen;
- bevordering van de schadepreventie, welke zou kunnen worden gerealiseerd door alle schadegevallen centraal te registreren en te verwerken en de uitkomsten hiervan terug te koppelen naar de verzekerden.

Bij de presentatie van de MAR werd uitdrukkelijk gesteld dat het doel van de groep niet uitsluitend commercieel was, hetgeen mede mocht worden geconcludeerd uit haar toezegging, dat de groepsvorming geen prijsconsequenties tot gevolg zou hebben doordat in principe hetzelfde premiebeleid zou worden gehandhaafd, dat tevoren door de individuele deelnemers van de groep was gevoerd. Slechts kwaliteitsverbetering van de polisvoorwaarden zou incidenteel tot een begrijpelijke premieverhoging kunnen leiden.

Tegenover de Nationale

Ziekenhuisraad was de MAR in haar eerste avances zelfs bereid om rekening en verantwoording af te leggen van het gevoerde premiebeleid! Als startdatum had de MAR bepaald 1 januari 1977; op die datum zouden de instellingen, waarvan de lopende verzekeringen per genoemde datum bij een van de deelnemende maatschappijen afliepen, zich niet anders meer kunnen verzekeren dan op de uniforme MAR-polis, onder de voorwaarden zoals opgesteld door de centrale acceptatiecommissie, die afgezien van deze voorwaarden verantwoordelijk is voor de premiehoogte. Ook de schade-afwikkeling zou gecentraliseerd plaatsvinden. Tenslotte zouden alle gegevens over schadeaangelegenheden worden ondergebracht in een Centraal Medisch Archief, hetgeen tijds- en kostenbesparend zou werken. De polis welke de MAR had ontworpen als standaardpolis voor de intramurale gezondheidszorg, was een goede polis. Naast een aantal verbeteringen, waaronder kunnen worden genoemd:

- mededekken van vermogensschade tot maximaal f 25.000,—;
- het verzekeren van zowel inloop- als uitlooprisico (dit houdt in dat het risico van schade veroorzaakt vóór de verzekerde periode en het risico van schade die weliswaar tijdens de verzekeringsperiode is ontstaan, maar nadien wordt geconstateerd door de polis worden gedekt);
- het medeverzekeren van een ieder die binnen een instelling op de een of andere wijze aan de zorgverlening deelneemt (ook vrijwilligers);

was er ook een duidelijke verandering: de vrijgevestigde medisch specialisten werden medeverzekerd op de ziekenhuispolis. Dat op de polisvoorwaarden als zodanig door het Nederlandse Ziekenhuiswezen positief werd gereageerd, is niet verwonderlijk als men bedenkt dat één maand (augustus 1976) voor de oprichting van de MAR het rapport 'Aansprakelijkheids-verzekering voor Ziekeninrichtingen' van de Nationale Ziekenhuisraad verscheen, compleet met aanbevelingen en een concept polis! Dat de MAR daar dankbaar gebruik van heeft gemaakt is hen overigens nauwelijks kwalijk te nemen.

De groep verzekeraars heeft van het

Kamervragen van De Graaf (PvdA) – april 1978

1. Is het waar dat de invoering van de MAR-polis in vele gevallen heeft geleid tot een premieverhoging van 200 à 300% met een enkele uitschieter tot 600% en slechts tot een incidentele premieverlaging? Kunnen de bewindslieden een schatting maken van het aantal gevallen van deze aanzienlijke premieverhoging?
2. Welk deel van deze premieverhoging is bestemd voor verbetering van de polisvoorwaarden? Kunnen de bewindslieden een schatting maken van de aan de MAR aangepaste polissen welke reeds een vrijwel gelijkwaardige dekking als de MAR-standaardpolis geven?
3. Kunnen de bewindslieden mededelen waarop de reeds tot 1980 vastgestelde jaarlijkse premieverhoging van gemiddeld 0,2% van de omzet is gebaseerd? Welk premieaanpassingsregime wordt na 1980 toegepast en waarop is dit gebaseerd?
4. Kunnen de bewindslieden mededelen of het beheer van het CMA dat thans in handen is van de VVAA schadeverzekeringsmaatschappij te Utrecht onder het toezicht van de verzekeringskamer valt? Zo neen, zijn de bewindslieden dan bereid te bevorderen dat het CMA wel onder het toezicht van de verzekeringskamer dan wel een ander overheidsorgaan komt te vallen?

begin af aan ingezien dat een goede verstandhouding met de Nationale Ziekenhuisraad, als exponent van het ziekenhuiswezen, onontbeerlijk was. Voordat de MAR op 1-1-1977 officieel van start ging, hadden al diverse contacten tussen de MAR en de NZR plaatsgehad om de NZR in te lichten over onder andere doel en opzet van de groepsvorming. De NZR heeft op het verschijnsel MAR steeds terughoudend gereageerd. Dit bleek reeds op 6 januari 1977 (de MAR was toen zes dagen oud) toen de Zuidelijke Pers onder de kop 'Ziekenhuizen bang voor kartelvorming van 14 verzekeraars' meldde dat de NZR niet bijster gelukkig was met de gang van zaken. Naar aanleiding van deze persberichten stelde het tweede kamerlid De Graaf (PvdA) op 2 februari vragen aan de bewindslieden van Volksgezondheid, Economische Zaken en Financiën. Daar de directe en indringende kamervragen over onder andere de kartelvorming van de verzekeringsgroep, de te verwachten premiestijging en de rechten van de patiënt, in een zo'n vroeg stadium moeilijk te beantwoorden waren, werd het definitief oordeel door de bewindslieden verschoven naar een later tijdstip, wanneer de groep enige tijd op de verzekeringsmarkt zou hebben geopereerd (zie het antwoord van de bewindslieden op de vragen van de heer De Graaf, Aanhangsel op de Handelingen 1977 pag. 149 en 150). Voorts zegde de bewindsman toe te

zijn tijd met de NZR overleg te zullen plegen om te peilen hoe vanuit het ziekenhuiswezen over de MAR-activiteiten werd geoordeeld. In de beginfase heeft de MAR de NZR uitgenodigd voor een regelmatig contact om zodoende de NZR meer inzicht te verschaffen omtrent het doel en de werkwijze van de MAR. Laatstgenoemde had tegenover de NZR volledige opening van zaken toegezegd, hetgeen ook in het antwoord van de staatssecretaris op de vragen van de heer De Graaf te lezen is. De NZR heeft, ondanks zijn bedenkingen omtrent de kartelvorming de groep de gelegenheid gegeven om zijn beloften over openheid e.d. in te lossen, hetgeen tot diverse vergaderingen op bestuurlijk niveau met de MAR heeft geleid. Deze besprekingen hebben achteraf niet opgeleverd wat de NZR ervan verwachtte. Het bleef bij mooie woorden over met name de sociale motieven van de groep en bij vage toezeggingen over de grootst mogelijke openheid, maar in werkelijkheid werd de NZR door dit zogenaamde overleg met een kluitje in het riet gestuurd. De openheid die de MAR over de premiehoogte aan de NZR wilde geven, kende geen grenzen! Om twee momenten te noemen:

- Op 11 februari 1977 verklaarde de voorzitter van de MAR: 'De groep wil gaarne rekening en verantwoording afleggen tegenover de NZR van het

gevoerde premiebeleid'.

– Tegenover de met de beantwoording van de kamervragen belaste bewindslieden stelde de groep ten aanzien van premievaststelling en aanpassing volledige opening van zaken te zullen geven.

Voldoende redenen voor de NZR-delegatie, belast met assurantiezaken, om de MAR te verzoeken cijfermateriaal te overhandigen als inlossing van de beloften. De MAR heeft gemeend te moeten volstaan met een anonieme opgave van een aantal verzekeringen van instellingen, waar absoluut geen enkele conclusie aan was te verbinden. Het werd zo langzamerhand duidelijk dat van de openheid die de MAR met de mond beleeft in de praktijk niets terecht kwam en dat deze openheid moeilijk anders kon worden uitgelegd dan zoethouderschap.

Ook op andere punten bleef de NZR in het duister tasten. Het door de MAR zo geprezen Centraal Medisch Archief bleek slechts een voorziening waarover alleen de MAR kon beschikken.

Om echter de NZR op enigerlei wijze te binden werd de NZR wel verzocht zitting te nemen in een commissie van toezicht, waarop de NZR evenwel niet is ingegaan. Terwijl de MAR zich in het duister bleef hullen, kwamen in de loop van 1977 bij de NZR klachten binnen over forse prijsstijgingen voor verzekeringen die door de ziekenhuizen werden afgesloten op de groepsvoorwaarden. Dit leidde onder meer tot het houden van een enquête welke de NZR meer inzicht zou verschaffen in de twijfels en vermoedens die gerezen waren rondom het functioneren van de MAR.

Monopolie

Toen het kamerlid De Graaf in februari 1977 aan de betreffende bewindslieden om opheldering vroeg over de MAR als ongewenst kartel (een kartel is een bundeling van de aanbodzijde zodat er nauwelijks meer sprake is van concurrentie, waardoor de producenten (verzekeraars) de prijs kunnen vragen die zij willen) kon daarop slechts worden gereageerd dat verdere ontwikkelingen moesten worden afgewacht. Een definitief oordeel is echter eerst te verwachten nadat de groep enige tijd op de

onderhavige verzekeringsmarkt actief is geweest, schreven de bewindslieden. Met andere woorden: de MAR kreeg van de overheid 'the benefit of the doubt' om zich verder te ontwikkelen, waarbij de overheid zich het recht voorbehield om de groepsvorming in een later stadium te heroverwegen aan de hand van de opgedane ervaring.

Allereerst is het nodig na te gaan hoe groot het marktaandeel van de MAR is op het gebied van de Wettelijke Aansprakelijkheid binnen de intramurale gezondheidszorg. In dit verband mag worden opgemerkt dat het aantal deelnemers binnen de groep inmiddels is toegenomen van 13 tot 16 verzekeringsmaatschappijen.

Officiële cijfers spreken van 72% marktaandeel. Dit percentage geeft evenwel geen reëel beeld omdat grote ondernemingen zoals Nationale Nederlanden en Delta Lloyd veelal (meerderheids)belangen hebben in andere ondernemingen, welke onder een eigen naam als verzekeraar opereren. Zodoende is het marktaandeel van de MAR door deze meerderheidsbelangen aanmerkelijk hoger dan de officiële 72%.

Wij kunnen uit deze marktsituatie slechts concluderen, dat de MAR een monopoliepositie inneemt met als gevolg dat er voor de instellingen binnen de gezondheidszorg op dit moment eigenlijk geen andere keuze bestaat dan met de MAR in zee te gaan.

De al eerder genoemde enquête van de NZR, opgezet om onafhankelijk van de MAR cijfermateriaal te verkrijgen, heeft de ware bedoelingen van het kartel onthuld. Sinds de MAR als kartel functioneert zijn de prijzen van de ziekenhuispolissen werkelijk de pan uit gerezen. Om een indicatie te geven (ontleend aan de resultaten van de enquête): voor de algemene ziekenhuizen steeg de premie door tussenkomst van de MAR in vele gevallen met 100 à 200%, met uitschieters ver daarboven.

Bij de andere groepen van instellingen (psychiatrische ziekenhuizen, verpleeghuizen en zwakzinnigeninstituten) was de premiestijging navenant. Verontrustend is bovendien dat een verdere premieverhoging nu reeds werd overeengekomen voor de komende jaren, onder het motto: aanpassing tot het gewenste premieniveau in fases. Als men de MAR moet geloven, spelen zich

indianentaferelen af in de Nederlandse ziekenhuizen en is de patiënt er alleen maar mee gebaat dat het ziekenhuis een omvangrijke verzekering afsluit.

Door op de ziekenhuispolis zowel de medewerkers als de vrijgevestigde specialisten als medeverzekerden aan te merken, zullen procedures over de schuldvraag niet langer tot gevolg hebben dat de patiënt de schade niet uitgekeerd krijgt. Niemand zal bestrijden dat dit een verbetering inhoudt in het belang van de patiënt. Maar deze verbetering mag geenszins betekenen dat wanneer de uitkering aan de patiënt is gedaan de schuldvraag niet wordt uitgezocht. Hiermede zou het belang van de patiënt allerm minst zijn gediend en zou eerder van een nadeel gesproken kunnen worden ten opzichte van de huidige gang van zaken, waarbij de maatschappijen in voorkomende gevallen eerst de schuldvraag uitzoeken, zonodig in een gerechtelijke procedure. In dit opzicht dient men het kartel te wantrouwen, omdat de deelnemers daaraan niet in concurrentie tegenover elkaar, maar met elkaar de schade regelen. Als bezwaar verbonden aan de kartelvorming mag tenslotte ook worden genoemd dat bij een onbevredigende schade-afwikkeling geen uitwijkmogelijkheden bestaan naar andere maatschappijen. De patiënt of diens nabestaanden staat geen andere mogelijkheid ten dienste dan om bij de duivel zelf te biecht te gaan.

Actie

Als de MAR zonder ingrijpen van buiten zijn verdere plannen ten uitvoer brengt zal de situatie steeds slechter worden: verder stijgende premie's en desondanks geen wezenlijke waarborgen die de instellingen en daarmee de patiënten moeten beschermen tegen kwaliteitsvermindering. Indien wij bezien in hoeverre tegen een schadelijk kartel kan worden opgetreden, ligt het voor de hand om allereerst naar de wetgeving te kijken. Nationaal (Wet Economische Mededinging) en internationaal (o.a. art 86 EEG-verdrag) is de overheid genoodzaakt om in het kader van de marktordening zich bezig te houden met het bestrijden van ongewenste kartelvorming.

In Nederland kennen wij met betrekking tot het kartelrecht het zogeheten misbruikstelsel: ieder kartel is geoorloofd mits het niet in strijd handelt met het algemeen belang. In ons systeem dient ieder kartel zich aan te melden bij het ministerie van Economische Zaken, waarna registratie volgt. Deze (passieve) registratie betekent niet dat het kartel daarmee is geaccepteerd. De overheid kan te allen tijde, als mocht blijken dat het algemeen belang wordt geschaad, het kartel onverbindend verklaren. Hiermede maakt de overheid het verder functioneren van het kartel feitelijk onmogelijk. Wordt gehandeld in strijd met de onverbindend verklaring dan maakt men zich schuldig aan een strafbaar feit, waarop de Wet Economische Delicten van toepassing is.

Bovenstaande procedure heeft ook de MAR gevolgd. De groep heeft zich direct aangemeld ofschoon zij zich zelf niet als kartel beschouwde en het departement heeft de MAR daarop geregistreerd.

Een kartel, zo ook de MAR, moet eerst enige tijd actief zijn op de markt, alvorens men kan vaststellen of in strijd met het algemeen belang wordt gehandeld. Dit is de reden waarom de overheid doorgaans niet direct bij het ontstaan van een kartel ingrijpt. Immers, ieder kartel is geoorloofd mits deze niet strijdig is met het algemeen belang.

Wij menen, dat in de affaire MAR thans voldoende feiten bekend zijn waarmee wordt aangetoond, dat de MAR in strijd handelt met de belangen van de Nederlandse intramurale gezondheidszorg en dus in strijd met het algemeen belang en dus onverbindend zou moeten worden verklaard.

Ook langs een andere weg kan de overheid, in ieder geval op één punt te weten de prijs, ingrijpen en wel op grond van de prijscontrole die op basis van de Prijzenwet door het ministerie van Economische Zaken wordt uitgevoerd. In Nederland is iedere prijs in principe aan controle onderworpen, zo ook de premie van aansprakelijkheidsverzekeringen van ziekenhuizen. Uiteraard moet dan wel worden aangetoond dat deze premie onevenredig hoog is geworden, juist door toedoen van de MAR. Wij menen dat de resultaten van de door de NZR gehouden enquête voor de overheid aanleiding zou moeten zijn om een

onderzoek in te stellen naar de praktijk van de MAR.

Indien een en ander vooralsnog niet tot een ingrijpen van de overheid zal leiden, omdat 'strijd met het algemeen belang' moeilijk aantoonbaar is, zal de ziekenhuiswereld zich ernstig moeten beraden over wat haar te doen staat. Volgens ons bestaan er in de gegeven omstandigheden een aantal mogelijkheden:

a. *Niet ingrijpen in de situatie.* Dit zal ongetwijfeld leiden tot een monopoliepositie van de MAR met alle kwalijke gevolgen van dien.

b. *De ziekenhuisbranche wordt eigen-risicodragers.* Deze constructie komt hierop neer dat het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven akkoord gaat met een algemene, jaarlijkse tariefomschlag om de geleden schade op het gebied van de aansprakelijkheid binnen de intramurale gezondheidszorg te vergoeden. Daartoe is een verificatiebureau noodzakelijk, dat tot taak heeft schadeclaims op hun juistheid te onderzoeken. Indien het verificatiebureau akkoord gaat zal de schade worden uitgekeerd uit de omslag over alle verpleegdagen. Te overwegen valt om in deze gedachte schade beneden een bepaald bedrag niet om te slaan via het schadeverificatiebureau, doch als eigen risico te beschouwen. Op deze wijze zullen de kosten benodigd voor de uitvoering laag kunnen blijven (bescheiden verificatiebureau).

c. *Een eigen verzekeringsmaatschappij voor de ziekenhuizen.* Daartoe zou kunnen worden overgegaan al dan niet in samenwerking met bestaande verzekeringsorganisaties. In ieder geval ligt binnen deze constructie het beheer in handen van de instellingen zelf; de uitvoering kan (voorlopig) gezien de eisen van de Wet op het Schadeverzekeringsbedrijf overgelaten worden aan een bestaande schadeverzekeraar.

d. *Onderlinge waarborgmaatschappij,* al dan niet in samenwerking met een bestaande organisatie, die de uitvoering op zich neemt. De instellingen voeren het bestuur en hebben daarmee alles in eigen hand. Door in deze opzet de uitvoering over te laten aan een bestaande organisatie, heeft men het

voordeel dat de ziekenhuisbranche niet zelf over de noodzakelijke verzekeringskennis behoeft te beschikken. Desondanks hebben de ziekenhuizen 100% invloed en betrokkenheid. Een nadeel ligt in de omstandigheid dat een externe, uitvoerende organisatie kostenverhogend werkt.

e. *Tegen-kartel vormen.* Commerciële deskundigen achten het realiseerbaar buitenlandse verzekeraars een tegen-kartel te laten vormen, waarbij de instellingen zich op dezelfde polisvoorwaarden als bij de MAR kunnen verzekeren. Een dergelijk tegenkartel zou opgezet moeten worden door een makelaarsorganisatie, die een goede entree heeft op de internationale verzekeringsmarkt. De hierdoor ontstane concurrentie zal zeker leiden tot een lagere premie. In tegenstelling tot de onder b, c en d genoemde alternatieven is de directe invloed van het ziekenhuiswezen op het beleid in geval van een tegen-kartel gering.

f. *Andere mogelijkheden.* Buiten de hierboven genoemde mogelijkheden zijn misschien nog andere te bedenken om aan de machtspositie van de MAR te ontkomen. Het zal ongetwijfeld haalbaar zijn om als instelling een verzekering onder te brengen bij een buitenlandse maatschappij. Dit alternatief zal echter slechts tijdelijk en incidenteel soelaas bieden. Continuïteit is niet gewaarborgd omdat verzekeringen in het buitenland altijd maar voor één jaar worden afgesloten. Ook is bij realisering van dergelijke vrijblijvende alternatieven commerciële tegendruk te verwachten van de MAR, waarvan alle deelnemers eveneens belangen in het buitenland hebben.

Belang medische specialisten

De MAR beweert ieders belang te dienen. Zo voert de groep ook aan dat de opzet van de MAR-polis in het belang is van de vrijgevestigde medische specialisten. In de situatie die tot voor kort gold waren het ziekenhuis en de daarin werkende vrijgevestigde specialisten apart verzekerd. De specialist had een eigen beroepsaansprakelijkheidsverzekering, die hem dekking verleende tegen aansprakelijkheidsrisico's in de

uitoefening van zijn praktijk in het ziekenhuis en daarbuiten. Als nieuwe ontwikkeling mag worden vermeld dat in het algemeen de noodzaak reeds werd onderkend om de aansprakelijkheidsverzekering van de vrijgevestigde specialisten onder te brengen bij dezelfde maatschappij waarbij ook het ziekenhuis is verzekerd. Hiermede kan namelijk de vervelende situatie worden voorkomen dat in één schadezaak twee verschillende maatschappijen tegenover elkaar komen te staan, die ieder voor zich de aansprakelijkheid afwijzen. Dat de patiënt van deze touwtrekkerij tussen verzekeringsmaatschappijen onderling de dupe wordt, behoeft naar mag worden aangenomen geen verder uitleg.

De MAR pretendeert dat hun nieuwe polis de specialisten verlost van hun verzekeringsproblemen. In de opzet van de MAR zijn de specialisten medeverzekerde op de instellingspolis, dat wil zeggen voor hun praktijkuitoefening binnen het ziekenhuis. Uiteraard vervalt daarmee de noodzaak voor deze specialisten tot het afsluiten van een eigen beroepsaansprakelijkheidsverzekering voor wat betreft hun klinische en poliklinische praktijk. Dit medeverzekerd zijn van specialisten op de ziekenhuispolis is een belangrijk argument waarop de MAR de 'geringe premieverhoging, noodzakelijk door verbeterde polisvoorwaarden' baseert.

Hoewel op de MAR-polis alle specialisten medeverzekerden zijn, blijft het voor iedere specialist desondanks noodzakelijk om een steeds duurder wordende eigen verzekering aan te houden: ofwel vanwege een praktijk aan huis, en als dat niet het geval is, vanwege de mogelijkheid dat een specialist

toevalligerwijs eerste hulp verleent bij een ongeval buiten het ziekenhuis. Dat hieraan een relatief gering risico is verbonden zal een ieder duidelijk zijn, waarbij nog komt dat het thuisspreekuur steeds meer verdwijnt omdat de specialist er de voorkeur aan geeft zijn spreekuur op de polikliniek te houden.

Hoe dan ook, de MAR berekent een premie voor de ziekenhuispraktijk en daarboven berekenen de individuele leden van de MAR een premie voor het dan nog resterende aansprakelijkheidsrisico.

Het is gezien het bovenstaande onverklaarbaar dat de individuele leden van de MAR onlangs een drastische premieverhoging hebben aangekondigd voor de beroepsaansprakelijkheidsverzekering van de medische specialist. Ook hier constateert men dat een op het eerste gezicht aantrekkelijk voordeel in werkelijkheid een nadeel blijkt te zijn. Juist nu het medische risico van de vrijgevestigde specialist reeds medeverzekerd is op de MAR-polis had men, integendeel een premieverlaging mogen verwachten. In het geval dat een vrijgevestigd specialist full-time zowel klinisch als poliklinisch werkzaam is binnen het ziekenhuis zou de premie voor een eigen beroepsaansprakelijkheidsverzekering naar onze mening zelfs geheel kunnen vervallen. Zoals bij de specialist in dienstverband zou het exceptionele risico van medische hulpverlening bij een straatongeval zonder financiële consequenties medeverzekerd kunnen zijn op de ziekenhuispolis.

Aan de vrijgevestigd specialist die voor zichzelf geen beroepsaansprakelijkheidsverzekering meer behoeft af te sluiten, omdat zijn

aansprakelijkheidsrisico op de ziekenhuispolis is medeverzekerd, zou overigens ter compensatie hiervan door het ziekenhuis een zeker bedrag in rekening moeten worden gebracht.

Een tweede voor de medische specialisten bedenkelijk punt is gelegen in het hierboven reeds aangehaalde Centraal Medisch Archief (CMA). Naast de door de MAR aangevoerde argumenten pro CMA vragen wij ons af of het wel gewenst is dat een kartelorganisatie als de MAR, die in feite geheel buiten de gezondheidszorg staat, op een dergelijke schaal zulke uitvoerige informatie centraliseert in een CMA en in principe hierover naar eigen inzicht zal kunnen beschikken.

Immers, na een aantal jaren liggen alle schadegevallen van het gehele Nederlandse ziekenhuiswezen keurig in kaart gebracht in het CMA. En met deze schadegevallen verzamelt de MAR een macht aan informatie over de instellingen die zelf over het gebruik van deze gegevens geen enkele zeggenschap hebben. Maar ook de gegevens van de specialisten en hun patiënten die op welke wijze dan ook betrokken zijn geweest bij deze schadegevallen zijn op kaart gebracht in het CMA. Wanneer deze macht aan informatie op een onzorgvuldige wijze wordt gehanteerd, of erger nog, in verkeerde handen komt, zal dit onder meer met betrekking tot de geheimhouding en privacy schadelijke gevolgen kunnen hebben voor de patiënten en specialisten.

Wij menen op grond van het bovenstaande dat de specialisten de door de MAR zo fraai uiteengezette voordelen van een CMA op z'n minst in twijfel kunnen trekken.

Advies Centrale Raad voor de Volksgezondheid

Taak en samenstelling van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid

In zijn (eerste) advies dd 28 april 1977, inzake het wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg heeft de Centrale Raad voor de Volksgezondheid zich voorbehouden

op een aantal aspecten van de betreffende problematiek in een nader advies terug te komen, zodra een meer definitief oordeel daaromtrent zou zijn gevormd. Een dezer dagen heeft

de Raad aan dit voornemen gevolg gegeven door het uitbrengen aan de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne van een advies inzake de taak en samenstelling van de

Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

In dit advies gaat de Raad uitvoerig in op de rol die de maatschappelijke organisaties in het toekomstige bestel wordt toegedacht bij de beleidsvoorbereiding op het terrein van de volksgezondheid.

De Raad acht het van groot belang dat de bedoelde organisaties bereid blijven, door het leveren van hun aandeel in de beleidsvoorbereiding, met de overheid verantwoordelijkheid te dragen voor de gang van zaken in de gezondheidszorg. Voor de overheid is het van belang kennis te kunnen nemen van wat er in het veld van de gezondheidszorg leeft. De Raad beveelt dan ook de voortzetting van deze vorm van samenwerking tussen de overheid en maatschappelijke organisaties met nadruk aan.

De Raad blijkt – zulks in overeenstemming met eerder terzake gedane uitspraken – ook thans nog van oordeel, dat zich met betrekking tot de advisering omtrent het gezondheidszorgbeleid duidelijk een drietal aandachtsvelden laat onderscheiden, te weten:

- de stand der wetenschap;
- de structuur, organisatie, inhoud en omvang van de zorg;
- de financiering van de voorzieningen.

De Raad acht het noodzakelijk dat deze drie aandachtsvelden elk op zich kunnen worden gezien zonder dat één ervan te vroeg in het spanningsveld van de beide andere wordt gebracht. De Raad is van oordeel dat hier werkterreinen liggen voor drie verschillende externe adviesorganen, te weten:

– De *Gezondheidsraad*, die als zelfstandig adviesorgaan van de regering, rechtstreeks aan de bewindslieden, rapporteert omtrent de stand der wetenschap en aldus de voor de beleidsvorming benodigde wetenschappelijke gegevens aan de overheid aanreikt.

– De *Nationale Raad voor de Volksgezondheid*, bestaande uit vertegenwoordigers van de maatschappelijke groeperingen en organisaties op het terrein van de gezondheidszorg, die zal dienen aan te geven hoe de doelstellingen en prioriteiten moeten worden gesteld en hoe de structuur en de organisatie van de zorgverlening zullen moeten

worden opgezet in het belang van een optimale gezondheidszorg. Voor een belangrijk deel zal dit dienen te geschieden door de medewerkzaamheid van de Nationale Raad aan de geïntegreerde planning van de daarvoor in aanmerking komende gezondheidszorgvoorzieningen, alsmede aan het mede opstellen van landelijke richtlijnen met betrekking tot de kwaliteit, de kwantiteit en de spreiding van de zorgverlening.

– De *Ziekenfondsraad* die talrijke taken heeft met betrekking tot het beheer van de zeer omvangrijke geldstromen, die gemoeid zijn met de uitvoering van de Ziekenfondswet en de AWBZ en daarnaast onder meer nog adviseert met betrekking tot de financiering en de uitvoering van de gezondheidszorg voor hen die krachtens deze wetten verzekerd zijn.

In het thans uitgebrachte advies gaat de Raad in op een aantal facetten van de positie en taak van de toekomstige Nationale Raad, alsmede op zijn functie vervulling en werkwijze. Tegen deze achtergronden wijdt de Raad een uitvoerige beschouwing aan de samenstelling van de Nationale Raad. Daarbij blijkt de Raad onder meer van oordeel dat de titel waarop de leden in de Nationale Raad zitting zullen hebben dezelfde dient te zijn als (thans) bij de Centrale Raad, zodat ook in de toekomstige situatie de Raadsleden vertegenwoordigers zullen zijn van de verschillende organisaties en instituten die op het terrein van de gezondheidszorg werkzaam zijn.

De Raad is in meerderheid van mening dat de omvang van de delegaties in de Nationale Raad vooral dient te worden bepaald door het uitgangspunt dat elk van de vertegenwoordigde groeperingen en organisaties zijn stem voldoende gedifferentieerd moet kunnen laten horen. Een tweetal minderheden in de Raad is voorstander van het scheppen van bepaalde 'evenwichten' tussen de verschillende groeperingen in de Nationale Raad.

De Raad doet in dit stadium nog geen concreet voorstel voor de zetelverdeling in de Nationale Raad. Nochtans heeft de grootst mogelijke minderheid in de Raad een concrete invulling van de zetelverdeling in een minderheidsnota neergelegd. Eén van de twee eerder genoemde minderheden die het scheppen van bepaalde 'evenwichten' voorstaan, heeft een (globale) aanduiding van de zetelverdeling tussen de verschillende groeperingen in zijn minderheidsnota gegeven.

In zijn advies onderschrijft de Raad de in het Wetsontwerp neergelegde opvatting dat in de Nationale Raad uitdrukkelijk een plaats moet worden ingeruimd voor leden afkomstig uit de kringen van de consumentenorganisaties. De Raad bepleit bij het te zijner tijd aanwijzen van de vertegenwoordigers van deze consumentenorganisaties in aanmerking te nemen dat vrouwen die (mede) verantwoordelijkheid dragen voor een gezin, uit hoofde van die positie in het bijzonder betrokken zijn bij vele facetten van de dienstverlening op het terrein van de gezondheidszorg.

MAATSCHAPPIJ-AGENDA 1978

2 juni (vrijdag)	– Ledenvergadering LHV
22 september (vrijdag)	– Algemene Ledenvergadering KNMG
21 oktober (zaterdag)	– Ledenvergadering LAD
28 oktober (zaterdag)	– Ledenvergadering LSV
3 november (vrijdag)	– Ledenvergadering LHV

Professie en management in het ziekenhuis

I De medische professie in de ziekenhuisorganisatie

Inleiding

Professionele organisaties als ziekenhuizen kenmerken zich doordat (groepen van) professionals daarbinnen een zeer invloedrijke positie hebben. Onder professionals verstaan wij in dit geval medici, verpleegkundigen en paramedici in hun professionele beroepsuitoefening. De invloed van deze professionals binnen de organisatie steunt grotendeels op het gezag dat zij aan hun specifieke deskundigheid ontlelen. Degenen die daarover niet, of in mindere mate beschikken aanvaarden een grote mate van autonoom gedrag van de professional. Zo wordt met name aan medici een grote mate van deskundigheid toegeschreven op grond waarvan hun autonome gedrag wordt geaccepteerd, niet alleen door niet-medici maar ook door medici onderling (bijvoorbeeld chirurgen ten opzichte van internisten).

Er is dus enerzijds sprake van een collectieve autonomie van de medici ten opzichte van niet-medici, en anderzijds van individuele autonomie zoals die voor iedere medicus geldt. Plaatst men deze beide verschijnselen – de collectieve en de individuele autonomie – in de ziekenhuisorganisatie dan tekenen zich een drietal spanningsvelden af (Zie figuur 1).

A. de spanning tussen de individuele autonomie en de collectieve autonomie, waarbij wij onder individuele autonomie ook de autonomie van een groep van gelijksoortige specialisten (maatschap) verstaan;

B. de spanning tussen individuele autonomie en ziekenhuisorganisatie en

C. de spanning tussen collectieve

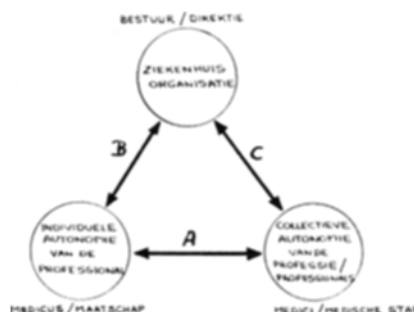
door Drs. W. B. de Greve
en Prof. Dr. H. K. A. Visser



Drs. W. B. de Greve (links) is econoom, verbonden aan het Instituut voor Sociale Geneeskunde van de Medische Faculteit van de Rijksuniversiteit van Leiden en tevens organisatieadviseur bij Van de Bunt, adviseurs voor organisatie en beleid te Amsterdam.

Prof. Dr. H. K. A. Visser is hoogleraar in de Kindergeneeskunde bij de Erasmus Universiteit te Rotterdam, verbonden aan het Sophiakinderziekenhuis, onderdeel van het Academisch Ziekenhuis te Rotterdam; hij is gedurende 5 jaren Medisch Directeur geweest van het SKZ.

Fig. 1 De drie spanningsvelden



autonomie (de medici, de medische staf) en de ziekenhuisorganisatie. Wij gaan in dit artikel nader in op de spanningsrelaties B en C: de spanningsrelatie (medische) professie en organisatie¹.

2. Dualistische gezagsstructuur

De spanning medische professie/organisatie manifesteert zich in het ziekenhuis o.a. door een dualistische gezagsstructuur. Aan de ene kant is er de professionele gezagsstructuur met een veelheid van gezagskernen (de individuele medici) aan de voet van de organisatie en een collectivum (de medische staf) hoog in of 'bij' de top van de organisatie. Aan de andere kant is er de beheersstructuur van de ziekenhuisorganisatie met een éénduidig hoogste gezag in de top met daaronder systematisch geordende hiërarchische lagen.

De verpleegkundigen, formeel passend in de beheersstructuur van de ziekenhuisorganisatie, nemen een bijzondere positie in omdat zij ook professionals zijn – zij het sterk afhankelijk van de medische professie – en tevens de ruggegraat van de ziekenhuisorganisatie vormen. De Moor² zegt dat de 'verpleegkundigen in vele gevallen zitten ingeklemd tussen de artsen en de beheerslijn', wat zo veel betekent als, dat zij met een dubbele loyaliteit (aan de arts en aan de organisatie) en dus met een

1) In een volgend artikel zullen wij spanningsrelatie C nader bespreken.

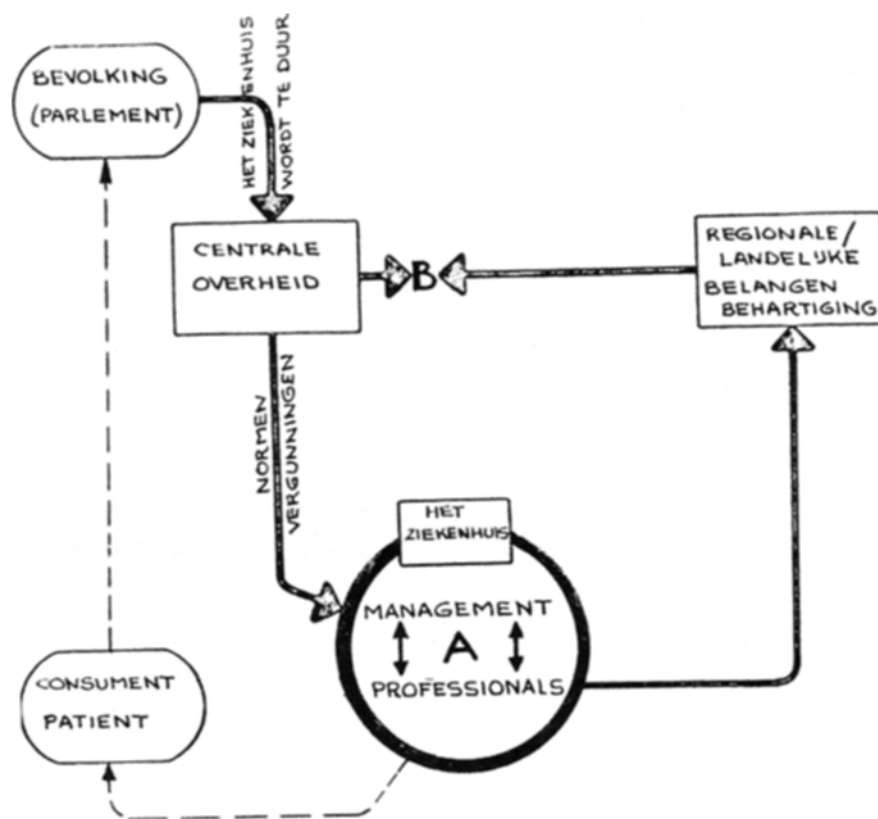
2) Zie prof. Dr. R. A. de Moor: Gezondheidszorg en ziekenhuiswezen in een veranderlijke wereld. Tilburg 1967.

potentieel loyaliteitsconflict zitten. Naarmate de medici zich meer afzonderlijk, naast of buiten de ziekenhuisorganisatie opstellen c.q. de ziekenhuisorganisatie minder pogingen zal ondernemen arts en organisatie te integreren, zullen de verpleegkundigen het loyaliteitsconflict heviger ervaren. Het bestaan van een dualistisch systeem in het ziekenhuis (het professionele systeem en het beheerssysteem) vormt een ideale voedingsbodem voor polarisatie tussen de (medische) professionals, die primair op de zorgkwaliteit zijn gericht enerzijds, en de beheersfunctionarissen – de directie – die onder meer kostenbesparing tot taak hebben anderzijds. Juist in tijden waarin een rem op de groei in de middelenvoorziening wordt gezet, kan het dualistische systeem tot sterke polarisatie leiden. Het vraagstuk van de afweging tussen kwaliteitshandhaving en innovatie enerzijds, en kostenbeheersing of -besparing anderzijds, heeft in tijden van bezuiniging of groeibeperking nu eenmaal bedreigende aspecten voor de professionals. Dezen zien hun professionele belangen niet voldoende veilig gesteld door hen die voor de afweging kwaliteit-kosten formeel verantwoordelijk zijn. Met andere woorden bestuur en directie van het ziekenhuis tasten de professionele autonomie in de ogen van de professionals aan waardoor het open overleg gemakkelijk plaats maakt voor harde onderhandeling. Het professionele systeem komt 'dwars' op het beheerssysteem te staan.

3. Invloed van en naar buiten

Men kan zich bij dit alles afvragen waar precies de oorzaak van de polarisatie tussen beide systemen ligt. Wij willen niet ingaan op de verklaringen die er vanuit sociologische theorieën wellicht zijn te bedenken. Wij willen slechts vaststellen dat, voorzover de expansieve kostengroei als vertrekpunt van het polarisatieproces kan worden aangemerkt, de oorzaken van de polarisatie primair *buiten* het ziekenhuis moeten worden gezocht³. Immers niet de ziekenhuispatiënt of de ziekenhuisdirecties, maar de landelijke politiek heeft het licht in eerste instantie op oranje gezet. De

Fig. 2. De beïnvloedingsprocessen: de patiënt speelt geen rol van betekenis



A = Besluitvorming op ziekenhuisniveau

B = Besluitvorming op centraal niveau en derhalve in de voorwaardenscheppende sfeer

relatieve onmacht van het ziekenhuismanagement om de bestedingen aan ziekenhuisgezondheidszorg in de hand te houden, deed een groot aantal landelijke initiatieven tot kostenbeheersing ontstaan: beddennormen, bestedingsnormen, tariefvergunningen, normen voor aanschaf van apparatuur, (ver)bouwingsvergunningenstelsels etc. (Zie figuur 2).

Al deze maatregelen gaven het ziekenhuismanagement de nodige steun in de rug. Daarmee werd echter onvermijdelijk dat de speelruimte van het ziekenhuismanagement sterk werd beperkt, waardoor de professionals nog maar in beperkte mate 'zaken' (menen te) kunnen doen met de besturen en directies.

In dit licht is het niet verwonderlijk dat de professionals op hun beurt *buiten* het ziekenhuis bij elkaar versterking zijn gaan zoeken. De regionale en landelijke professionele belangenbehartiging heeft daarmee een ruimere inhoud gekregen, wat

betekent dat medici zich buiten het ziekenhuis intensief zijn gaan bemoeien met niet alleen het 'medicus-zijn' maar ook met de betekenis van medisch werk in de gezondheidszorg. Zo kwamen in december 1976 ca 400 specialisten naar het LSV-symposium, getiteld: 'Kostenbeheersing vanuit het medisch functioneren onder handhaving van de kwaliteit'.

Hoe nuttig LSV-symposia en landelijke normering echter op zich ook mogen zijn: ze leiden o.i. te veel de aandacht af van het vraagstuk van de integratie van zienswijzen van

3) Zie in dit verband ook de voordracht van J. van Londen getiteld: 'De invloed van het parlement op de toekomstige structuur van de gezondheidsvoorzieningen en de gezondheidsstarieven, op 30 september 1977 te Den Haag voor het Studiecentrum voor Ziekenhuiswetenschappen. Zie ook Prof. Dr. H. ter Heide Conflictmodel in gezondheidszorg in opkomst. Unie 1976, p. 50 nr. 3.

professionals en bestuurders, een vraagstuk dat *binnen* de ziekenhuizen zelf tot oplossing gebracht dient te worden. Binnen de ziekenhuizen zal men moeten erkennen dat polarisatie een 'beslissingsniveau-opdrijvend' effect heeft (van A naar B in de tekening) en dus in feite de partijen in het ziekenhuis buitenspel plaatst: men kan dan slechts de landelijke beslissingen over wat-goed-voor-hen-is afwachten. Sommigen zullen deze redenering overigens liever omdraaien: doordat op centraal niveau beheersingsmaatregelen worden genomen, *is* het beslissingsniveau omhoog gebracht (van A naar B), waardoor het overleg professionals-ziekenhuismanagement (A) is uitgehold. Dit zou professionals ertoe hebben gebracht hun belangen buiten het ziekenhuis te gaan bundelen met de belangen van collega's.

Maar hoe het ook zij, het feit dat de beslissingen over de bestedingen in de gezondheidszorg thans voor een belangrijk deel op centraal, landelijk niveau worden genomen is o.i. bedenkelijk. Bedenkelijk, omdat deze beslissingen per definitie slechts in de voorwaardenscheppende sfeer kunnen worden genomen (bedden, gebouwen, personeel etc.) en niet daar waar de gezondheidszorgconsumptie werkelijk begint: bij de arts die voorschrijft, verwijst of een bepaalde afspraak maakt.

Het beheersen van bedden, gebouwen, personeel etc. mag in een groot aantal gevallen (de 4% norm bijvoorbeeld) een effectief middel met betrekking tot bezuiniging zijn, rommelen in de voorwaardenscheppende sfeer is als beleidsinstrument bot, ongericht. Dat wil zeggen dat met dergelijke grove beleidsinstrumenten geen garanties worden verkregen voor de-juiste-zorg-tegen-de-laagste-kosten.

Daarom is het o.i. merkwaardig dat zo weinig aandacht én in de literatuur en in de praktijk wordt gegeven aan de positie van medici en andere professionals ten aanzien van de rol die zij in de besluitvorming ten aanzien van de zorgconsumptie zouden kunnen hebben. Overigens zijn daar wel redenen voor te bedenken. Het is artsen om te beginnen niet geleerd om naast het verlenen van de zorg zelf ook beleidsmatig over deze zorgverlening

na te denken laat staan over de financiële consequenties daarvan. Aan de andere kant worden zij ook niet steeds even adequaat aangesproken in een rol van medebeleidsbepaler, noch binnen het ziekenhuis, noch op landelijk niveau.

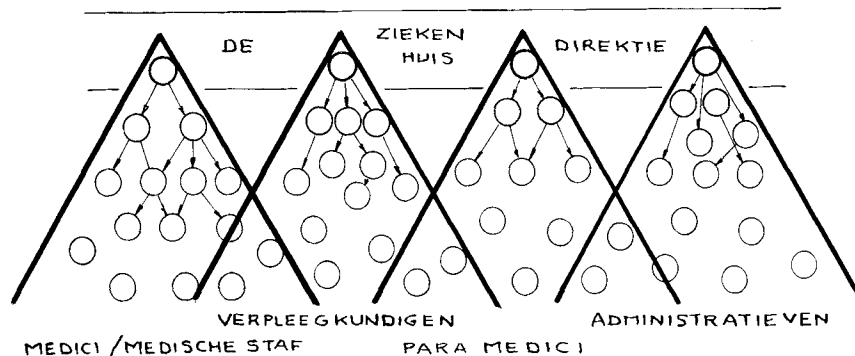
4. Organisatiestructuren

In de ziekenhuizen treft men naar ons oordeel maar zelden organisatiestructuren aan waaruit blijkt dat de gestelde problematiek wordt onderkend. De medische staven functioneren veelal op zich zelf. Beleidsmatig overleg met de ziekenhuisorganisatie wordt vrijwel uitsluitend op hoog niveau (directie of bestuur) gevoerd. Dit veronderstelt respectievelijk betekent dat de ziekenhuisorganisatie wordt gekenmerkt door een sterk ontwikkelde *verticale communicatie* binnen de verschillende sectoren: medische staf, verpleging, paramedici en administratie (zie figuur 3). De sectoren zijn tamelijk zelfstandig georganiseerd al hebben zij elk hun horizontale verbindingen. Maar de verticale communicatie binnen de sector is vaak sterker geïnstitutionaliseerd (vooral in de verpleegkundige sector). Waar horizontale dagelijkse communicatie persé noodzakelijk is, wordt veelvuldig gebruik gemaakt van een commissiestructuur (infectiecommissie, opnamecommissie etc.) of van een ad-hoc-structuur (bijvoorbeeld werkgroep pijnbestrijding, werkgroep terminale zorg). Communicatie ten aanzien van

beleidszaken vindt tussen de sectoren alleen op een hoog niveau in de organisatie plaats. Voor zaken als sluitingen of fusies, externe samenwerking, nieuwbouw, functiewijziging van het huis etc. worden in de regel ad hoc overlegstructuren geconstrueerd. Regulier overleg ten aanzien van de hier als voorbeeld gestelde beleidszaken treft men zeker beneden topniveau sporadisch aan (Bij de grotere of complexe – bijvoorbeeld academische – ziekenhuizen naar verhouding wél min of meer regulier). Dat de organisatie van het ziekenhuis veelal kenmerken vertoont van een opbouw in professionele sectoren heeft o.i. een drietal hoofdoorzaken: In de eerste plaats is er de *professionalisering*, het inhoudelijk tot ontwikkeling brengen van het eigen beroep versterkt de communicatie tussen gelijksoortige beroepsbeoefenaren onderling⁴. Men denke in dit verband ook aan verpleegkundigen en paramedische beroepsgroepen. In de tweede plaats is er de *democratisering* waardoor sommige groepen, die zich voorheen afhankelijk en uitvoerend opstelden, thans een eigen plaats binnen de organisatie opeisen, al dan niet onder de dekmantel van professionalisering. Zo is het soms bij de minder 'gevestigde' paramedische specialismen onduidelijk vanuit welke

4) Leidt professionalisering tot deelspecialisering dan wordt de communicatie binnen de deelgroepen versterkt, hetgeen ten koste kan gaan van de communicatie binnen de oorspronkelijke groep.

Fig 3. De sectorgewijze ordening van het ziekenhuis



motivatie (democratisering of professionalisering) zij activiteiten 'ter ontwikkeling van hun professie' ondernemen. Bijvoorbeeld bij de vraag van paramedici om een eigen paramedisch directeur.

Op de derde plaats noemen wij *centralisatie* als oorzaak voor de versterking van de verticale communicatie. Men denke aan ziekenhuisfuncties als transport, technisch onderhoud, voeding, sterilisatie, bloedafname, maatschappelijk werk, etc. Centralisatie bijvoorbeeld van technische onderhoudsfuncties levert een communicatieverbetering tussen de technici onderling op; deze gaat echter ten koste van de identificatie met de afdeling waar men voorheen werkzaam was, hetgeen tot geringere mogelijkheden voor het leveren van 'maatwerk' kan leiden.

5. Conclusies

Onze conclusies uit het voorgaande luiden:

- Een dualistische gezagsstructuur leidt tot polarisatie tussen arts en ziekenhuisorganisatie welke niet bevorderlijk is voor de rol die de arts in de beleidsontwikkeling binnen het ziekenhuis zou moeten, kunnen en willen spelen.
- Een sectorgewijze ordening van professionele groeperingen als grondslag voor de organisatiestructuur versterkt de kans op polarisatie, respectievelijk is niet bevorderlijk voor een doelmatige afweging van belangen voor de (o.a. medische) professie enerzijds en die van de ziekenhuisorganisatie anderzijds.

6. Blokkenstructuur

In o.a. het Karolinska Hospitaal in Stockholm (academisch ziekenhuis, 1900 bedden) heeft men het principe van de sektorgewijze ordening vervangen door een principe waarbij het ziekenhuis is verdeeld in een zestal zogenaamde 'blokken'. Dit zijn relatief autonome organisatorische eenheden waarbinnen alle relevante professionals en andere werkers zijn samengebracht onder een aparte blokleiding. De blokken zijn: chirurgie; interne geneeskunde, specialismen met

betrekking tot kinderen, obstetrie en gynaecologie, psychiatrie en sociaal geneeskundige zorg; oncologie; laboratoria en röntgenologie. Elk blok heeft een eigen verantwoordelijkheid voor de dagelijkse organisatie enerzijds en voor de planning/beleidsontwikkeling anderzijds. De relatieve autonomie van het blok betreft in principe ook een economische zelfstandigheid waardoor de vergelijking van een werkmaatschappij binnen een holding (concern) zich opdringt.

Het meest karakteristieke van de blokkenstructuur is dat het niveau waarop professie en management worden geïntegreerd *lager* in de organisatie is komen te liggen, dichterbij het werk. Daarvoor is een vergaande graad van decentralisatie gekozen waardoor de dualistische gezagsstructuur wordt doorbroken. Hoe een dergelijke structuur zou kunnen functioneren in de Nederlandse situatie willen wij in ons tweede artikel beschrijven.

Ter afsluiting van dit artikel nog het volgende:

Uitspraak Raad van Beroep

Orthopaedisch chirurg treft geen verwijt

Beklaagde, orthopaedisch chirurg, schreef klager, die al ongeveer twee jaar bij hem in behandeling was wegens rugklachten, vier intra-musculaire tomanol-injecties voor. De injecties werden door zijn assistente, een verpleegkundige, toegediend. Bij toediening van de laatste injectie ondervond klager bij het binnendringen van de naald in zijn lichaam een hevige pijn. Na toediening van deze injectie werd ter plaatse een haematoom geconstateerd dat na een week nog van een zodanige omvang en pijnlijkheid was dat beklaagde daarvoor een medicatie voorschreef. Ongeveer twee weken later kreeg klager pijnen in de rechterliessreek, en in het rechterbeen. Ondanks fysiotherapeutische en medicamenteuze behandeling bleek verwijzing naar een neuroloog noodzakelijk.

Klager stelde nu na en in verband met de laatst gegeven injectie veel lichamelijk ongemak ervaren te hebben en verweet aan beklaagde onjuist medisch handelen. Ter zitting van de districtsraad bleek na

De blokkenstructuur is minder revolutionair dan men misschien zou denken. In Nederland zijn in sommige grote en complexe ziekenhuizen duidelijk trends te bespeuren in de zin van blokvorming. Soms hebben discussies in deze zin binnen de medische staven plaats: de medische staf zou moeten worden verdeeld in groepen omdat de staf als geheel te heterogeen van samenstelling en te groot in aantal is om aan beleidsontwikkeling te doen. Soms ook zijn het de directies die de zin van een eventuele decentralisatie in beheerstechnisch opzicht overwegen. Men denkt dan over het creëren van *beheerscentra*; beheerders of afdelingsdirecteuren zouden op lokaal niveau de kern van zo'n beheerscentrum moeten vormen. Zowel de verdeling van de staf in groepen als het creëren van beheerscentra werken in eenzelfde richting, namelijk die van decentralisatie. Er is o.i. derhalve alle aanleiding om deze decentralisatiegedachte voor ziekenhuizen nader te beschouwen.

onderzoek van klager door twee leden dat de bedoelde injectie op de juiste plaats werd gegeven. De districtsraad verklaarde de klacht ongegrond. Klager kwam van deze uitspraak in beroep.

De Raad oordeelde dat de vraag naar het al of niet gegrond zijn van de klacht afhankelijk was van de vraag of aan de beklaagde arts in verband met de voormeldde verrichting enig verwijt kon worden gemaakt, met andere woorden: of beklaagdes assistente bij het toedienen van de laatste injectie een fout had gemaakt die aan beklaagde kon worden toegerekend.

De Raad kwam tot het oordeel dat de betreffende injectie op de juiste plaats en op de juiste wijze was toegediend. Uit door de Raad ingewonnen inlichtingen moest met aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid worden aangenomen dat tussen de injectie en de later bij klager ontstane lumbo-radiculaire klachten geen samenhang had bestaan. De Raad bevestigde mitsdien de uitspraak van de districtsraad.

UIT DE ZIEKENFONDSRAAD

Discussienota budgettering in de gezondheidszorg

In zijn op 23 maart jl. gehouden vergadering behandelde de Ziekenfondsraad onder meer een door een commissie uit de raad aangeboden rapport over mogelijke budgettering in de gezondheidszorg.

Het is algemeen bekend, dat de uitgaven ten behoeve van de gezondheidszorg een autonome ontwikkeling vertonen. Een ontwikkeling die ver uitgaat boven de stijging van de kosten van andere levensbehoeften. In tijden van welvaart kan men zich op dit gebied veel veroorloven. Zo liet in het begin van de 60-er jaren de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid geen gelegenheid voorbij gaan om te betogen dat, gelet op hetgeen in de ons omringende landen van het nationaal inkomen aan gezondheidszorg werd besteed, het Nederlandse percentage niet verontrustend was en nog wel een stijging kon verdragen. Die geluiden zijn inmiddels verstomd. Ook zonder die aanmoediging zouden de kosten overigens wel een opwaartse lijn hebben vertoond.

Met de jaren groeide echter de bezorgdheid over de kostenexplosie. Niet alleen de regering, als eerst-verantwoordelijke om de collectieve lasten in deze sector binnen de perken te houden, maar ook de organisaties van werkgevers en werknemers benevens de uitvoeringsorganen zochten naar mogelijkheden om de kosten van de gezondheidszorg te beheersen, uiteraard zonder deze zorg te fnuiken of schade toe te brengen. Als neerslag van deze bezorgdheid publiceerden de laatste decennia onder meer de Sociaal-Economische Raad (SER), de Ziekenfondsraad en de wetenschappelijke bureaus van de

politieke partijen rapporten, die weliswaar terzake uiteenlopende remedies aanbevelen doch waarvan de strekking op één punt gelijk is, namelijk: er moet iets worden gedaan om de kosten in de hand te houden. In het besef daarvan moet dan ook worden gezien een eind 1973 door de toenmalige staatssecretarissen van Volksgezondheid en van Sociale Zaken tot de Ziekenfondsraad gericht verzoek om advies, op welke gebieden maatregelen kunnen worden getroffen die leiden tot kostenbeperkingen en een doelmatig gebruik van de middelen. De naar aanleiding daarvan door de Ziekenfondsraad ingestelde commissie heeft dezer dagen verslag uitgebracht. Als leidraad heeft zij, overeenkomstig het verlangen van de raad, zich geworpen op een onderzoek naar de mogelijkheden van budgettering in de gezondheidszorg. Voor zover ons bekend is deze methode niet eerder zo consequent en uitvoerig toegepast als in dit rapport. Gelet op het bijzondere karakter van de gezondheidszorg – voor de werking van de wet van vraag en aanbod in deze zorg ontbreekt bijvoorbeeld voorsnóg een sluitend samenstel van beleidsinstrumenten – baart het geen verwondering dat in de commissie geen eenheid van opvatting bestond over de mogelijkheden tot realisering van een budgetsysteem in de gezondheidszorg, noch over de effectiviteit daarvan. Vandaar dat de commissie besloot de neerslag van haar studie uit te brengen in de vorm van een discussienota. De raad ging hiermee akkoord en besloot aan deze nota ruime bekendheid te geven, zulks met de bedoeling dat zij kan bijdragen aan de meningsvorming in de diverse organen die bij de problematiek van de gezondheidszorg betrokken zijn.

De respons van deze organen wordt zo mogelijk vóór 1 januari 1979 verwacht.

Bij eerste kennisgeving van de nota (in totaal 72 pagina's plus 4 schema's) krijgt men de indruk, dat hoe verder het onderwerp budgettering in de gezondheidszorg werd uitgediept verschillende commissieleden wel een gevoel moet hebben bekropen van 'waar zijn we aan begonnen?' Lezen we de volgende passage in de nota: 'Bij de overweging van de toepasbaarheid van budgettering in de gezondheidszorg hoede men zich voor het denkbeeld, dat budgettering-sec een panacee voor de huidige beheersingsproblemen dan wel dat budgettering een alternatief voor beleidsvoering of planning is' – hetgeen trouwens geldt voor ieder die aanstonds beroepsmatig of als belangstellende bij een oordeelsvorming wordt betrokken. Overigens wordt ons allen terzake een hart onder de riem gestoken met de opmerking dat 'men zich niet late ontmoedigen door de gewettigde verwachting, dat ook bij een goed functionerend beheersingssysteem *de kosten van gezondheidszorg een toenemend beslag op het nationaal inkomen zullen leggen*' (cursivering van ons).

Wat de beleidsvoering betreft, gaat de nota uit van een samenstel van beleidsinstrumenten dat zich primair richt op beïnvloeding van opkomende vraag en zich aandienend aanbod. Wat de vraagzijde betreft: beïnvloeding door preventie en opvoeding, wat het aanbod betreft: invloed op de opleiding van de werkers en op de kapitaalinvesteringen. Voorts beïnvloeding van het gebruik door regulering van inhoud van het recht op

zorg en van de prijzen waartegen de zorg wordt verleend.

Wat deze beleidsinstrumenten betreft realiseert de commissie zich wel dat de mogelijkheden aan de prijskant sterk begrensd worden, doordat de prijsvorming van de produktiefactoren zich overwegend buiten de gezondheidszorg voltrekt. De rol die vraag en aanbod binnen de gezondheidszorg spelen ten opzichte van het gebruik is, aldus de commissie, niet eenvoudig te analyseren. De neiging bestaat te stellen, dat de rol van het aanbod overheerst. Verdere beschouwingen hierover in de nota leiden dan ook tot de conclusie, dat de mogelijkheden tot kostenbeheersing in de gezondheidszorg vooral gezocht moeten worden in beheersing van het aanbod. Capaciteitsbeheersing door middel van planning – ook het vestigingsbeleid met betrekking tot de vrije beroepen komt daarbij aan de orde – dient daarvan de kern te vormen.

Al het vorenstaande wordt uitvoerig gemotiveerd in het hoofdstuk 'Algemene Beschouwingen.' Vervolgens wordt aandacht besteed aan de organisatorische en procedurele aspecten. Daarbij wordt voorkeur uitgesproken voor een *functionele benadering* van de gezondheidszorg, zulks in tegenstelling tot een regionale ordening. Van doorslaggevend belang is daarbij het antwoord op de vraag waar de formele bevoegdheid tot beslissingen wordt gelegd. Het verleggen van de beslissingsbevoegdheid (naar de regio) over het te bieden pakket aan gezondheidszorg strookt volgens de commissie niet met de vrij vergaande mate waarin de gezondheidszorg tot een sociaal recht is geëvolueerd. In een daarop volgende schets van een organisatiestructuur en de budgetteringsprocedure wordt de keuze voor een functionele benadering dan ook consequent en uitvoerig toegepast. Opvallend is, dat daarbij herhaaldelijk wordt gesproken over te geven richtlijnen. In de praktijk wordt ons inziens aan het begrip daarvan meermalen de vrijblijvendheid verbonden, met andere woorden er is geen verplichting tot naleving ervan. Dit zal in de geprojecteerde opzet allicht niet de bedoeling zijn, daar anders een budgetteringssysteem niet kan

functioneren.

Voor een viertal verstrekkingen, te weten kraamzorg thuis, verpleging in zwakzinnigeninrichting, fysiotherapie door vrij gevestigde fysiotherapeuten en farmaceutische hulp (exclusief inrichtingen) is het ontworpen budgetteringssysteem nader uitgewerkt, hetgeen een belangrijke verduidelijking van de geprojecteerde opzet van het systeem betekent. In een slotbeschouwing vestigt de commissie er de aandacht op, 'dat voor strikte toepassing van het budgetteringssysteem aan een groot aantal voorwaarden moet worden voldaan. Geconstateerd is, dat in het huidige gezondheidszorgbestel aan een aantal voorwaarden geheel of ten dele kan worden voldaan, aan andere niet, terwijl betwijfeld moet worden of het medisch handelen ooit op straffe wijze kan worden genormeerd.'

Tenslotte wijst de commissie erop, dat het belangrijkste object, waarop de aandacht, in welke vorm van beheersingstechniek dan ook, dient te worden gericht de beheersing is van de capaciteit van het aanbod.

Benoeming voorzitter

De raad aanvaardde met algemene stemmen het voorstel van de staatssecretaris van Volksgezondheid, de heer H. Berends te benoemen tot voorzitter van de Ziekenfondsraad. De heer Berends, bestuurder van de Federatie Nederlandse Vakbeweging (FNV), die bij deze organisatie onder

meer met de behandeling van de volksgezondheidsonderwerpen is belast, volgt Dr. W. L. P. M. de Kort op, die eind december 1977 als voorzitter is afgetreden.

Bloedtransfusiediensten

Overeenkomstig een voorstel van de Commissie Bloedtransfusie werd de bijdrage van de ziekenfondsen voor het jaar 1977 vastgesteld op f 33,19 per transfusie. Elk ziekenfonds zal hiertoe een bijdrage aan de bloedtransfusiediensten betalen van f 43,10 per 100 verpleegdagen over 1975.

Vervroegde uittreding bouwnijverheid

Per 1 april 1978 zullen de dan 63-jarige werknemers in de bouwnijverheid in de gelegenheid worden gesteld al vóór de pensioenleeftijd de bouw te verlaten. Overeenkomstig een desbetreffend verzoek van de Stichting Sociaal Fonds Bouwnijverheid zal de staatssecretaris van Volksgezondheid worden geadviseerd de groep van vervroegde uittrijders in de bouw als verplicht verzekerden aan te wijzen. Op verzoek van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen zal tevens worden bevorderd, dat een zodanige regeling wordt getroffen waardoor niet voor ieder in aanmerking komend geval het betrokken aanwijzingsbesluit dient te worden gewijzigd.

ADRESSEN SECRETARISSEN MEDISCHE TUCHTCOLLEGES

- | | |
|--------------|---|
| – Amsterdam: | Mr. J. Heeres, Paulus Potterstraat 10, Postbus 5258, Amsterdam-Z., tel. 020-79 63 33. |
| – Den Haag: | Mr. H. P. Utermark, Koninginnegracht 12B Den Haag, tel.: 070-92 44 61. |
| – Groningen: | Mr. M. P. Dorhout, Oude Ebbingestraat 91, Groningen, tel.: 050-2 80 41. |
| – Zwolle: | Mr. S. Willinge Gratama, Burg. van Royensingel 6, Zwolle, tel.: 05200-1 17 33. |
| – Eindhoven: | Mr. W. J. M. Ten Berge, St. Antoniusstraat 6, Eindhoven, tel. 040-51 76 53. |
-

Over de methode van revalidatie (Slot)

Om zinloos onderzoek van de gehandicapte te vermijden zal een voorselectie moeten geschieden door een deskundig arts. Op grond van het lichamelijk onderzoek en de algemene oriëntatie betreffende het functioneren van de patiënt, zal hij de revalidatie-indicatie kunnen stellen en de loop van het revalidatie-proces in grote lijnen kunnen voorspellen. Een dergelijke 'eenzijdigheid' kan bezwaren oproepen, vooral als de arts niet is opgeleid in de revalidatie, geen inzicht heeft in de integrale problematiek of daarvoor geen tijd heeft en bovendien die kennis mist, die nodig is de mogelijkheden en beperkingen van de andere tot revalidatie samenwerkende disciplines naar hun waarde te schatten. Het streng volgen van de methodiek van het revalidatie-onderzoek en de oriëntatie zal echter voldoende waarborgen geven voor de inschakeling van de noodzakelijke deskundigheid, vooral als de arts getraind is in de methodiek van de procedure en geen van de onderdelen overslaat. Het door ons opgestelde probleem-gerichte revalidatie-profiel (*schema op de volg. blz.*) kan dienen als leidraad bij de voorselectie, de revalidatie-diagnostiek en oriëntatie en het initiëren van het revalidatie-proces. Dit zogenaamde profiel werd een aantal jaren in de praktijk getoetst en heeft zijn praktisch nut bewezen.

Met nadruk zij er op gewezen, dat het als schema per definitie een verzameling van hoofdpunten is, met behulp waarvan men verschijnselen of handelingen ordent of overzichtelijk maakt en dat slechts als leidraad kan dienen bij de probleem-oriëntatie, de

door **B. D. Bangma**,
revalidatie-arts



B. D. Bangma is hoofd van het Instituut Revalidatie van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

voorselectie en de samenstelling van het team en de handelingsbeslissing. Het profiel gaat uit van de gedachte dat een lichamelijke ziekte problemen kan oproepen op somatisch, maatschappelijk, psychisch en communicatief gebied en onzelfstandigheid tot gevolg kan hebben. Het is nodig deze probleem-gebieden op te sporen, de deskundigen te hulp te roepen die door kennis en vaardigheden de omvang van het probleem helpen vaststellen en een bijdrage aan de oplossing van het probleem kunnen geven, als de arts daartoe niet zelf in staat is.

De aangegeven probleemgebieden moeten worden onderverdeeld in voor de revalidatie belangrijke kenmerken. Deze kenmerken moeten worden gedefinieerd, zodat het profiel voor de samenwerkende teamleden bruikbaar is en zonodig vergelijkbaar is met uitkomsten van anderen.

Toelichting bij het revalidatie-profiel

Het profiel is bedoeld voor volwassenen met een aandoening van het locomotorisch apparaat, voor gebruik in de kinderrevalidatie zou het moeten worden aangepast. Het profiel omvat in grote lijnen de indicaties voor het inschakelen van de disciplines van het kernteam, voor nader evaluatie en/of behandeling. Niet in het profiel werd opgenomen het medisch onderzoek in engere zin: de anamnese en het onderzoek zijn voor elke arts een bekende procedure al zal het functie-onderzoek van het locomotorisch apparaat niet elke praktiserende arts tot in zijn finesses zijn bijgebleven. Een voorgedrukte tekst in de medische status is in feite de neerslag van de gewenste handelingsprocedure bij het medisch onderzoek. Ik ga hierop niet verder in. Van belang zijn nu die gegevens uit het medisch-somatisch onderzoek waaruit de indicaties blijken voor de handelingen van het team. In de eerste plaats zijn dat die symptomen en/of klachten van het bewegingsapparaat die in het algemeen voor behandeling in aanmerking komen door de arts, de fysiotherapeut, de ergotherapeut en de logopedist, 'functies' die in geval van stoornis indicatoren zijn voor eventuele behandeling of nadere evaluatie.

In tweede instantie zal de onderzoeker zich moeten oriënteren over het functioneren van de patiënt. Gebieden die ons daarover inlichten zijn de Activiteiten van het Dagelijks Leven, de maatschappelijke omstandigheden, het psychisch functioneren en de communicatie. De kenmerken van deze gebieden welke van direct belang

zijn voor de revalidatie, zijn op het profiel aangegeven.

Van bijzonder belang is de prognose van de stoornissen. De arts zal juist op grond daarvan moeten bepalen, welke disciplines zullen moeten worden ingeschakeld. De prognose is verder doorslaggevend voor de te nemen maatregelen in de tijd gezien.

Als bij de anamnestiche oriëntatie en het medisch onderzoek stoornissen worden gevonden, dan is *nadere evaluatie* door de kerndisciplines aangewezen.

Onder het hoofd 'behandeling' kan het actieplan worden aangegeven en tenslotte in de laatste kolom de extramurale personen en/of instanties die aan de revalidatie van patiënt een bijdrage kunnen of moeten leveren of dat reeds doen.

Een follow-up-profiel kan worden gebaseerd op het revalidatie-profiel. Het is vanzelfsprekend noodzakelijk dat op gezette tijden een patiënt voor controle wordt gezien om de eventuele vorderingen van de behandeling te beoordelen en ook om met de revalidant te kunnen overleggen over de vorderingen van de revalidatie en over nog te nemen maatregelen. Het revalidatieprofiel schept de mogelijkheid de stoornissen te kwantificeren. Er zullen dan echter wel een doelmatige score en bijpassende definities voor de verschillende onderdelen moeten worden opgesteld.

Het revalidatieproces gaat gepaard met schriftelijke communicatie tussen de betrokken disciplines, gesprekken van de arts met de teamleden (bilateraal) en regelmatige teambesprekingen, waaraan alle betrokken teamleden gezamenlijk rond de tafel zitten (al of niet in aanwezigheid van de patiënt).

Subdoelen en hoofddoel worden zo geëvalueerd en in onderling overleg bijgestuurd en de te nemen maatregelen aangepast aan de nieuwe situatie.

De communicatie met de huisarts en met de bij de behandeling van patiënt betrokken specialisten moet worden gewaarborgd.

De beschreven procedure leent zich eveneens voor een consultatieve functie van de revalidatie-arts in het eerste echelon. De extramurale contacten zullen op gezette tijden tot gemeenschappelijke besprekingen voeren zoals met de

Schema van een probleem-gerichte revalidatie-profiel

REVALIDATIEPROFIEL AZRD										datum:		poliklinisch/klinisch		
naam:										registratienummer:				
diagnose:										regressief/stationair/progressief/onbekend				
profiel-gebied	anamnese oriëntatie	stoornis			onderzoek arts				opmerkingen	behandeling				extramuraal overleg
		nvt	wel	- ?	+	- ?	+	- ?		FT	ET	V	M	
S	kracht													huisarts
	bewegelijkheid													specialist
	coördinatie													bedrijfsarts
	sensibiliteit													verzekeringarts
	tonus													
	balans													wijkverpleegster
	conditie													maatsch. werkster
	statiek													
	pijn													fysiotherapeut
														logopediste
A.D.L.	mictie													gem. soc. dienst
														prov. rev. st.
	eten													GMD (A.D.)
	wassen													GAB
	kleden													
	wc													ziektkostenverz.
	zitten/opstaan													
	ambul./lopen													
	traplopen													
														jurist
M	hobby's/recreatie													architect
	huishouden													huiseigenaar
	arbeid													technicus
	wonen													
	ambul./vervoer													
	uitkering													instrumentmaker
														orth. schoenm.
	persoonlijke relaties													opmerkingen:
	ziekte inzicht													
	verwerking													
P	gedrag													
	intellect													
	motivatie herstel													
	motivatie arbeid													
C	spraak													
	taal-expressie													
	taal begrip													
	schrijven													
	lezen													
	visus													
	gehoor													
	functioneren													

Gemeenschappelijk Medische Dienst, het Gewestelijk Arbeidsbureau, de Sociale Dienst van de Gemeente en de Provinciale Diensten.

Tenslotte zal de revalidatie kunnen worden afgesloten en de cliënt weer kunnen worden terugverwezen naar zijn huisarts, soms met adviezen voor onderhoudsbehandeling, soms met afspraken voor periodieke controle. Het streven is echter de revalidant los te maken en weer zijn eigen baas te laten zijn.

Literatuuroverzicht

Bangma, B. D.: Openbare Les, Medische Faculteit Rotterdam, 1972.

Frijda, N. H. en Elshout, J. J.: Probleemoplossen en denken; Handboek der Psychonomie, Michon J. A., Eijkman, E. G. J., de Klerk, L. F. W. Uitg. van Loghum Slaterus, Deventer, 1976.

Groen, J. J.: Voor en tegen de Psychosomatiek. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 117, 34 (1973)

Informatie over practica: Afd. Onderwijs

Research, Vrije Universiteit Amsterdam, 1975.

Jongbloed, J. C.: De plaats van de revalidatie-arts in het Algemeen Ziekenhuis; Cursus Ziekenhuisbeleid, 1967/1968.

Jongh, J. de: Overdenkingen bij en observaties na hartrevalidatie. Tijdschr. v. Soc. Geneesk. 53, 187 (1975).

Lekanne dit Deprez, B. E. J. C.: Macht en Onmacht van interdisciplinair samenwerken; Intermediair 12.45 en 12.46, november 1976.

Lugt, P. J. M. v.d.: Zelfevaluatie: de arts als zijn eigen docent. Medisch Contact 3, 77 (1976).

Parreren, C. F. van: Sovjetpsychologen aan het woord. Leerpsychologie en Onderwijs 2. Uitg. Wolters-Noordhoff, Groningen 1972.

Parreren, C. F. van: Leren denken, Tijdschr. Opvoedkunde, 75, (20) 2 (1974).

Ris, B. G. M. en Diederiks, J. P. M.: Een kritische analyse van interdisciplinaire samenwerking. Tijdschr. v. Soc. Geneesk. 52 (1974).

Tunbridge Report: Rehabilitation; Her Majesty's Stationary Office London, 1972.

V.R.I.N.-rapport: Modelcentrum. Veren. van Revalidatie Inrichtingen in Nederland, Utrecht 1975; Ontworpen door de Commissie Modelcentrum.

Vrij, A.: Samenwerken in de eerste lijns gezondheidszorg. Hoeveel tijd kost dat? Medisch Contact 30, 1669 (1976).

Weijel, J.: Nieuwe perspectieven voor revalidatie. Voordracht 1969.

World Health Organization: Report on Rehabilitation, Geneva, 1969.

World Health Organization: Rapport WHO A29/inf. doc. 1976.

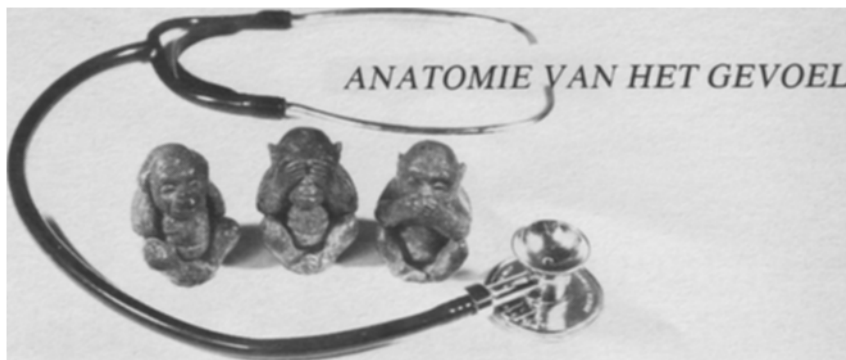
World Medical Assembly 1978

Nederlanders via Indonesië naar Manilla

De World Medical Assembly – de jaarvergadering van de World Medical Association (WMA), waarbij ook ons land is aangesloten – wordt dit jaar van 13-18 november te Manilla gehouden.

Vooraf is voor de Nederlandse deelnemers een reis van ongeveer veertien dagen naar Indonesië gepland.

In verband met de samenstelling van de Nederlandse artsengroep wordt belangstellenden verzocht contact op te nemen met de secretaris-generaal der KNMG, de heer J. Diepersloot, arts, Lomantlaan 103, Utrecht.



De cola-stimulatietest

Vannacht hebben wij een jongen van rond de 25 opgenomen. Hij was gezellig 'uit geweest', maar had in de stad moeten overgeven. Daarnaast had hij ontdekt dat zijn ontlasting pikzwart was. Laat die stommerik nou thuis een aspirientje slikken en de vieze smaak wegdrinken met een flink glas cola . . . Ja, ik had het al over de cola-stimulatietest! Prompt gaf hij zeker een liter bloed op en het zou mij niet verwonderen als de dubbele hoeveelheid nog eens via de anale riool verloren was gegaan. Lijkbleek kwam hij binnen; conclusie: een maagbloeding. Had hij nou maar dat aspirientje laten liggen (maar hij had vage hoofdpijn, dus . . .) en die cola niet gedronken. Dan lag hij op dit moment niet in het Alouïsius-ziekenhuis.

Na de nachtdienst was ik vanochtend geen cent waard. Tijdens de grote visite moest ik drie patiënten voordragen. Uiteraard ging het finaal mis. Dr. Wouters vrat zich op van ellende en ik geef hem gelijk. Ik trachtte een en ander nog te compenseren door de woordspeling: 'Haar hoofdklacht was hoofdpijn', maar niemand had het door en zo werd deze goedkope vondst een anticlimax.

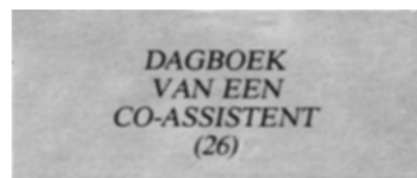
Vlak na het bezoeken moest ik drie arteriepuncties doen. Het ging driemaal mis. Toen ik de aftocht blies, zweette ik als een bokser die na twee ronden al is uitgeput.

Wanneer de praatjes, lezingen, discussies, visites en beproevingen mij de keel gaan uitdagen, peuter ik mijn horloge los en krab ik met het sluitpennetje ervan het vuil tussen mijn tanden en kiezen vandaan. Daar ben ik altijd wel een kwartiertje mee bezig en dan is meestal de séance al weer afgelopen. Nu is deze blijk van ongeïnteresseerdheid nog van heel bescheiden aard. Het valt niet of nauwelijks op, of nog erger: die houding – het hoofd schuin omlaag, de hand vlakbij de kaakhoek – wekt juist de indruk dat jij daar

geïnteresseerd zit te luisteren.

Neem dan de anderen maar. De één begint ongeneerd op en neer te draaien op zoek naar een klok aan een van de muren, waar hij dan verdwaasd naar blijft turen. Een ander krabt net zolang op zijn kalende schedel tot iedereen hetzelfde gebaar maakt; pas dan komen ze tot de conclusie dat de plenaire bijeenkomst allang ontbonden had moeten zijn. Een derde stelt zulke domme vragen, dat de voorzitter – of wie dan ook – ten einde raad besluit 'de moeilijke kwesties die hier aan de orde worden gesteld' uit te stellen tot de volgende keer.

Wanneer het onderwerp of thema je werke-



lijk doet zweten van ellende (e causa ignota) dan laat je je toch gewoon wegpiepen. Desnoods druk je zelf op de controleknop van de pieper. Geen mens die het doorheeft; zeker niet, wanneer de lichten zijn gedoofd omdat er met de epidiascoop of het diatoestetel wordt gewerkt. De stakkers zullen medelijden met je hebben, dat jij uit 'zo'n rustige bespreking' wordt weggepiept. Mocht het onderwerp je toch interesseren, dan kom je na een halve minuut gewoon weer terug. Zo gaat dat met de piepers. Het is een door iedereen geaccepteerd excuus, mits je er niet teveel gebruik van maakt. Want ik ken mensen die bijna uit iedere vergadering worden 'weggepiept'. Dan krijgen ze je door. In dat geval kun je maar beter helemaal wegblijven en laten doorbellen dat er een spoedpatiënt is.

In het kader van het bovenstaande stukje had ik de kreet 'tirannie der piepers' willen laten vallen, maar die kreet had ook kunnen slaan op een astmacentrum waar net een mouterij of een gijzeling was geweest.

Alexander van Es



Sportgeneeskunde het maken van een specialisme

Inleiding

De bemoeienis van artsen met sport dateert in Nederland ten minste van 1894. Toen verzocht de afdeling Haarlem van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst de algemene ledenvergadering uit te spreken dat sport wel belangrijk werd geacht voor de volksontwikkeling, maar zich in een richting bewoog die in strijd was met de eisen van de gezondheidsleer. Vooral het houden van wedstrijden zou op hygiënische gronden moeten worden afgekeurd (Mulier, pg 3). Er werd rond de eeuwwisseling ook al door artsen over sport geschreven. In 1902 publiceerde Dr. R. J. Th. Meurer 'Training, een medische studie'. In 1906 promoveerde A. H. v.d. Bergh op een studie over de invloed van het wielrijden op de werking van het hart. In 1937 verscheen van Meurer 'Gezondheid en Sport'. Buytendijk had in 1929 het verslag van het medisch onderzoek bij de Olympische Spelen van 1928 in Amsterdam gepubliceerd. In 1934 verscheen van hem 'Sporthygiëne en haar physiologische grondslag'. De artsen Mervénée en Smeding publiceerden in 1939 'Medische Sportkeuring. Leidraad voor Artsen'. De sportkeuring onderzocht al meteen na de oprichting een flink aantal sportbeoefenaren. Zo werden er alleen al in Amsterdam in de periode van 1930 tot 1935 9637 keuringen verricht (Meurer, pg 41). Over het algemeen bemoeiden artsen zich voor de oorlog met sport vanwege hun betrokkenheid bij de volksgezondheid. Rond 1960 veranderde dit. De betrokkenheid bij de topsport kwam voorop te staan. Na 1952 toen Rusland voor het eerst na de

door *Drs. R. Stokvis*



Drs. R. Stokvis is sinds 1970 wetenschappelijk medewerker bij het Sociologische Instituut van de Universiteit van Amsterdam. Hij doet historisch-sociologisch onderzoek naar organisatorische en ideologische ontwikkelingen op sportgebied.

revolutie van 1917 aan de Olympische Spelen deelnam, ontwikkelden internationale sportwedstrijden en in het bijzonder de Olympische Spelen zich tot arena's waarbinnen de prestigestrijd tussen het oost- en westblok zich voltrok. Het prestatiestreven en de middelen die tot prestatieverhoging bijdroegen werden hierdoor extra belangrijk. Eén van die middelen was 'doping'. 'Stimulerende' middelen zoals ether, heroïne, cocaïne, strychnine, cafeïne en alcohol werden al sinds het laatste kwart van de 19e eeuw gebruikt door zwimmers, wielrenners, voetballers en boksers (Beckett pg 166). De naijver tussen de landen van het west- en oostblok leidde ertoe dat men elkaar sterker ging verdenken van het gebruik van dergelijke middelen bij sportwedstrijden. De wens om controle op het gebruik ervan uit te

oefenen was een belangrijke aanleiding tot de oprichting van de medische commissie van het Internationaal Olympisch Comité (IOC).

In 1962 nam het IOC een resolutie tegen het dopinggebruik aan. De controle op het gebruik van doping werd vanaf die tijd steeds strakker georganiseerd. Artsen die met deze controle belast werden kregen een belangrijke positie bij de organisatie van de topsport. Deze positie werd nog versterkt door het streven om prestaties op te voeren met behulp van wetenschappelijke inzichten.

Een ontwikkeling die hiermee parallel liep was die van de toenemende betrokkenheid van artsen bij het beroepsvoetbal en later ook bij andere vormen van beroepssport. De opmerking van Mosterd, dat het eigenlijk de topsport geweest is die de medicus meer direct bij de sportbeoefening heeft betrokken (Mosterd, pg 11), is geheel in overeenstemming met de hier beschreven gang van zaken.

Wel moet meteen de aantekening worden gemaakt dat ondertussen de sportkeuring onopvallend maar gestaag haar activiteiten over een steeds groter aantal sportbeoefenaren uitbreidde. Het zijn echter de artsen die betrokken waren bij de topsport die het meest aan de weg getimmerd hebben om hun activiteiten om te vormen tot een specialisme. Zij richtten daartoe een vereniging op, stichten opleidingen, streven naar erkenning door de universiteiten en de overheid en proberen voorzieningen op te bouwen zoals sportmedische adviescentra om hun specialisme te beoefenen.

Aan de hand van de artikelenserie in Medisch Contact over de

sportgeneeskunde zal ik enige aspecten van het streven om van de sportgeneeskunde een specialisme te maken behandelen.

1) Dubieuze rechtvaardigingen

Over het belang van de sportkeuring en over de onmisbaarheid van artsen bij de sportbeoefening van gehandicapten bestaat waarschijnlijk weinig verschil van mening. De ambities van de propagandisten voor de sportgeneeskunde zijn echter zo groot dat zij nog meer argumenten proberen aan te voeren om het belang van een nieuw specialisme te benadrukken. Zij wijzen daarbij niet alleen op taken bij de topsport, maar proberen ook de onontbeerlijkheid van hun diensten voor de massasport te bewijzen.

Zo begint de inleiding van de serie artikelen over sportgeneeskunde met een axioma dat meer opvalt door het aplomb waarmee het opgeschreven is dan door de overtuigingskracht ervan. Is het werkelijk zo dat de massale sportbeoefening alleen op verantwoorde wijze doorgang kan vinden als er een goede sportmedische begeleiding is? Dit axioma verliest veel van zijn kracht wanneer men bedenkt dat van de 75% van de bevolking tussen 15 en 50 jaar, waarvan in de inleiding sprake is, 2/3 tot de 'gelegenheidssporters' behoort. Dit zijn mensen die sport alleen in de vakantie of in ieder geval met geringe frequentie beoefenen en dat uitsluitend voor ontspanning of gezelligheid doen. Activiteiten die vooral onder de gelegenheidssport vallen zijn zwemmen, wandelen en schaatsen (Manders, pg 21 en 22). Moet voor het legioen van mensen dat op zondag een wandelingetje maakt, 's zomers een duik in de Middellandse Zee neemt en één op de zoveel winters de schaatsen onderbindt een medisch verzorgingsapparaat worden gecreëerd?

Een even dubieus argument voor het belang van de sportgeneeskunde is het noemen van aantallen blessures. Harting heeft het over circa 45.000 sportbeoefenaren die per weekend genooddaakt zijn hun sport te staken en zich onder medische behandeling te stellen. In de eerste plaats blijft in het vage bij welk onderzoek dit getal is gevonden. Maar bovendien wekt Harting de indruk alsof het hier om allemaal hartstochtelijke

sportbeoefenaren gaat die vreselijk lijden als ze eens een paar weken niet aan sport mogen doen door een blessure. Vage berekeningen en suggestieve uitspraken vormen niet de stevigste fundamenten om een specialisme op te baseren.

In hun enthousiasme om bij de sport betrokken te raken, beperken artsen zich ook niet meer alleen tot het keuren van sportbeoefenaren. Ze hebben zich uitgeroepen tot adviseurs en propagandisten. Schoolartsen worden opgepoord om het jonge kind of de ouders ervan te motiveren voor sportbeoefening. Zij vergeten in hun enthousiasme dat veel kinderen sport en gymnastiek helemaal niet zo leuk vinden.

2) De relatie met topsport

Veel van hetgeen de sportgeneeskundigen nastreven staat vooral in verband met de topsport. Bosboom schrijft dat sportmedische adviescentra bedoeld zijn voor mensen die intensief sport beoefenen. Hij voegt daaraan toe dat hiermee niet alleen topsporters worden bedoeld. Maar uit de taakomschrijving blijkt dat bij de opzet van deze centra voorzieningen ten behoeve van topsporters toch wel een belangrijke plaats innemen.

Deze gerichtheid van sportgeneeskundigen op de topsport blijkt ook uit de artikelen van Kessel, Hermans, Stuur, Binkhorst, De Wijn en voor een deel ook uit dat van Gerards. Bovendien lijken ook Van Breukelen en Rodenburg in hun artikelen uit te gaan van een relatie met topsporters. Al deze auteurs delen in het ideaal om topsportbeoefenaren zo goed mogelijk te selecteren, voor te bereiden, te begeleiden en te verzorgen opdat zij maximale prestaties kunnen leveren.

De relatie met topsport verklaart de gerichtheid van sportartsen op het snel verhelpen van de hinder van blessures. De bereidheid om daar naar te streven en hun mogelijkheden ertoe zijn volgens hen argumenten voor een apart specialisme. Deze nadruk op het snelle herstel van blessures is te vinden in de artikelen van Harting, De Jongh, uitgebreid bij Kessel en Hermans, verder bij Weidema en Kutsch Lojenga en bij Van Breukelen. Met dit verzorgen van een snel herstel zullen de sportgeneeskundigen voldoen aan de

wensen van sportbeoefenaren. Maar een snel en volledig herstel van blessures e.d. wordt ook door veel anderen dan sportbeoefenaren op prijs gesteld. Het zou goed zijn als alle geneeskundigen zich op methoden toelagen waardoor mensen snel en volledig genezen. Het is een vraag of daarvoor een apart specialisme, alleen bestemd voor sportbeoefenaren, dient te worden gevormd.

Kessel schrijft dat de kwaliteit van de sportarts of sportmedische afdeling door sportmensen nogal eens wordt afgewogen aan de snelheid waarmee een blessure verdwijnt. Dat sportgeneeskundigen aan dit oordeel van sportmensen zoveel waarde hechten duidt erop dat ze de belangrijke plaats die ze op het gebied van de topsport verworven hebben graag willen behouden. Dit is ook in het belang van de sportgeneeskunde. Alhoewel artsen vele andere nuttige functies op sportgebied vervullen is de bijdrage die ze kunnen leveren aan het behalen van topprestaties door Nederlandse atleten een belangrijk middel om steun te verwerven voor de pretentieuze projecten die zij willen verwezenlijken. Dit zoeken naar steun ter bevordering van de sportgeneeskunde is ook terug te vinden in de opmerking van Kessel over de steeds groter wordende achterstand op het oostblok wat betreft de sportgeneeskunde. Bedenklijk wordt de verbondenheid met topsport wanneer het er toe leidt dat bezwaarlijke kanten ervan, die juist medici zouden moeten aangaan, onbesproken blijven. Zo worden in het artikel 'Misbruik van en in de sportgeneeskunde' alleen lokale verdoving, corticosteroïdtherapie en verschillende vormen van doping behandeld. Dit zijn kwesties waarover bij het publiek, de medische wereld en de leiding van sportorganisaties in hoge mate overeenstemming bestaat. Sportartsen behoeven niet bang voor conflicten te zijn als ze het toedienen van doping e.d. een misbruik noemen. Belangrijkere kwesties zoals de topsportbeoefening door zeer jeugdigen, of de positie van artsen in dienst van beroepsvoetbalclubs blijven echter onbesproken. Door op deze gebieden van misbruiken te wijzen zouden sportartsen zich conflicten op de hals kunnen halen met machtige sportorganisaties zoals de zwem- en de gymnastiekbond, of ze zouden zich in dat geval misschien wel moeten keren tegen sommigen

van hun collega's. Bij een specialisme in wording, dat zo nauw verbonden is met de topsport, doen de beoefenaren er goed aan niet al te kritisch te zijn.

3) Expansiedrang

Met behulp van weinig overtuigende argumenten wijzen artsen op de noodzaak van hun rol als medicus op sportgebied. Zij bieden speciale diensten aan en uiten alleen de meest voor de hand liggende kritiek op voor de gezondheid nadelige kanten van de sport. Dit alles wijst erop dat artsen graag bij de sport betrokken willen zijn. Waarom willen ze dat? Een voor de hand liggend motief noemt Hermans. Hij schrijft dat de grootste interesse van de medische wereld 'uiteraard' wordt gewekt door de topsport, omdat daarbij fysiologische, cardiologische en orthopaedische randgebieden worden betreden die voor de medicus als wetenschapsbeoefenaar uiterst interessant zijn.

De gretigheid waarmee artsen de behoefte aan wetenschappelijk gefundeerde trainingsinzichten willen bevredigen is ook vanuit het oogpunt van werkgelegenheid verklaarbaar. Het is voor pas afgestudeerde artsen financieel bijna onmogelijk geworden om een huisartsenpraktijk over te nemen. Degenen die zich willen specialiseren worden geremd door lange wachtlijsten voor de opleidingen in diverse specialismen. Door een nieuw specialisme zoals de sportgeneeskunde te scheppen wordt voor meer artsen werkgelegenheid gecreëerd en nemen de opleidingsmogelijkheden toe. Wat zich hier afspeelt op het beperkte gebied van de sport is een proces dat zich in de vorige eeuw in de gehele samenleving voltrok. Toen probeerden artsen een positie in het maatschappelijk leven te verwerven waarin ze het op medisch gebied voor het zeggen kregen en zich konden onderscheiden van wat zij kwakzalvers gingen noemen (Johnson, pg 57).

In de loop van de vorige eeuw wisten artsen die positie te verwerven doordat hun kennis over de oorzaken van ziekte dank zij de ontdekkingen van Pasteur, Koch en anderen duidelijk toenam (Freidson, pg 16). Door middel van beroepsorganisaties sloten zij diegenen van de beroepsuitoefening uit die niet aan de

door hen gestelde kennis- en vaardigheidseisen voldeden. Op het gebied van de sport wordt tegenwoordig ook speciale kennis gecreëerd. Die kennis heeft betrekking op 'de verschillende vormen van training en de invloed daarvan op de organen en orgaanstelsels', de 'belastbaarheid van het individu' en de 'bezwaren welke aan de beoefening van bepaalde takken van sport kleven'. Alleen degenen die de applicatiecursus sportgeneeskunde hebben gevolgd worden als sportgeneeskundigen beschouwd. In de positie van de kwakzalvers uit de vorige eeuw worden nu de 'meer of minder obscure' – ook wel 'dubieus' genoemde – soigneurs gedrongen. Willen artsen erin slagen om de sportgeneeskunde als specialisme te vestigen, dan is de belangrijkste voorwaarde dat de sportbeoefenaren overtuigd raken van het nut en de bekwaamheid van de sportgeneeskundigen (Freidson, pg 11). De al gesignaleerde bereidheid van sportgeneeskundigen om in te gaan op de wens tot een snel herstel van sportbeoefenaren is een voorbeeld van dit streven naar erkenning van de waarde van het specialisme.

Dit erkenningsstreven speelt ook een rol bij de strijd tegen de doping. Vree en Ketelaars hebben erop gewezen dat controle op de aanwezigheid van dopingprodukten in het menselijk lichaam makkelijker is dan het vaststellen van het effect van deze produkten op de sportprestatie (Vree, pg 205). Sportgeneeskundigen kunnen hierdoor hun deskundigheid en hun belang voor de sportwereld

makkelijker bewijzen door zich in te spannen voor de controle op het dopingsgebruik dan door te zoeken naar middelen die de sportprestaties kunnen verhogen. Door deze situatie zijn sportartsen belanghebbenden bij strenge verbodsbepalingen op het dopinggebruik geworden. De verhandeling over 'Misbruik van en in de sportgeneeskunde' dient daarom met enige scepsis te worden gelezen.

Conclusie

Artsen zouden zich wat zorgvuldiger moeten bezinnen op hun bijdragen aan de sport. Misschien noopt dit hen tot beperking van hun claims. Maar het belang ervan zou aan meer mensen duidelijk kunnen worden.

Literatuur

- Beckett, A. H. The Work of the IOC Medical Commission. In Killanin, L. en Rodda, J. The Olympic Games. London, 1976.
- Freidson, E. Profession of Medicine. A study of the sociology of applied knowledge. New York, 1970.
- Johnson, T. J. Professions and Power. London, 1972.
- Manders, Th. G. W. M. en Kropman, J. A. Sportbeoefening en zijn Organisatiegraad. Nijmegen, 1974.
- Meurer, R. J. Th. Gezondheid en Sport. Amsterdam, 1937.
- Mosterd, W. L. Medische Begeleiding in de Sport. Amsterdam 1968.
- Mulier, W. Atletiek en Voetbal. Haarlem 1894.
- Vree, T. B. en Ketelaars, H. C. J. Sport en Doping. In Bergman, H. en Ploeg, H. v.d. Sport en Wetenschap. Haarlem, 1976.



officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Dagelijks Bestuur

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

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

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

Mevr. Mr. H. A. van Andel, secretaris van deze drie colleges;
W. J. de Jager, secretaris van het Centraal College tot 1-6-1978;
Mw. E. M. Dekker-Meelker, secretaresse.

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

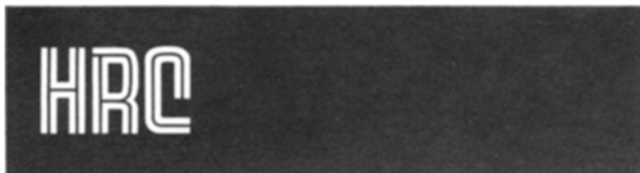
H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

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

Stichting Beroepspensioenfonds Artsen (SBA)

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



Handhaving van registratie als huisarts wegens verkregen rechten

(Richtlijnen voor de toepassing van artikel 1122 t.a.v. artsen ingeschreven in het Huisarts Register op grond van artikel III van het Huishoudelijk Reglement van de koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst).

Inleiding

Bij het instellen van de beroepsopleiding tot huisarts en van het Register van Erkende Huisartsen met ingang van 1 mei 1973 is bij wijze van overgangsmaatregel, de mogelijkheid geopend dat gevestigde huisartsen en artsen, afgestudeerd volgens eerdere studieprogramma's, op hun verzoek kunnen worden ingeschreven, tenzij zij vijf jaar of langer 'niet regelmatig als huisarts' werkzaam zijn geweest (artikel III en 1122 HR).

De HRC heeft destijds deze bepaling ruim opgevat om twee redenen:

- a) om iedere onbillijkheid op grond van terugwerkende kracht te vermijden;
- b) omdat er nog geen duidelijke interpretatie bestond van 'regelmatig als huisarts werkzaam zijn'.

Ze er velen hebben van deze mogelijkheid tot inschrijving gebruik gemaakt zodat behalve de circa 4600 gevestigde huisartsen circa 2500 andere artsen zich sedert 1 mei 1973 hebben doen registreren; niet alleen ouderen, veelal ex-huisartsen in allerlei posities in de gezondheidszorg, maar ook jongere artsen in soortgelijke algemeen medische (= niet specialistische) functies, in afwachting van een mogelijkheid zich als huisarts te vestigen. Van deze laatste groep hebben zich velen inderdaad in de loop van de jaren gevestigd.

Van meet af aan is bij de HRC een verdeling aangehouden tussen hen die inderdaad als huisarts gevestigd zijn en de niet (zeker) als huisarts gevestigden ten einde t.z.t. na te kunnen gaan of deze artsen in het register kunnen worden gehandhaafd in verband met het aflopen van de vijfjaarstermijn per 1 mei 1978.

Sedert het midden van 1977 zijn al degenen die a) niet als huisarts te boek stonden bij de HRC en b) vóór mei 1973 zijn afgestudeerd (d.w.z. ca 1800 artsen) aangeschreven, om te weten te komen welke hun medische activiteiten sedert 1 mei 1973 zijn geweest.

Inmiddels heeft de HRC zich tevens beraden over de interpretatie van de woorden 'regelmatig als huisarts' werkzaam zijn, met andere woorden onder welke werk-omstandigheden kan iemand worden geacht zijn vak nog voldoende bij te houden. Dit beraad leidde, na ruggespraak met het College Huisartsgeneeskunde tot de volgende richtlijnen:

Richtlijnen voor afvoer uit register versus handhaving inschrijving

Uitgangspunten

Onder 'regelmatig als huisarts' werkzaam zijn (artikel 1122, lid 1) wordt verstaan dat men zich beschikbaar stelt als huisarts:

- voor een betrekkelijk vaste groep van de bevolking ter plaatse;
- zonder selectie naar leeftijd, geslacht en aard van de ziekte of klacht;
- continu bereikbaar is, d.w.z. dat er bij afwezigheid een goed geregelde waarneming is.

I. Onder deze omschrijving vallen in dit verband, behalve normaal gevestigde huisartsen:

- a) artsen, die tenminste de helft van het jaar en gedurende langere tijd achtereen werkzaam zijn in één of meer huisartspraktijken, hetzij als waarnemer of als assistent.
- b) artsen, die continu, op basis van vaste afspraken met een huisarts, part-time minimaal één dag per week – inclusief huisbezoeken en acute hulpverlening – regelmatig als huisarts functioneren voor een groep patiënten. Hieronder kunnen o.a. vallen arts-echtgenoten van huisartsen.
- c) artsen die kunnen aantonen dat zij in het buitenland, met name in de tropen, eerstelijnswork doen of hebben gedaan.

Hun inschrijving wordt gehandhaafd tot vijf jaar na het einde van die werkzaamheden.

II. Niet onder bovenvermelde criteria voor handhaving van de inschrijving vallen:

- a) artsen werkzaam in zwakzinnigeninrichtingen en bij de epilepsiebestrijding, tenzij wordt voldaan aan de algemene uitgangspunten als boven vermeld.
- b) verpleeghuisartsen, tenzij zij kunnen aantonen dat zij regelmatig in een huisartspraktijk werken als onder Ib bedoeld.
- c) sociaal-geneeskundigen en artsen in soortgelijke functies, zoals:
 - verzekeringsgeneeskundigen (keurings- en controlepraktijk)
 - bedrijfsartsen
 - schoolartsen
 - consultatiebureau-artsen
 - GGD-artsen e.t.q.tenzij zij kunnen aantonen dat zij regelmatig part-time werken in een huisartspraktijk als bedoeld onder Ib).
- d) artsen, die meer dan vijf jaar geleden hun oorspronkelijke praktijk hebben neergelegd tenzij zij kunnen aantonen dat zij regelmatig part-time werken in een huisartspraktijk als bedoeld onder Ib).
- e) artsen, die *uitsluitend incidenteel* waarnemen gedurende avonden, weekend en kortdurende afwezigheid van een huisarts.
- f) artsen die mogelijk huisarts worden genoemd maar in feite *uitsluitend consultatief* bezig zijn (bijvoorbeeld studentenartsen, acupuncturisten etc.). Blijkens de sedert medio 1977 verzamelde informatie kunnen de bovenbedoelde artsen worden onderscheiden in de volgende groepen:

- a) een grote groep die van handhaving van hun inschrijving afziet (\pm 450);
- b) een kleine groep huisartsen die (nog) niet als zodanig te boek stond;
- c) een grote groep ex-huisartsen die de praktijk na mei 1973 heeft neergelegd (\pm 500);

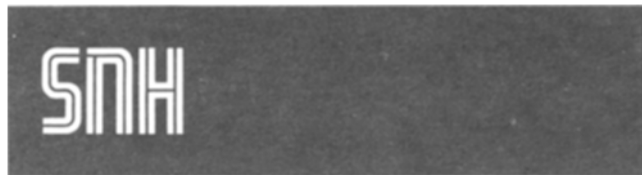
Bij deze drie groepen doen zich geen problemen voor.

d) een grote groep (\pm 750) artsen met diverse medische functies (zoals verpleeghuisartsen, artsen in de zwakzinnigheidszorg, artsen in allerlei sociaal-geneeskundige functies, (ex-)tropenartsen, echtgenoten van huisartsen, artsen in opleiding tot specialist, studentenartsen, consultatiebureau-artsen, enz.) die wél hun inschrijving willen behouden.

Zij zullen allen worden beoordeeld volgens bovenvermelde richtlijnen; binnenkort zullen zij persoonlijk bericht ontvangen tot welke conclusie dit heeft geleid. Tegelijkertijd worden zij op grond van artikel 1122, lid 2 in de gelegenheid gesteld om te worden gehoord.

Daarna wordt de beslissing van HRC – al dan niet gewijzigd – van kracht. Hiervan kan men op grond van artikel 1122, lid 4 binnen drie maanden in beroep gaan bij de Commissie van Beroep Huisartsgeneeskunde.

J. I. van der Leeuw, arts, secretaris



Nascholingsmogelijkheden voor de huisarts van mei t/m augustus 1978

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

11-12 mei

Behandeling van chronische nierinsufficiëntie, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.

17-18 mei

Basiscursus voor electrocardiografie, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.

18 mei

Nascholingsraad (vergadering van de Stichting Nascholing Huisartsen met vertegenwoordigers van de perifere nascholingswerkgroepen), te houden in het Jaarbeurs Congrescentrum te Utrecht, aanvang 17.00 uur. Inlichtingen bij het bureau SNH. Tel. 030-885411.

19 mei

Urologie voor de Algemene Praktijk, Rotterdam. Inlichtingen:

Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-77 22 00.

20 mei

Symposion 'Primair Chronisch Rheuma', Wageningen. Moderne inzichten in diagnostiek en behandeling, georganiseerd door de PHV-Wageningen en omstreken. Plaats: Internationaal Agrarisch Centrum, Lawickse Allee 11, Wageningen. Inlichtingen: secretaris PHV, P. Emmelot, Lawickse Allee 94, Wageningen. Tel. 08370-13333.

22 t/m 26 mei

Training Persoonlijk Functioneren, georganiseerd door het NHI. Plaats: Huize Doornburgh, Maarssen. Kosten: f 1175,—, inclusief verblijfskosten. Inlichtingen: Marja Verhaar-van der Gouw, NHI. Tel. 030-319946.

24-25 mei

Basiscursus voor Electrocardiografie, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.

24 en 25 mei

Twee identieke cursusdagen over alcohol/alcoholisme Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053-892922.

25-26 mei

Etmaalsritmen, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.

31 mei

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

31 mei-1 juni

Basiscursus voor electrocardiografie, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.

9 en 10 juni

Cursus Patiënt-Arts Communicatie (PAC) Plaats: 'Hydepark', Driebergen. Inlichtingen: A. H. M. Schoenmakers, p/a Hoffman la Roche BV, Nijverheidsweg 38, Mijdrecht. Tel. 02979-710191.

12, 13, 14, 15 juni

Werktraining, georganiseerd door het NHI. Plaats: Huize Doornburgh, Maarssen. Kosten: f 950,—, inclusief verblijfskosten. Inlichtingen: Marja Verhaar-van der Gouw, NHI. Tel. 030-319946.

24 juli-5 augustus

Internationalen Seminar-Kongresses Diagnostica-Therapeutica-Technica, in Montreux/Schweiz. Inlichtingen: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik E.V. Generalsekretariat: 7000 Stuttgart 70 (Degerloch) Jahnstrasse 32. Telefon (0711)761454.

25-30 september

Europees congres voor huisartsgeneeskunde, Klagenfurt (Oostenrijk). Inlichtingen en opgave bij Mw. M. Kapsch, Bahnhofstrasse 22/1, A 9020 Klagenfurt. Het voorlopig programma is verkrijgbaar op het Nederlands Huisartsen Instituut, Mariahoek 4, Utrecht. tel. 030-319946.



Personalia

Nieuwe leden

J. J. C. Westendorp, Prinsengracht 43-2, Amsterdam
M. J. Wichers, Beringlaan 6, Gouda
Mw. H. A. M. Wiercx, Hammerstraat 6 A, Rotterdam
K. C. Wiersema, A. Vödingstraat 81, Hengelo
H. A. H. Wilberding, Graaf Janstraat 128, Zoetermeer
L. A. B. Wilsoe, Lindenlaan 34, Castricum
M. C. Wittebol, Emmastraat 32-3, Amsterdam
H. H. van Woerden, P. Campersingel 217, Groningen
Mw. C. Wolters, Nassaukade 169-3, Amsterdam
A. J. W. Wijnen, Saturnusstraat 255, Emmeloord
Mw. H. J. C. Zillikens-Hollander, Seipendaalseweg 145, Arnhem

Adspirant leden

R. J. H. Odink, G. J. Mulderstraat 90 B, Rotterdam
G. H. Ouwejan, Reguliersteeg 7, Utrecht
J. Pronk, Aquamarijnstraat 485, Groningen
M. L. A. Schotel, Schiedamsedijk 11 B, Rotterdam
E. Schothorst, Avondsterlaan 92, Groningen
J. H. Veerman, Prinsenstraat 8, Utrecht
L. J. Velthuis, Ambonstraat 12 A, Groningen
D. A. Verhagen, Beresteinlaan 164, Den Haag
B. van de Wetering, Gouvernestraat 125 A, Rotterdam

Overleden

G. van Atten, Waardeellaan 36, Gieten
Dr. O. Banki, van Galenstraat 98, Zandvoort
Dr. J. Bos, Molenlaan 39, Rotterdam
A. O. Coors, Laan van N.O. Indië 120, Den Haag
Dr. F. J. van Dam, Spoorstraat 3, Amersfoort
Mw. Dr. E. Egyedi-Földes, Vondellaan 77-311, Groningen

Mw. W. E. v.d. Ende-Huygens, Rembrandtlaan 15, Terneuzen
W. Ephraïm, Bosch en Lommerweg 261 I, Amsterdam
A. J. Eijkman, Boelewaard 18, Velp
J. C. Goudriaan, v. Nijenrodeweg 447, Amsterdam
H. van Greuning, Raadhuisstraat 11, Maasdam
F. J. M. de Kok, Emmastraat 39, Alkmaar
Prof. Dr. J. van Lookeren Campagne, Eper Veste 106, Epe
F. J. J. E. Olieslagers, Cantecleerstraat 108, Maastricht
J. C. Raadsveld, Waldeck Pyrmontlaan 15, Rotterdam
Dr. J. A. Rodbard, Minervalaan 38, Amsterdam
J. A. Ruys, van Galenstraat 36, Raalte
D. Smit, Mauriksestraat 7, Zoelen
C. Steinz, Rondelaan 25, Bergen
Mw. W. J. M. Vendrik-Vos, Haringvliet 10, Rotterdam
C. W. van Wieringen, Diependaalselaan 268 A, Hilversum
Dr. C. M. Wijkmans, Ocarinalaan 302, Rijswijk

Geschrapt

Mw. J. C. G. Roos, Oudekerk a/d Amstel



In memoriam C. Blanksma

Op maandag 10 april jl. is Cornelis Blanksma, arts te Rotterdam, overleden. Cornelis Blanksma die de leeftijd van 71 jaar bereikte, was officier in de orde van Oranje Nassau. Hij is indertijd de eerste secretaris van het Centraal Bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging geweest. In die functie maakte hij deel uit van dit bestuur van 1946 tot 1953. Van maart 1953 tot februari 1956 maakte hij deel uit van het hoofdbestuur der KNMG als toegevoegd HB-lid, belast met de coördinatie van de ziekenfondszaken. Daarna bekleedde hij de functie van geneesheer-directeur van het Rotterdamse Coolsingelziekenhuis, later van het Bergwegziekenhuis in de Maasstad.

INHOUD OFFICIEEL

Nr. 17 – 28 april 1978

HRC:

Handhaving van registratie als huisarts wegens verkregen rechten 530

SNH:

Nascholingsmogelijkheden voor de huisarts van mei t/m augustus 1978 531

KNMG:

Personalia' 532

In memoriam C. Blanksma 532