

# MEDISCH CONTACT

Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nummer 33/34 – 26 augustus – 43e jaargang

Medewerkers van de vakgroep Beleidswetenschappen van de Rijksuniversiteit Limburg onderzochten de werkbelasting van internisten en chirurgen werkzaam in algemene en niet-universitaire categorale ziekenhuizen. In vergelijking met de gegevens van een onderzoek dat eind jaren zeventig werd uitgevoerd door het Nationaal Ziekenhuisinstituut hebben allen meer te doen gekregen.

De Algemene Maatregel van Bestuur inzake de Arbeidswet voor assistent-artsen en vroedvrouwen zou snel moeten worden ingevoerd. Dit schrijven en beargumenteren G. R. M. van Hoof en W. M. C. Mulder (Landelijke Vereniging van Basisartsen) en J. W. Morrenhof (Landelijke Vereniging van Assistent-Geneskundigen). De LAD deelt hun standpunt.

Zal onder de huidige bezuinigingsdrijf de jeugdgezondheidszorg in Nederland zich in Amerikaanse richting ontwikkelen? Naar aanleiding van een studiereis naar de Verenigde Staten schetst Mw. F. B. Diepeveen, jeugdarts bij de Gezondheidsdienst Westelijke Mijnstreek te Geleen, een beeld van wat ons mogelijk te wachten staat.

Substitutie van (gezondheids)zorg moet worden ondersteund door een planningsstelsel dat integratie van sectorale zorgvoorzieningen mogelijk maakt. Hoe dat kan worden gerealiseerd wordt beschreven door twee medewerkers van het algemeen ziekenhuis Slingeland te Doetinchem: Drs. B. van Dijk, directiemedewerker, en Drs. Fr. C. Jaspers, directeur patiëntenzorg.

Wil de omgebogen lijn van het laboratoriumonderzoek werkelijk neerwaarts gaan, dan is een continue bewaking van het gehele proces, van aanvraag tot en met rapportage van de uitslagen, noodzakelijk. Maximale diagnostische informatie tegen een minimale prijs is slechts te bereiken in voortdurend overleg tussen clinicus en klinisch chemicus. De voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie trekt zijn conclusies uit een enquête voor de Gezondheidsraad.

## INHOUD

Werkbelasting van internisten en chirurgen

*Prof. Dr. J. A. M. Maarse, Drs. G. G. van Merode en Drs. J. M. A. Schrijnemaekers – 963*

Werktijdenregeling voor arts-assistenten  
*G. R. M. van Hoof, J. W. Morrenhof en W. M. C. Mulder – 966*

Jeugdgezondheidszorg in de Verenigde Staten

*Mw. F. B. Diepeveen – 970*

Planning gericht op substitutie in de gezondheidszorg

*Drs. B. van Dijk en Drs. Fr. C. Jaspers – 971*

Klinisch-chemische laboratoriumdiagnostiek in ziekenhuizen

*Dr. G. T. B. Sanders – 975*

Laetrile tussen wal en schip

*Dr. P. A. G. M. de Smet – 977*

Colofon 958 – Colofon officieel 958 – Hoofdreactioneel commentaar 959 – Voorzitterskolom LHV – Brieven 961 – Praktijkperikel 978 – Uit de Verenigingen 979 – Officieel 981

Medisch Contact is het weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

#### Bestuur Medisch Contact

Dr. P. van Rosevelt, voorzitter  
E. Iwema Bakker, secretaris  
Funke Küpperstraat 3, 1068 KL Amsterdam  
Mw. G. A. E. Kreek-Weis  
R. Bekendam  
Dr. J. L. A. Boelen

#### Redactie Medisch Contact

Dr. C. Spreeuwenberg, hoofdredacteur  
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris  
Mw. Drs. W. G. Juffermans, redactrice  
Mw. C. R. van der Sluys, redactrice  
Mw. Drs. M. C. A. van Wandelen, redactrice  
R. A. te Velde, eindredacteur

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

De redactie is gevestigd: Lomanlaan 103  
3526 XD Utrecht, telefoon 030-823384

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur is voor het gevoerde beleid verantwoording verschuldigd aan de Algemene Vergadering van de KNMG. De besturen van de KNMG en haar organen zijn voor de inhoud van het officieel gedeelte verantwoordelijk.

#### Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG binnen de Benelux, op de Nederlandse Antillen en in Suriname f 136,99 (inclusief BTW); overige landen f 242,—

Administratie: Tijl Tijdschriften BV  
Jacques Veltmanstraat 29  
1065 EG Amsterdam  
telefoon 020-5182.828, telex 15230.

Een abonnement kan op elk gewenst tijdstip ingaan: het wordt automatisch verlengd, tenzij het tenminste twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd.

#### Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.  
Opgave: Tijl Tijdschriften BV  
Jacques Veltmanstraat 29  
1065 EG Amsterdam  
telefoon 020-5182.828, telex 15230.  
Geldend advertentietarief: januari 1988.

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

#### Bij de voorplaat:

'De Theriakverkoper' van Simon Fellner 1752 (porselein).  
Bahnhof-Apotheke, Offenbach a. M.

## KNMG | LHV | LSV | LAD | LVSG | KNMG

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht, telefoon 030-823911.  
Postgironummer 58083-AMRO banknummer 45 64 48 969.  
KNMG-informatielijn 030-823339; KNMG-antwoordapparaat 030-823201.

#### Dagelijks bestuur

W. H. Cense, voorzitter; Prof. Dr. W. J. Schudel en P. C. H. M. Holland, ondervoorzitters; Mw. M. L. van Weert-Waltman; A. M. C. van de Zandt (voorzitter LHV), J. C. F. M. Aghina (voorzitter LAD), Dr. C. M. T. Plasmans (voorzitter LSV) en Mw. Dr. C. Hermann (voorzitter LVSG), adviseerende leden.

#### Secretariaat

J. Diepersloot (W. van Hof), secretaris-generaal; Th. M. G. van Berkestijn, plaatsvervangend secretaris-generaal; G. J. Eikmans en Mw. Mr. W. R. Kastelein, secretarissen; Prof. Mr. W. B. van der Mijl en Dr. H. Roelink, adviseurs; K. Theunissen, hoofd financieel-economische en administratieve zaken.

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

De afdelingen Ledenbemiddeling, Comptabiliteit, Ledenadministratie, Centrale Verwerking, Buitenland en de Commissies Doktersassistenten en Geneeskundige Verklaringen.

#### Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Drs. C. R. J. Laffré, directeur; Mw. J. den Bode-de Graaf, informatrice.

#### Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

Mr. H. J. Overbeek en Drs. H. Willems, directie.

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

Mw. Mr. P. Swenker, directeur; Mw. J. C. Steenbrink, secretaresse.

#### Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)

Mw. Mr. H. M. H. de Bruijn-Van Beek, directeur; Mw. J. A. van Walderveen-van der Louw, secretaresse.

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

Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris; Mw. K. J. Jansen-Leter, secretaresse.

#### Specialisten Registratie Commissie (SRC)

Dr. J. A. van Wijk, secretaris; Mw. Mr. H. H. van den Berg, directeur.

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

Mw. Mr. P. A. van Tilburg-Hadders, secretaris; Mw. D. Hennevelt-Wolters, secretaresse. Dagelijks telefonisch bereikbaar van 9.00-12.00 uur.

#### Huisarts Registratie Commissie (HRC)

L. G. Oltmans, secretaris; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.

#### Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

N. A. Meursing, secretaris-penningmeester, Irislaan 7, 1943 DB Beverwijk, telefoon 02510-25636; postgironummer 111.950 ten name van de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Beverwijk.

#### Bibliotheek

Prof. Dr. D. de Moulin, bibliothecaris, p.a. Universiteitsbibliotheek, Singel 425, Amsterdam.

#### Stichting Dienstverlening Medici

Mw. C. M. Voermans-Neleman, voorzitter Bureau-Adres Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon 030-823911

#### Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen

E. Iwema Bakker, voorzitter; bureau-adres Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon 030-823911.

De besturen van de KNMG en haar organen zijn verantwoordelijk voor de inhoud van het officieel gedeelte en de berichtgeving vanuit de verenigingen.

# Grenzen van de zorg

Onlangs hebben de bewindslieden van WVC de Tweede Kamer het regeringsstandpunt inzake de 'Grenzen van de zorg' toegezonden. Het bestaat hoofdzakelijk uit een dialoog met een aantal adviesorganen die eerder over het onderwerp hebben geadviseerd; het verschil in taakstelling en samenstelling kwam duidelijk in deze adviezen naar voren.

De *Ziekenfondsraad* legde de nadruk op 'technology assessment' als instrument voor de politiek om te bepalen welke de gezondheidsvoorzieningen noodzakelijk zijn of prioriteit verdienen en op grond daarvan in het verzekeringspakket dienen te worden opgenomen.

De *Nationale Raad voor de Volksgezondheid* vroeg zich af of er wel grenzen aan de gezondheidszorg te stellen zijn, als de overheid daarvoor alleen zorg moet dragen. Een grenzen-respecterend beleid waarin men zich zowel bewust is van de noodzakelijke ondergrens om het kwaliteitsniveau te handhaven als van de bovengrens waarbij slechts enkele mensen voor dure, geavanceerde zorg in aanmerking komen, werd noodzakelijk geacht. Het in de prioriteitenstelling betrekken van een voorziening zou pas in aanmerking mogen komen als is gebleken dat toepassing ervan moreel aanvaardbaar is. Hiervoor is onder meer een behoorlijk evenwicht tussen nuttigheid en schadelijkheid en tussen doel en middel vereist. Het stellen van prioriteiten dient te geschieden op grond van medisch succes, medische behoefte, zuinigheid en procedurele gelijkheid. Curieus is de vingeroefening waarbij in vitro fertilisatie ondergeschikt werd geacht aan intensive care voor neonaten en aan de laatste voorziening weer een lagere prioriteit werd toegekend dan aan AIDS-bestrijding.

De *Gezondheidsraad* vroeg aandacht voor de definitie van gezondheidszorg en waarschuwde voor de pretentie van de gezondheidszorg een totaliteit aan welzijn te schenken. Terecht werd gesteld dat de verschillende doelstellingen van het overheidsbeleid, zoals verzekering van kwaliteit, bevordering van patiëntenrechten en van de kwaliteit van de zorg, alsook beheersing van de kosten, niet altijd zijn te verenigen. De *Gezondheidsraad* wees verder op de grenzen van de veranderbaarheid; het is zaak het stelsel van gezondheidszorg voorzichtig en in kleine stappen te wijzigen. Belangrijk is de taak die deze raad aan de overheid

toekende ten aanzien van de prioriteitenstelling: het is háár taak te waken en te wegen en de prioriteiten in de gezondheidszorg te stellen. In ons commentaar in het voorgaande nummer (MC nr. 31/32 1988, blz. 907) noemden we al de aandacht van de *Gezondheidsraad* voor het verschijnsel van de ongelijkheid in gezondheid en voor het gevaar dat zonder maatregelen deze vorm van ongelijkheid zal toenemen. Zonder dat daar expliciet voor gekozen is, wordt aan kinderen en jonge volwassenen meer zorg besteed dan aan bejaarden en krijgen ziekten als kanker een prominenter positie dan chronische ziekten en handicaps. Als er al selectie moet plaatsvinden, dan dient dit geformaliseerd te geschieden en wel door een expliciete prioriteitenstelling. Gelijktijdig echter constateerde de *Gezondheidsraad* een onvoldoende basis voor politieke besluitvorming ter zake.

## Dr. C. Spreeuwenberg

Wat is nu het standpunt van de *regering*? Ze wil de scholing en nascholing in gezondheidsethiek en de ethische/juridische toetsing stimuleren. Een betere steun had de *KNMG* zich niet kunnen wensen voor haar cursus 'Gezondheidsethiek en gezondheidsrecht' (zie blz. 979). De regering constateert verder een zekere onmacht om een basis aan te dragen voor prioriteitstelling en vraagt zich af of door prioriteitstelling rantsoenering wel te vermijden is. Ze lijkt het pleidooi van de *Ziekenfondsraad* voor prioriteitenstelling op macro-niveau op basis van 'technology assessment' te volgen. Uitvoerig wordt stilgestaan bij de techniek om de waarde van verschillende verrichtingen te vergelijken door de kwaliteit die een nieuwe medische vinding aan de gezondheidstoestand toevoegt door een aantal mensen in een getal te laten uitdrukken. De eenheid 'Qaly' ('quality adjusted life-years') wordt verkregen door dit getal te vermenigvuldigen met het aantal jaren dat mensen hiervan kunnen profiteren. Door de winst in Qaly's te relateren aan de kosten kunnen verschillende behandelingen met elkaar worden vergeleken. De indruk bestaat dat de regering dit op zich nuttige hulpmiddel nogal gretig omarmt om zelf aan pijnlijke keuzen te ontkomen. De problemen van

deze methodiek komen niet aan de orde. Er is immers geen sprake van een objectieve meting. Kunnen gezonden zich bijvoorbeeld wel in een ziekte-toestand verplaatsen en zich voorstellen wat al of niet verbeteren betekent? Kan men met deze methode inderdaad de ene ziekte-toestand wel met de andere vergelijken? Mulder waarschuwt voor verkeerd gebruik door financiers van de zorg<sup>1</sup>.

In feite speelt de regering de bal voor een groot deel terug naar de beroepsgroep. Zo zal aan de *Gezondheidsraad*, die de regering zo op haar eigen verantwoordelijkheid heeft gewezen, worden gevraagd vast te stellen welke medische technologieën van marginale waarde zijn en welke selectie maatstaven bij schaarste kunnen worden gehanteerd. Van de *KNMG* verwacht de regering een constructieve opstelling om de gedachte uit te dragen dat de optie in de spreekkamer alle behandelingsmogelijkheden open te houden niet meer bestaat. De regering meent dat de medische beroepsgroep als taak heeft aan de oplossing van door schaarste veroorzaakte problemen bij te dragen. Als ze bedoelt dat artsen de doeltreffendheid en doelmatigheid van het medisch handelen moeten bevorderen, dan vindt ze bij de *KNMG* steun, zoals uit het rapport 'Gezondheidszorg bij beperkte middelen' is gebleken. De *KNMG* en haar maatschappelijke verenigingen hebben kwaliteitsverzekering in hun vaandel staan. Voor selectie op niet-medische gronden en rantsoenering is de regering bij hen echter aan het verkeerde adres. Patiënten mogen van hun arts, de samenleving mag van de medische professie eisen dat ze het belang van de patiënten vooropstellen en blijven streven naar verbetering van zorg en verhoging van niveau. De vraag of er schaarste is en welke beperkingen in verband hiermee moeten worden gesteld aan het aanbod van de zorg, dient te worden beantwoord door onze samenleving en uiteindelijk door regering en parlement. Dat is geen kwestie van afschuiven, maar van oog voor ieders plaats en taak. □

1. Mulder JH. Waarvoor kun je technology assessment gebruiken? In: Boon L. Kwaliteit van leven en zorg. Sympos. 1988, 74-7.

LHV-voorzitter A. M. C. van de Zandt:

## ‘Welke verandering verzekerd?’

Hoewel voorzien van de nodige mitsen en maren, werd het rapport van de Commissie Financiering en Structuur Gezondheidszorg in zijn samenhang ten aanzien van doelmatigheid, flexibiliteit, zorgverschuiving, behoud van kwaliteit en introductie van marktelementen in de gezondheidszorg door brede lagen van onze samenleving niet onwelwillend beoordeeld: er was een aanzet gegeven tot creatief en constructief denken over doelmatig gebruik van beschikbare middelen. Het sceptisch vermoeden, dat het kabinet de voorstellen van Dekker slechts zou gebruiken om kostenbeheersing en -beperking (nog verder) door te voeren, werd op de achtergrond gedrongen door de erkenning in de rapportage van de eigen verantwoordelijkheid van de hulpverleners voor de kwaliteit van de zorgverlening.

Te verwachten was dan ook, dat de regering, alvorens zij tot een definitief standpunt kwam over ‘Dekker’, intensief overleg zou plegen met de betrokken beroepsbeoefenaren over de verwezenlijking van een kwalitatief hoogstaand zorgconcept – met inachtneming uiteraard van de gewenste veranderingen. De commissie-Dekker adviseerde immers: ‘... Kwaliteit van de zorg dient eerst en vooral door de aanbieders van zorg naar beroepsnormen te worden bewaakt. Ontwikkelingen als protocollaire geneeskunde, intercollegiale toetsing van het handelen, consensusontwikkeling bij diagnostiek en behandeling van belangrijke aandoeningen en nascholing zullen beter tot ontwikkeling komen naarmate door verzekeraars naast de omvang van de zorg ook de kwaliteit bij overeenkomsten in aanmerking zal worden genomen ...’

Dat het Centraal Bestuur van de LHV de ‘bereidheid tot verandering’ bij de huisarts terecht hoog inschatte in de discussienota ‘De positie van de huisarts in de toekomst’, bleek tijdens de recent afgesloten rondgang langs de districten naar aanleiding van deze nota. Niet voor niets werken LHV en NHG samen aan de ontwikkeling en implementatie van huisartsgeneeskundige standaarden en vechten zij voor inhoud, kwaliteit en verantwoordende duur van de beroepsopleiding en deskundigheidsbevordering na de opleiding. Structureel moet een gezondheidsconcept worden ontwikkeld waarbij de generalistische en de specialistische geneeskunde beter op elkaar afstemmen. Ook hieraan wordt door de LHV gewerkt – samen met de LSV.

Al deze plannen en activiteiten hebben als basisgedachte, dat niet de structuur en financiering, maar de zorg voor de patiënt het gezicht van doelmatige (en billijke) gezond-

heidszorg dient te bepalen. Zonder de beroepsorganisaties kunnen doelmatige veranderingen bij verminderde regelgeving niet of nauwelijks tot stand komen. Verwonderlijk is dan ook – zo niet verontrustend – dat zij voor hun inzet geen gehoor vinden bij de beleidsmakers.

Inmiddels is het definitieve standpunt van het kabinet, verwoord in ‘Verandering verzekerd’, bekend gemaakt. Daaruit valt nauwelijks op te maken dat aan de inspanningen waartoe de huisartsen zich willen verplichten, de verantwoordelijkheid die ze bereid zijn op zich te nemen, belangrijke betekenis wordt gehecht, laat staan dat er feitelijke ondersteuning aan wordt toegekend. Ik citeer uit dit kabinetsstandpunt: ‘... De praktijk leert dat het veld reeds een veelheid aan initiatieven heeft ontloopt op dit gebied en dat het zich meer en

gestreefd. Op zich terecht. Maar het kunnen blijven bieden van kwaliteit zal ook altijd een financiële kant hebben. De concurrentiestrijd tussen enerzijds toekomstige zorgverzekeraars onderling en tussen anderzijds aanbieders van de zorg onder elkaar, zou wel eens ten koste kunnen gaan van de kwaliteit van het aanbod. Hoewel dit gevaar, zeker in combinatie met de opheffing van de contractverplichting, in ‘Verandering verzekerd’ wel degelijk wordt onderkend, laat het kabinet dit elementaire aspect van de Nederlandse gezondheidszorg liever over aan marktprincipes! Waarom dan wel gesproken van minimale kwaliteitseisen en niet van minimale tarieven?

Dezelfde vragen zijn te stellen over de adviesaanvraag aan de Ziekenfondsraad met betrekking tot de opheffing van de contractverplichting van verzekeraars. Hier kan eerder worden gesproken van een dictaat waarbinnen een technische oplossing moet worden gevonden. Ook nu wordt het kwaliteitsprobleem een prooi van marktprincipes!

Zal in een dergelijk klimaat een op de zorgaanbieders/financiers gerichte geneeskunde ontstaan, met de bijbehorende marktmechanismen? Of kiezen wij voor een op de patiënt gerichte geneeskunde, met een zo doelmatig (en billijk) mogelijke afstemming van generalistische en specialistische taken, waarbij naar kwalitatieve zorg en niet naar marktbehoeften alleen wordt gekeken?

Wie bereid is de last van gegarandeerde kwaliteit en continuïteit van zorg te dragen, verdient bescherming tegen ongebreidelde marktprincipes. Niet aan de Wet Tarieven Gezondheidszorg gebonden vormen van zorg worden anders een te aantrekkelijk alternatief. Tijd voor politici en beleidsmakers om dit in te zien en er conclusies uit te trekken. Wij roepen ze dan ook op om, samen met de financiers en de beroepsgroep, naar antwoorden op deze vraag te zoeken. Anders wordt wellicht de verkeerde verandering verzekerd.



A. M. C. van de Zandt, huisarts, voorzitter LHV



meer bewust wordt van zijn taken en verantwoordelijkheden in dezen. De rol van de overheid zal daarom ten aanzien van deze aspecten vooralsnog beperkt kunnen blijven tot het – waar nodig – stimuleren en ondersteunen van deze zelfregulerende activiteiten ...’

Ook de Tweede Kamer laat het er in dezen lelijk bij zitten. De debatten over het kabinetsstandpunt beperkten zich slechts tot het financieringsstelsel. Het lijkt wel of men zorginhoudelijke discussies schuwt.

Hoe dan ook, zolang een overeenkomstenstelsel nog toekomst is, zal de overheid de kwaliteit van de gezondheidszorg moeten beschermen. Er lijkt nu evenwel een afbraakpolitiek te worden gevoerd. Is het vanuit een ‘laissez-faire’-houding, dat – ondanks verwoede pogingen onzerzijds – overleg met de staatssecretaris al maanden niet mogelijk is gebleken?

Illustratief voor het eenzijdig denken van de overheid zijn twee recente adviesaanvragen aan COTG en Ziekenfondsraad.

De eerste adviesaanvraag betreft de vaststelling van de huidige tarieven tot maximumtarieven; daarbij wordt kwalitatief goede zorgverlening tegen zo laag mogelijke kosten na-

**Plaatsing van bijdragen in de rubriek 'Brieven' houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. Om dit te voorkomen worden schrijvers verzocht de lengte van een ingezonden brief tot circa driehonderd woorden te beperken.**

## ERFELIJKHEIDSADVISING ALS 'HIDDEN PERSUADER'

In zijn hoofdartikel in Medisch Contact van 15 juli (MC nr. 27-28/1988, blz. 835) geeft de hoofdredacteur, collega Spreeuwenberg, commentaar op de nota 'Preventie aangeboren afwijkingen' van de staatssecretaris van WVC. Hij neemt stelling tegen de bewering, dat door erfelijkheidsvoorlichting de geboorte van 500 - 1000 gehandicapte kinderen per jaar wordt voorkomen. Deze zouden gedurende hun leven 1 à 2 miljoen gulden per kind aan de gemeenschap hebben gekost.

Het volgende citaat geeft mij aanleiding te reageren: 'Oppassendheid is te meer op zijn plaats, omdat het *voor de hand ligt* dat in de toekomst financiers van de gezondheidszorg van degenen die bij erfelijkheidsadvising zijn betrokken zullen vragen het bestaansrecht van hun bemoeienissen te bewijzen. Het is *zeer de vraag* of men genoeg neemt met parameters die betrekking hebben op de tevredenheid van cliënten over de verkregen voorlichting. *Te vrezen valt* dat men dan hardere cijfers over het rendement zal willen hebben.' Collega Spreeuwenberg zal met 'financiers' ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars bedoelen en niet de gezamenlijke gebruikers van gezondheidszorg, die al of niet via premiebetaling de echte financiers zijn (alle Nederlanders). Al vele jaren neem ik deel aan onderhandelingen die de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) voert met de Stichtingen voor Klinische Genetica. Daarbij gaat het over de tarieven voor de verschillende activiteiten op het gebied van de genetica. Zeker zo belangrijk is de overeenkomst die is bereikt over de randvoorwaarden en indicatiestelling voor het onderzoek, de voorlichting en advisering. Doel van voorlichting is zoveel informatie te verschaffen als nodig is om direct betrokkenen in staat te stellen met de door hen verworven kennis af te wegen welke keus zij maken. Erfelijkheidsvoorlichting is een vorm van hulpverlening waarbij de adviesvragers in staat gesteld wordt in vrijheid – rekening houdend met zijn levensbeschouwing – zelf te beslissen over zijn nakomelingschap. Dit uitgangspunt is ook voor de VNZ de basis van de tariefovereenkomst. Het resultaat kan zijn, dat wanneer wordt afgezien van nakomelingschap, er minder gehandicapte kinderen worden geboren. Dit zal in financiële zin een besparing betekenen voor de samenleving.

De suggestie dat dit laatste nu juist het gewenste oogmerk is en dat het voor financiers aantrekkelijk moet zijn de Stichtingen voor Klinische Genetica te financieren, komt niet van de ziekenfondsen zelf, maar wordt hun wel aan-gepraat. De minister van WVC, Brinkman, heeft zich in deze zin uitgelaten. In het TV-



programma 'Beter dan God' van de VPRO was het te beluisteren. Nu waarschuwt collega Spreeuwenberg voor de financiers, die harde cijfers over het rendement willen hebben.

De ziekenfondsen maken bezwaar tegen het verwisselen van *doel* en *resultaat* van erfelijkheidsonderzoek en advisering. Doel is adviesvragers te helpen bij een keus; daarvoor zijn financiële middelen ter beschikking gesteld. Ziekenfondsen hebben tot taak mee te helpen een gezondheidszorg in stand te houden die ook ethisch verantwoord is.

Nijmegen, augustus 1988

A. C. Lanssen, medisch adviseur ziekenfonds Nijmegen

## ONDERZOEK OP BAARMOEDERHALSKANKER

In Medisch Contact verschenen onlangs enkele interessante bijdragen over de vroege opsporing van baarmoederhalskanker. Habbe-  
ma e.a.<sup>1</sup> gaven aanwijzingen over een opzet van landelijk onderzoek met een – huns inziens – optimale verhouding tussen kosten en baten. Vooys e.a.<sup>2</sup> gaven een overzicht over een landelijke opzet van zo een screening, terwijl Verberk iets liet zien over de ervaringen vanuit zijn praktijk als huisarts. Toch blijft mijns inziens bij ieder van deze bijdragen een aantal belangrijke vragen onbeantwoord.

Al paste het niet in het kader van het artikel, toch ben ik benieuwd naar de cytologische uitslagen en eventueel vervolgonderzoek in de praktijk van Verberk. Bij een prevalentie van 0,5% CIN zouden er niet meer dan een stuk of drie afwijkende uitstrijkjes verwacht kunnen worden bij de 642 onderzochte vrouwen. Omdat afwijkingen in een huisartspraktijk zo weinig voorkomen meen ik, dat het protocol ten aanzien van gebleken verdenking eenvoudig moet zijn.

Een mogelijkheid tot vereenvoudiging is de huisarts direct al een advies te geven, zoals door Vooys wordt voorgesteld. Al wekt een landelijke opzet bewondering, bekend is dat niet iedereen het met de weergegeven herhalingsadviezen eens is. Met name geldt dat voor het advies bij verdenking op lichte of matige dysplasie; ook de werkgroep cervix uteri heeft bij deze uitslag geadviseerd: bij voorkeur kolposcopie!

De oorzaken van dit verschil in inzicht komen

duidelijk naar voren in het artikel van Habbe-  
ma e.a.; ze zijn: a. een andere waardering van 'ongunstige effecten van vroege opsporing van CIN'; b. de onzekerheid welke CIN progressief zal zijn, welke stationair blijft en welke misschien zelfs spontane regressie zal vertonen. Dit zou met name bij geringe verdenking leiden tot 'overdiagnostiek' en 'overbehandeling'. Op grond van deze premisse werd de 'PAP IIIA' bij hun belangrijke berekeningen verder terzijde geschoven, althans wordt er verder geen vermelding meer van gemaakt. De vragen die zich opdringen zijn:

1. Beïnvloedt het aannemen van een sensitiviteit van slechts 70% (meestal wordt 85% aangenomen) het resultaat van het onderzoek niet onevenredig in negatieve zin doordat de voorspellende waarde dan erg laag wordt ingeschat? Is zo'n lage sensitiviteit geen algemeen argument tegen screening? Maar als er dan toch zo'n verdenking is gevonden is er niet juist dan alle reden een gevoeliger vervolgonderzoek te gaan doen?

2. Is de verdenking bij 'PAP IIIA' wel 'licht' te noemen? De voorspellende waarde ten aanzien van CIN is immers een 30%, ten aanzien van CIN III een 10% en ten aanzien van carcinoom nog altijd 0,5 %, dit alles bij lage prevalentie. In de literatuur wordt er dan ook niet aan getwijfeld dat bij zo een uitslag nader onderzoek moet plaatsvinden; zelfs gaan er telkens stemmen op zulks al te doen bij sterke atypie ('PAP II'), omdat ook dan (weliswaar in gynaecoloogpraktijken) het aantal CIN-afwijkingen als té groot wordt beoordeeld om een afwachtend beleid te voeren.

3. Is kolposcopie 'overdiagnostiek'?

4. Is een behandelen van CIN I met eenvoudige lokale methoden 'overbehandeling'? Inderdaad komen er in de toekomst misschien mogelijkheden om via virustypering groepen te onderscheiden met meer of met minder kans op maligne onttaarding. De lokale behandeling is echter dermate simpel, dat daarbij moeilijk van overbehandeling kan worden gesproken. Wel zou dat het geval zijn als grotere ingrepen (exconisatie bijvoorbeeld) zouden plaatsvinden op grond van verdenking op slechts geringe vormen van CIN. Kolposcopie voorkomt juist overbehandeling omdat met veel grotere precisie de werkelijke toestand van de baarmoedermond kan worden vastgesteld.

5. Hoe wordt het optreden van regressie vastgesteld? Door te weinig sensitieve cytologie?! 60% regressie is exorbitant hoog, zeker bij CIN III. Is het draadje, waaraan dan een uit zijn schede getrokken zwaard van Damocles boven de baarmoederhals hangt wel niet erg dun? Moet de dan noodzakelijke intensieve controle met psychologische, sociale en lichamelijke gevolgen niet meegewogen worden bij de beslissing?

6. Hoe wil men de trefzekerheid bepalen als men afziet van nauwkeurig verder onderzoek?  
7. Hoe strikt kunnen überhaupt de adviezen zijn die een laboratorium geeft aan de arts? De prevalentie van de afwijking waarop wordt gescreend kan immers van praktijk tot praktijk wisselen, terwijl er ook geen bekendheid is met andere relevante gegevens over de patiënt in kwestie. Juist met het oog daarop is het in de regio Midden-Brabant – in afwijking van het schema van Vooy's – in consensus afgesproken (nl. bij verdenking op lichte of matige dysplasie: 'herhalen na drie maanden c.q. kolposcopie') een redelijke tussenweg. De huisarts, die zij dan vrijwel steeds voor snel nader onderzoek zal kiezen en op die wijze het resultaat ook het best zal kunnen waarderen.

Tilburg, augustus 1988

Dr. P. J. H. van Vugt, gynaecoloog.

#### Literatuur

1. Verberk H. Huisarts en screening op cervixcarcinoom. Medisch Contact 1988; 43: 815-6.
2. Vooy's GP, Casparie – van Velzen I et. al. Landelijke registratie van cervixcytologische diagnoses. Medisch Contact 1988 1988; 43: 811-5.
3. Habbema JDF, Lubbe J Th N et. al. Bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. Medisch Contact 1988; 43: 807-11.

## KNMG/LHV BEDANKT . .

Twee huisartsen, niet lid van 'onze' vereniging, vestigen zich 'wild' vlak vóór het ingaan van de Algemene Maatregel van Bestuur in een dorp in de provincie Utrecht. Als keurig LHV-lid spreek ik er dan nog schande van. We zijn nu enige jaren verder. In het desbetreffende dorp stopt een collega (ook een LHV-lid) met zijn praktijkvoering. De gemeente besluit, de verdeelsleutel patiënten/huisartsen in ogenschouw nemend, géén vestigingsvergunning af te geven aan één van de vele jonge praktijkzoekende LHV-leden. De scheidende huisarts, die de twee collegae nooit heeft willen accepteren, moet lijdzaam toezien dat zijn praktijk ook over hen wordt verdeeld!  
Over de afgelopen jaren heb ik duizenden guldens aan contributie betaald, en waarvoor? . . . Het niet-lid zijn is nu weer beloond! Eens te meer blijkt dat de KNMG en haar verenigingen er alleen voor de gevestigde orde zijn. Wat mij betreft, prima . . . , maar dan ook niet langer van mijn jaarlijkse bijdrage. 'Onze' vereniging is niet langer meer mijn vereniging.

Amsterdam, augustus 1988  
P. M. M. Gallee,  
bedrijfsarts i.o.

## Naschrift LHV

De LHV heeft het altijd ten zeerste betreurd dat niet-KNMG-leden niet gebonden waren aan de vestigingsregelingen van de LHV. Om 'wilde' vestigingen zoveel mogelijk tegen te gaan, zijn de richtlijnen voor opnemings, respectievelijk uitsluiting van, waarnemingsregelingen ('Gedragsregels voor artsen') zodanig gewijzigd dat uitsluiting uit de waarneming *gedurende langer dan een half jaar* is toegestaan, indien een huisarts zich vestigt in strijd met de vestigingsregel van de LHV, zoals neergelegd in de Nota Vestigingsregelingen met aanvullingen.

Het probleem van de 'wilde' vestigingen was van de baan toen op 1 februari 1986 de AMvB vestiging en praktijkomvang huisartsen van kracht werd, die op een aantal onderdelen aanhaakte bij de LHV-systematiek. Dat deze wettelijke regeling vele haken en ogen kent, is voor een ieder duidelijk; de LHV heeft niet zonder reden een groot aantal proefprocedures gevoerd, zowel ten behoeve van reeds gevestigde als ten behoeve van praktijkzoekende huisartsen.

Eén van de uitgangspunten van de AMvB is, dat B&W slechts een vestigingsvergunning mogen afgeven wanneer in het gebied getalsmatig ruimte daarvoor bestaat. Dit kan inderdaad impliceren dat sommige praktijken niet aan een nieuwe huisarts *kunnen worden overgedragen* en dat de patiënten een andere – reeds gevestigde – huisarts moeten zoeken. Uitzonderingen op deze regel kunnen vormen: een te verwachte aanmerkelijke groei van de bevolkingsomvang en de spreiding van de overige praktijkvestigingen.

Het getalscriterium voor vergunningafgifte heeft tot doel te streven naar een situatie waarin iedere huisarts een normpraktijk kan opbouwen. Dit streven is ook één van de pijlers van het LHV-vestigingsbeleid geweest. Voor praktijkzoekenden is met name van belang dat er een *recht* op vestiging bestaat, wanneer in een bepaald gebied een surplus van 1.250 patiënten aanwezig is.

Wanneer een praktijkoverdracht niet mogelijk is, hebben B&W verder *geen enkele stem* in de herverdeling van patiënten. Patiënten hebben zelf het recht een andere huisarts te zoeken, mits deze – met het oog op de afbouwregeling bovenmaximale praktijken – niet meer dan 2.750 patiënten in zijn of haar praktijk heeft.

## GENEZEN EN HELPEN

Naar aanleiding van het artikel: 'De plaats van de alternatieve geneeswijzen in het universitaire geneeskundig onderwijs' van Prof. Dr. J. W. Barents (MC nr. 23/1988, blz. 722) voel ik mij gedwongen een enkele opmerking te maken. Het gaat speciaal om de zinnen: 'Juist in onze eeuw heeft de allopathische geneeskunde grote triomfen gevierd. Wij denken aan antibiotica en vaccins die bijna alle infecties kunnen genezen respectievelijk voorkómen.'

Wie herinnert zich nog de hopeloosheid van de ernstige tuberculose of de desastreuze verminkingen door poliomyelitis?

Ik zou hierop willen zeggen dat wij in elk geval van Prof. Ruitenga (in de jaren twintig) hebben geleerd dat men aan longontsteking alleen stierf als men nog geen jaar oud was of boven de 72 of een bochel had. Voor hen betekende de antibiotica natuurlijk een belangrijk winstpunt.

Er verscheen in die dagen een statistiek over de daling van sterfte aan tuberculose over twintig jaar; een indrukwekkende daling ten gevolge van de invoering der tuberculostatica. Collega Griep was, voor zover ik weet, de enige die zich afvroeg hoe hoog het sterftecijfer eind vorige eeuw geweest was. Dit bleek behoorlijk hoger te liggen, doch wat het meest indrukwekkende was, was dat de dalende lijn van 1880 tot 'onze' tijd in het geheel gezien een rechte lijn was.

Er is daarover destijds natuurlijk veel geschreven, ook omdat men ervan uitging en gaat dat tuberculose wordt veroorzaakt door een tuberkelbacil. Ik mag hier misschien opmerken dat mijns inziens geen bacil, bacterie of wat dan ook ooit een ziekte kan veroorzaken wanneer er geen vatbaarheid bestaat. Het ging er dus in de eerste plaats om dat deze vatbaarheid reeds lang bezig was sterk te verminderen.

Wat betreft de 'gevaarlijkheid' van kinderziekten moet mij dan (steeds weer) van het hart: in mijn vijftigjarige praktijk heb ik duizenden gevallen van kinderziekten meegemaakt en nooit één kind daaraan verloren.

Tenslotte: wat is het verschil tussen 'geneeswijze' en 'therapie'? Ik voor mij kan slechts een ander onderscheid maken: 'genezen' en 'helpen'. De tegenwoordige geneeskunde kan helpen, ongetwijfeld! Genezen betekent voor mij echter iets geheel anders: het herstellen van onze 'vorm'. De instandhouding daarvan gedurende het leven is een van de grootste mysteries waarmee wij dagelijks worden geconfronteerd. Herstellen is dan alleen mogelijk, wanneer een genezende invloed op dit vormende principe wordt uitgeoefend. Zo uitgesproken kan ik iets beginnen met de zogenaamde verdunde geneesmiddelen. Hier ontmoet men het verschil tussen 'biochemie' en 'de taal der kruiden'.

Driebergen, augustus 1988  
L. F. C. Mees

## RECHTZETTING

In de tekst die het artikel 'Doelmatigheid van alcoholhulpverlening' (MC nr. 31-32/1988, blz. 921) begeleidde, is Dr. A. F. I. Bannenberg per abuis opgevoerd als socioloog. Hij is sociaal-geneeskundige, tak algemene gezondheidszorg.



# Werkbelasting van internisten en chirurgen

Een onderzoek van de vakgroep Beleidswetenschappen van de Rijksuniversiteit Limburg

De discussie over het norminkomen van de specialisten heeft de aandacht voor de werkbelasting van specialisten hernieuwd. In opdracht van de Landelijke Specialisten Vereniging heeft de vakgroep Beleidswetenschap van de Rijksuniversiteit Limburg een onderzoek verricht naar de werkbelasting van internisten en chirurgen werkzaam in algemene en niet-universitaire categorale ziekenhuizen. Dit onderzoek is uitgemond in een tweetal rapporten, te weten: 'Werkbelasting van internisten' en 'Werkbelasting van chirurgen' (beide Maastricht, 1988).

Het onderzoek van de Rijksuniversiteit Limburg is niet het eerste op dit terrein. In 1979 en 1980 zijn door het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZI) twee rapporten gepubliceerd over de werkbelasting van internisten en chirurgen<sup>1 2</sup>. Tussen het Limburgse onderzoek en dat van het NZI bestaan belangrijke overeenkomsten. Tot op zekere hoogte kan men spreken van een 'updating' van het NZI-onderzoek. Een belangrijk verschilpunt tussen beide onderzoeken is dat in het Limburgse onderzoek geen aandacht is besteed aan aantallen patiënten en aantallen verrichtingen per specialist\*.

## BEGRIPSOMSCHRIJVING

Het doel van het onderzoek was, inzicht te verkrijgen in de werkbelasting van internisten en chirurgen. De werkbelasting werd gedefinieerd als het gemiddeld aantal gewerkte uren per week.

Een belangrijke vraag is in dit verband wat precies onder gewerkte uren per week moet worden verstaan. In dit onderzoek is gekozen voor een restrictieve interpretatie van het begrip 'werkbelasting'. De beschikbaarheids- en bereikbaarheidstijd worden niet tot de werkbelasting gerekend, voor zover er geen sprake is van daadwerkelijke medische zorgverlening. De tijd voor allerlei nevenactiviteiten, bijvoorbeeld bestuurlijke activiteiten ten behoeve van de LSV en de KNMG, wordt evenmin in de

**Prof.Dr. J. A. M. Maarse,  
Drs. G. G. van Merode en  
Drs. J. M. A. Schrijnemaekers**

*Eind jaren '70 onderzochten medewerkers van het Nationaal Ziekenhuisinstituut de werkbelasting van internisten en chirurgen. Zo'n onderzoek is nu gedaan door medewerkers van de vakgroep Beleidswetenschappen van de Rijksuniversiteit Limburg; onderzocht werd de werkbelasting van internisten en chirurgen werkzaam in algemene en niet-universitaire categorale ziekenhuizen. Allen hebben méér te doen gekregen.*

werkbelasting meegerekend. Tenslotte is ook de tijd voor woon-werkverkeer buiten beschouwing gelaten.

In het onderzoek is voorts onderscheid gemaakt tussen twee soorten werkbelasting:

a. *werkbelasting in het ziekenhuis*. Hierbij gaat het om het aantal uren dat een internist c.q. chirurg gemiddeld per week werkzaam is in het ziekenhuis;

b. *totale werkbelasting*. De totale werkbelasting omvat niet alleen de werkbelasting in het ziekenhuis, maar ook het gemiddeld aantal uren per week dat buiten het ziekenhuis aan de uitoefening van de praktijk wordt gespendeerd (bijvoorbeeld administratie en stafwerk).

## ONDERZOEKMETHODE

De werkbelasting is gemeten met behulp van een enquête. Enquêteformulieren zijn toegezonden aan een steekproef van internisten en chirurgen. Deze enquête bestond uit vragen over de werkbelasting en over zaken waarvan werd verondersteld dat ze hierop van invloed zijn. Als aanvulling op deze enquête is aan een aantal internisten en chirurgen gevraagd gedurende één week al hun werkactiviteiten te registreren op speciaal daartoe ontworpen dagstaatformulieren.

Bij het trekken van de steekproef werd gebruik gemaakt van het adressenbe-

stand van de Nederlandsche Internisten Vereeniging (NIV, 1.062 adressen) en de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVH, 788 adressen). De steekproefgrootte bedroeg 600 internisten en 600 chirurgen. Een grote steekproef was noodzakelijk, omdat in de adressenbestanden van de NIV en NVH ook specialisten voorkomen die in het onderzoek buiten beschouwing zouden blijven, zoals rustende specialisten, arts-assistenten en specialisten werkzaam in academische ziekenhuizen; deze specialisten konden niet vooraf uit de adressenbestanden worden verwijderd.

Van de aangeschreven internisten en chirurgen hebben in totaal 351 internisten en 364 chirurgen de enquête geheel of gedeeltelijk ingevuld teruggestuurd. Hiervan bleken uiteindelijk 265 enquêteformulieren van chirurgen en 191 enquêteformulieren van internisten bruikbaar voor analyse (bruikbare respons). Van de chirurgen en internisten vielen om te beginnen die respondenten af die niet in een algemeen of niet-universitair categoraal ziekenhuis werkzaam waren; het onderzoek beoogde immers alleen de werkbelasting van chirurgen en internisten in algemene en niet-universitaire categorale ziekenhuizen te meten. Daarnaast vielen ook die respondenten af die op 1 januari 1988 rustend waren of die de enquêtevragen met betrekking tot het aantal werkuren niet hadden ingevuld.

In overleg met de LSV werd besloten de bruikbare respons verder in te perken. Part-time chirurgen en part-time internisten, alsmede respondenten die een totale werkbelasting van meer dan 85 uur hadden opgegeven, zijn bij de analyse buiten beschouwing gelaten. De uiteindelijk gebruikte respons was: 159 internisten en 248 chirurgen.

Een belangrijk punt betreft uiteraard de representativiteit van de respons. In het onderzoek is hieraan ruime aandacht besteed. De conclusie luidt, dat de onderzoekresultaten voor de chirurgen en internisten mogen worden gegeneraliseerd, voor zover ze werkzaam zijn in algemene en niet-universitaire categorale ziekenhuizen. De bruikbare respons kwam bij de chirurgen uit op 33,6% en bij de internisten op 18% van het totale ledenbestand van de NVH respectievelijk

\* Het NZI-onderzoek nam drie jaar in beslag, het onderzoek van de Rijksuniversiteit Limburg drie maanden. Hierbij dient overigens wel te worden aangetekend, dat het laatste onderzoek op veel punten op het NZI-onderzoek heeft voortgebouwd.

de NIV. Hierbij moet onmiddellijk worden bedacht dat dit ledenbestand ook een groot aantal chirurgen respectievelijk internisten telt die buiten het onderzoek vielen (zie hierboven); de bruikbare respons valt de facto dus hoger uit dan de genoemde percentages. Voorts zij erop gewezen dat de grote meerderheid van chirurgen en internisten deel uitmaakt van een maatschap, gaat men van de veronderstelling uit dat binnen een maatschap de variatie in werkbelasting gering zal zijn, dan mag daaruit eveneens worden afgeleid dat de bruikbare respons ruim boven de genoemde 33,6% en 18% ligt.

De dagstaatformulieren zijn alleen naar die internisten en chirurgen gestuurd die ook aan de enquête hebben meegedaan. Tevens dienden de formulieren op een zodanig tijdstip binnen de onderzoeksperiode te worden verstuurd dat het mogelijk was de dagstaten in een volle werkweek bij te houden. In totaal hebben 114 internisten en 129 chirurgen dagstaatformulieren ontvangen. Uiteindelijk bleken de dagstaten van 55 internisten en 58 chirurgen bruikbaar voor de analyse. De dagstaatespons vormde een representatieve afspiegeling van de gebruikte enquêtespons.

## WERKBELASTING INTERNISTEN

Zoals bij de begripsomschrijving ter sprake kwam, kunnen de enquêteresultaten betreffende de werkbelasting worden gesplitst in totale werkbelasting en werkbelasting in het ziekenhuis. De totale werkbelasting bedraagt gemiddeld 67 uur, met een standaarddeviatie van 6,5 uur. De werkbelasting in het ziekenhuis komt uit op gemiddeld 62 uur, met een standaarddeviatie van 9 uur. Het thuis bijwerken van patiëntenstatussen en patiëntencorrespondentie of het thuis bijhouden van vakliteratuur verklaart het verschil van 5 uur tussen de werkbelasting in het ziekenhuis en de totale werkbelasting.

In het onderzoek is tevens onderscheid gemaakt tussen regelmatige en onregelmatige werkbelasting in het ziekenhuis. De regelmatige werkbelasting bedraagt 54 uur, de onregelmatige werkbelasting 8 uur.

Voorts is in het onderzoek de feitelijke tijdsbesteding per patiënt berekend. Deze tijd is vergeleken met de gewenste tijdsbesteding per patiënt. Deze vergelijking is zowel voor oude als nieuwe patiënten uitgevoerd. De feitelijke tijdsbesteding per nieuwe patiënt komt uit op

29,6 minuten en de gewenste tijd op 34,4 minuten. Voor de oude patiënten bedragen deze tijden respectievelijk 10,6 minuten en 13,1 minuten. Het blijkt dus dat internisten meer tijd aan hun oude en nieuwe patiënten zouden willen besteden.

Een vergelijking van deze resultaten met de resultaten van het NZI-onderzoek suggereert dat de feitelijke tijdsbesteding per patiënt is toegenomen. Volgens het NZI-onderzoek werd in 1976 per nieuwe patiënt 20 à 30 minuten besteed. Ons onderzoek kwam uit op 29,6 minuten per nieuwe patiënt. Voor de oude patiënten bedroeg in 1976 de tijdsbesteding 8 à 10 minuten; wij becijferden voor 1988 een tijdsbesteding van 10,6 minuten.

Onderzocht is verder, of er significante verschillen in werkbelasting optreden tussen diverse categorieën internisten. Daarvoor is in de eerste plaats onderscheid gemaakt tussen internisten naar praktijktype. Uit tabel 1 blijkt, dat de werkbelasting van internisten naar praktijktype slechts geringe verschillen vertoont, dit geldt zowel voor de werkbelasting in het ziekenhuis als voor de totale werkbelasting.

Voorts is nagegaan in hoeverre de leeftijd van internisten en het aantal bedden waarover zij beschikken, van invloed zijn op de werkbelasting. Het blijkt dat beide factoren weinig invloed hebben.

Vergelijking van de onderzoekresultaten met de resultaten van het NZI-onder-

zoek leert, dat de totale werkbelasting is toegenomen. Bij het NZI-onderzoek werd een werkbelasting berekend die ligt tussen de 55 uur voor solopraktijken en 61 à 64 uur voor opleidingspraktijken. Hierbij moet wel worden aangetekend, dat de totale werkbelasting in het NZI-onderzoek werd berekend op basis van de dagstaten.

In dit licht rijst de vraag naar de resultaten van het dagstaat-onderzoek dat ter aanvulling op het enquête-onderzoek is uitgevoerd. Dit dagstaat-onderzoek leverde praktisch dezelfde resultaten op als het enquête-onderzoek. Bij de dagstaat-registratie werd ten aanzien van de totale werkbelasting 1,9 uur minder gemeten als bij het enquête-onderzoek (64,9 uur versus 66,8 uur). Van deze gemiddelde werkweek van 64,9 uur kan 1,1 uur als frictietijd (wachtijd van de internisten) worden beschouwd. Ook op basis van het dagstaat-onderzoek blijkt de werkbelasting van de internisten te zijn toegenomen.

Door middel van de dagstaatreregistratie is tenslotte geprobeerd inzicht te krijgen in de opbouw van de praktijk. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen patiënt- en niet-patiëntgebonden activiteiten. Tabel 2 biedt een overzicht van de onderzoekresultaten.

De vergelijking van deze opbouw van het activiteitenpakket met de opbouw zoals die uit het NZI-onderzoek blijkt laat zien, dat in de verdeling patiëntgebonden versus niet-patiëntgebonden activiteiten weinig verandering is opgetreden. Binnen de categorie 'patiëntgebonden' lijkt er wel sprake te zijn van een lichte verschuiving in de richting van poliklinische activiteiten.

## WERKBELASTING CHIRURGEN

Op basis van de enquête kan voor de chirurgen een totale werkbelasting van 65 uur worden berekend, met een standaarddeviatie van 8 uur. De werkbelasting in het ziekenhuis bedraagt gemiddeld 64 uur met een standaarddeviatie van 9 uur. Er blijkt een verschil van 1 uur te bestaan tussen de werkbelasting in het ziekenhuis en de totale werkbelasting. Dit uur werkbelasting wordt vooral besteed aan het thuis bijhouden van de vakliteratuur. De werkbelasting in het ziekenhuis bestaat uit regelmatige en onregelmatige uren. De chirurgen werken gemiddeld 53 uur regelmatig en 11 uur onregelmatig.

Het onderzoek naar de gewenste en de feitelijke tijdsbesteding per patiënt lever-

Tabel 1. Werkbelasting van internisten naar praktijktype, in uren.

praktijktype	werkbelasting in ziekenhuis	totale werkbelasting	N
solopraktijk .....	60,0	66,6	3
tweemanspraktijk .....	62,9	68,4	4
drie- of meermans- praktijk .....	62,4	67,2	50
opleidingspraktijk .....	61,4	67,2	84

Tabel 2. Werkbelasting van internisten naar activiteiten.

activiteit	gemiddeld aantal uren	standaard- deviatie	%
PATIËNTGEBONDEN			
poliklinisch .....	20,3	4,6	31,3%
klinisch .....	14,9	6,1	22,9%
dagbehandeling .....	0,2	0,5	0,3%
indirect patiënt- gebonden* .....	14,1	6,2	21,7%
NIET PATIËNT- GEBONDEN**			
	15,5	7,5	23,8%

\* Indirect patiëntgebonden activiteiten omvatten onder andere: intercollegiaal overleg, bespreking van laboratorium- en röntgenuitslagen en het voeren van de administratie.

\*\* Niet-patiëntgebonden activiteiten zijn onder andere: het bijhouden van vakliteratuur en activiteiten in het kader van de medische staf, professionele organisaties en het onderwijs.



de de volgende resultaten op: de feitelijke tijdsbesteding per nieuwe patiënt is 11,4 minuten en de gewenste tijdsbesteding per patiënt 13,5 minuten; voor oude patiënten bedraagt de feitelijke tijdsbesteding 6 minuten en de gewenste tijdsbesteding per patiënt 7,4 minuten. Chirurgen willen dus kennelijk meer tijd aan hun patiënten besteden.

Volgens het NZI-onderzoek lag de feitelijke bestede tijd per nieuwe patiënt in 1977 tussen de 7 à 10 minuten. Voor oude patiënten werd een gemiddelde tijdsbesteding van tussen de 4 à 5 minuten berekend. Evenals bij de internisten is er bij de chirurgen sprake van een toename van de feitelijke tijdsbesteding per patiënt.

Als chirurgen onderscheiden worden naar verschillende praktijktypen blijkt, dat bij een grotere praktijk de werkbelasting enigszins toeneemt (tabel 3).

Het onderscheid van chirurgen naar leeftijd en aantal bedden levert geen verschil op naar werkbelasting.

Indien de berekende werkbelasting wordt vergeleken met de werkbelasting zoals die in het NZI-onderzoek is vastgesteld, moet worden geconcludeerd dat de totale werkbelasting is toegenomen. Bij het NZI-onderzoek werd namelijk een werkbelasting vastgesteld die lag tussen 48,9 uur voor meermanspraktijken en 52,7 uur voor opleidingspraktijken. Maar zoals ook bij de internisten het geval was, moet niet worden vergeten dat de berekening van de werkbelasting in het NZI-rapport is gebaseerd op de dagstaten. Het is in dit verband overigens een probleem, dat in het NZI-rapport onvoldoende duidelijk wordt gemaakt in hoeverre de behandeling van frictietijden (wachttijden voor de chirurg) een neerwaarts effect op de werkbelasting heeft gehad.

Tabel 3. Werkbelasting van chirurgen naar praktijktype, in uren.

praktijktype	werkbelasting in ziekenhuis	totale werkbelasting	N
tweemanspraktijk.....	59,7	62,0	19
drie- of meermanspraktijk..	63,5	64,1	92
opleidingspraktijk.....	65,2	66,9	121

Tabel 4. Werkbelasting van chirurgen naar activiteiten.

activiteit	gemiddeld aantal uren	standaard- deviatie	%
<b>PATIËNTGEBONDEN</b>			
poliklinisch .....	14,6	6,0	22,4
klinisch.....	25,7	8,5	39,3
dagbehandeling .....	0,5	1,1	0,8
indirect patiëntgebonden*.....	11,7	3,6	18,0
<b>NIET-PATIËNT- GEBONDEN**.....</b>			
	12,8	5,6	19,5

\* Indirect-patiëntgebonden activiteiten bestaan o.a. uit intercollegiaal overleg, bespreking van laboratorium- en röntgen-uitslagen en het voeren van de administratie.

\*\* Niet-patiëntgebonden activiteiten zijn o.a. het bijhouden van vakliteratuur en activiteiten in het kader van de medische staf, professionele organisaties en het onderwijs.

Evenals bij de internisten rijst bij de chirurgen de vraag naar de resultaten van het dagstaat-onderzoek, dat ter aanvulling op het enquête-onderzoek is uitgevoerd. De totale werkbelasting gemeten door middel van dagstaten bedraagt 1,2 uur minder dan bij het enquête-onderzoek (65,3 uur versus 66,5 uur). De frictietijd komt uit op 3 uur. Wederom is er sprake van een consistent onderzoek-resultaat.

In tabel 4 tenslotte wordt een overzicht gegeven van de opbouw van de praktijk. De in deze tabel opgenomen gegevens zijn ontleend aan de dagstaatreregistratie. De in ons onderzoek gevonden opbouw

komt praktisch overeen met de opbouw die in het NZI-onderzoek is vastgesteld.

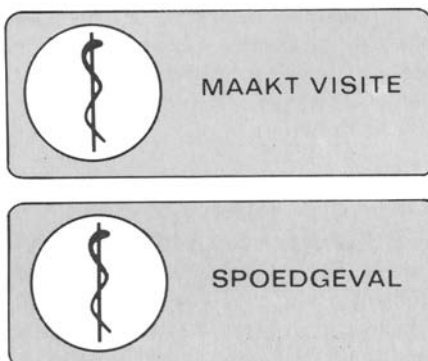
## VERGELIJKING RESULTATEN

We kunnen de internisten en chirurgen met betrekking tot de resultaten van ons onderzoek vergelijken ten aanzien van de volgende aspecten: werkbelasting in het ziekenhuis, totale werkbelasting, verhouding regelmatige en onregelmatige werkbelasting, toename in werkbelasting, en verklaring van de toename in werkbelasting.

Op de eerste plaats kan worden opgemerkt dat de totale werkbelasting van internisten gemiddeld 2 uur hoger ligt bij de chirurgen (67 uur versus 65 uur). Ten aanzien van de werkbelasting in het ziekenhuis kan het omgekeerde worden geconcludeerd: chirurgen werken gemiddeld 2 uur meer in het ziekenhuis dan internisten (64 uur versus 62 uur).

Het verschil tussen totale werkbelasting en werkbelasting in het ziekenhuis blijkt het grootst te zijn bij de internisten: internisten doen in vergelijking met chirurgen relatief veel werk buiten het ziekenhuis. Ten aanzien van de verhouding regelmatige versus onregelmatige werkbelasting kan worden opgemerkt, dat chirurgen iets meer onregelmatig werken dan internisten. De regelmatige werkbelasting voor internisten bedraagt namelijk 54 uur en de onregelmatige werkbelasting 8 uur. Voor chirurgen zijn deze tijden respectievelijk 53 uur en 11 uur.

Vergelijking van de resultaten van het Limburgse onderzoek met die van het NZI-onderzoek leidt tot de conclusie, dat de werkbelasting zowel bij de internisten als bij de chirurgen is gestegen. Voor de toename in werkbelasting moet een verklaring worden gezocht in een combinatie van factoren, zoals: een toenemende mondigheid van patiënten, die goed willen worden geïnformeerd; uitbreiding van het intercollegiale overleg; een toename van het aantal high-risk operaties; meer bureaucratie; en de vermindering van de opleidingscapaciteit, met als gevolg de aanwezigheid van minder arts-assistenten. Het valt op, dat de werkbelasting bij de chirurgen meer is toegenomen dan bij de internisten. Hiervoor kunnen wij helaas geen eenduidige verklaring geven. In het NZI-onderzoek komt niet duidelijk naar voren in hoeverre de behandeling van frictietijden (wachttijden voor de specialist) een neerwaarts effect op de werkbelasting heeft teweeggebracht; het is mogelijk dat het



## Auto-embleem

Dit tweezijdig te gebruiken, artsen-auto-embleem is op veler verzoek tot stand gekomen om in voorkomende gevallen de reden van parkeren op een bepaalde plaats kenbaar te maken.

Dit embleem is naast het bekende raamembleem van plakplastic voor de leden van de Maatschappij Geneeskunst gratis verkrijgbaar bij de afdeling ledenbemiddeling der KNMG,

Postbus 20051, 3502 LD/Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon: 030-823911.

verschil in behandeling van frictietijden mede oorzaak is voor het verschil in toename.

Het is tenslotte interessant te vermelden, dat onze onderzoekresultaten aansluiten bij de conclusie van een recent onderzoek van Meegdes inzake de werkbelasting van specialisten<sup>3</sup>. Bij zijn onderzoek is Meegdes uitgegaan van cijfers over het aantal verrichtingen van medisch specialisten. Vervolgens heeft hij veronderstellingen ingevoerd ten aanzien van de gemiddelde tijdbesteding per patiënt en het procentuele aandeel van de patiëntgebonden uren per werkweek. Zijn hoofdconclusie luidde: 'Er zijn duidelijke aanwijzingen om te veronderstellen, dat het gemiddeld aantal werkuren per specialist de afgelopen jaren is gestegen. Met hoeveel precies valt niet te zeggen. Uitgaan-

de van het harde gegeven van 54 uur eind jaren zeventig en een toename van circa 4 uur door meer poliklinische en klinische uren, kan nu tot een werkweek van circa 58 uur worden gekomen. Dit in de veronderstelling, dat de toename van het aantal patiëntgebonden uren niet ten koste is gegaan van de tijd ten behoeve van niet-patiëntgebonden activiteiten. Wat dit laatste betreft: er kan ook sprake zijn van uitbreiding van deze tijd, gezien de ontwikkelingen de laatste jaren op het gebied van interne en externe budgettering, het opstellen van medische beleidsplannen, samenwerking tussen ziekenhuizen etc.' Hoewel er sprake is van enig verschil in uren, kan worden geconcludeerd dat onze onderzoekresultaten in ieder geval qua trend consistent zijn met die van Meegdes. □

Het hier beschreven onderzoek werd begeleid door een commissie, bestaande uit: H. J. T. Vermeulen (LSV), Dr. J. L. J. Jansen (NIV) en Dr. P. Leguit (NVH).

#### Literatuur

1. Walta HF. Internisten in ziekenhuispraktijken. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1979.
2. Poiesz JJ, Walta HF. Chirurgen in ziekenhuispraktijken. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1980.
3. Meegdes J. Minder patiënten, maar meer verrichtingen. Het Ziekenhuis 1988, 404-6.

## Werktijdenregeling voor arts-assistenten

### Oplossing lijkt binnen handbereik

#### KWESTIE

De kwestie van de excessieve werktijden van assistent-geneeskundigen sleept al jaren. Al meer dan dertig jaar houdt zij de gemoederen van diverse artsverenigingen bezig. De Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD), de Landelijke Vereniging van Assistent-Geneeskundigen (LVAG) en sinds enkele jaren ook de Landelijke Belangenvereniging voor Basisartsen (LBB), hebben steeds geijverd voor een wettelijke regeling van de werktijden van geneeskundigen. Een oplossing lijkt nu binnen handbereik. In Den Haag ligt sinds 1986 een concept-Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) gereed, die het mogelijk moet maken assistent-geneeskundigen en vroedvrouwen onder de werkingssfeer van de Arbeidswet te brengen. De verwachting is, dat deze AMvB na het zomerreces in het kabinet zal worden behandeld. De LBB wil daarom nog-

G. R. M. van Hoof,  
J. W. Morrenhof en  
W. M. C. Mulder

*De Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) inzake de Arbeidswet voor arts-assistenten en vroedvrouwen zou snel moeten worden ingevoerd. Dit schrijven en beargumen-teren G. R. M. van Hoof en W. M. C. Mulder (Landelijke Vereniging voor Basisartsen) en J. W. Morrenhof (Landelijke Vereniging van Assistent-Geneeskundigen). De LAD deelt hun standpunt. Een oplossing voor de al meer dan dertig jaar slepende kwestie van de excessieve werktijden van aankomende specialisten ligt binnen handbereik: er is al twee jaar een concept-AMvB.*

maals de aandacht vestigen op deze problematiek. Ze heeft daartoe donderdag 1 september uitgeroepen tot landelijke actiedag: 'Dag van de Arbeidswet'. In samenwerking met de LVAG zal op patiëntvriendelijke wijze het belang van invoering van deze AMvB worden onderstreept.

In dit artikel zetten we de belangrijkste gegevens rond deze werktijdenregeling nog eens op een rijtje. We besluiten met een gezamenlijk standpunt van LBB, LVAG en LAD.

#### VOORGESCHIEDENIS

In 1955 werd door de LAD een werkommissie ingesteld ter bestudering van de problemen van arts-assistenten. Om inzicht te krijgen in de bestaande toestand werd een enquête gehouden. Een van de conclusies uit deze enquête was dat een assistent zeer lange werkdagen maakte<sup>1</sup>. Helaas was niet precies af te leiden hoe-

veel uren er werden gewerkt, maar de enquêtecommissie meende uit de gegevens toch te mogen afleiden dat er zeker in bepaalde specialismen toestanden bestonden die nader onderzoek wettigden. In 1963, twee jaar na haar oprichting, hield de LVAG een tweede enquête onder arts-assistenten. Opnieuw werd bevestigd dat zij uitzonderlijk lange werkweken maakten, tot meer dan 75 uur per week<sup>2</sup>. De enquêtecommissie was echter van mening dat langdurige en onregelmatige werktijden bij de functie van assistent-geneeskundigen behoorden, maar dat daar wel een betere beloning tegenover moest staan.

De minister van Onderwijs en Wetenschappen besloot daarop in 1966 nieuwe richtlijnen voor de salariering van assistent-geneeskundigen vast te stellen. In overleg met de LAD en de betrokken universiteiten en academische ziekenhuizen werd hun salaris met 17% verhoogd, omdat, zo concludeerde de minister, tegenover de opleiding die zij ontvangen een alleszins volwaardige arbeidsprestatie staat met werktijden tot meer dan 150% van de normale ambtelijke werktijd.

Het bestuur van het AZVU (Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit) te Amsterdam vond deze vergoeding echter onvoldoende. Medio mei 1970 werd in dit ziekenhuis een 'Regeling Overwerkvergoeding Bijzondere Diensten Arts-Assistenten' ingevoerd. De overweging daarbij was, dat door een ontoereikende personeelsbezetting de arts-assistenten van de verschillende klinische afdelingen veelvuldig werden ingezet in nacht- en weekenddiensten zonder dat het mogelijk was dit met vrije tijd te compenseren. Daardoor moest regelmatig een excessief aantal werkuren per week worden geleverd. Primair zou moeten worden gestreefd naar opheffing van het artsentekort. Zolang dit niet was gebeurd vond het bestuur het noodzakelijk voor deze diensten een financiële vergoeding toe te kennen.

Een jaar later werd de regeling echter weer ingetrokken. Met name de Nationale Ziekenhuis Raad (NZR) had er bij de minister van O&W op aangedrongen de regeling van het AZVU ongedaan te maken, omdat dit ziekenhuis zich op die manier in een gunstige concurrentiepositie ten opzichte van andere ziekenhuizen had gebracht. Bovendien behoorde het AZVU volgens de NZR een ontoereikende personeelsbezetting niet op te lossen door salarisverhoging.

In oktober 1971 stelden de besturen van

de academische ziekenhuizen de honorerings van arts-assistenten opnieuw aan de orde, maar de minister bleek niet overtuigd van de noodzaak van de salariering te herzien. Veeleer zou volgens hem de totale problematiek van artsen in opleiding tot specialist moeten worden aangepakt. Hij stelde voor dat een 'adequaat samengestelde werkgroep' zich daarover zou gaan buigen. In afwachting van het resultaat van een dergelijke studie zou voor gevallen van '*werkelijk excessief zware belasting*' een (financiële) noodvoorziening moeten worden getroffen.

Toen twee jaar later aan deze beloften nog geen gestalte was gegeven, was dit voor de LVAG aanleiding om in een aantal Amsterdamse ziekenhuizen een demonstratieve werkonderbreking te houden. Dat had meer effect.

Op 1 augustus 1973 stuurde de staatssecretaris van O&W de academische ziekenhuizen een brief waarin hij concludeerde dat er inderdaad reden was om de arts-assistenten bij wijze van (tijdelijke) noodvoorziening financieel tegemoet te komen voor de excessief zware diensten. De regeling (beter bekend als de Loeffenregeling) komt in het kort op het volgende neer: Arts-assistenten in dienst van een universiteit of academisch ziekenhuis komen in aanmerking voor een extra honorering boven het basissalaris voor excessieve uren. In de regeling wordt onder excessieve uren verstaan die uren, die in een kalenderweek uitgaan boven het totaal van 150% van het normaal voor rijksambtenaren geldende aantal. Bij een algemeen gangbare werkweek van 40 uur is de 'normale' werkweek voor assistenten in academische ziekenhuizen dus 60 uur (nota bene: sinds de arbeidsduurverkortings van 5% in 1985 is dit 57 uur). In de werktijd zijn ook begrepen: het bijwonen van refereerbijeenkomsten, klinische besprekingen, vergaderingen, etc., passend in het kader van de opleidingseisen. Wanneer het totaal aantal uren de genoemde 150% te boven gaat, bedraagt de (extra) honorering 25%, 50% of 75%, al naar gelang het tijdstip van de dienst (respectievelijk door de week, op zaterdag en op zon- en feestdagen). Hoewel de regeling als tijdelijk was bedoeld, wordt zij in de meeste academische ziekenhuizen bij gebrek aan beter nog steeds toegepast.

Voor arts-assistenten werkzaam in dienst van een perifeer ziekenhuis zou het tot 1977 duren, voordat onderhandelingen tussen LAD en NZR leidden tot het opnemen van een overwerkregeling in de CAO-Ziekenhuiswezen. Hierin is

bepaald dat assistenten in opleiding (agio's) een normale werkweek hebben van 50 uur (inclusief 10 uur opleidings-tijd). Assistenten niet in opleiding (agnio's) hebben een normale werkweek van 40 uur. Voor uren boven deze 50 respectievelijk 40 uur komen zij in principe in aanmerking voor compensatie in vrije tijd plus een geldelijke beloning. Helaas blijkt de CAO op dit punt door geldgebrek zeer slecht te worden nageleefd; bovendien is deze CAO vaak niet van toepassing op assistenten in dienst van een (maatschap van) specialist(en).

In dezelfde brief uit 1973 kondigde de staatssecretaris aan, dat hij, samen met zijn collega van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (VoMil), metterdaad had besloten tot instelling van de eerdergenoemde werkgroep. Onder voorzitterschap van Prof. Dr. J. F. Rang (later bekend als de Nationale Ombudsman) werd op 4 oktober 1973 de Commissie Assistent-Geneeskundigen geïnstalleerd. De opdracht van deze commissie luidde:

- bestudering en analyse van de positie van de assistent-geneeskundige in opleiding tot specialist zowel in academische als in niet-academische ziekenhuizen;
- het aangeven van problemen voortvloeiende uit de positie en de functie van de assistent-geneeskundige;
- het aangeven van onderwerpen die in verband met de positie van assistent-geneeskundigen een betere regeling behoeven, met aanduiding van prioriteiten;
- het aangeven van de noodzakelijke veranderingen en de manier waarop deze veranderingen kunnen worden doorgevoerd.

Helaas heeft deze commissie haar werk nooit afgemaakt. In twee interimrapporten wordt uitgebreid aandacht besteed aan de structurele knelpunten in de opleiding tot specialist, maar concrete voorstellen voor verbetering worden niet gedaan<sup>3,4</sup>. Aan de verantwoordelijke staatssecretarissen (O&W en VoMil) werd in de tweede aanbiedingsbrief gevraagd op welke vraagstukken de commissie zich volgens hen zou moeten concentreren; de werkzaamheden zouden zolang worden opgeschort. De betrokken bewindslieden hebben hierop echter nooit gereageerd.

In 1980 werd door de LAD en de LVAG opnieuw een enquête onder assistent-geneeskundigen gehouden<sup>5</sup>. De situatie bleek sinds 1955 nauwelijks te zijn veranderd. De gemiddelde werkweek van een assistent was, exclusief de tijd besteed aan zelfstudie, nog steeds ruim 70 uur. F.

A. Bol, destijds hoofdredacteur van Medisch Contact, schroomde zelfs niet in dit verband de term 'roofbouw' te gebruiken<sup>6</sup>.

Een van de beleidsconclusies van de besturen van LAD en LVAG was dan ook, dat assistent-geneeskundigen onder de werkingssfeer van de Arbeidswet dienden te worden gebracht. Blijkbaar was dit de enige manier om een eind te maken aan deze voor zowel assistent als patiënt ongezonde situatie.

Ook in Den Haag werd door dit rapport de discussie nieuw leven ingeblazen. In 1975 was de Arbeidswet uit 1919 zodanig gewijzigd, dat (onder anderen) assistent-geneeskundigen door middel van een Algemene Maatregel van Bestuur onder de werkingssfeer van het Werktijdenbesluit Verplegings- en Verzorgingsinrichtingen (WBVV) konden worden gebracht. In 1984 was dit nog niet gebeurd, hetgeen voor de PvdA aanleiding was een motie in te dienen. Daarin werd gevraagd ag(n)io's nu eindelijk eens onder het werktijdenbesluit te plaatsen. De motie werd door een grote meerderheid van de Tweede Kamer gesteund. De staatssecretaris van WVC (Van der Reyden) zegde daarop toe hierover met de minister van Sociale Zaken, De Koning, te gaan praten. Een jaar later kon hij echter niet meer vertellen dan dat er 'ambtelijk overleg' plaatsvond. Voor de PvdA was dit reden om opnieuw een motie in te dienen. Ook deze werd door een grote meerderheid aangenomen. Mede onder invloed van deze motie kwam in 1986 als resultaat van intensieve samenwerking tussen de ministeries van Binnenlandse Zaken, Sociale Zaken en Werkgelegenheid, WVC en O&W een concept-Algemene Maatregel van Bestuur tot stand (Concept Werktijdenbesluit Geneeskundigen en Voedvrouwen).

## INHOUD CONCEPT-AMvB

In de Arbeidswet uit 1919 zijn voor de diverse categorieën werknemers bepalingen ten aanzien van de maximale werktijden en minimale rustperiodes opgenomen. Deze vormen de basis waarop in CAO-onderhandelingen nadere afspraken kunnen worden gemaakt. Zo geldt voor iedereen die onder de Arbeidswet valt een maximale werkweek van 48 uur, maar deze is in de meeste CAO's teruggebracht tot 40 of 38 uur. Geneeskundigen en voedvrouwen vallen tot op heden niet onder de Arbeidswet, zodat voor hen geen wettelijke bepalingen ten aanzien van werk- c.q. rusttijden gelden.

De Algemene Maatregel van Bestuur moet hierin, voor wat betreft assistent-geneeskundigen en voedvrouwen, verandering brengen.

Allereerst wordt in de concept-AMvB duidelijk omschreven wat als *diensttijd* moet worden beschouwd en wat als *arbeidstijd*. Alle verrichtingen die voortvloeien uit het opleidingsprogramma en die ten behoeve van of voor de inrichting worden verricht, worden beschouwd als diensttijd. Alle verrichtingen in opdracht van de werkgever of logisch voortvloeiend uit de onder handen zijnde arbeid worden in de wet beschouwd als arbeid. Activiteiten die niet worden uitgevoerd in opdracht van de werkgever, maar wel voortvloeien uit het opleidingsprogramma, worden gezien als diensttijd. In het concept-Werktijdenbesluit is vastgesteld dat de gemiddelde werkdag 9 uur lang mag zijn, terwijl de diensttijd overdag niet langer mag zijn dan 15 uur. 's Nachts mag de maximale diensttijd 10 uur zijn. Van deze dagnorm mag driemaal in de twee weken worden afgeweken tot 11 uur, maar de werkweek mag niet langer zijn dan 63 uur, terwijl de gemiddelde werkweek, gemeten over 8 weken, de 48 uur niet mag overschrijden. De voorgeschreven dagelijkse rust bedraagt minimaal 10 uur en eens in de week moet er een rustperiode zijn van minimaal 36 uur aaneengesloten (of minimaal 60 uur aaneengesloten per twee weken).

De wachtdiensten (aanwezigheids- en bereikbaarheidsdiensten) vormen een uitzondering op de dagnorm: zij worden bovenop de 'normale' diensten verricht en zijn gedurende maximaal 7 dagen in 4 weken toegestaan. Tijdens deze diensten mag alleen spoedeisende arbeid worden verricht. Ook dan zijn er maxima: de nachtaanwezigheidsdienst in combinatie met de dagdienst mag niet resulteren in een diensttijd die langer is dan 24 uur, terwijl de arbeidstijd niet langer mag zijn dan 16 uur. De minimale dagelijkse onafgebroken rust bedraagt in dergelijke situaties 8 uur. Van deze grenzen mag worden afgeweken als dit medisch noodzakelijk is en het werk niet kan worden overgedragen. Daarnaast kan in bijzondere omstandigheden met betrekking tot de kliniek een vergunning worden verleend zodat mag worden afgeweken van de in de wet gestelde normen.

De diensten moeten in roosters worden vermeld en deze dienen tenminste 7 etmalen tevoren bekend te worden gemaakt. Vrije dagen dienen minstens 14

dagen tevoren bekend te zijn. De roosters moeten 12 maanden worden bewaard en op verzoek van de Arbeidsinspectie kunnen worden getoond. De Arbeidsinspectie houdt toezicht op de naleving van de Arbeidswet. Bij niet nakomen van de wet kan aan de werkgever (instelling, maatschap of specialist) een boete worden opgelegd.

## ARGUMENTEN

De argumenten om te pleiten voor een werktijdenregeling voor arts-assistenten zijn: bescherming van de werknemer, kwaliteit van de zorgverlening, uniformering van arbeidsvoorwaarden voor alle werknemers binnen hetzelfde ziekenhuis en herverdeling van werk. We zullen ze een voor een kort toelichten.

### *Bescherming van de werknemer*

'Van hard werken is nog niemand dood gegaan.' Dit argument, dat nog steeds wordt gehoord, bevat misschien een kern van waarheid, maar de voortdurend te lange werkweken en vooral de combinaties van dag-nacht-dagdienst achtereenvormen een zware belasting. Diverse studies spreken van psychische problemen en verminderd functioneren door slaapgebrek<sup>7-10</sup>.

### *Kwaliteit van de zorgverlening*

Op het eerste gezicht lijkt dit moeilijk te beoordelen. Een maat hiervoor zou kunnen zijn de hoeveelheid fouten die worden gemaakt in de gezondheidszorg. Over fouten die worden gemaakt ten gevolge van overbelasting en/of oververmoeidheid van de behandelend arts(-assistent) komt zelden iets in de openbaarheid. Onlangs werd echter in de New England Journal of Medicine melding gemaakt van de dood van een patiënte waarbij de te lange werkdag van de behandelend arts als één van de oorzaken werd genoemd<sup>11</sup>. Onderzoek naar het *medisch functioneren* van artsen na slaapgebrek is schaars, maar suggereert dat er potentieel ernstig negatieve effecten van slaapgebrek op het medisch functioneren zijn<sup>12</sup>. Niet uitgeruste artsen zijn minder in staat om afwijkingen in een ECG-band op te sporen en doen daar langer over dan artsen die wel zijn uitgerust<sup>8</sup>. Voor de kwaliteit van de zorgverlening is het dus wenselijk de diensten van artsen zo te organiseren dat slaapgebrek wordt vermeden. De ervaringen die tot nu toe op beperkte schaal met arbeidstijdnormalisering zijn opgedaan, lijken deze hypothese te ondersteunen.

### Uniformering van arbeidsvoorwaarden

Voor arts-assistenten zijn verschillende arbeidsovereenkomsten van toepassing. De CAO-Ziekenhuiswezen geldt slechts voor een deel van hen. Sommigen hebben zich akkoord moeten verklaren met het feit dat het in de CAO genoemde maximale aantal uren niet van toepassing is, terwijl anderen überhaupt niet onder een CAO vallen. Met de AMvB komt er eindelijk een uniforme rechtspositie, hetgeen de rechtszekerheid en de rechtsgelijkheid zeker ten goede zal komen.

### Herverdeling van werk

Schattingen over de gemiddelde werkweek van arts-assistenten lopen uiteen, maar duidelijk is dat deze boven de 50 uur ligt. Uit een onderzoek in 1986 bleek dat 40% van de arts-assistenten 70 uur of meer per week werkt<sup>13</sup>. Wanneer dit zal worden teruggebracht tot maximaal 48 uur per week zal dit vacatures opleveren voor de naar schatting 2.000 werkloze (basis)artsen.

### STANDPUNTBEPALING

De Landelijke Belangenvereniging voor Basisartsen, de Landelijke Vereniging van Assistent-Geneskundigen en de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband pleiten voor een snelle invoering van de Algemene Maatregel van Bestuur inzake de Arbeidswet voor arts-assistenten en vroedvrouwen. De kortere werkweek en vooral het elimineren van de combinatie dag-nacht-dagdienst zullen de arts-assistenten ten goede komen, zodat zij meer tijd zullen hebben voor zowel zelfstudie als het opbouwen c.q. onderhouden van een sociaal leven. Beide activiteiten zullen de kwaliteit van de geboden zorg ten goede komen. Minder vermoeide artsen zullen meer tijd en aandacht voor hun patiënten hebben en het is te verwachten dat op deze manier overbodig onderzoek kan worden vermeden<sup>9 14</sup>.

Het is wenselijk dat voor alle arts-assistenten in eenzelfde ziekenhuis dezelfde arbeidsvoorwaarden gelden, zodat onduidelijkheid hierover de uitvoering van het werk niet kan beïnvloeden. Invoering van de AMvB zal niet lang op zich mogen laten wachten: nu zijn er nog voldoende werkloze (basis)artsen om de vrijkomende vacatures op te vullen. Over een aantal jaar zullen zij zijn omgeschoold of hebben zij in een andere sector werk gevonden. Hiermee gaat een groot kapitaalverlies gepaard.

Invoering van een werktijdenregeling

voor arts-assistenten zal inzet vragen van zowel de artsen en assistenten zelf als van de personeels- en organisatieafdelingen binnen het ziekenhuis. De academische ziekenhuizen die, vooruitlopend op een wettelijke regeling, reeds een begin hebben gemaakt met regulering van de werktijden van arts-assistenten kunnen hierbij mogelijk als voorbeeld dienen<sup>15 16</sup>.

Door de vaak extreme werktijden enerzijds en de slechte, niet nageleefde of ontbrekende overwerkregelingen anderzijds, zal invoering van de AMvB uiteraard extra kosten met zich meebrengen. Men moet zich echter realiseren dat het hier niet gaat om een gunst, maar om het inhalen van een achterstand op de rest van de werkzame bevolking. Het betreft immers geen arbeidstijdverkorting, maar *arbeidstijdnormalisering*. □

### Literatuur

1. Rapport van de Werkcommissie ter bestudering van de problemen der arts-assistenten. Medisch Contact 1956; 11: 530-7.
2. Rapport van de Enquête-commissie van de Landelijke Vereniging van Assistent-geneeskundigen. Bijlage bij Medisch Contact nr. 47/1963.
3. Commissie Assistent-Geneskundigen. Eerste Interim Rapport. Den Haag, 1974.
4. Commissie Assistent-Geneskundigen. Tweede Interim Rapport. Den Haag, 1976.
5. Verreck WA. Rapport 'Arbeidsomstandigheden en Opleiding Assistent-Geneskundigen'. Medisch Contact 1980; 35: 1217-27.
6. Bol FA. Een LAD/LVAG-enquête of rooibouw in de gezondheidszorg. Medisch Contact 1980; 35: 1215.
7. Morris GO et al. Misperception and disorientation during sleep deprivation. Archives of General Psychiatry 1960; 2: 247-54.
8. Friedman RC et al. The intern and sleeploss. N Engl J Med 1971; 285: 201-3.
9. Friedman RC et al. Psychological problems associated with sleep deprivation in interns. Journal of Medical Education 1973; 48: 436-41.
10. Leighton K, Livingston M. Fatigue in doctors. Lancet 1983; 1: 1280.
11. Asch DA, Parker RM. The Libby Zion case. N Engl J Med 1988; 318: 771-5.
12. Asken MJ, Raham DC. Resident performance and sleep deprivation: a review. Journal of Medical Education 1983; 58: 382-8.
13. Commissie Werkgelegenheid van de Landelijke Belangenvereniging voor Basisartsen. Basisarts, en dan...? Amsterdam, 1986.
14. McCall TB. The impact of long working hours on resident physicians. N Engl J Med 1988; 318: 775-8.
15. Weijer van de PHM, Goes B. Werktijdregulering voor arts-assistenten. Medisch Contact 1988; 43: 391-4.
16. Bergman R et al. De tijden veranderen; 2. Arbeidstijdnormalisering in academische ziekenhuizen. Basis 1988; 4: 3-6.

## Hulpverlening aan artsen

Hulpverlening ten behoeve van artsen die worstelen met problemen op het gebied van geestelijke gezondheid kan in eerste instantie worden geboden via een netwerk van contactpersonen die bereid zijn voor de eerste opvang van deze collegae en hun gezinsleden op te treden. In Twente zijn regionale contactpersonen bereikbaar. Collegae die zich liever aansluiten bij lotgenoten kunnen naar een zelfhulpgroep van artsen gaan. Onder de naam Anonieme Dokters zijn verschillende werkgroepen gevormd. Deze komen elke veertien dagen bijeen op zaterdagochtend van 11.00 tot 13.00 uur.

Voor nadere inlichtingen (uiteraard uitgezonderd hulpvragen) gelieve men zich te wenden tot collega J. Diepersloot, secretaris-generaal der KNMG, of de voorzitter van de initiatiefgroep Prof. Dr. J. Schudel, lid van het KNMG-hoofdbestuur.

### LANDELIJKE CONTACTPERSONEN

Drs. F. M. Arendsen Hein, psychologe-psychotherapeute, Warmonderweg 2B, 2341 KV Oegstgeest, tel. 071-155858 of (op maandag en donderdag overdag) op 071-350660

Prof. Dr. W. K. van Dijk, Molenweg 5, 9761 VB Eelde, tel. 05907-4039 (na 19.00 uur)

Dr. P. Lens, huisarts, Wassenaarseweg 62, 2333 AL Leiden, tel. 070-706440 (overdag) of 023-245362 ('s avonds)

Drs. W. H. Melles, theoloog, psychotherapeut, Groot Hertoginnelaan 5, 1405 EA Bussum, tel. 02159-18361

Prof. Dr. M. M. W. Richartz, Postbus 88, 6200 AB Maastricht, tel. 043-633444

Prof. Dr. H. G. M. Rooymans, vakgroep Psychiatrie, Wassenaarseweg 52, 2333 AK Leiden, tel. 071-269111

Dr. M. J. van Trommel, psychiater, RIAGG Rijnmond Noord-Oost, Schiekade 121, 3033 BK Rotterdam, tel. 010-4658066

### CONTACTPERSONEN REGIO TWENTE

Dr. W. Beck, Horstlindelaan 126, 7522 JL Enschedé, tel. 053-351937

J. M. Komen, huisarts, Prof. Lorentzstraat 13 (praktijk), 7557 AV Hengelo/Anna Bijnstraat 14 (privé), 7552 NC Hengelo (Ov.), tel. 074-912131/074-439046

W. Chr. F. de Vries, De Wingerd 11, 7641 CT Wierden, tel. 05490-33333 (woensdag- en donderdagavond: tel. 05496-74774)

### ANONIEME DOKTERS

Werkgroep IJsselstein, tel. 03408-83705

Werkgroep Den Haag, tel. 01751-17995

Partnerwerkgroep Den Haag, tel. 070-463449

# Jeugdgezondheidszorg in de Verenigde Staten

Tijdens een recente studiereis in de Verenigde Staten maakte ik kennis met de jeugdgezondheidszorg aldaar.

Naar aanleiding van de veranderingen die in ons land gaan plaatsvinden in de jeugdgezondheidszorg, is een beschrijving van de grote verschillen tussen Nederland en de Verenigde Staten in deze vorm van gezondheidszorg van belang om een beeld te kunnen vormen van wat ons mogelijk te wachten staat.

Tijdens een bezoek aan de school of Public Health van de universiteit van Minnesota te Minneapolis sprak ik met de staf van het Department of Maternal and Child Health. Verder volgde ik colleges uit de cycli: 'Principles of maternal and child health' en 'chronic and handicapping conditions of children'. De colleges werden gegeven voor studenten geneeskunde, verpleegkunde en pedagogie en voor postgraduates van deze studierichtingen.

## BASISGEZONDHEIDSZORG

Hoewel de Verenigde Staten behoren tot één van de landen met een hoog welvaartsniveau, blijkt dat er vanuit de federale overheid weinig aandacht is voor de basisgezondheidszorg. Wat er is op dit gebied komt voornamelijk voort uit plaatselijk initiatief van de lagere overheid of particulier initiatief. De basisgezondheidszorg is dan ook niet een landelijk geheel, maar zeer versnipperd en verschillend per staat, per stad en zelfs per wijk. Vandaar dat een algemeen beeld van de basisgezondheidszorg moeilijk is te geven.

Eén van de taken van de basisgezondheidszorg is de *epidemiologie*, ter bewaking van de gezondheid van een populatie en de kwaliteit van de gezondheidszorg. Een maat voor de gezondheidszorg is bijvoorbeeld het verschil in bereikbaarheid van de faciliteiten van de gezondheidszorg tussen de verschillende groepen in een samenleving. Enkele cijfers over de situatie in de VS:

- percentage zwangerschappen waarbij geen enkele vorm van prenatale zorg wordt genomen: bij blanken 20%; bij Indianen 41,3%; bij kleurlingen 37%;
- het verschil in neonatale mortaliteit tussen blanken en kleurlingen is dusdanig dat de cijfers voor kleurlingen nú op het niveau zijn van de blanke populatie een generatie terug.

## JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Tegenwoordig zijn er vrijwel geen schoolartsen meer in de Verenigde Staten. Door bezuinigingen van de overheid op de gezondheidszorguitgaven zijn de meeste schoolartsen verdwenen. Wel kent men 'schoolnurses', die op initiatief van een schoolbestuur kunnen worden aangesteld en dus ook door de school zelf worden betaald. Hun taak is vooral de EHBO, opvang van zieke leerlingen en enkele biometrische screenings (onder andere visus- en gehoortesten).

## Mw. F. B. Diepeveen

*Zal onder de huidige bezuinigingsdrift de jeugdgezondheidszorg in Nederland zich in Amerikaanse richting ontwikkelen? Naar aanleiding van een studiereis naar de Verenigde Staten schetst Mw. F. B. Diepeveen, jeugdarts bij de Gezondheidsdienst Westelijke Mijnstreek te Geleen, een beeld van wat ons mogelijk te wachten staat.*

Een belangrijk onderdeel van de jeugdgezondheidszorg is de vroegtijdige opsporing van *ontwikkelingsstoornissen*. Ook in de Verenigde Staten hecht men hier veel belang aan. Een van de redenen daarvoor is dat men kinderen zo snel mogelijk wil laten profiteren van voor hen adequaat onderwijs. Wat opviel bij de discussies hierover was dat men uitsluitend sprak over kinderen ouder dan ongeveer 6 jaar. Dit hangt samen met de leerplicht, die in de Verenigde Staten begint met 6 jaar (wisselend per staat). Pas op school vallen kinderen met eventuele problemen bij de ontwikkeling op; voor die tijd heeft men geen toegang tot de kinderopvatting.

Er is geen andere plek waar alle kinderen routinematig worden gezien. Een discussiepunt in de Verenigde Staten is wie de kinderen op school zou moeten onderzoeken om ontwikkelingsstoornissen te ontdekken. Momenteel is de leerkracht degene die signaleert dat er met het kind iets aan de hand is.

De uitvoering van het *vaccinatieprogramma* voor kinderziekten is in Nederland een taak van de jeugdgezondheidszorg. Hier wordt door de kruisorganisaties en diensten JGZ een actief beleid gevoerd om zoveel mogelijk kinderen van voldoende vaccinaties te voorzien. In de Verenigde Staten worden de vaccinaties wel aanbevolen, maar de ouders moeten zelf het initiatief nemen om hun kind te laten vaccineren. Het is de verantwoordelijkheid van de ouders om te zorgen dat hun kind voldoende wordt ingeënt. Alleen een inentingsbewijs voor mazelen moet worden getoond voordat een kind kan worden toegelaten tot een school. Verdere inentingen zijn niet verplicht. Ook moeten ouders zelf het initiatief nemen om met hun kind naar een arts te gaan voor periodiek geneeskundige onderzoeken waaraan kosten zijn verbonden.

Een probleem in de Verenigde Staten is de verkrijgbaarheid van DKT (difterie, kinkhoest, tetanus), oraal polio- en BMR (bof, mazelen, rode hond)-vaccin. Men sprak zelfs over een 'vaccine crisis'. Er zijn nu nog maar enkele vaccinfabrikanten die het aandurven om vaccin op de markt te brengen (twee fabrikanten voor DKT, één voor oraal polio- en één

voor BMR-vaccin) in verband met de risico's op schadeclaims voor lichamelijk letsel, mogelijk veroorzaakt door vaccinatie. Er werd bijvoorbeeld in 1985 voor 3,2 miljard dollar geëist in 220 rechtzaken. Men vreest dat er mogelijk binnenkort geen enkele fabrikant is die nog vaccin op de markt wil brengen in de Verenigde Staten.

## AANDACHTSPUNTEN

De afdeling Maternal and Child Health van de School of Public Health van de universiteit van Minnesota concentreert zich vooral op twee specifieke aandachtspunten:

- begeleiding van chronisch zieke en gehandicapte kinderen thuis;
- puberteitszwangerschappen.

In Nederland zijn dit punten die de jeugdgezondheidszorg maar als een zeer klein deel van haar taken beschouwd. Vooral puberteitszwangerschappen komen hier sporadisch voor, terwijl dit in de Verenigde Staten een veel voorkomend probleem is. In Minneapolis heeft men als experiment bij één middelbare school een eigen kliniek voor meisjes die zwanger zijn geworden. Eén van de oorzaken van het verschil met de Nederlandse situatie is waarschijnlijk dat in de Verenigde Staten nauwelijks seksuele voorlichting wordt gegeven op scholen. De invloed van actiegroepen op dat wat op school gebeurt en op de wetgeving is namelijk erg groot.

## CONCLUSIE

Hoewel de Verenigde Staten een land is met een hoog welvaartsniveau, lijkt de jeugdgezondheidszorg daar nauwelijks ontwikkeld te zijn in vergelijking met de Nederlandse situatie. Ook voor de collegae in Minneapolis was het duidelijk dat de situatie in Nederland te prefereren is. Wij hebben hier dan ook een uniek systeem van jeugdgezondheidszorg, waarbij artsen, die in dienst zijn van de overheid verantwoordelijk zijn voor de detectie van ontwikkelingsstoornissen. Het lijkt onwaarschijnlijk dat de jeugdgezondheidszorg in de Verenigde Staten zich in deze richting zal ontwikkelen. Het opbouwen van een zo uitgebreid systeem van jeugdgezondheidszorg kost veel tijd en energie. Daarbij zal dan ook uitvoerig moeten worden aangetoond wat de opbrengst is en dat is bij preventieve gezondheidszorg niet eenvoudig.

Het is te hopen dat de jeugdgezondheidszorg in Nederland zich onder de bezuinigingsdrang niet in Amerikaanse richting zal ontwikkelen. Immers: afschaffen is simpel, maar heropbouwen zeker niet! □

Met dank aan Prof. Barbara Leonard RN, PhD, Department of Maternal and Child Health, University of Minnesota, Minneapolis, MN.



# Planning gericht op substitutie in de gezondheidszorg

Het algemene uitgangspunt van planning is dat activiteiten die met elkaar zijn verbonden op elkaar moeten worden afgestemd om de effectiviteit te optimaliseren. Met afstemming kunnen allerhande overlappings worden voorkomen, kan kostenbesparend worden gewerkt, enz. Problematisch is de vraag naar de maximaal haalbare *omvang* van planning. Wat is nog wel allemaal op elkaar afstembaar en wanneer raakt het noodzakelijke overzicht zoek? Het trekken van die grens levert discussie op, vooral als eerdere verwachtingen met betrekking tot planning niet zijn waargemaakt. Die discussie is hier aan de orde. In dit artikel wordt juist expliciet naar een 'planbare' eenheid gezocht<sup>1</sup>.

Allereerst worden enkele algemeen geldende noties met betrekking tot de keuze van de planningseenheid gedebiteerd. Deze noties worden vervolgens gebruikt als achtergrond voor de in de gezondheidszorg vigerende regionalisatiediscussie: de eerste ordening. Aansluitend daarop wordt een aantal beleidsoverwegingen naar voren geschoven dat de planningsnoties nuanceert: de tweede ordening. Daarna wordt een planningsindeling ontwikkeld op basis van deze overwegingen en uitgaande van reeds bestaande samenwerkingsverbanden: het zorgcircuitmodel.

## PLANNINGSEENHEID

### *Autonome deelsystemen en hiërarchie*

Over het trekken van een planningsgrens kan gemakkelijk breedsprakig worden gedaan, maar doorgaans wordt gezocht naar een opsplitsing van het gehele planningsterrein in *relatief autonome delen*, dat zijn delen van het totale systeem (bijvoorbeeld de (gezondheids)zorg) die veel meer interne verbanden kennen dan onderlinge. Zo'n deelsysteem wordt dan gekozen als planningseenheid. De keuze van en de afstemming tussen de deelsystemen vindt plaats op een hoger niveau: er ontstaat een *planningshiërarchie*<sup>2</sup>.

Die splitsing in niveaus is in *figuur 1* in beeld gebracht. Planning op niveau A richt zich 1. op de keuze van de opdeling in de elementen B en 2. op de vormgeving van de onoverkomelijke relaties a tussen de delen B. Planning op niveau B richt

Drs. B. van Dijk en  
Drs. Fr. C. Jaspers

*Substitutie van (gezondheids)zorg moet worden ondersteund door een planningsstelsel dat integratie van sectorale zorgvoorzieningen mogelijk maakt. Een bruikbaar middel daartoe is regionalisatie. Op (plannings)-technische gronden is een indeling op basis van patiëntenstromen te verkiezen boven een bestuurlijk-provinciale indeling. Het adherentiegebied van een ziekenhuis lijkt het juiste uitgangspunt daarvoor te bieden. Aldus twee medewerkers van het algemeen ziekenhuis Slingeland te Doetinchem: Drs. B. van Dijk, directiemedewerker, tevens part-time werkzaam bij de faculteit Bedrijfskunde van de Rijksuniversiteit Groningen, en Drs. Fr. C. Jaspers, directeur patiëntenzorg, tevens lid van de Provinciale Staten van Gelderland.*

zich dan op de interne afstemming in een dergelijk autonoom deelsysteem B met een principiële verontachtzaming van de relaties in de andere deelsystemen B. De relaties a zijn in feite ongewenst: ze geven de betrekkelijkheid van de autonomie van de delen aan (vandaar: relatieve autonomie). Hoe meer relaties a er zijn, des te slechter is de opdeling B buikbaar voor de vorming van autonome planningseenheden. Het fraaist wordt gebruik gemaakt van hiërarchie in de planning indien de planning op niveau A zo weinig mogelijk vormgevend is voor de planning op niveau B. De planningstaken op de niveaus verschillen dus bij voorkeur fundamenteel. Planning binnen een deelsysteem B versterkt de relatieve autonomie, omdat maatregelen daar steeds zijn toegesneden op de eenheid zonder effect op een ander deelsysteem B. Daardoor kunnen nadrukkelijke verschillen tussen de eenheden B ontstaan. Dergelijke verschillen zijn niet altijd gewenst, maar ze zijn wel de noodzakelijke consequentie van opdeling. 'Problemen' worden vaak juist bij de (ontbrekende)

relaties tussen deelsystemen gesignaleerd. Ze zijn inderdaad het gevolg van de planningsystematiek, maar ook noodzakelijk. Wel kan de ene grensproblematiek voor een andere worden ingevuld door het trekken van andere planningsgrenzen.

De splitsing in niveaus kan natuurlijk op niveau B desgewenst worden doorgezet naar een volgend niveau C met eigen autonome eenheden C1, C2, enz. Het gaat erom deze opsplitsing zo lang door te zetten tot de 'planbare' eenheid is bereikt. De lagere eenheid wordt steeds planbaarder doordat via niveauvorming steeds meer relaties mogen worden verontachtzaamd – daaraan wordt op een hoger niveau vorm gegeven – terwijl de planbaarheid van het hogere niveau wordt verbeterd door middel van autonome eenheidsvorming. De kunst is, de splitsingscriteria zo te kiezen dat men via zo weinig mogelijk planningsniveaus zo snel mogelijk bij een planbare eenheid uitkomt.

### *Omvang en complexiteit*

Belangrijk voor de planbaarheid van een eenheid zijn de hoeveelheid relaties waaraan vorm moet worden gegeven (*volume*) en de mate waarin de te plannen relaties van elkaar verschillen (*soorten*). Verschillende soorten maken het planningsprobleem complex en staan uit het oogpunt van planbaarheid een kleiner planningsvolume toe dan in het geval van uniforme relaties; zie ook *figuur 2*.

Binnen het totale systeem van de gezondheidszorg zijn momenteel twee uitgangspunten voor het trekken van grenzen rond (zorg)eenheden in discussie: het functionele en het regionale uitgangspunt. Het *functionele uitgangspunt* opteert voor grenzen langs de traditionele zorgsectoren: ziekenhuizen, kruiswerk, bejaardenoorden, enz. De *soort* zorg bepaald de eenheid. Het *regionale uitgangspunt* opteert voor planningsgrenzen rond geografische gebieden. Alle vormen van (gezondheids)zorg in zo'n gebied kunnen dan op elkaar worden afgestemd. Aan beide uitgangspunten kleven voor- en nadelen. Bij een functionele planning is er sprake van een zekere uniformiteit van de relaties binnen het deelsysteem. Het gaat immers om de relaties

uit één zorgsector, bijvoorbeeld de verpleeghuizen. Dat staat een groter planingsvolume toe dan wanneer ook met andere zorgsoorten rekening moet worden gehouden. Planning wordt dan vanwege de toegenomen complexiteit snel moeilijker. In eerste instantie zal dat leiden tot een grotere aandacht voor de relaties tussen de deelsystemen (relaties a!), maar op den duur ligt het gebruik van een ander indelingscriterium in de rede.

## EERSTE ORDENING

Op basis van de twee opsplitsingscriteria 'functioneel' en 'regionaal' kan alvast op planningstechnische gronden een eerste ordening worden aangebracht. Nagegaan wordt hoe de criteria kunnen worden gebruikt voor de vorming van een planningseenheid die qua volume zowel maximaal al haalbaar is. Een variant op de figuur 2 is de onderstaande matrix van figuur 3. Die matrix stelt de mogelijke planningsopties voor met de vier extremen:

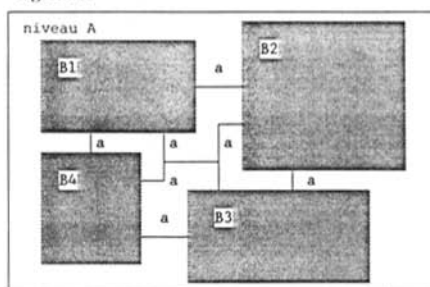
1. centraal-integraal;
2. centraal-sectoraal;
3. regionaal-integraal;
4. regionaal-sectoraal.

Van centraal-integrale planning is hiervoor reeds aangegeven dat deze planningstechnisch te moeilijk is. Omvang en complexiteit verhinderen deze optie. Hetzelfde, maar dan omgekeerd, geldt voor regionaal-sectorale planning: de geringe complexiteit wordt gekoppeld aan een geringe omvang waardoor onnodig weinig afstemming ontstaat. De beide overige kwadranten hebben wel een gunstige balans tussen complexiteit en omvang; de keuze van een planningsmodel zal dan ook in deze gebieden moeten worden gezocht: het gearceerde gebied. De planningseenheid in de gezondheidszorg zal dus ergens op de balk regionaal-integraal/centraal-sectoraal moeten worden gezocht.

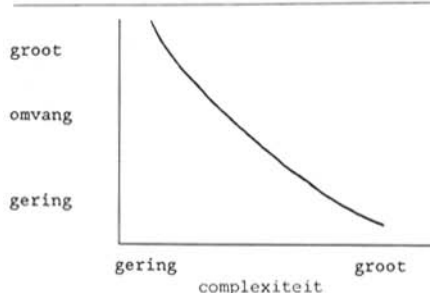
### Specialisatie

De vraag of een voorziening moet worden opgenomen in een regionaal-integrale planning dan wel een centraal-sectorale, kan allereerst worden beantwoord door te kijken naar het geografisch bereik van de voorziening. Voorzieningen met een bovenregionaal bereik zouden moeten worden opgenomen in een (sectoraal-) landelijke planning, terwijl voorzieningen met een regionaal bereik in de (integraal-) regionale planning kunnen worden meegenomen.

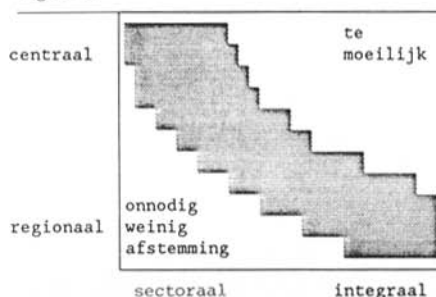
Figuur 1.



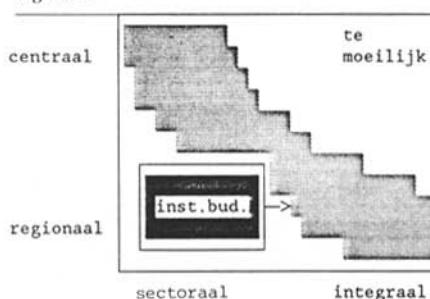
Figuur 2.



Figuur 3.



Figuur 4.



## TWEEDE ORDENING

De eerste ordening betrof overwegingen op basis van planningstechnische overwegingen, uitgaande van de indelingscriteria 'regionaal' en 'functioneel'. Daarin valt een relatief eenvoudig deskundigheidsstandpunt in te nemen. Bij de tweede ordening gaat het om overwegingen van situationele, politiek-ideologische of speculatieve aard. Deze overwegingen

kunnen een planningstechnisch ideaal model doorkruisen doordat op grond ervan niet-rijmbare indelingscriteria naar voren worden geschoven. Een standpunt daarin is natuurlijk geen planningstechnisch onbenul, maar een kwestie van legitieme politieke visie. Het heeft wel repercussies voor de haalbaarheid.

### Regionale (on)gelijkheid

De overheid heeft een grondwettelijke taak met betrekking tot de gezondheidszorg, vooral wanneer het erom gaat de voorzieningen voor iedereen toegankelijk te houden. Daaruit volgt de zorg voor een goed volume en vooral ook een goede landelijke spreiding van gezondheidszorgvoorzieningen. Al snel leidt dat tot een beleid gericht op gelijke (in plaats van vergelijkbare) regionale voorzieningen. Regionale verschillen worden niet toegestaan. Daarbij past centraal beleid.

### Zorgsubstitutie

Uit zowel financiële als zorginhoudelijke overwegingen is er veel aandacht voor zorgsubstitutie, vooral voor de thuiszorg. Vanwege het op de specifieke situatie van de patiënt toegesneden zijn, is substitutie beter realiseerbaar in een integrale planning. De patiënt is bovendien eerder regiogebonden dan zorgsectorgebonden. Dit pleit voor zoveel mogelijk regionale – en daarom integrale – planning.

### Medisch-technologische ontwikkelingen

De ontwikkelingen op het gebied van de medische technologie (apparatuur, behandelingsinzichten, medicijnen, etc.) geven steeds aanleiding tot verschuivingen in de opvatting wat de taak van een ziekenhuis, huisarts, kruiswerk, enz. is. Sectorale planning staat het snel inspelen op die ontwikkeling in de weg. Dit is beter realiseerbaar met een integrale planning. Daar staat tegenover dat vele ontwikkelingen een steeds beperkter toepassingsgebied kennen. Dan is een voldoende draagvlak noodzakelijk. Daarvoor kan het noodzakelijk zijn tot een centrale planning over te gaan.

### Vergrijzing

De vergrijzing zal als een van de effecten een grotere mate van multipathologie laten zien, ook in de zin van multi-zorgbehoefte. Dat vraagt om zorgvorming rond de bejaarde, welke het eenvoudigst

wordt gerealiseerd binnen een integrale structuur.

### Kostenbeheersing

Beheersing van de kosten is gediend met inzicht in de bestedingen, zodat sturingsmaatregelen erop kunnen worden toegesneden. De zichtbaarheid wordt vergroot door de kosten van de gezondheidszorg in kleine, specifieke budgetten te knippen. Aan de hand daarvan kunnen over- en onderschrijdingen relatief eenvoudig worden gelokaliseerd.

### ZORGCIRCUITMODEL

Momenteel gaan de gedachten met betrekking tot de planning steeds meer in de richting van regionalisatie. De verwachting dat men via regionalisatie tot een geïntegreerd (en dus beter) stelsel van voorzieningen kan komen, spreekt aan. Hier en daar komt het ook al tot samenwerking tussen financiers en zorgaanbieders en tussen zorgaanbieders onderling (bijvoorbeeld thuiszorg). Er worden kostenbesparingen verwacht vanwege het verwijderen van overlappingen en het realiseren van substitutie. Als eerste structurele stap wordt thans de financieringsvorm van de betrokken instellingen geharmoniseerd (alles AWBZ).

De mogelijkheden van zorgsubstitutie zijn ook hier uitgangspunt. Bij zorgsubstitutie gaat het juist om uitwisseling tussen de traditionele zorgsectoren. Vooral nog wordt aan die substitutie vorm gegeven met behoud van de traditionele sectoren door incidentele en lokale (!) experimenten met relaties tussen de sectoren, bijvoorbeeld ter realisatie van thuiszorg. Worden die relaties echter steeds sterker, dan ligt het voor de hand de sectoren te integreren en een ander indelingscriterium te kiezen. Regionale planning met kleine, geïntegreerde eenheden is voor een dergelijke situatie meer geëigend.

Regionalisatie wordt doorgaans gezien binnen het kader van bestuurlijke eenheden: provincies en gemeenten. Hieronder werken we een globaal planningsmodel uit dat aansluit bij de regionalisatiegedachten maar op een meer organische wijze de totstandkoming van lokale planningseenheden beoogt. Uitgangspunt zijn de bestaande patiëntenstromen. Aangehaakt wordt bij de spontaan gevormde samenwerkingsnetwerken en de reeds aanwezige managementcapaciteit.

### Planningsniveaus

We gaan uit van drie planningsniveaus: 1. Een landelijk centraal niveau, van waaruit een budgetbesturing plaatsvindt en waar politieke besluitvorming de kern is. 2. Een lokaal niveau dat functioneert als laagste planningseenheid en waarin – gegeven de budgetten – aan de eigenlijke zorg vorm wordt gegeven en waar management de kern vormt. Dat zijn de twee kernniveaus. 3. Daarnaast wordt nog in een daartussen gelegen hulpniveau voorzien, voor speciale, bovenlokale gevallen.

**Landelijk niveau.** Op landelijk niveau gebeuren er in dit planningsmodel in hoofdlijnen twee dingen: 1. Er wordt bepaald wat de totale hoeveelheid middelen die aan gezondheidszorg kan worden uitgegeven zal zijn. 2. Die middelen worden verdeeld over a. instellingsbudgetten en b. budgetten voor bovenlokale voorzieningen. Op landelijk niveau geschiedt op deze manier (1) de afweging met andere maatschappelijke aandachtsgebieden (onderwijs, verkeer, sociale zekerheid, enz.) Ethische vragen met betrekking tot de grenzen van de zorg komen dus op landelijk niveau te liggen. De uitgifte van middelen gaat in eerste instantie in de vorm van adherentie-afhankelijke instellingsbudgetten; dat wil zeggen dat instellingen budgetten krijgen toegewezen (mede) naar rato van hun bedieningsgebied. Daar de meeste instellingen momenteel nog sectoraal zijn georiënteerd, komt dit voor het moment overeen met een sectoraal-(klein)regionale planning. Dat heeft dus als voordeel dat althans op landelijk niveau een zekere gelijkheid in landelijke verdeling kan worden getoond. Bovendien bieden de relatief kleine budgetten het noodzakelijk inzicht in kostenwijzigingen: gunstig vanuit beheersbaarheidsoverwegingen. De uitgifte van de sectorale instellingsbudgetten (2a) moet echter, vooral met betrekking tot de besteding van de desbetreffende sector, slechts van marginale voorwaarden worden voorzien; daardoor wordt het mogelijk de sectoren op lokaal niveau (door budgetuitwisseling) te laten vervloeien en sectorale integratie tot stand te brengen.

**Lokaal niveau.** Het lokale niveau vormt de planningseenheid waar vooral uit het oogpunt van 'planbaarheid' aandacht aan moet worden besteed. In dit model beogen we niet zozeer de planningseenheid aan te wijzen, maar deze zichzelf te

laten vormen. Landelijk worden aan de (sectorale) instellingsbudgetten slechts marginale bestedingsvoorwaarden verbonden. Vooral de voorwaarden met betrekking tot sectorale besteding moeten los zijn. In beginsel komt de uitgangspositie voor de planning op lokaal niveau daarmee te liggen in het kwadrant 'onnodig weinig afstemming' (zie *figuur 4*). Als aan de sectorale besteding van budgetten echter weinig voorwaarden zijn verbonden, wordt het management van de instellingen tot onderlinge afstemming in staat gesteld; dit kan dan proberen, via op maat gesneden projecten, alsnog de integratie van zorgfuncties tot stand te brengen.

**Bovenlokaal niveau.** Het ligt voor de hand dat voorzieningen met een meer dan lokale bediening (2b) ook bovenlokaal wordt gepland. Deze voorzieningen hebben vaak een zeer specialistisch karakter en zijn voorzien van een stevig prijskaartje (bijvoorbeeld de art. 18 WZV-voorzieningen). De druk die ze leggen op een instellingsbudget is te groot. Ook hier gaat het vaak om ethische discussies over de vraag of nieuwe technologieën zouden moeten worden ingevoerd of niet. Bij realisatie van dergelijke voorzieningen moet vaak de samenhang met andere elementen in de regio worden meegewogen. De vorming van het tussengelegen hulpniveau waar men deze bovenlokale planningstaak op zich zou moeten nemen is afhankelijk van de vormgeving van de lokale niveaus.

### Zorgcircuits

Onze verwachting is dat de mogelijkheid van budgetuitwisseling zal leiden tot lokale zorgcircuits. Instellingen uit de diverse zorgsectoren zullen rondom de tafel gaan zitten en de totale zorg gaan managen. Vooral in het geval van een ten opzichte van de beschikbare middelen groeiende zorgvraag zal de noodzaak tot afstemming zich doen voelen. Gezien de schaal waarop de diverse instellingen opereren, ligt het voor de hand te verwachten dat het adherentiegebied van het ziekenhuis uitgangspunt zal zijn voor een lokaal zorgcircuit; eerst met het ziekenhuis aan tafel wordt een dusdanige scala van voorzieningen bestreken dat integratie mogelijk wordt: groter hoeft niet en kleiner kan niet. *Binnen* het zorgcircuit is er sprake van sterke (sectorale) patiëntenstromen; *tussen* de zorgcircuits juist heel weinig.

In dit verband is het jammer dat het fusieproces van de regionale ziekenfondsen reeds ver is voortgeschreden. Het bedieningsgebied van de vroegere kleinere ziekenfondsen gaf ook een gesloten patiëntencircuit te zien. In een dergelijke situatie zou het mogelijk zijn ook een financier aan tafel te hebben die geen band met een ander zorgcircuit heeft. De ervaringen met de thuiszorg wijzen erop dat er in het geval van zorgsubstitutie sprake moet kunnen zijn van *maatwerk per patiënt*. Dat is alleen haalbaar in een structuur die voldoende compact en overzichtelijk is. Het lokale zorgcircuit lijkt hieraan te kunnen beantwoorden; de planbaarheid, in de zin van het tot stand komen van substitutie, is ervan afhankelijk.

#### Overgangsfase

Bedacht moet worden, dat de systematiek van sectorale instellingsbudgetten in geval van circuitvorming slechts tijdelijk van aard kan zijn. Door de circuitvorming valt immers het onderscheid in sectoren weg en daarmee de basis voor de budgetmethodiek. Circuitbudgettering, bijvoorbeeld op basis van adherentiecijfers (en dus circuitconcurrentie) ligt dan in het verschiets<sup>3</sup>. Denkbaar is dat die circuitvorming van overheidswege wordt gestimuleerd door een ten opzichte van de gezamenlijke instellingsbudgetten gunstiger circuitbudget in het vooruitzicht te stellen indien aan bepaalde samenwerkingsvoorwaarden wordt voldaan<sup>4</sup>.

Uiteindelijk is dan de sectorale planning vervangen door een regionale, met alle mogelijkheden voor integratie en substitutie van dien. Daarbij zijn de regio's op een 'natuurlijke' wijze tot stand gekomen rondom patiëntencusters. Patiëntenstromen zijn vrij stabiel; om die reden mag worden verwacht dat de problemen met de afstemming *tussen* de circuits (immers een logisch gevolg van opsplitsing) niet al te groot zullen zijn, zodat een voorlopig stabiel planningskader ontstaat.

#### Bestuurlijke consequenties

Het zorgcircuitmodel kent belangrijke bestuurlijke consequenties. Veel besluitvorming met betrekking tot de inrichting van de zorg komt op managementniveau te liggen (binnen de zorgcircuits) zonder politiek-democratische overwegingen. Vooral het 'passeren' van het provinciale en het gemeentelijke niveau is in de tot

## NIET ROKEN

Onderzoek heeft aangetoond dat passief roken schadelijk is voor de gezondheid, alsmede dat de voorbeeldfunctie van de arts in verband met niet roken grote invloed heeft op het (niet)rookgedrag van patiënten. Derhalve is het roken door artsen en door onder hun verantwoordelijkheid werkend personeel in het bijzijn van patiënten geen gezondheidsbevorderend gedrag.

De Algemene Vergadering van de KNMG heeft dan ook besloten de volgende gedragsregel in de 'Gedragsregels voor artsen' op te nemen onder het hoofd 'Gedragsregels in relatie tot patiënten', punt 41A:

*Artsen wordt het zwaarwegend advies gegeven in het bijzijn van patiënten niet te roken. Van onder de verantwoordelijkheid van artsen werkend personeel en van patiënten kunnen artsen in beginsel hetzelfde vragen, opdat er geen overlast ontstaat door roken in behandel- en spreekkamers.*

nog toe naar voren geschoven modellen ongebruikelijk<sup>5</sup>. Hoewel buiten het bereik van dit artikel gelegen willen we daar toch enige gedachten aan verbinden:

In het model wordt uitgegaan van twee kernniveaus en een tussengelegen hulpniveau. Het bovenste niveau, de bepaling van de instellingsbudgetten, en dus de totaal aan de gezondheidszorg te besteden middelen, kan alleen maar de verantwoordelijkheid van de *centrale* overheid zijn. Hier wordt de verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg vertaald in financiële budgetten, in eerste instantie sectorgebonden, maar uiteindelijk gericht op lokale integrale zorgcircuits. Het niveau van de planningseenheid, het lokale zorgcircuit, wordt de verantwoordelijkheid van het management van dat circuit. Dat management zal in de eerste plaats bestaan uit het management van de betrokken sectorale instellingen. Het gaat op dit niveau immers om het realiseren van zorg op maat rond de patiënt, los van verdere politieke besluitvorming. Denkbaar is echter dat het circuitmanagement door lokale en provinciale overheden op de vingers wordt gekeken door een soort commissaris, naar analogie van de provinciale energiebedrijven (nutsconstructie). In een dergelijke constructie is het tevens denkbaar dat de plannen voor de bovenregionale voorzieningen ook door dit commissariaat worden gemaakt. Aldus kan aan de verantwoordelijkheid van de overheid invulling worden gegeven zonder dat op het uit het oogpunt van zorgsubstitutie noodzakelijke managementprimaat in de zorgcircuits inbreuk wordt gemaakt.

## SAMENVATTING

Zorgsubstitutie moet worden ondersteund door een planningsstelsel dat integratie van sectorale zorgvoorzieningen mogelijk maakt. Regionalisatie is daarvoor een bruikbaar middel.

In dit artikel hebben wij betoogt, dat op planningstechnische gronden een indeling op basis van patiëntenstromen te verkiezen is boven de bestuurlijke provinciale indeling. Het adherentiegebied van een ziekenhuis lijkt ons daarvoor een goed uitgangspunt. Overheidsstimulering van de tot standkoming van clustering van voorzieningen tot zorgcircuits, met circuitbudgetten als uiteindelijk doel, kan de realisatie van zorgsubstitutie in hoge mate bevorderen. □

#### Noten

1. Bij 'onplanbaarheid' ontstaat uiteindelijk regulering door marktwerking. Bedoelde en gecontroleerde markten zijn in die zin op te vatten als intrinsieke planningsmechanismen. Markten functioneren echter alleen indien er sprake is van een zekere overproductie en daaruit voortvloeiende verspilling. In dit artikel verstaan wij daarom onder planning: expliciete verdelingsafspraken.

2. Simon H. The Architecture of Complexity. Proceedings of the American Philosophical Society 1962 (!); 106: 467-82.

3. In dit verband is het experiment met een regionaal budget in Limburg interessant. Zie Groot LMJ. Regionalisatie, markt en concurrentie. Medisch Contact 1988; 43: 272-4.

4. Inmiddels heeft Van Aardenne, voorzitter van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, zich tijdens een symposium over de inrichting van zorgsubstitutie (Utrecht, 2 juni) uitgelaten voor de overheidsstimulering van de vorming van voorzieningencusters rondom patiëntenstromen.

5. Zie bijvoorbeeld Medisch Contact van 4 maart jl. (MC nr. 9/1988), waarin Willemse, Jurg en Boot in hun artikel 'Van regionale planning naar een regionaal bestuursmodel' het relatief provinciaal SER-model als uitgangspunt gebruiken voor het formuleren van een provinciale taak.

# Klinisch-chemische laboratoriumdiagnostiek in ziekenhuizen

## De laboratoriumproductie in perspectief

Op verzoek van de Gezondheidsraad is een enquête gehouden onder in algemene ziekenhuizen werkzame klinisch chemici. Doel was, een aantal trends in het klinisch-chemisch laboratoriumonderzoek te inventariseren. Dit artikel beoogt enkele facetten en mogelijke conclusies van de enquête weer te geven.

De verkregen gegevens hebben betrekking op 14 klinisch-chemische laboratoria van ziekenhuizen die verspreid zijn over geheel Nederland. De deelnemende ziekenhuizen variëren in grootte: het gemiddeld aantal bedden in de bestudeerde tien jaren was tussen de 140 en 890. Microbiologische en andere laboratoria zijn buiten beschouwing gelaten.

### VERLOOP PRODUCTIE

Allereerst is gevraagd een inzicht te geven in het verloop van de productie in de door de betrokken klinisch chemici geleide laboratoria in de jaren 1977 t/m 1986. De productie is uitgedrukt in Spaanderpunten en niet in de werkelijke kosten van die laboratoria, omdat de Spaanderpunt tot nu toe de gebruikelijke norm voor productie-inventarisatie is. Het verloop in het aantal geproduceerde Spaanderpunten is geteld van 1977 t/m 1986. In die tien jaren zijn twee trends te onderscheiden, namelijk een geleidelijke stijging met zo'n 6% per jaar tussen 1977 en 1982, gevolgd door een stabilisatie tussen 1982 en 1986. In hoeverre de budgettering hierbij een rol heeft gespeeld is niet na te gaan, maar dat ze een rol heeft gespeeld lijkt wel voor de hand te liggen. Hoewel er nog geen concrete gegevens beschikbaar zijn over 1987, spreken alle laboratoria over een daling van het aantal Spaanderpunten, tot -10% toe.

De geconstateerde stabilisatie is, voor zover de statistieken van het Nationaal Ziekenhuisinstituut dat weergeven, in feite een daling van de klinische productie, die verschuift naar poliklinische verrichtingen.

De waargenomen stijging in Spaanderpunten gedurende de eerste zes jaren is ten zeerste achtergebleven bij de stijging van de totale kosten van de gezondheidszorg (30% tegenover 50%) en de kosten

### Dr. G. T. B. Sanders

*Wil de omgebogen lijn van het laboratoriumonderzoek werkelijk neerwaarts gaan, dan is een continue bewaking van het gehele proces, van aanvraag tot en met rapportage van de uitslagen, noodzakelijk. Maximale diagnostische informatie tegen een minimale prijs is slechts te bereiken in voortdurend overleg tussen clinicus en klinisch chemicus. De voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie trekt zijn conclusies uit een enquête voor de Gezondheidsraad.*

van de algemene, academische en categorale ziekenhuizen (eveneens 30% tegenover 50%) over dezelfde periode.

### SOORT BEPALINGEN

Inventarisatie naar de soort bepalingen waarvan de aantallen in die tien jaren het sterkst zijn gestegen, toonde een eerste plaats voor Natrium/Kalium en Kreatinine. Een groep van 'matige stijgers' bestond uit ALAT, Glucose en Calcium. Een lichte toename was te zien in het aantal aanvragen voor ASAT, Leukocyten, Alk. Fosfatase, Hb/Ht en Totaal Eiwitgehalte. Vermeldenswaard is de daling in het aantal Bilirubinebepalingen dat in de loop van tien jaar werd verricht. Ook werd een aantal bepalingen uit het pakket verwijderd.

Op de top-tien over 1986 stonden: Hb/Ht, BSE, Glucose, Leukocyten, Kreatinine, Natrium/Kalium, Alk. Fosfatase, Leukocyten Differentiatie, Urine-onderzoek en ALAT. Dat betekent, dat naast enkele algemene onderzoeken de aandacht primair uitgaat naar nier- en leverfuncties en uiteraard de diabetescontrole.

Zou men de kosten van klinisch-chemisch laboratoriumonderzoek willen verminderen, dan levert reductie in aantallen van deze top-tien voor de meeste

soorten bepalingen geen substantiële besparing op, omdat de veel voorkomende bepalingen tot de goedkoopste behoren (Hb/Ht, BSE, totaal aantal leukocyten, leukocytdifferentiatie en urineonderzoek).

### TRENDS

We zullen nu een aantal trends in factoren die de laboratoriumproductie kunnen beïnvloeden nagaan.

Geconstateerd kan worden, dat over de bekeken periode het aantal geregistreerde werkzame specialisten met bijna 50% is gestegen en het aantal huisartsen met 20%. In het bijzonder valt te melden dat de stijging in het aantal medisch specialisten in de eerste zes jaren parallel liep met de toename van het aantal laboratoriumonderzoekingen. Ten aanzien van de toekomst wordt in het 'Eindadvies behoefteeraming medisch specialisten' in dit verband enkele interessante uitspraken gedaan. Over de ontwikkelingen in de pathologische anatomie zegt men, dat die in hoge mate afhankelijk zijn van de ontwikkelingen binnen andere specialisten (interne geneeskunde, heelkunde, gynaecologie/verloskunde). Bij de medische microbiologie wordt onder meer gewezen op de toenemende therapeutische begeleiding en het sterkere accent op preventie. Wat voor de pathologische anatomie en de medische microbiologie geldt, geldt evenzeer voor de klinische chemie!

Polikliniekbezoeken bij algemene en academische ziekenhuizen stegen met 30% in de afgelopen tien jaren, waarbij de stijging het grootst was in de vlak achter ons liggende jaren.

Terwijl het aantal ziekenhuizen en ziekenhuisbedden afnam, was er een nog sterkere reductie van de ligduur, waardoor het aantal opnamen ten opzichte van 1977 steeg. Aannemende dat het aantal bepalingen per opname niet daalde, maar waarschijnlijk steeg door de kortere tijdsduur waarin de klinische behandeling moest gebeuren, lijkt ook hier een oorzaak van produktietoename van de laboratoria te liggen.

Ook de toename van de Nederlandse be-

volking en het aantal personen ouder dan 65 jaar daarin, dienen te worden vermeld. De vergrijzing zal ook juist in de toekomst een factor van betekenis worden.

Aan het einde van deze opsomming van de trend beïnvloedende factoren wil ik erop wijzen dat er recentelijk een aantal maatregelen is genomen dat tot productie-uitbreiding kan leiden. Van overheidswege wordt namelijk gepleit voor meer onderzoek naar ziekte en gezondheid, versterking van extramurale en preventieve zorg, en meer aandacht voor de ziekte AIDS. Toch kan men zich afvragen, of er bij de activiteiten om de gezondheidszorg goedkoper te maken niet naar de verkeerde wegen wordt gezocht. Want weeg de kosten van enig extra laboratoriumonderzoek maar eens af tegen die van een extra ligdag!

Concluderend kan hier worden gesteld, dat ondanks externe druk, dat wil zeggen factoren die buiten de laboratoria zelf zijn gelegen, de hoeveelheid laboratoriumonderzoek aanzienlijk is achtergebleven bij de algehele trend in de gezondheidszorg.

## BESLUIT

Verdere reductie van laboratoriumonderzoek dient te worden geëffectueerd door maatregelen die buiten de directe sfeer van de laboratoria zelf liggen. De klinisch chemicus kan daarbij een belangrijke rol spelen. Want wil men de omgebogen lijn van het laboratoriumonderzoek werkelijk neerwaarts laten leiden, dan is, gezien de hierboven gesignaleerde 'opwaartse' krachten, een continue, ter zake kundige bewaking van het gehele proces van de aanvraag tot en met de rapportage van de uitslagen aan de medicus noodzakelijk. Die bewaking regardeert allereerst de zorg voor een goede analytische kwaliteit. Maar steeds meer komen financiële beperkingen binnen de gezondheidszorg daarbij om de hoek kijken. Die stellen de klinisch chemicus op de proef om samen met de aanvragend arts te komen tot een optimaal rendement, in termen van maximale diagnostische informatie tegen een minimale prijs. Dat vraagt om zinvolle reductie van aanvragen, hetgeen alleen kan worden bereikt door een uitstekende

communicatie- en informatiestroom tussen clinicus en klinisch chemicus<sup>1</sup>. De laatste brengt daarbij zowel professionele (analytische en pathofysiologische) als organisatorische kennis en ervaring in. Aan een dergelijke combinatie is juist nu in de gezondheidszorg grote behoefte. Willen de ziekenhuizen het diagnostische proces dan ook werkelijk goed in de hand houden, dan biedt een uitbreiding van het aantal klinisch chemici een interessante oplossing: zij zullen hun geld snel terugverdienen.

Tenslotte pleit dit alles ervoor dat bij discussies over klinisch-chemische laboratoria naast de overheid en de betalende instanties ook de klinisch chemici zelf worden betrokken. □

## Literatuur

1. Speicher CE, Smith JW. Choosing Effective Laboratory Tests. Philadelphia: WB Saunders, 1983.

# Laetrile tussen wal en schip

Af en toe wordt in de vakliteratuur een gerechtelijke beslissing gehekelde omdat deze uit medisch-farmaceutisch oogpunt onbegrijpelijk is. Groot was bijvoorbeeld de verontwaardiging, waarmee een Amerikaanse apotheker enige jaren geleden beschreef hoe een rechter hem het zwijgen had opgelegd terwijl hij als getuigedeskundige optrad: omdat hij geen arts was, mocht hij van de rechter de jury niets over het menselijk lichaam uitleggen; het werd hem zelfs niet toegestaan een medisch tijdschrift te citeren, hoewel hij twee artikelen in de JAMA op zijn naam had staan<sup>1</sup>. Minstens zo verbijsterend was de recente vonniswijziging op de claim van een Amerikaans echtpaar dat de aangeboren afwijkingen van hun dochtertje door een spermatocide middel zouden zijn veroorzaakt: ofschoon tijdens de rechtszaak duidelijk bleek dat de wetenschappelijke bewijzen voor een oorzakelijk verband ontbraken, werd de fabrikant van het middel toch veroordeeld tot het uitkeren van miljoenen dollars aan schadevergoeding<sup>2</sup>.

## Dr. P. A. G. M. de Smet

*Een recente uitspraak van het Hof in Amsterdam maakt het nog eenvoudiger dan het al was om alternatieve producten in Nederland te importeren en ze zonder enige vorm van beoordeling vooraf als geneesmiddel te presenteren. Daarbij komt dat de ingebouwde veiligheidsklep de eerste keer al niet blijkt te werken, aangezien werd verzuimd Laetrile-producten als een zodanig gevaar voor de volksgezondheid aan te merken dat een registratieverplichting mag worden opgelegd. De apotheker Dr. P. A. G. M. de Smet, hoofd van de documentatie- en informatiedienst van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, is verontrust.*

Wie in de hoop leefde dat medisch-farmaceutisch merkwaardige beslissingen alleen maar in een Amerikaanse rechtszaal kunnen worden genomen, zal zijn mening moeten herzien. Vorig jaar deed het Gerechtshof te Amsterdam namelijk uitspraak over een reeds jaren slepende kwestie, waarin de vraag centraal stond of bepaalde met name genoemde ongeregistreerde middelen (een aantal vitaminepreparaten en dergelijke) in Nederland vrij zouden mogen worden verhandeld<sup>3</sup>.

## VOORSPEL

De zaak begon te spelen in 1981, toen een groothandelaar in en importeur van deze middelen door een Amsterdamse kantonrechter werd veroordeeld wegens het in voorraad houden van een grote hoeveelheid verpakte ongeregistreerde farmaceutische producten met het doel deze af te leveren. De verdachte ging tegen dit vonnis in hoger beroep bij de arrondissementsrechtbank te Amsterdam. De zaak spitste zich op de volgende twee



vragen toe: waren de bewuste produkten inderdaad geneesmiddelen en, zo ja, moesten zij in Nederland worden geregistreerd, ook wanneer zij afkomstig waren uit een ander EG-land, waar zij niet behoefden te worden geregistreerd? In verband met het Europese aspect van deze zaak besloot de rechtbank eerst enige vragen aan het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen voor te leggen. De antwoorden die het Europese Hof in 1983 gaf, komen in essentie hierop neer:

– Een uitdrukkelijke aanprijzing op de verpakking is geen noodzakelijke voorwaarde om een produkt als geneesmiddel te mogen beschouwen.

– Een EG-land mag aan de invoer van een produkt dat in een andere lidstaat vrij verhandelbaar is alleen maar een belemmering (zoals een registratieverplichting) in de weg leggen wanneer dit ter bescherming van de volksgezondheid noodzakelijk is.

Nadat de rechtbank vervolgens in 1984 het vonnis van de kantonrechter had vernietigd, kwam de zaak terecht bij de Hoge Raad en na vernietiging en verwijzing bij het Gerechtshof te Amsterdam, dat op 27 oktober 1987 uitspraak deed.

## ARREST

Het Amsterdamse Gerechtshof heeft zich in zijn arrest in grote lijnen gebaseerd op de conclusies van het Europese Hof. Naar zijn oordeel waren de meeste aangetroffen produkten inderdaad geneesmiddelen, omdat deze zich in een zodanige vorm of verpakking bevonden dat de gemiddelde consument deze wel voor geneesmiddelen moest houden.

Na dit te hebben bepaald, boog het Hof zich over de vraag of de middelen dan ook zouden moeten worden geregistreerd. De verdachte had namelijk aangevoerd dat de meeste aangetroffen produkten in een of meer andere EG-landen vrij verhandelbaar waren en door hem ook grotendeels via zo'n andere lidstaat waren ingevoerd. Ook ten aanzien van dit punt volgde het Hof de visie van het Europese Hof dat een registratieverplichting voor een produkt dat in een ander EG-land vrij verhandelbaar is, een ontoelaatbare invoerbeperking betekent, tenzij het produkt een ernstig gevaar voor de volksgezondheid oplevert. Op grond van verklaringen van deskundigen kwam het Hof vervolgens tot de conclusie dat een dergelijk ernstig gevaar niet was aangetoond<sup>4</sup>: 'Van enig gevaar van

betekenis bij verhandeling van deze substanties in lidstaten, waar zodanige verhandeling vrij is, is niet gebleken, zodat niet aannemelijk is dat die verhandeling in Nederland wel ernstig gevaar voor de volksgezondheid zou opleveren. Ook de niet nader door de deskundigen à charge geconcretiseerde vrees dat mensen door het kopen van deze substanties zouden afzien van het inroepen van noodzakelijke medische begeleiding, levert geen ernstig gevaar als vorenbedoeld op.'

Hoewel het Hof dus oordeelde dat het importeren van de bewuste produkten geen strafbaar feit oplevert, zolang de invoer maar plaatsvindt vanuit een ander EG-land waar verhandeling vrij is, werd verdachte toch schuldig bevonden aan het overtreden van Wet op de Geneesmiddelenvoorziening. Hij had namelijk niet kunnen aangeven welke produkten uit de EG en welke van elders afkomstig waren; en voor geneesmiddelen die uit landen buiten de EG worden ingevoerd geldt onverminderd dat zij wel moeten worden geregistreerd. Als straf werd verdachte een geldboete opgelegd van 750 gulden (waarvan 500 voorwaardelijk). Van de in beslag genomen middelen werd er één aan de verdachte teruggegeven, aangezien dit produkt niet als geneesmiddel kon worden aangemerkt.

## BESCHOUWING

De uitspraak van het Amsterdamse Gerechtshof, dat vrijwel alle aangetroffen produkten geneesmiddelen waren, is van groot belang, omdat het begrip 'geneesmiddel' hier ruimer wordt uitgelegd dan de interpretatie die de Hoofdingspectie van de Volksgezondheid voor de Geneesmiddelen in twijfelgevallen als beleidslijn heeft aangehouden. In 1985 werd althans in verband met een twijfelgeval door de toenmalig hoofdingspecteur verkondigd<sup>5</sup>, dat een produkt zelfs niet als geneesmiddel in de zin der wet kon worden aangemerkt wanneer op het etiket van de verpakking een aanbeveling voorkomt dat het middel goed of gunstig is voor een bepaald lichaamsdeel of lichaamsfunctie; volgens de hoofdingspecteur mocht alleen van een geneesmiddel worden gesproken wanneer de verpakking expliciet aanprijst voor welke aan-doening(en) het produkt is bedoeld.

Dat het Hof een ruimere definitie van het begrip 'geneesmiddel' heeft gegeven, moet van harte worden toegejuicht. Tot dusverre was het immers niet zo moeilijk een produkt impliciet als een geneesmiddel te presenteren. Zolang expliciete aan-

prijzingen in en op de feitelijke verpakking maar werden vermeden, behoefde men er niet snel voor beducht te zijn dat het produkt juridisch als geneesmiddel zou worden aangemerkt en daarmee aan alle voorwaarden zou moeten voldoen die de Wet op de Geneesmiddelvoorziening aan geneesmiddelen stelt.

De uitspraak van het Amsterdamse Hof dat een registratieverplichting voor een produkt dat in een ander EG-land vrij verhandelbaar is, alleen toelaatbaar is wanneer het produkt een ernstig gevaar voor de volksgezondheid oplevert, is op zich beschouwd een weloverwogen standpunt. Hiermee wordt immers enerzijds recht gedaan aan het economisch zo belangrijke principe van vrij handelsverkeer tussen EG-lidstaten onderling en blijft er anderzijds voldoende houvast over om toch in te grijpen wanneer dit medisch-farmaceutisch noodzakelijk mocht zijn.

Hoe wijs dit Salomonsoordeel ook is, de praktische betekenis ervan valt of staat met de uitvoering die eraan wordt gegeven. Helaas moet worden geconstateerd dat deze feitelijke uitvoering in het onderhavige geval reden tot bezorgdheid geeft. In de dagvaarding worden namelijk de volgende in beslag genomen middelen genoemd<sup>4</sup>:

- Leatril B 17 2× 10 a 2 1/2 gr;
- Leatril Amygdalin tabletten;
- Leatril 100 mg 100 mbl.

Dat het Hof in zijn arrest geen enkele differentiatie heeft aangebracht tussen deze middelen en andere aangetroffen produkten (zoals vitamine B- en C-preparaten) is onbegrijpelijk.

Laetrile – wat in plaats van Leatril de gebruikelijke spelling is – wordt ook wel aangeduid als 'amygdaline' of 'vitamine B17', hoewel nimmer is aangetoond dat het hier om een vitamine gaat. De substantie wordt als een middel ter voorkoming en genezing van kanker aangeprezen, zonder dat deze claim ooit overtuigend met wetenschappelijke bewijzen is onderbouwd. Laetrile levert bij ontleding blauwzuur op en vormt zodoende een potentiële bron van acute of chronische cyanidevergiftiging<sup>6</sup>. Er bestaat slechts een smalle veiligheidsmarge, zodat toxische effecten en/of hoge cyanidespiegels al snel mogelijk zijn<sup>7</sup>; grote hoeveelheden per os zijn meer dan eens met een dodelijke intoxicatie in verband gebracht<sup>8,9</sup>. Om deze reden is Laetrile in Groot-Brittannië sinds enige jaren alleen nog maar op recept verkrijgbaar<sup>10</sup>.

Naast de rechtstreekse risico's van Lae-

trile bestaat het indirecte gevaar dat een kankerpatiënt van deze stof met onbewezen waarde de voorkeur geeft boven een orthodoxe therapievorm waarvan wél een hoog genezingspercentage bekend is<sup>11</sup>. Vorig jaar nog werd in een Nederlands tijdschrift voor alternatieve geneeswijzen geponeerd dat Laetrile minder giftig is dan suiker en dat deze stof kanker alleen kan genezen als de patiënt 'niet te ernstig is beschadigd of aangetast door bestraling of giftige chemische middelen'<sup>12</sup>. Is het ondenkbaar dat zulke stellige beweringen een kankerpatiënt van een waardevolle orthodoxe therapie zouden kunnen afhouden?

De potentiële gevaren van Laetrile waren reeds bekend in 1981, het jaar waarop de rechtszaak betrekking had. Zij hadden dus bij de beoordeling kunnen worden betrokken. Helaas wordt uit het arrest in het geheel niet duidelijk in hoeverre het Amsterdamse Hof van deze gevaren kennis heeft genomen. Het is echter hoe dan ook verontrustend, dat in een Nederlandse rechtszaal is verzuimd Laetrile-producten als een zodanig gevaar voor de volksgezondheid aan te merken dat een registratieverplichting mag worden opgelegd.

Overigens roept het vonnis behalve medisch-farmaceutische bezorgdheid ook een juridische vraag bij mij op. Een sailant detail in het arrest is namelijk, dat de verdachte juist de Laetrile-producten had uitgezonderd bij zijn verweer dat de middelen elders in de EG vrij verhandelbaar waren. Waarom heeft het Hof dan toch uitsluitend een standpunt geformuleerd inzake middelen die in een ander EG-land vrij verkrijgbaar zijn?

## AFSLUITING

In de inleiding van dit commentaar werd gerefereerd aan een Amerikaans proces waarin de vermeende teratogene werking van een spermatocide middel zonder wetenschappelijke bewijzen toch een schadevergoeding van miljoenen dollars opleverde. Het commentaar op deze affaire in de New England Journal of Medicine doet een dringend beroep op de lezers<sup>2</sup>, waarmee mutatis mutandis ook hier kan worden afgesloten (als het een niet-medicus tenminste vergund is een medisch tijdschrift te parafraseren): 'Deze problemen vragen een krachtige respons van de medische en farmaceutische gemeenschap. Wij moeten het publiek duidelijk maken dat advocaten en rechters niet mogen gaan bepalen welke middelen in dit land vrij worden verkocht. Clinici en onderzoekers zullen hun traditionele afkeer om als getuige-deskundige in de rechtszaak op te treden moeten overwinnen. Het publiek moet worden geleerd dat er verschillende soorten alternatieve middelen zijn en moet ervoor worden gewaarschuwd dat sommige middelen gevaarlijk voor de gezondheid kunnen zijn. Dit is een verantwoordelijkheid die niet mag worden veronachtzaamd.'

*Gaarne wil ik mijn dank betuigen aan Mr. F. Moss, verbonden aan de afdeling Juridische Zaken van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie te 's-Gravenhage, voor het kritisch doornemen van dit commentaar.*

## Literatuur

1. Doering PL. Clinical pharmacy: two steps forward, one step back. *Drug Intell Clin Pharm* 1983; 17: 564-5.
2. Mills JL, Alexander D. Teratogens and 'litogens'. *New Engl J Med* 1986; 315: 1234-6.
3. Sagel J. Geneesmiddelen of voedingssupplementen? *Pharm Weekbl* 1988; 123: 353-5.
4. Arrest Gerechtshof Amsterdam 27 oktober 1987 (rolnr 23-001480-85).
5. Harderwijk ED. Wanneer is een (homeopathisch) geneesmiddel een geneesmiddel? *Pharm Weekbl* 1986; 121: 53-6.
6. Chandler RF, Anderson LA, Phillipson JD. Laetrile in perspective. *Can Pharm J* 1984; 117: 517-20.
7. Moertel CG, Fleming TR, Rubin J et al. A clinical trial of amygdales (Laetrile) in the treatment of human cancer. *New Engl J Med* 1982; 306: 201-6.
8. Sadoff L, Fuchs K, Hollander J. Rapid death associated with Laetrile ingestion. *JAMA* 1978; 239: 1532.
9. Braico KT, Humbert JR, Terplan KL, Lehotay JM. Laetrile intoxication. Report of a fatal case. *New Engl J Med* 1979; 300: 238-40.
10. Anoniem. Laetrile Control. *Pharm J* 1984; 232: 189.
11. Kill KA. Unproven cancer therapies. *Am J Pharm* 1988; NS28: 82-6.
12. Anoniem. Leven zonder kanker. Deel 2. *Natu Medicae* 1987, nr. 2: 9-11.

# PRAKTIJKPERIKELLEN

## Vakantiegeld

*Als huisarts/medisch adviseur van een verzekering kreeg ik recentelijk een nota voorgelegd voor tijdens een wintersportvakantie gemaakte ziektekosten.*

*Mw. A. was in Oostenrijk van een ijsig trapje gegleden en had daarbij volgens haar zeggen een kneuzing van haar rechterbeen opgelopen. Gelukkig verbleef de Nederlandse collega B, huisarts, in hetzelfde hotel; deze werd bereid gevonden om voor f 82,— nog diezelfde zaterdag naar de kneuzing te kijken (weekendvisite c.q. bezoek kamer Mw. A). De twee daarop volgende dagen werden er nog controles ad f 57,— per controle uitgevoerd (avondconsulten na 20.00 uur ter praktijk: lees: consult kamer collega B). Totaal bedrag nota, inclusief materiaalkosten: f 204,25.*

*Het lijkt een aardig idee om in de financiële vrieskou zo toch een zorgeloze wintersportvakantie te houden.*

Korte door artsen geschreven signalen. Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht door de redactie van Medisch Contact.

## KNMG

## Cursus 'Gezondheidsethiek en gezondheidsrecht'

Wegens het grote succes van de vorige cursus organiseren de KNMG en het Instituut voor Gezondheidsethiek te Maastricht dit najaar wederom een driedaagse nascholingscursus 'Gezondheidsethiek en gezondheidsrecht' te Utrecht. De deelname is beperkt.

**Algemene informatie**

**Cursus:** Gezondheidsethiek en gezondheidsrecht in theorie en praktijk. Aan de hand van casus zullen diverse ethische en juridische vraagstukken worden besproken. De volgende onderwerpen komen aan de orde: Gezondheidsethiek en gezondheidsrecht en hun onderlinge verhouding; Spreken en zwijgen rond het ziekbed; en Continueren of beëindiging van leven.

**Duur cursus:** drie dagen: vrijdag 21 oktober, vrijdag 4 november en vrijdag 18 november 1988.

**Plaats** KNMG-gebouw, Lomanlaan 103, Utrecht.

**Organisatie:** KNMG en Instituut voor Gezondheidsethiek, Maastricht.

**Doelgroep:** primair artsen; ook inschrijving vanuit andere groeperingen werkzaam in de gezondheidszorg is in beperkte mate mogelijk; maximaal aantal deelnemers: 30.

**Kosten:** f 425,— (inclusief cursusboeken, lunch, koffie en thee). KNMG-leden krijgen een korting van f 75,— zodat de ledenprijs f 350,— bedraagt.

**Informatie:** Mr. W. R. Kastelein, secretaris, en Th. M. G. van Berkestijn, secretaris-arts KNMG, tel. 030-823911; Dr. Inez de Beaufort en Dr. M. A. M. de Wachter, Instituut vvo Gezondheidsethiek, tel. 043-217575.

**Inschrijving:** Instituut voor Gezondheidsethiek, Postbus 778, 6200 AT Maastricht, tel. 043-217575. Storting van het cursusgeld geldt als inschrijvingsbewijs.

**Docenten:** Elk onderdeel van de cursus wordt begeleid door een arts, een jurist en een ethicus.

**Cursusprogramma**

**Eerste cursusdag:** vrijdag 21 oktober 1988.

**Onderwerp:** Gezondheidsethiek, gezondheidsrecht en hun onderlinge verhouding.

**Ochtend:** inleiding gezondheidsethiek, inleiding gezondheidsrecht.

**Middag:** casuïstiek.

**Docenten:** Prof. Dr. J. C. van Es, oud-hoofredacteur Medisch Contact, voormalig hoogleraar huisartsgeneeskunde; Prof. Dr. H. M. Kuitert, hoogleraar in de systematische theologie (dogmatiek en ethiek) aan de Vrije Universiteit van Amsterdam; en Mr. W. R. Kastelein, secretaris-jurist KNMG.

**Tweede cursusdag:** vrijdag 4 november 1988

**Onderwerp:** Spreken en zwijgen rond het ziekbed

**Ochtend:** casuïstiek informatie op het gebied van de genetica.

**Docenten:** Mr. Dr. J. K. M. Gevers, wetenschappelijk hoofdmedewerker Gezondheidsrecht, Universiteit van Amsterdam; Dr. M. A. M. de Wachter, directeur Instituut voor Gezondheidsethiek te Maastricht; en Prof. J. van der Kamp, hoogleraar klinische genetica, Klinisch Genetisch Centrum te Leiden.

**Middag:** casuïstiek beroepsgeheim, 'informed consent'.

**Docenten:** Th. M. G. van Berkestijn, secretaris-arts KNMG; Prof. Dr. H. J. J. Leenen, hoogleraar sociale gezondheidszorg te Amsterdam aan het Instituut voor Sociale Geneeskunde; en Prof. Dr. H. Dupuis, hoogleraar medische ethiek, Faculteit Geneeskunde te Leiden.

**Derde cursusdag:** 18 november 1988.

**Onderwerp:** Continueren of beëindigen van leven.

**Ochtend:** casuïstiek euthanasie.

**Docenten:** Prof. Dr. C. van der Meer, voormalig hoogleraar inwendige geneeskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam; Prof. Dr. C. P. Sporken, hoogleraar gezondheidsethiek en wijsbegeerte aan de Rijksuniversiteit Limburg; en Mr. E. Ph. R. Sutorius, advocaat te Arnhem.

**Middag:** casuïstiek levensbeëindiging bij pasgeborenen.

**Docenten:** Prof. Mr. W. B. van der Mij, buitengewoon hoogleraar gezondheidsrecht aan de Erasmus Universiteit Rotterdam en adviseur van de KNMG; Prof. Dr. C. Versluys, kinderarts Universiteitskliniek voor kinderen en jeugdigen, Het Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht; en Drs. G. M. W. R. de Wert, ethicus, Instituut voor Gezondheidsethiek te Maastricht.

## KNMG

## Oproep aan alle KNMG-afdelingen

De KNMG wil via de rubriek 'Uit de Verenigingen' in Medisch Contact al haar afdelingen zoveel mogelijk op de hoogte houden van elkaars activiteiten. Hiertoe worden diverse nog te houden gebeurtenissen tijdig in MC gepubliceerd. Dat tijdig publiceren kan

alleen als het materiaal van dergelijke mededelingen ruimschoots van te voren – dat wil zeggen circa twee maanden voor de geplande datum – in het bezit is van de afdeling PR van de KNMG, t.a.v. Mw. G. W. van Straten, tel. 030-823341.

## KNMG

## Bijeenkomst Contactgroep Nieuwe Leden Leiden

Dinsdag 10 mei 1988 was voor de leden van de Contactgroep Nieuwe Leden van de KNMG, afdeling Leiden en Omstreken, een bijzondere dag. Voor de tweede maal organiseerde deze enthousiaste groep jonge artsen de mei-bijeenkomst. Was het in 1987 nog een lokaal gebeuren, in 1988 wilden de contactgroepleden de avond een regionaal karakter geven en dit resulteerde in een minisymposium met als thema: 'Artsen vroeger, nu en in de toekomst'. Dankzij uitgebreide voorbereidingen werd de avond een succes. Ongeveer 250 artsen en hun partners uit de regio kwamen naar Grandhotel 'Huis ter Duin' te Noordwijk om het minisymposium bij te wonen.

Rond 20.00 uur werden de gasten verwelkomd door de afdelingsvoorzitter Dr. M. P. Hennink, waarna het minisymposium werd geopend door de avondvoorzitter en tevens contactgroeplid Dhr. L. P. Otto. Als eerste spreker trad op Mw. A. van Marrewijk. Gezien haar achtergrond als geschiedkundige met als hoofdvak 'de Middeleeuwen', schetste zij de velden waarin artsen werkzaam waren gedurende voornoemde periode. Met name werd daarbij aandacht besteed aan de hof- en/of lijfarts, de broeder-arts en de stadsarts. Verduidelijkt werd daarbij hoe deze artsen te werk gingen en werd er stilgestaan bij hun maatschappelijke positie. Het geheel werd geïllustreerd met een aantal boeiende en soms ook komische dia's. Als tweede spreker trad op Dhr. H. van Bolhuis, eveneens lid van de contactgroep. De titel van zijn voordracht luidde: 'Van medische macht naar medische onmacht'. Dhr. van Bolhuis verduidelijkte de verschuiving van zogenoemde 'archetypische' of 'machts'instellingen in de loop van de tijd: oorspronkelijk was dit de 'kerkelijke

macht', later werd dit de 'rechterlijke macht' en ten slotte de 'medische macht'. Thans dreigt het gevaar van de 'financieel-administratieve macht' met als kernbegrip 'efficiency'. Ook hier werd aandacht geschonken aan de maatschappelijke positie van de arts. Derde spreker was Dhr. A. J. Westerveld. Na een boeiende uiteenzetting over de biotechnologie gaf Dhr. Westerveld, gezien zijn functie van directeur van de Farmaca Divisie van Gist-Broca-des NV, zijn visie als ondernemer op de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Tevens gaf hij zijn persoonlijke visie op de huidige maatschappelijke positie van artsen en de rol van de KNMG hierbij. Vierde en laatste spreker was Dhr. C. M. M. Zwinkels. Als organisatieadviseur en management-consultant houdt Dhr. Zwinkels zich voornamelijk bezig met strategische vraagstukken. Kernpunt van zijn lezing was dan ook hoe artsen zich strategisch kunnen opstellen en hoe de KNMG hen hierbij kan helpen. Begrippen als 'facility-management' en 'efficiency' stonden centraal.

Door tijdnood werd de geplande forumdiscussie achterwege gelaten. Wel werden na iedere spreekbeurt nog vragen vanuit de zaal beantwoord. Het gezelschap begaf zich tenslotte naar een andere zaal waar drankjes en hapjes gereed stonden om onder het genot van de 'Generation Band' verder te praten (en te dansen).

Al met al was deze door de Contactgroep Nieuwe Leden georganiseerde avond een succes. Een dergelijk initiatief verdient in andere afdelingen van de KNMG zeker opvolging om jonge artsen beter in hun beroepsvereniging te laten participeren. Tenslotte is één van de doelstellingen van de Contactgroep: 'integratie en participatie'.

## KNMG

## Servicerubriek werkzoekende artsen

Deze rubriek is opengesteld voor werkzoekende KNMG-leden. Via deze rubriek kunnen werkzoekende artsen zich – anoniem – bekendmaken aan potentieel geïnteresseerden. Hiertoe schrijft u in telegramstijl de belangrijkste gegevens op (opleiding, eventuele specialisatie, bijzondere interesse, ervaring, leeftijd en dergelijke) en stuurt deze gegevens naar de KNMG, t.a.v. de secretaris Public Relations, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht. De KNMG zorgt dan voor verdere afhandeling, zoals tekststroomlijning, publikatie en doorzending van reacties aan de inzender. Wat betreft dat laatste kunt u desgewenst ook uw eigen telefoonnummer en/of adres vermelden in deze mededeling. Het duurt twee à drie weken voordat publikatie kan plaatsvinden, houdt u daar rekening mee. Uiteraard geldt deze service uitsluitend voor leden van de KNMG. Geïnteresseerden kunnen schriftelijk reageren via de KNMG, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht ter attentie van de secretaris Public Relations (onder vermelding van het desbetreffende servicenummer) of via het in de annonce genoemde telefoonnummer.

99. Basisarts, 27 jr, Zwolle. Ervaring: wetenschappelijk onderzoek op klinisch-chemisch laboratorium. Interesse: het opdoen van klinische ervaring via een assistentschap interne geneeskunde of chirurgie, wetenschappelijk onderzoek. Reacties: 038-299911, pieper 236; na 19.00 uur tel. 038-212002.

100. Vrouwelijke huisarts, 34 jr, ruime waarnemerservaring en ervaring in de jeugdgezondheidszorg en bedrijfsgeneeskunde. Interesse: waarneming, associatie of overname van huisartspraktijk. Voorkeur: midden/oosten van Nederland. Beschikbaar vanaf 1 september 1988. Achterwacht aanwezig. Reacties: tel. 053-769095.

101. Algemeen arts met veel ervaring, 50 jr. zoekt werk in behandelend of sociaal-geneeskundige sector. Ervaring: o.a. 6 jr huisarts, 5 jr sociale geneeskunde (schoolarts plus verzekeringsgeneeskundige) en 5 jr interne geneeskunde (BRD). Interesse: geriatrie. Reacties: tel. 05437-75367.

102. Oogarts, 31 jr, veel ervaring, zoekt waarneming. Interesse en vaardigheid in verschillende typen lasers. Reacties: tel. 070-274829.

103. Basisarts, 30 jr, in bezit van bewijs van bevoegdheid radiodiagnostisch laborant, onderzoekervaring in de nucleaire geneeskunde, zoekt assistentschap of onderzoek in radiodiagnostiek of nucleaire geneeskunde. Reacties: tel. 05970-25172.

104. Basisarts, 25 jr, Amsterdam, gehuwd, 2 kinderen. Artsexamen juni 1988. Interesse: chirurgie en haar deelspecialismen, extra coschappen urologie en orthopedie. Zoekt arts-assistentschap in de chirurgie of een deelspecialisme daarvan, liefst in Randstad of arts-assistentschap interne/cardiologie. Reacties: tel. 020-851537.

## De positie van de huisarts in de toekomst

*Een visie van het hoofdbestuur op de discussienota van de LHV 'De positie van de huisarts in de toekomst'*

### 1. Inleiding

Het hoofdbestuur is eind 1987 in het bezit gekomen van de discussienota, welke de Landelijke Huisartsen Vereniging heeft uitgebracht onder de titel 'De positie van de huisarts in de toekomst'. Het hoofdbestuur achtte de nota van groot belang en had grote waardering voor het feit dat de Landelijke Huisartsen Vereniging de positie van de huisarts in deze vorm ter discussie wil stellen alvorens een definitief standpunt in te nemen. Teneinde aan deze discussie een zo goed mogelijk onderbouwde bijdrage te leveren besloot het hoofdbestuur tot het instellen van een werkgroep. Deze werkgroep kreeg de volgende samenstelling:

Th. M. G. van Berkestijn (HB), secretaris  
F. N. M. Bierens, adviseur  
J. J. Blom (HB), voorzitter  
H. P. A. F. Hoebe (HB)  
F. N. Hoogendijk (bureau KNMG), rapporteur, en  
M. C. P. J. Verpalen (HB)

### 2. Het rapport van de werkgroep

Na een korte samenvatting van de kerngedachte uit de LHV-nota deelt de werkgroep haar commentaar in een aantal paragrafen. Deze betreffen de inhoud van de huisartsgeneeskunde en met name het basistakenpakket alsmede mogelijke facultatieve taken, de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde, waaronder speciale aandacht voor de beroepsopleiding, de deskundigheidsbevordering en het aantekeningstelsel. Vervolgens worden voorstellen gedaan met betrekking tot een basismiddelenpakket.

Tot slot besteedt de rapportage van de werkgroep speciaal aandacht aan een aantal omschreven aspecten van een goede beroepsuitoefening, zoals de beschikbaarheid, de waarneming en de samenwerking met anderen. met een enkele opmerking betreffende de honoreringsstructuur en de rol van de beroepsorganisatie sluit de werkgroep haar commentaar af. In het onderstaande zal op deze punten iets nader worden ingegaan.

De werkgroep begint met te stellen dat het een goede zaak is dat de beroepsgroep zelf het initiatief neemt om de randvoorwaarden te formuleren voor een goede gezondheidszorg, met name in de eerste lijn, in plaats van in deze tijd van bezuinigingen die voorwaarden van buitenaf te laten opleggen. Daarom wordt toegejuicht dat ook anderen, met name de specialisten, een dergelijke visie het licht hebben doen zien in hun rapport 'De specialist van morgen'. De werkgroep hoopt dat de LVSG spoedig zal volgen. Terloops wijst de werkgroep erop dat ze in haar commentaar ook het KNMG-rapport uit 1976 'De plaats van de medicus in het eerste echelon' heeft betrokken.

De werkgroep acht het juist dat het thans vigerende basistakenpakket wordt gehandhaafd, maar wijst er tevens op dat de in het rapport van de KNMG 'Gezondheidszorg bij beperkte middelen' geopperde suggestie, dit takenpakket – afgezet tegen de doelstellingen van de gezondheidszorg volgens McKeown – nader uit te werken nog niet is overgenomen. De werkgroep meent dat dit met name de discussie over de vraag of de huisarts naast zijn basistaken ook nog facultatieve taken kan vervullen kan helpen verhelderen.

Uitgangspunt bij een evenwichtig samengesteld basispakket moet zijn dat diegene die de hulp het best kan geven dit ook doet. Afhankelijk van ter plaatse bestaande situaties en de beschikbaarheid van de diverse beroepsbeoefenaren zal aan de patiënt zoveel mogelijk zorg 'op maat' moeten worden gegeven. Dat betekent dat in bepaalde regio's de huisarts een aantal taken zal moeten vervullen die in andere regio's door andere beroepsbeoefenaren worden vervuld. Eis is dan wel dat die huisarts c.q. die andere beroepsbeoefenaar daarvoor is geschoold en wel zonder kwaliteitsverschil in de zorg voor de patiënt.

Voor wat betreft de beroepsopleiding stelt de werkgroep dat het brengen daarvan onder de regie van de beroepsgroep niet mag betekenen dat de huidige structuur en werkwijze van colleges en registratiecommissies onder verantwoordelijkheid van de KNMG wordt gewijzigd. Die constructie biedt immers de garantie dat vermenging van materiële en immateriële belangenbehartiging niet kan plaatsvinden.

Ten aanzien van het punt deskundigheidsbevordering stelt de LHV-discussienota verplichte nascholing voor. De werkgroep stelt dat uitsluitend verplichte nascholing nog geen garantie vormt voor deskundigheidsvermeerdering. Daarvoor zullen ook andere instrumenten moeten worden gebruikt, met name gestructureerd overleg tussen bijvoorbeeld huisarts en specialist, alsmede een goede – liefst geprotocolleerde – informatieuitwisseling tussen huisarts en specialist bij opname en ontslag. Dit heeft behalve een waarschijnlijk beter en meer op maat toegesneden leereffect – het gaat immers over eigen patiënten – ook nog andere effecten ten gunste van de patiëntenzorg, zoals een betere samenwerking tussen huisarts en specialist en dat komt uiteraard de patiënt ten goede. De werkgroep juicht de gedachte toe om nauwkeurig te gaan omschrijven waaraan de uitrusting en organisatie van een huispraktijk minimaal dient te voldoen. De werkgroep doet de suggestie door lokale visitatiecommissies te laten nagaan of aan deze eisen met betrekking tot een basismiddelenpakket is voldaan. Het zou een eerste goede stap kunnen zijn op weg naar een gestructureerde intercollegiale toetsing en kwaliteitbewaking.

Ten aanzien van de beschikbaarheid merkt de werkgroep op dat het niet alleen noodzakelijk is dat de huisarts zijn waarneming goed regelt, maar dat ook de huisarts zelf voor zijn eigen patiënten een minimum aantal uren per dag bereikbaar is. Met betrekking tot de waarneming zelf wil de werkgroep een aantal nadere normen ontwikkelen, te weten: iedere huisarts moet deel uitmaken van een waarnemingsgroep, een waarnemingsgroep mag niet meer dan zes praktijken of circa 13.000 zielen omvatten en waar dat niet mogelijk is zullen extra maatregelen moeten worden genomen, zoals een achterwacht. Voorts dienen de huisartsen onderling de informatieuitwisseling en de bereikbaarheid van patiëntengegevens tijdens de waarneming goed te regelen.

Naar de mening van de werkgroep verdient het onderwerp samenwerking zowel met beroepsgenoten als met andere werkers in de gezondheidszorg meer aandacht dan het in de discussienota krijgt. Niet alleen de kerndisciplines zijn van belang, maar ook sociaal-geneeskundigen (met name verzekeringsgeneeskundigen en bedrijfsartsen) en specialisten.

Tenslotte doet de werkgroep enige suggesties met betrekking tot de honoreringsstructuur en sluit daarbij aan bij een nota welke de LHV in 1981 reeds het licht deed zien. Het voorstel van de werkgroep houdt in dat als alternatief voor een gedifferentieerde of een

## OFFICIEEL

gemengde honorering, zoals de LHV-discussienota die voorstelt, het de moeite waard zou zijn te onderzoeken of het mogelijk is in de honoreringsstructuur een soort carrièrelijn in te bouwen, zodat ervaring en dergelijke worden meegenomen en dat naarmate iemand langer huisarts is zijn honorarium oploopt.

### 3. De discussie in het hoofdbestuur

Het hoofdbestuur heeft zich in grote lijnen achter de voorstellen en suggesties van de werkgroep kunnen scharen. Ten overvloede wellicht zij opgemerkt dat het hoofdbestuur geen standpunt ten aanzien van de LHV-discussienota inneemt, maar slechts met behulp van de commentaren en gedachten die de werkgroep heeft

geuit een bijdrage wil leveren aan de discussie. Dat geldt met name voor de opmerkingen die in het rapport zijn gemaakt over de honoreringsstructuur. Het hoofdbestuur is zich uiteraard bewust van het feit dat de materiële belangenbehartiging niet tot zijn competentie behoort. Toch meent het dat een suggestie in het kader van deze discussienota op zijn plaats is.

#### Literatuur

'De positie van de huisarts in de toekomst', van de LHV, oktober 1987.

'De positie van de huisarts in de toekomst' van Mw. Drs. P. J. Brands, MC nr. 3 - 22 januari 1988 - 43.

# LVSG

## Jaarverslag LOSGIO over 1987

*Hieronder treft u aan het jaarverslag van het Landelijke Overleg Sociaal-Geneskundigen In Opleiding (LOGGIO) over 1987. De activiteiten van het LOSGIO worden mogelijk gemaakt door de financiële steun van de LVSG. De inhoud van het jaarverslag valt onder de eigen verantwoordelijkheid van het LOSGIO.*

### 1. Structuur en samenstelling

1.1 Structuur van het LOSGIO. Het Landelijke Overleg Sociaal-Geneskundigen In Opleiding (LOGGIO) is opgericht in 1983 mede dankzij de LVSG. De doelstelling van het LOSGIO is het bereiken van een optimale kwaliteit van de opleiding in relatie tot de (beroepsspecifieke) praktijkkenmerken. De sociaal-geneskundigen in opleiding (SGIO's) zijn bij uitstek in staat aan te geven hoe de door anderen bedachte en verzorgde opleidingen bij de praktijk aansluiten. Daarom streeft het LOSGIO naar een actieve samenwerking met de beleidsbepalende en uitvoerende organisaties in deze.

Er wordt gestreefd naar een samenstelling van vertegenwoordigers van elke cursusgroep van alle zogeheten takken van de opleiding Sociale Geneeskunde in een Platform. Dit Platform vergadert tweemaal per jaar. De vergaderingen van het Platform worden voorbereid door de Stuurgroep, samengesteld uit zo mogelijk twee vertegenwoordigers per opleidingsstak plus een voorzitter. De Stuurgroep voert ook de door het Platform genomen besluiten uit. Hiertoe komt de Stuurgroep ca. zes maal per jaar bijeen.

1.2 Samenstelling van het LOSGIO. In de loop van 1987 heeft een aantal leden van de vier grote takken AGZ, BGZ, JGZ en VG wegens voltooiing van de opleiding de Stuurgroep verlaten. Een aantal - maar helaas niet alle - vacatures werd weer opgevuld. Verheugend is te kunnen vermelden dat de sinds 1986 bestaande opleiding Medische Milieukunde, die tot 1987 nog niet was vertegenwoordigd in de Stuurgroep, vanaf begin 1987 een enthousiaste vertegenwoordiger heeft in de persoon van de heer P. van den Hazel.

In 1987 werd de Sportgeneeskunde erkend als aparte tak van de Sociale Geneeskunde. In 1988 zal ook deze opleiding worden benaderd om zich in de Stuurgroep te laten vertegenwoordigen. Eind 1987 zag de samenstelling er als volgt uit:

voorzitter: Mw. J. Bloot;

AGZ-vertegenwoordigers: Mw. R. M. A. Geels, Hr. A. Hamers;

BGZ-vertegenwoordigers: Hr. P. A. R. Nijs, vacature;

JGZ-vertegenwoordigers: Hr. P. van Eeden/Hr. C. A. J. van Heusden, vacature;

VG-vertegenwoordigers: Mw. J. E. L. M. Mooi, Hr. R. Foekens;

MM-vertegenwoordiger: Hr. P. van den Hazel;

Sportgeneeskunde: vacature.

In 1987 kwam het Platform tweemaal bijeen (9 april en 12 november); de Stuurgroep kwam zesmaal bijeen (25/2, 25/3, 24/6, 16/9, 28/10 en 16/12).

### 2. Externe contacten

2.1 Bestaande contacten. Teneinde de doelstelling van het LOSGIO gestalte te geven en de samenwerking met beleidsbepalende en uitvoerende organisaties verder uit te bouwen hebben enkele stuurgroepleden een vertegenwoordigersfunctie voor het LOSGIO naar:

LVSG: Mw. R. M. A. Geels, Hr. A. Hamers (plaatsvervanger);

CSG: Mw. J. E. L. M. Mooi, Hr. P. A. R. Nijs (plaatsvervanger);

Onderwijscommissies van de:

NVAB: Hr. P. A. R. Nijs;

NVAG: Hr. A. Hamers;

NVJG: Hr. P. van Eeden/Hr. C. A. J. van Heusden;

NVVG: Hr. R. Foekens;

werkgroep MM: Hr. P. van den Hazel.

2.2 Uitbouw externe contacten. Het met de LVSG bestaande contact in de vorm van een LOSGIO-vertegenwoordiger in de LVSG-vergaderingen werd verstevigd, in die zin dat een aantal maal extra overleg plaats heeft gevonden tussen een aantal Stuurgroepleden en het LVSG-bestuur. De aandacht die de LVSG heeft getoond voor de ideeën en kritiekpunten van het LOSGIO is verheugend te noemen. Van beide kanten wordt erkend dat wij elkaar tot steun kunnen (en moeten?) zijn.

Reeds geruime tijd bestond er een groeiende behoefte ook een regelmatig contact te hebben met de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC). De SGRC houdt zich immers met de 'praktijkuitvoering van de opleiding' bezig: voert de CSG-bepalingen en regels uit; visiteert instituten; toetst de opleidingsinstituten, opleiders, supervisors en de SGIO's zelf. Verheugend is dan ook te kunnen vermelden dat op ons verzoek en met medewerking van de LVSG in 1987 een begin is gemaakt om dit regelmatige contact tot stand te brengen en dat verder zal worden uitgebouwd in 1988.

Een ander belangrijk extern contact dat in 1987 werd 'opgepakt' is het contact met de opleidingsinstituten in Leiden en Utrecht. De opleiders BGZ, VG en AGZ hebben een stuurgroepvergadering bijgewoond om wederzijds na te gaan hoe wij elkaar met raad en daad kunnen bijstaan. Overeengekomen is om de agenda's van de Platform- en Stuurgroepvergaderingen naar de opleiders te sturen en indien de behoefte bestaat gevraagd en ongevraagd te reageren cq zaken aan de orde te stellen. Het plan is om in 1988 ook met de andere opleiders een dergelijk contact op te bouwen.



## OFFICIEEL

## 3. Punten van aandacht in 1987

3.1 Enquête. De grootste aandacht van het LOSGIO ging in 1987 uit naar de enquête. Naar aanleiding van gesignaleerde problemen rond de opleidingsduur bij parttimers heeft het LOSGIO een enquête gehouden onder 400 van de ca. 520 SGIO's om de aard en omvang van het probleem in kaart te brengen. De aandacht daarbij ging vooral naar de verdeling van de tijdsbesteding van de SGIO's aan studieactiviteiten respectievelijk 'werken in de praktijk' over zogeheten eigen tijd, respectievelijk de tijd van de werkgever. Platformlid P. Rasch, Mw. R. Geels en de voorzitter hebben een aanvang gemaakt met een eerste verwerking: De respons van 340 SGIO's (=85%) is hoog te noemen. Uit de enquête blijkt dat er voor parttimers ten opzichte van fulltimers andere afspraken worden gemaakt met betrekking tot het volgen van de opleiding (=theorie en stage) in werktijd. Slechts 28.1% van de parttimers volgt de theorie volledig in werktijd en 34.1% van hen volgt de stage volledig in werktijd. Voor fulltimers zijn deze cijfers 92.8%, respectievelijk 86.0%. Verder bleek dat SGIO's (fulltimers én parttimers) tijdens afwezigheid in verband met de theorie of stage slechts in 39.7% respectievelijk 47.1% van de gevallen door een collega worden vervangen. Bij 60.6% respectievelijk 50% van alle SGIO's blijft bovendien het werk geheel of gedeeltelijk liggen. De grootste problemen doen zich voor bij de JGZ-ers, die van oudsher het meest parttime werken.

Deze eerste indruk werd reeds vastgelegd in de vorm van een bijdrage aan de LVSG-column in Medisch Contact nr. 1, 1988. Hierin werd tevens ingegaan op de consequenties van de enquête-resultaten voor de bepaling van de duur van de praktijkopleiding (d.i. de tijd waarin de SGIO onder supervisie staat). Een gedetailleerde uitwerking van de enquête is in de loop van 1988 te verwachten.

3.2 Kwaliteit van de opleiding. Wederom heeft de kwaliteit van de opleiding veel aandacht gekregen, met name het onderwerp 'supervisie'. Een aantal Stuurgroepleden is nauw betrokken bij de werkgroep 'Supervisie'. A. Hamers woonde het studieweekend van de LVSG op 4 en 5 september bij, waar 'supervisie' één van de aandachtspunten was. R. Foekens vertegenwoordigde het LOS-

GIO op de studiedag van de SGRC getiteld 'greep op de kwaliteit van de opleiding' op 6 november. Ook in 1988 zal dit onderwerp een punt van aandacht blijven.

3.3 PR-activiteiten. Hieronder is te verstaan het ontwikkelen van een 'informatiefolder' over het LOSGIO, waarin kort wordt samengevat wat het LOSGIO is en doet. Regelmatig hielden Stuurgroepleden in het verleden introductiepraatjes bij de opleiding Verzekeringsgeneeskunde. Wij hebben een aanvang gemaakt de opleidingsinstituten te verzoeken om standaard bij elke nieuw te starten cursusgroep tijd voor het LOSGIO vrij te maken om deze introductiepraatjes ook bij de andere opleidingen te houden. Er werd steeds door de instituten positief gereageerd. In 1988 zullen ook de nog niet benaderde opleidingen dit verzoek ontvangen.

## 4. Jaarplan 1988

Een aantal taken voor 1988 is reeds hierboven aangestipt. De grootste aandacht willen wij geven aan de ontwikkeling van de mening van het LOSGIO over de opleidingseisen. Gebleken is dat tot nog toe het LOSGIO bepaalde punten van kritiek heeft op diverse aspecten van de opleidingen, vaak gebaseerd op ervaringen uit de praktijk. Om het niet te laten blijven bij kritiek alleen is het nodig na te gaan wat de mening het LOSGIO zelf is ten aanzien van de opleidingen. Het zou goed zijn als wij in 1988 kunnen komen tot een 'Nota', waarin het LOSGIO op een constructieve wijze meedenkt en aangeeft hoe de opleidingen van de diverse takken eruit zouden kunnen cq moeten zien. Groot discussiepunt hierbij is steeds welke delen van de opleiding voor alle takken gelijk zouden kunnen (of zelfs moeten) zijn en welke delen per se per tak zouden moeten verschillen. De mening van de zogeheten achterban zal via het Platform worden geïnventariseerd, waarna de Stuurgroep zal trachten te komen tot de nota 'De opleiding van de Sociaal Geneeskundige-in-opleiding'.

Delft, 10 april 1988

Mw. J. Bloot, voorzitter

## LSV

## Convocatie Ledenvergadering 15 september

Convocatie voor de Ledenvergadering der Landelijke Specialisten Vereniging, te houden op donderdag 15 september 1988 om 19.15 uur in het Jaarbeurs Congrescentrum te Utrecht.

## AGENDA

1. Opening.
2. Goedkeuring notulen Ledenvergadering d.d. 23 juni 1988.
3. Inleiding van de voorzitter.
4. a. Goedkeuring jaarverslag van de secretaris over het jaar 1987.
- b. Goedkeuring jaarverslag van de penningmeester over het jaar 1987.
- c. Verslag van de Geldmiddelencommissie. Goedkeuring van het door het Centraal Bestuur gevoerde financiële beleid annex décharge van de penningmeester.

Er zij op gewezen dat, ingevolge artikel 7 lid 2 van de Statuten der LSV, leden van het Centraal Bestuur door de Ledenvergadering uit de gewone leden worden gekozen op voordracht van: een District; tenminste 25 gewone leden der LSV; het Centraal Bestuur. Voordrachten voor eventuele kandidaten dienen ingevolge artikel 20 van het Huishoudelijk Reglement der LSV vóór 1 september 1988 schriftelijk bij het Bureau der LSV te zijn ingediend, vergezeld van een schriftelijke bereidverklaring van de desbetreffende kandidaten.

## 5. Verkiezingen.

Voorziening in een drietal vacatures, ontstaan door vertrek van:

- Dr. J. W. Merkelbach per 1 januari 1988;
- B.A. Leliveld per 1 juli 1988;
- R. A. F. de Lind van Wijngaarden per 1 juli 1988.

## 6. Stand van zaken in de relatie overheid – LSV.

- a. Algemeen.
- b. Met betrekking tot het norminkomen.
- c. Met betrekking tot de praktijkkosten.
- d. Met betrekking tot de bedden- en functiereductie. In dit kader zal tevens het Rapport van de LSV-Beleidsadviescommissie Bedden- en Functiereductie deel II aan de orde worden gesteld.

## 7. Wat verder ter tafel komt.

## 8. Rondvraag.

## 9. Sluiting.

Namens het Centraal Bestuur

A. ten Hove Jansen, secretaris

## KNMG

## Kort verslag 193ste Algemene Vergadering

Verslag van de 193ste Algemene Vergadering van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, gehouden op vrijdag 22 april 1988 in het Jaarbeurscongrescentrum te Utrecht.

# I. OPENING VAN HET OPENBARE GEDEELTE VAN DE ALGEMENE VERGADERING

De *voorzitter*, *Cense*, opent het openbare gedeelte van de Algemene Vergadering en heet allen welkom, in het bijzonder de collegae Mw. Borst en Sips, die aanstonds punt IV van de agenda, 'de kwaliteit van het medisch handelen' zullen inleiden.

# II. BENOEMING VAN EEN COMMISSIE VAN REDACTIE VAN HET VERHANDELDE TER ALGEMENE VERGADERING

De Algemene Vergadering benoemt de collegae Hefting (Assen) en Diepersloot, secretaris-generaal, tot leden van de commissie van redactie.

# III. INLEIDING VAN DE VOORZITTER

De *voorzitter* spreekt de Algemene Vergadering als volgt toe: 'Geachte collegae! Wij bespreken vanavond twee zeer belangrijke agendapunten: Voor de pauze opiniërend over de kwaliteit van het medisch handelen. Na de pauze discussiëren wij over de structuur van onze Maatschappij. Twee onderwerpen die op het oog weinig met elkaar te maken hebben. Ik wil u in het kort toelichten dat de samenhang echter uiterst realistisch is. Beide onderwerpen zijn van groot belang voor het voortbestaan van onze Maatschappij. Allereerst enige woorden over de kwaliteit van het medisch handelen tegen de achtergrond van de overheidsmaatregelen.

In navolging van het rapport van de commissie-Dekker 'Bereidheid tot verandering', stelt het kabinet in zijn derde Dekkerbrief, 'Verandering verzekerd', dat de aanbieders van de zorg verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit. Het stelt zich zelfs voor om in dit verband over te gaan tot het oprichten van zogenoemde Certificatie-instituten. Via deze Certificatie-instituten kunnen zowel kwaliteitseisen worden geformuleerd als ook controles plaatsvinden op de naleving daarvan. Wordt niet voldaan aan de kwaliteitseisen dan zal dat ertoe kunnen leiden dat het certificaat niet of slechts onder voorwaarden wordt verleend. Het kabinet vervolgt dan: 'Het niet bezitten van een certificaat zal tot gevolg hebben dat de verzekeraar geen contract afsluit met de desbetreffende instelling of bijvoorbeeld tariefskorting toepast. Ook zullen patiënten/consumenten naar verwachting minder snel gebruik maken van een dergelijke instelling'.

Elders lees ik dat de verzekeraars zowel ten aanzien van het volume van de dienstverlening, de prijs van de dienstverlening alsook de kwaliteit van de dienstverlening de nodige speelruimte dienen te hebben bij hun onderhandelingen met zorgaanbieders. Tenslotte signaleer ik dat de verzekeraars in het nieuwe stelsel van zorg de rol krijgen toebedeeld van intermediair tussen aanbieders van zorg enerzijds en de vragers van zorg – patiënten en consumenten – anderzijds.

Plaats ik deze korte opmerkingen tegen het licht van een hevige concurrentiestrijd die de verzekeraars met elkaar gaan voeren om een zo groot mogelijk marktaandeel te bemachtigen dan kom ik met één heldere gevolgtrekking: Professie, aanbieders voor zorg verenigt u en zorgt dat u, dat wij primair de kwaliteitscriteria gaan bepalen! Wanneer er Certificatie-instituten gaan komen – wie zal dat overigens betalen? – dienen wij de criteria daarvoor vast te stellen! Criteria die zijn gebaseerd op deskundigheid en zorginhoudelijke argumenten en overwegingen. Wij moeten overigens niet afwachten of deze Certificatie-instituten wel of niet in deze vorm gerealiseerd gaan worden. Er staat immers het volgende te gebeuren:

1. De overheid wil zich terugtrekken met haar bemoeienissen, niet alleen met regelgeving maar ook financieel.

2. De contracteerplicht en de vestigingsregeling huisartsen worden opgeheven.

3. De verzekeraars krijgen veel meer ruimte, invloed en macht.

4. De concurrentiestrijd, het marktmechanisme doet zijn intree.

5. De verzekeraars zullen een bikkelharde strijd voeren om hun marktaandeel zo groot mogelijk te krijgen.

Ook tegen deze achtergrond moeten wij ons heel bewust in de markt prijzen met onze kwaliteitscriteria voor goede zorg; dat mag de patiënt van ons verwachten. Dit is tevens een belangrijke mogelijkheid om niet te worden gedegradeerd tot een speelbal van financiële belangen in de gezondheidszorg.

Wij, de professie, en dus de KNMG, dienen in beginsel de kwaliteitscriteria vast te stellen. Ik stel mij voor dat wij dat uiteindelijk uitwerken in nauwe samenwerking met de vragers van de zorg! Want het is toch primair in het belang van de patiënt dat er kwalitatief goede zorg wordt aangeboden. Kwalitatief goede zorg mag geen object van concurrentie zijn! In deze visie past het niet dat de verzekeraars de intermediair zijn tussen de aanbieders en de vragers van de zorg. In deze visie past het ook niet dat verzekeraars contracten kunnen of mogen afsluiten met aanbieders die niet voldoen aan de vastgestelde kwaliteitscriteria. In deze visie past wel dat een sterke beroepsorganisatie landelijke raamwerkafspraken maakt met de verzekeraars. Afspraken die op regionaal niveau nader kunnen worden uitgewerkt.

In deze visie past ook dat wij kritiek hebben op het regeringsvoorstel om de extramurale geneesmiddelen en fysiotherapie buiten het basispakket te laten vallen. Immers dit is precies de verkeerde soort substitutie. In dit verband zijn de argumenten van de regering om te kiezen voor een smal basispakket met aanvullingen niet overtuigend. Waarom is er niet gekozen voor een breed, maar op medisch inhoudelijke gronden geschoond basispakket?

Wat betreft de kwaliteit van de zorgverlening signaleer ik een ernstige gedachtenfout bij het kabinet. In het rapport 'Verandering verzekerd' lees ik dat de kwaliteit van de zorgverlening zonder meer wordt gerelateerd aan het niveau van gezondheid, ziekte en sterfte. Afgezien van het probleem welke meetinstrumenten hiervoor worden gehanteerd, is het een gevaarlijke en onjuiste simplificatie wanneer de begrippen gezondheidszorg en volksgezondheid met elkaar worden vergeleken. Ook deze gedachtenkronkel dient ééndrachtig te worden weerlegd door de aanbieders van de zorg die immers verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de zorg.

Discussies over de kwaliteit van de zorg op basis van verkeerde uitgangspunten en conclusies zullen leiden tot misverstanden en conflicten. Het benadrukt echter wel de rol en de verantwoordelijkheid van de professie en dus van de KNMG. Het hoofdbestuur wil deze verantwoordelijkheid ook concretiseren. Voor de zomer hopen wij met een eerste notitie te komen waarin de verschillende aspecten betreffende kwaliteitscriteria nader zijn uitgewerkt en geoperationaliseerd. Het KNMG-keurmerk krijgt daarmee wellicht handen en voeten.

Dames en heren, dit waren slechts enkele inleidende woorden met betrekking tot het onderwerp 'de kwaliteit van het medisch handelen in het licht van de maatschappelijke ontwikkeling'. Rest mij in dit verband nog één opmerking: Wanneer ik spreek over maatschappelijke ontwikkelingen zie ik ook een belangrijke taak en functie van de beroepsgroep in het signaleren van medisch-ethische proble-

men, waarbij in feite de gehele samenleving betrokken is. De Commissie 'aanvaardbaarheid levensbeëindigend handelen' heeft deze week een discussienota betreffende levensbeëindigend handelen bij zwaar-defecte pasgeborenen in de publiciteit gebracht. Het argument van de commissie, dat het zowel voor haar eigen gedachtenvorming als ook voor de uiteindelijke standpuntbepaling van het hoofdbestuur van groot belang is over deze complexe materie kennis te nemen van de meningen van anderen, heeft het hoofdbestuur gerespecteerd. In het licht van een zorgvuldig kwaliteitsbeleid is het een juiste beslissing van het hoofdbestuur geweest zich in dit stadium te onthouden van een oordeel over deze uiterst ingewikkelde en belangrijke problematiek. Ik wil eindigen met een enkel woord over het programma na de pauze.

De ingrijpende veranderingen in ons gezondheidszorgbestel maken het meer dan ooit noodzakelijk dat de medische professie, verenigd in de KNMG, gezamenlijk haar uitgangspunten, doelstellingen en beleid formuleert. U heeft de spelers in het veld gekozen die deze uitgangspunten, doelstellingen en dit beleid moeten realiseren! Deze spelers in het veld ervaren ook de onderlinge spanningen om tot een goede afstemming te komen. Spanningen die op de tribune vaak niet zichtbaar of merkbaar zijn!

Alle spelers in het veld die u heeft ingezet, doen vanavond een gezamenlijk beroep op u de tactiek en de structuur van het team te wijzigen, teneinde het team doelmatiger, effectiever en slagvaardiger te kunnen laten spelen. Het spelersteam is ervan overtuigd dat in het licht van de maatschappelijke ontwikkelingen een herbezinning op tactiek en structuur dringend noodzakelijk is!

#### IV. KWALITEIT VAN HET MEDISCH HANDELEN

**Mw. Dr. E. Borst-Eilers**, vice-voorzitter van de Gezondheidsraad: 'Dames en heren! De kwaliteit van het medisch handelen staat sterk in de belangstelling, niet alleen in Nederland, maar in de meeste Westeuropese landen. Overall worden congressen en symposia georganiseerd over de kwaliteit van het medisch handelen en vooral ook over het verband tussen kwaliteit en doelmatigheid. Ik noem daarvan enkele oorzaken:

1. de toegenomen complexiteit van de geneeskunde: een arts – of specialist – kan niet langer alles binnen zijn vakgebied of specialisme meer beheersen; als er geen taakverdeling (of 'echelonnering') wordt toegepast dan ontstaan direct kwaliteitsverschillen;
2. de toegenomen mondigheid van de consument: deze durft kwaliteit te eisen en vraagt daarover informatie; geeft de beroepsgroep die informatie niet dan gaat de consument die zelf organiseren, zoals zich in de Verenigde Staten heeft voorgedaan met alle gevolgen van dien;
3. de kostenbeheersing: in alle Westerse landen is de grote vraag, hoe er kan worden bezuinigd op de gezondheidszorg met behoud van kwaliteit.

De laatste jaren is er veel onderzoek gedaan, vooral in de Verenigde Staten, naar: het meten van kwaliteit; het verklaren van kwaliteitsverschillen en de vraag of en zo ja hoe men kan bezuinigen met behoud van kwaliteit.

Ik zal vanavond enkele voorbeelden uit de literatuur bespreken die naar mijn mening interessante gegevens hebben opgeleverd over de kwaliteit van het medisch handelen. Ik beperk mij daarbij tot de specialistische geneeskunde. Vooraf merk ik op dat het bij al het gepubliceerde onderzoek gaat om de meetbare aspecten van kwaliteit, zoals sterfte, complicaties, juiste indicatiestelling en adequate therapie.

Een belangrijk aspect van kwaliteit blijft derhalve noodgedwongen buiten beschouwing, namelijk de arts-patiëntrelatie, de individuele geneeskunst van de arts. Met name bij ongeneeslijke en chronische aandoeningen is dit een zeer belangrijk element van de kwaliteit van het medisch handelen. Het gaat dus over de *harde* aspecten van kwaliteit. Het meten van kwaliteit van medisch handelen is moeilijk, veel moeilijker dan men zou denken. Het lijkt

logisch om uitkomst te meten: sterfte lijkt een gemakkelijk criterium, maar het probleem is dat de kans op overlijden hoofdzakelijk wordt bepaald door de ernst van de ziekte, meer dan door de kwaliteit van de arts. Sterftcijfers moeten dus zorgvuldig worden gecorrigeerd voor de ernst van het ziektebeeld.

De overheid en de consument zijn beide zeer in kwaliteit geïnteresseerd, maar hebben niet de kennis om die correctie aan te brengen. In de Verenigde Staten is het echter al zo ver, dat beide sterftestatistieken van ziekenhuizen publiceren. De Health Care and Financing Administration in de Verenigde Staten publiceert sterftcijfers van Medicare-patiënten per ziekenhuis en per patiëntencategorie, zoals: patiënten met kanker, patiënten met ernstige hartziekten, rekening houdend met de leeftijdsopbouw van een bepaalde patiëntenpopulatie in een bepaald ziekenhuis. Op grond daarvan wordt gesproken van een verwachte sterfte en worden de werkelijke sterftcijfers van een ziekenhuis naast de verwachte cijfers gelegd. Zo ontstaat een soort van telefoonboek, waarin alle ziekenhuizen worden genoemd inclusief de 'resultaten' op het gebied van de zorgverlening. Heeft een ziekenhuis een ongunstige 'rating' dan is duidelijk dat de verwijzing ernaar zal afnemen. In diverse tijdschriften is hiertegen geprotesteerd, maar het gaat wel door.

Ook de consumenten in de Verenigde Staten zijn actief: de 'Public Citizen' publiceert cijfers over sterfte en kosten, zowel per ziekenhuis als per individuele arts. Uit een rapport, getiteld 'How good – and how expensive – is surgery at Maryland hospitals?' laat ik de volgende statistiek zien:

Hospital	MD #	# of deaths	# of operations	doctor mortality rate
Johns Hopkins	OG4306	3	41	7,3%
St. Agnes	177	3	63	4,8%
St. Agnes	207	3	50	6,0%
Kent & Queen	4	3	42-50	6-7,1%
Suburban	6012	3	83	3,6%
Union Memorial	599	3	69	5,8%
Washington Co.	219	3	57	5,3%

Het kan bijzonder gevaarlijk zijn op deze wijze vergelijkingen te gaan maken en conclusies te trekken. Wie zal bijvoorbeeld zeggen of de chirurg in het Johns Hopkins Ziekenhuis niet de enige in Maryland is die alle moeilijke gevallen krijgt toegestuurd, omdat hij zo'n voortreffelijk chirurg is? Volgens deze statistiek staat hij te boek als grootste knoeier van de staat Maryland!

Als artsen zelf onderzoek doen naar sterfte als maat voor kwaliteit gaat het wat subtieler toe:

– Knaus et al. (1986). Outcome from intensive care units. Een score ontworpen om de ernst van de toestand te meten bij opname op intensive care; kans op sterfte volgt uit de score. Werkelijke sterfte vergeleken met verwachte sterfte. Zeer bruikbaar om kwaliteit van IC's te vergelijken.

– Dubois et al. (1987 NEJM). Rand Corporation en UCLA. Uitgegaan van de ruwe cijfers van ziekenhuizen: werkelijke sterfte vergeleken met verwachte sterfte. Toen 11 hoge en 11 lage uitbijters nader onderzocht, om de verschillen te verklaren.

Uit het onderzoek van Knaus kwam tevoorschijn dat er tussen de diverse IC's tamelijk grote verschillen kunnen voorkomen, die bij nader onderzoek vooral zijn terug te voeren op een verschil in organisatie van de desbetreffende IC, dat wil zeggen het samenspel tussen de diverse disciplines die erbij betrokken zijn: artsen, verpleegkundigen.

Wat het onderzoek van Dubois betreft, werden met name de volgende drie aandoeningen nader onderzocht: CVA; hartinfarct; pneumonie. Daartoe werden 400 statussen zorgvuldig doorgevoerd en door een panel van experts beoordeeld. De sterfteverschillen tussen de ziekenhuizen bleken niet te worden verklaard door verschillen in diagnostische criteria, maar wel gedeeltelijk

## OFFICIEEL

door verschillen in ernst van het ziektebeeld. Na correctie daarvoor bleef toch nog over, dat de hoge uitbijters 10% meer sterfte hadden dan verwacht en de lage uitbijters 10% minder dan verwacht. Dit laatste verschil berustte volgens de experts op kwaliteitsverschil. Dezelfde methode, dat wil zeggen beoordeling van statussen door een panel, is ook in een recente Engelse studie naar peri-operatieve sterfte gevolgd. Als een van de resultaten kwam daaruit dat in de vakken chirurgie en anesthesie *ervaring* een belangrijke factor is als het gaat om een goede behandeling in een moeilijke casus. Uit het onderzoek van Public Citizen was ook al gebleken, dat chirurgen die een bepaalde ingreep meermalen per jaar (10 of meer) doen significant betere resultaten behalen dan chirurgen die een bepaalde ingreep slechts een enkele maal doen. Uit de Engelse studie is eveneens gebleken, dat ook organisatorische problemen – in het bijzonder problemen buiten de kantooruren – een aantal sterftegevallen hebben veroorzaakt die voorkomen hadden kunnen worden.

De *conclusie* uit dit soort onderzoek is mijns inziens: De uitkomst (outcome) is bruikbaar als maat voor kwaliteit, mits onderzocht en geïnterpreteerd door deskundige insiders.

Een andere aanpak om kwaliteit te meten, is niet de uitkomst te onderzoeken, maar het *proces*: Wat doen verschillende artsen/ziekenhuizen met overeenkomstige patiënten? Welke behandelingen worden toegepast? Zijn er diagnostische verschillen en is het een beter dan het ander? Een eerste conclusie van dit onderzoek is, dat er zeer veel variatie is tussen individuele artsen en tussen ziekenhuizen als het gaat om het behandelen van overeenkomstige patiënten. Een Amerikaanse onderzoeker, John Wennberg, heeft zich toegeleegd op dit onderzoek naar 'interdoktervariatie'. Prof. Wennberg heeft een gastdocentschap aan het AMC in Amsterdam en is van plan iedere zomer een aantal weken in Nederland college te geven en te helpen bij het ontwikkelen van dit onderzoek met de bedoeling de interdoktervariatie in Nederland terug te brengen. Een bekend onderzoek van Wennberg betreft de prostatectomie. In sommige Amerikaanse staten bleek 50% van de mannelijke bevolking deze operatie te ondergaan, in andere niet meer dan 15%. Vergelijkbare verschillen blijken zich voor te doen bij operaties als hysterectomie, coronary bypass, tonsillectomie, knie- en heupvervangings e.a. De vraag waar het om gaat, is of deze grote verschillen ook als kwaliteitsverschillen moeten worden aangemerkt. Ook hiernaar heeft de Rand Corporation onderzoek gedaan (Chassin, Kosecoff, JAMA 1987):

#### Geografische variatie in aantal verrichtingen per 10.000 MEDICARE-verzekerden.

	aantal	hoogste/ laagste
endarterectomie a. carotis .....	6-23	4
coronair angiografie .....	22-51	2,3
endoscopie prox. tr. dig. ....	94-153	1,6
coronaire bypass-operatie .....	7-23	3,1
vervangings kniegewricht .....	3-20	6,0

Een panel van medische experts heeft ook bij dit onderzoek een statusonderzoek gedaan met de vraag, of de signaleerde variaties op terecht of onterecht ingrijpen (appropriate/inappropriate use) berusten. Daartoe werden drie ingrepen aan een nader onderzoek onderworpen aan de hand van individuele statussen:

#### 'Inappropriate' use

	appropriate	equivocal	inappropriate
endarterectomie a. carotis (1302)	35%	33%	32%
coronair angiografie (1677)	74%	9%	17%
endoscopie prox. tr. dig. (1585)	72%	11%	17%

Uit dit onderzoek kunnen de volgende *conclusies* worden getrokken:

1. Er is verontrustend veel onterecht ingrijpen (inappropriate use), percentages rond 20 en hoger liggen boven datgene wat nog acceptabel is.

2. Inappropriate use komt wel meer voor in de hoge uitbijterziekenhuizen, maar verklaart de verschillen maar zeer gedeeltelijk: er blijft een onverklaarde variatie over.

Wennberg stelt dat de variaties niet te verklaren zijn uit 'beter' of 'minder goed' werken van de individuele arts, maar berusten op het feit dat er voor grote delen van de geneeskunde geen harde stand van wetenschap is. Er is nooit goed aangetoond a. wat precies het juiste indicatiegebied is voor een ingreep; b. wat precies de beste behandeling is voor bepaalde klachten (bijvoorbeeld glaucoom). Er is dus voor de individuele arts, mede afhankelijk van opleiding en ervaring, ruimte voor eigen invulling met betrekking tot diagnostiek en behandeling, zonder dat kan worden gesteld dat de een het goed doet en de ander niet. Aangezien een grote spreiding in allerlei ingrijpende operaties niet valt te verdedigen, vindt Wennberg het noodzakelijk om systematisch evaluerend onderzoek te doen bij veel voorkomende diagnostische en therapeutische procedures. Daarbij is te denken aan clinical trials en consensusbesprekingen, vooral ook kleinere. Op die manier kan men komen tot 'vernauwing' van de wijde marges en eventueel zelfs tot de opstelling van een protocol.

Verder kwam uit het onderzoek naar voren dat nogal wat *overbodige routinediagnostiek* wordt gedaan. Te denken is aan preoperatief röntgenonderzoek en laboratoriumbepalingen. In het AZL is door afschaffing van het preoperatief routine-onderzoek een besparing van ca. f 200.000,— per jaar bereikt. Een ander voorbeeld betreft het antibioticagebruik en het gebruik van geneesmiddelen in het algemeen.

Tot slot noem ik het *ineffectief management* van het diagnostiek- en behandelingsproces, waarover eveneens onderzoek is gedaan. Er blijkt doelmatiger gewerkt te kunnen worden met als voordelen kostenbesparing en kwaliteitsverhoging. In de Verenigde Staten is hiervoor een methode ontwikkeld door Baxter Management Division (adviesbureau), getiteld 'the best demonstrated costs'.

Het ziekenhuis met de 'best demonstrated costs' is een theoretisch model, dat als doelstelling wordt gepresenteerd en geformuleerd. Als het lukt om de medische staf hiervoor enthousiast te maken, kan het trachten te bereiken van dit 'ideaalbeeld' successen afwerpen.

Tot slot zet ik de *conclusies* nog eens op een rij:

1. Te grote kwaliteitsverschillen  
aanpak: concentratie moeilijke verrichtingen; en nascholing en toetsing.
2. Te grote variatie in medisch handelen door gebrek aan 'stand van de wetenschap'  
aanpak: evaluatieonderzoek.
3. Te veel overbodige routine  
aanpak: re-evaluatie bestaande routine.
4. 'Management'-behandelingsproces kan doelmatiger  
aanpak: onder meer 'best demonstrated practice' door klinici zelf, in samenwerking met epidemiologen, besiskundigen en bedrijfs-economen, managers.

Dr. A. J. B. I. Sips, huisarts te Vught, spreekt de Algemene Vergadering hierna als volgt toe:

'Dames en heren, afgevaardigden! Mij is gevraagd om u in te leiden in de aspecten van kwaliteitsbevordering in de huisartsgeneeskunde. Het gaat goed met de verbetering van de kwaliteit van het produkt huisartsgeneeskunde dat in ons land wordt geproduceerd. Indien de voortekenen niet bedriegen zal het daar ook steeds beter mee gaan. Bekend met het begrippenkader van kwaliteitsbeoordeling, zult u mij nu willen vragen hoe ik het begrip kwaliteit hierbij heb geoperationiseerd en aan welke aspecten ik dat meetbaar heb gemaakt. Dit zal echter niet mijn benaderingswijze zijn, immers kwaliteit is uiterst moeilijk definieerbaar, daarover gaan de meeste

discussiestukken, laat staan meetbaar te maken op een door allen geaccepteerde wijze. Natuurlijk zijn er wel cijfers die de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen zichtbaar maken, cijfers ontleent aan de registraties van ziekenfondsen en particuliere verzekeringsmaatschappijen, tot uitdrukking komend in verwijscijfers, opnamefrequenties, prescriptiepatronen etc. Mijn waarnemingspositie op de in gang zijnde ontwikkelingen is die van praktiserend huisarts, met enige ervaring als wetenschappelijk onderzoeker en betrokken bij bestuurstaken van het NHG. Vanuit dit gezichtsveld en op persoonlijke titel wil ik weergeven waarop ik bovengenoemde visie baseer en hoe ik aankijk tegen de kwaliteitsverbetering die in onze beroepsgroep gestaag voortgang maakt. In het navolgende betoog wil ik achtereenvolgens iets zeggen over de voorafgaande voorwaardenscheppende ontwikkelingen, de huidige kwaliteitsbevorderende activiteiten en hun consequenties.

#### *Voorwaardenscheppende ontwikkelingen*

In de voorafgaande periode waarin de huisartsgeneeskunde als wetenschappelijke discipline zich heeft ontwikkeld, zijn belangrijke elementen tot stand gekomen waarmee het fundament voor de huidige kwaliteitsverbetering is gelegd. Naar mijn mening moeten daarbij de volgende onderwerpen of ontwikkelingen worden genoemd. In de hier beperkt beschikbare tijd noem ik slechts hoofdpunten:

#### **Oprichting van het NHG**

De oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap in 1956 markeert volgens veler mening het begin van de huisartsgeneeskunde als wetenschappelijke discipline in ons land. Een beschrijving van de zorgverlening door de huisarts komt tot stand. De inhoud van de beroepsidentiteit van de huisarts wordt geformuleerd en belangrijke initiatieven worden genomen, zoals de oprichting van 'Huisarts en Wetenschap' en de introductie van de praktijk-administratiekaarten. Enige belangrijke commissies binnen het NHG verzetten in die periode belangrijk werk, zoals de commissie-wetenschappelijk onderzoek, de commissie-praktijkvoering, de commissie-medische psychologie en de commissie-nascholing.

#### **Beroepsopleiding**

In 1972 komt de eenjarige beroepsopleiding voor huisartsen tot stand en daarmee komt de verdere professionalisering van het huisartsenvak op gang. De inhoud van het vak moet duidelijk worden geformuleerd en overdraagbaar worden gemaakt ten behoeve van de beroepsopleiding. Een fundamentele bezinning op de wetenschappelijkheid van het dagelijks handelen van de huisarts komt daardoor op gang. Huygen verwoordt dit als volgt:

'Toen wij aan ons instituut begonnen met de beroepsopleiding tot huisarts, werden wij ermee geconfronteerd hoe slecht de basisopleiding aansloot bij de praktijk van alle dag. De arts-assistenten wisten dikwijls betrekkelijk veel van voor de huisarts zeldzame ziektebeelden, maar ontstellend weinig van de gewone ziekten en gezondheidsproblemen, die het dagelijks brood van de huisarts vormen. Zij zagen vooral spoken, onderzochten veel meer dan nodig was en zagen anderzijds voor de hand liggende zaken over het hoofd. Bovendien wisten zij, met een multi-specialistische basisopleiding, slecht raad met de wijze waarop de problemen in de huisartspraktijk worden aangepakt.'

De conclusies hieruit liggen voor de hand: huisartsgeneeskunde moet door huisartsen worden geformuleerd en moet gebaseerd zijn op wetenschappelijke feiten verzameld in de huisartspraktijk. Twee ingrediënten zijn daarbij van belang:

- Uitgegaan moet worden van het morbiditeitspatroon en de wijze van presenteren van klachten en aandoeningen zoals deze zich in de eerste lijn presenteren en daar ook worden behandeld, of verwezen.
- Wetenschappelijk geïnteresseerde huisartsen moeten volgen

een bepaalde methodiek werken aan inhoudelijke formulering van het huisartsgeneeskundig handelen, uitgaande van gegevens verzameld in de huisartspraktijk.

Huygen nam het initiatief om te komen tot normontwikkeling voor het huisartsgeneeskundig handelen door de instelling van een zogenaamde HGH-conferentie (huisartsgeneeskundig handelen). Hij beschrijft daarvan onder meer de volgende ervaringen: 'We realiseerden ons in de discussie dat we dingen dachten en deden louter en alleen omdat we dat altijd zo gedaan hadden. Wij beriepen ons daarbij op leerboeken, leermeesters, eigen ervaringen en indrukken, terwijl dergelijke argumenten in de discussie geen stand bleken te houden, omdat zij onvoldoende gebaseerd waren op in de huisartspraktijk objectief vastgestelde feiten.' ... 'Veel gegevens uit literatuur blijken afkomstig van specialisten met een heel eigen patiëntenmateriaal die leiden tot conclusies die niet zonder meer toepasbaar zijn in de huisartspraktijk' ... 'Het drong steeds meer tot ons door hoe waardevol epidemiologische gegevens voor ons zijn en hoe belangrijk het is epidemiologisch te leren denken'. De inzichten en normen door deze Nijmeegse HGH-groep opgeploegd, zijn later in het Nijmeegse instituut geformuleerd in protocollen om het somatisch handelen van huisartsen te meten in het onderzoeksproject 'Preventie van somatische fixatie'. Later zijn deze protocollen gebruikt in het toetsingsproject van het Nijmeegs instituut.

#### **Op huisartsgeneeskunde georiënteerde epidemiologie**

Behalve bijdragen aan het basis- en beroepsonderwijs leveren de universitaire instituten in meer of mindere mate bijdragen aan het wetenschappelijk onderzoek. Het belang van morbiditeitsgegevens en op eerste lijn georiënteerde epidemiologie en een goed classificatiesysteem daarvoor, werden ook door Lamberts gezien en uitgewerkt in het monitoringproject, later gevolgd door het transitieproject, waarin een episodegerichte registratie wordt uitgewerkt. Naast prevalentie- en incidentiecijfers komen gegevens beschikbaar over de diagnostische en therapeutische interventies tijdens een ziekte-episode. Deze gegevens maken het mogelijk huisartsgeneeskunde pur sang te beschrijven. Binnen enige jaren zullen dan ook de eerste leerboeken huisartsgeneeskunde verschijnen die zijn gebaseerd op deze huisartsgeneeskundige epidemiologie.

#### **Gedragwetenschappen**

De bijdrage van de gedragwetenschappen aan de huisartsgeneeskunde komt tot uitdrukking in een aantal concepten over de wijze van hulpverlening. Het consult krijgt een eigen structuur, het hulpverleningsproces een strategie. Termen als vraagverheldering, somatisering, anticiperende benadering, twee-sporenbeleid, verborgen agenda, psychosociaal signaal, integrale benadering etc. worden gemeengoed onder huisartsen en beïnvloeden hun werkwijze.

#### **Het Basistakenpakket**

In de tweede helft van de jaren zeventig wordt de gedetailleerde taakomschrijving van de huisarts ter hand genomen. Na enige voorbereidende nota's zoals NHG-nota 'Hoe helpt de dokter', het rapport 'Taken van de huisarts' en 'Kenmerken van de huisarts', wordt het 'Basistakenpakket van de huisarts' uitgewerkt en in juni 1983 door de ledenvergadering van de LHV geaccepteerd als de beschrijving van de taken van de huisarts. Daarmee is een belangrijke mijlpaal gepasseerd. De beroepsgroep, bij monde van de ledenvergadering van de LHV, aanvaardt de inhoudelijke beschrijving van de beroepsinhoud en verplicht zich daarmee ten opzichte van de patiënten, verzekeraars en elkaar.

#### **Infrastructuur**

Ook de organisatorische infrastructuur van de huisartsgeneeskunde ontwikkelde zich ten gunste van de kwaliteitsbevordering.



## OFFICIEEL

De LHV en de NHG kwamen gezamenlijk tot de oprichting van de SNH en STH die in 1986 fuseerden in de Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen. Tussen de besturen van de LHV, het NHG en het IOH (Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde) bestaat een goede onderlinge relatie en er heeft regelmatig overleg plaats over onderwerpen waar twee of meer besturen bemoeienis mee hebben. In de huisartsenwereld is daardoor een nieuw elan aan het groeien, waarvan de effecten duidelijk werden toen de Leidse vakgroep huisartsgeneeskunde met opheffing werd bedreigd.

*Huidige kwaliteitsbevorderende activiteiten*

Welke ontwikkelingen en activiteiten binnen de huisartsgeneeskunde leveren op dit moment een belangrijke bijdrage aan de verbetering van de kwaliteit en/of zullen dit in de toekomst gaan doen? Ook uit deze activiteiten is een keuze gemaakt zonder volledigheid in de verslaglegging daarover na te streven.

*De meerjarige beroepsopleiding*

Een adequate voorbereiding op het huisartsenberoep vraagt een driejarige beroepsopleiding. Het onderwijscurriculum daarvoor is uitgewerkt door de CCBOH (Curriculum Commissie meerjarige Beroepsopleiding Huisartsen) uitgaande van het Basistakenpakket en geacordeerd door het CHG (College Huisarts-Geneseskunde). Realisering van een driejarige beroepsopleiding vooronderstelt het uitwerken van het genoemde curriculum in onderwijs- en trainingsprogramma's. Deze activiteiten dwingen tot nadenken over kwaliteitscriteria en het meetbaar maken daarvan.

*Onderzoek in de huisartsgeneeskunde*

Lopend onderzoek dat een directe relatie heeft met de kwaliteitsverbetering is de onderzoekslijn van het NUHI over toetsing en normontwikkeling en de projecten die de implementatie van verworven inzichten tot doel hebben. Verder het protocollenproject dat door het IOH is geëntameerd. Het levert een belangrijke bijdrage aan protocolontwikkeling en daarmee aan het formuleren van normen en richtlijnen in de huisartsgeneeskunde. Met dit project wordt ervaring opgedaan over consensusmethoden; besiskundige analyses van morbiditeitsregistraties en interventies; haalbaarheidstests etc. De beschikbare protocollen zijn bruikbaar voor nascholingscursussen en toetsingsprojecten.

*Standaardenbeleid van het NHG*

Het NHG geeft in zijn activiteiten hoge prioriteit aan het ontwikkelen van standaarden. Een NHG-standaard is: Een verzameling van criteria over het handelen van de huisarts in het kader van het Basistakenpakket, bevat een handleiding voor het handelen van de huisarts, is voorzien van een wetenschappelijke verantwoording van deze twee en is waar mogelijk en/of gewenst gecompleteerd door een deskundigheidsbevorderingspakket. De ontwikkelingsprocedure van een standaard en de formulering ervan wordt uitgeprobeerd over de volgende onderwerpen:

- de begeleiding van de patiënt met type II-diabetes;
- de begeleiding van vrouwen die orale anticonceptie gebruiken;
- de verwijsbrief;
- de bereikbaarheid.

Belangrijke doelstelling bij deze standaardontwikkeling is om richtlijnen te formuleren waarmee de vrijblijvendheid in de beroepsuitoefening kan worden ingeperkt.

*Toetsing*

Het streven naar verbetering van de kwaliteit van de geleverde zorg komt het meest direct tot uitdrukking in toetsingsactiviteiten. Toetsing wordt immers gedefinieerd als het vergelijken van de werkelijkheid, bijvoorbeeld het eigen geneeskundig handelen, met daartoe geëxpliciteerde normen op een zodanige wijze dat de werkelijkheid (meer) in overeenstemming met die normen kan worden

gebracht. Wat de normstelling betreft zijn in ons land verschillende modellen ontwikkeld en uitgetest namelijk van het NHI later O & O en die van het NUHI. Over beide is uitvoerig gepubliceerd. Het verslag van het O & O-project is in het Engels vertaald ten behoeve van de WHO. In Nijmegen promoveerde Grol op het onderzoek kwaliteitsbewaking in de huisartsgeneeskunde, effecten van onderlinge toetsing. De Nijmeegse procedure wordt beschreven in het boek 'Huisarts en Toetsing'. In het Nijmeegse model zijn de toetsingsnormen in een algemeen kader geplaatst. De normen zijn opgesplitst naar de vier basale vaardigheden van de huisarts:

1. Gericht en systematisch werken (Normen voor de opbouw en structurering van het hulpverleningsproces).
2. Het hanteren van de arts-patiëntrelatie (Normen voor de wijze van omgaan met de patiënt).
3. Het somatisch handelen (Normen voor de huisartsgeneeskundige wijze van probleemoplossen).
4. Het psychosociaal handelen (Normen voor het ingaan op niet somatische aspecten van de klachten en problemen van patiënten).

Deze indeling sluit aan bij de gangbare theorieën over de werkwijze van de huisarts.

Het hulpverleningsproces kan worden opgedeeld in een aantal fasen of stappen, die min of meer duidelijk in ieder consult zijn te onderscheiden, namelijk:

- de intake;
- gerichte probleemverheldering;
- probleemdefinitie;
- overleg over het plan;
- opstellen van een plan;
- consultevaluatie.

De fasen van het hulpverleningsproces enerzijds en de vier basale vaardigheden anderzijds kunnen tegen elkaar worden afgezet, waardoor een matrix ontstaat, waarvan ieder kader afzonderlijk kan worden beoordeeld aan de hand van daarvoor geldende normen. Bijvoorbeeld het somatisch handelen tijdens de intake-fase: Wordt de patiënt gestimuleerd zijn klachten precies te omschrijven? Worden er open of gesloten vragen gesteld? Bijvoorbeeld het hanteren van de arts-patiëntrelatie bij de probleemdefinitie: Is de uitleg die wordt gegeven aangepast aan het niveau van de patiënt?

Met deze methodiek kan het handelen van de huisarts in al zijn aspecten worden beoordeeld. Toetsing volgens deze methodiek mag worden gezien als een zeer geschikte methode om de kwaliteit van het handelen van de huisarts te verbeteren. De ervaring opgedaan in de omgeving van Nijmegen, waar 30% van de gevestigde huisartsen heeft deelgenomen aan een toetsingsproject, en de resultaten van het genoemde promotie-onderzoek bevestigen dit.

Er wordt verder niet ingegaan op andere ontwikkelingen binnen de huisartsgeneeskunde die kwaliteitbevorderende effecten (zullen) hebben. Slechts genoemd worden: automatisering van het patiëntenarchief, taakdelegatie aan paramedisch personeel, de samenwerking met andere disciplines in de eerste lijn, met name in het kader van de thuiszorg.

*Gewenste ontwikkelingen en knelpunten*

Voor de verdere kwaliteitsverbetering van het produkt huisartsgeneeskunde zijn enige voorwaarden en knelpunten te formuleren. Voor een deel zijn deze reeds genoemd:

- voortzetting van de eerder genoemde onderzoeklijnen;
  - voortgang van het proces van de normontwikkeling.
- Andere gewenste of noodzakelijke ontwikkelingen zijn kernachtig geformuleerd in stellingen in de LHV-nota 'De positie van de huisarts in de toekomst'. Deze worden hier overgenomen:
- Deskundigheidsbevordering moet verplicht worden gesteld.



## OFFICIEEL

Sanctionerend instrument voor de deskundigheidsbevordering is de op toetsing gebaseerde herregistratie (= recertificatie).

– Het ontwikkelen van toetsingsmethoden moet hoge prioriteit krijgen bij de deskundigheidsbevordering.

– De honoreringsstructuur van de huisarts moet prikkels bevatten die kwaliteit, integrale uitvoering van de basistaken en het ter hand nemen van facultatieve taken en verrichtingen stimuleren.

Een belangrijk knelpunt bij de verdere kwaliteitsverbetering van de huisartsgeneeskunde is de moeizame samenwerking tussen huisartsen en specialisten. Over dit aandachtsveld is al veel gesproken en geschreven en er zijn oorzaken aangewezen, zoals het verschil in honoreringsstructuur en de positie in de gezondheidszorg. Eveneens een belangrijke oorzaak hiervan is dat de beeldvorming over elkaars taak en functie zo veel uiteenlopen. De rol die de huisarts en de specialist zichzelf en elkaar toekennen is immers verre van congruent. Onbekendheid met elkaars werkterrein – vooral van de specialist in de richting van de huisarts – is het gevolg. Huisartsen die specialisten iets willen diets maken over hun vak krijgen nogal eens te horen: 'Ja, maar ik was indertijd ook een half jaar huisarts voordat ik ging specialiseren'. De relevantie van zo'n opmerking staat gelijk met die van de Amerikaan die op het St. Pietersplein tegen een Nederlander zegt: 'Yes, I know your country, we have been in Madurodam twenty years ago'. Een van de oorzaken van deze beperkte beeldvorming is dan ook de onbekendheid van de specialist met de taak en de taal van de huisarts en de ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde als wetenschappelijke discipline. Het specialisme van de huisarts is diens generalisme, dat wil zeggen hij is breed georiënteerd op het gehele terrein. Daardoor is hij altijd minder deskundig dan de specialist naar wie hij een bepaalde patiënt verwijst, maar meer deskundig dan die specialist wat betreft andere specialismen. Met andere woorden: een ervaren huisarts weet van kindergeneeskunde meer dan de KNO-arts naar wie hij een kind verwijst. Hij weet ook meer van gynaecologie dan de chirurg naar wie hij een vrouwelijke patiënt heeft verwezen. De huisarts is niet alleen een generalist, hij is ook een specialist en wel in de psychosociale aspecten van het ziek-zijn van zijn patiënten. Doordat specialisten zich dit soms onvoldoende realiseren, is het nog steeds mogelijk dat in specialistenbrieven te lezen is 'Patiënt maakt op mij een erg gespannen indruk en daarom heb ik zijn verzoek om medicatie gehonoreerd met 60 tabletten . . .' en dan volgt een dreun van een slaapmiddel dat een huisarts nooit zal voorschrijven. Of, nog ongelukkiger: 'De CT-scan liet metastase op afstand zien; we hebben de patiënt geïnformeerd over de infauste prognose'. Als de huisarts ooit een plaats in het ziekenhuis dient te krijgen dan is het vanwege dit specialisme: zijn psychosociale betrokkenheid bij het ziek-zijn van zijn patiënten.

Een van de stellingen bij het proefschrift van de huisarts Schadee in 1986 luidde: 'De specialist die de relatie met de verwijzende huisarts serieus neemt, leest 'Huisarts & Wetenschap', ervan uitgaande, dat de verwijzende huisarts dit zelf ook doet'. Een oratio pro domo? Maar de bibliotheekcommissie die op verzoek van de KNMG in 1985 richtlijnen formuleerde voor medische bibliotheken in algemene ziekenhuizen, concludeerde eveneens dat het gewenst is dat de ziekenhuisbibliotheek voorzien is van literatuur met betrekking tot de huisartsgeneeskunde. Uit het abonnementenbestand blijkt echter dat nog geen 25 ziekenhuizen in Nederland een abonnement hebben op 'Huisarts & Wetenschap', het wetenschappelijk lijfblad van de Nederlandse huisarts. Het illustreert mijns inziens afdoende het gebrek aan informatie voor elkaars vakgebied. Naar mijn mening zijn ook wij, huisartsen, zelf hierbij in gebreke gebleven. Tot nu toe lijkt de huisartsgeneeskunde op een puber die is geobsedeerd door zijn eigen ontwikkelingen. Misschien wordt het hoog tijd dat we ons volwassener gaan gedragen en onze collega's in de tweede lijn duidelijk maken waar we voor staan en waarop we aanspreekbaar zijn.

Aan de hand van enige ontwikkelingen heb ik getracht aan te tonen

dat de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde als wetenschappelijke discipline zich gunstig ontwikkelt. Dit is de belangrijkste voorwaarde voor de kwaliteitsverbetering van de zorgverlening; immers zonder geschikt gereedschap kan niemand een kwaliteitsproduct leveren. Als dit er al is, laat de kwaliteit zich weliswaar nog niet afdwingen, maar een feit is dat de Nederlandse huisarts sterk betrokken is bij de taak waar hij voor staat, daarvoor gemotiveerd is en die ook waar wil maken.'

#### Discussie over de inleidingen

Op de vraag van *Kuijpers* (Sittard/Geleen) hoe datgene wat nu over tafel is gegaan ook aan de patiënt duidelijk kan worden gemaakt en hoe daarbij kan worden voorkomen dat de televisie die taak overneemt met alle gevolgen van dien, antwoordt *Sips* dat nog niet zo lang geleden werd gevreesd, dat de huisartsgeneeskunde door de gedragswetenschappen zou worden 'doodgedrukt'. In die tijd deden tal van hulpverleningsstrategieën (onder meer Van Aaldere) opgeld. Een en ander heeft er in elk geval toe geleid, dat huisartsen systematischer zijn gaan werken, wat weer tot uitdrukking komt in een verbeterde vraagverheldering. Een consult wordt afgesloten met een consultevaluatie, waarbij de patiënt de vraag krijgt voorgelegd, of hij vindt dat voldoende op zijn vragen is ingegaan. Daarbij is van belang dat de patiënt zich serieus genomen voelt en tevens dat hij zich kritisch opstelt. *Mw. Borst* ziet aan de voorlichting via de televisie zowel positieve als negatieve kanten. Ook als artsen eraan meewerken, blijft het bezwaar dat het een 'los stuk informatie' is, waardoor bij de mensen vaak onjuiste interpretaties ontstaan. Indien de huisarts de informatie voor de patiënt 'vertaalt', is er geen probleem, maar wanneer de patiënt de televisie meer gelooft dan de behandelend arts raakt men op de verkeerde weg.

*Reijnders* (Twente) tekent bij de inleiding van *Mw. Borst* aan, dat deze vooral heeft gesproken over specialismen (orthopaedie, chirurgie) waar de verrichtingen concreet in maat en getal kunnen worden weergegeven en veel minder over specialismen, zoals interne geneeskunde, kindergeneeskunde of psychiatrie, waar die cijfermatige benadering veel moeilijker is. *Sips* heeft de huisartsgeneeskunde daarentegen als één geheel behandeld, terwijl daar eenzelfde soort van uitsplitsing mogelijk is, maar wel veel moeilijker te maken. De LSV zit met datzelfde probleem, als zij de bezwaren tegen de bedden- en functiereductie met harde gegevens wil onderbouwen. Is het wel mogelijk om kwaliteit op te hangen aan gedragsregels, protocollen, sterftetabellen, invaliditeitscores en dergelijke? *Mw. Borst* bestrijdt dit laatste niet. Zij heeft slechts een aantal concrete onderzoeken met hun conclusies naar voren gehaald, zonder daaraan conclusies voor de kwaliteit in het algemeen te verbinden. Het ontwikkelen van kwaliteitscriteria binnen de wetenschappelijke verenigingen, wat de KNMG voor ogen staat, wordt ongetwijfeld een lange en moeilijke weg, maar het is de enige manier om te voorkomen dat anderen het gaan doen en het niet goed doen. *Sips* verduidelijkt dat de toetsing in de huisartsgeneeskunde een methode is om de kwaliteit van het produkt te verbeteren. De normstelling daarvoor is gekoppeld aan de 'vier vaardigheden' van de huisarts: 1. consultvoering; 2. patiënt-bejegening; 3. somatische vaardigheid; 4. psychosociale vaardigheid. Steeds meer vindt ingang dat groepen huisartsen elkaar onderling op deze vaardigheden toetsen door er met elkaar over te praten en over elkaars schouder mee te kijken hoe de ander werkt. Een wezenlijke vraag is, hoe verworvenheden uit de huisartsgeneeskunde ook in de specialistische geneeskunde kunnen worden toegepast; nu lijkt daartussen nog een waterdicht schot te zitten. *Reijnders* zit vooral met de vraag, hoe de kwaliteit – zowel de kwaliteit van de zorg als de kwaliteit van het leven – kan worden gemeten. Waaraan kan die kwaliteit worden getoetst? Hoe kan men weten, of de normen die men hanteert ook voor een ander

## OFFICIEEL

gelden? Sips ontkent dat niet, maar blijft erbij dat voor een goede bejeging van de patiënt wel normen zijn te stellen, normen die ook toetsbaar zijn. Indirect wordt dan toch aan kwaliteitsverbetering gewerkt. Hij erkent dat gezondheidseffect-onderzoek nog in de kinderschoenen staat.

Vandevelde, HB-lid, stelt een vraag over de managementtechnieken van de Baxtergroep. Bij vergelijking van de kosten van ziekenhuizen is het goedkoopste ziekenhuis waarschijnlijk het ziekenhuis waar men helemaal niets doet. Het hanteren van de kosten om de mate van efficiency te meten, is dus niet helemaal juist. De vraag hierbij is, of de effectiviteit van de zorgverlening in de onderzochte ziekenhuizen wel even groot is. Mw. Borst erkent dit, maar in het weergegeven voorbeeld ging het om overeenkomstige ingrepen in vergelijkbare ziekenhuizen. Wellicht is het een zinnige suggestie eens een vertegenwoordiger van de Baxtergroep voor een lezing of iets dergelijks uit te nodigen om een beter inzicht in de gehanteerde methodiek te krijgen.

De Wit heeft Mw. Borst horen zeggen dat de intermenselijke verhoudingen in het ziekenhuis in belangrijke mate medebepalend zijn voor het 'resultaat' van het zorgverleningsproces. Hoe kunnen via het management verbeteringen worden aangebracht? Mw. Borst heeft die opmerking gemaakt in het kader van een onderzoek dat naar een aantal Intensive Care Units is gedaan. Met name in dat soort afdelingen is een goed op elkaar ingespeeld team en een adequate reactie op ontwikkelingen die zich voordoen van het grootste belang; in een goedwerkende IC zijn de communicatielijnen kort en zijn er geen merkbare hiërarchische verhoudingen. In minder goed werkende IC-teams hebben gedragswetenschappers nogal eens een bijdrage aan soepeler verhoudingen kunnen geven. Dit doet zich vooral voor waar in teamverband moet worden gewerkt, hetgeen overigens steeds meer voorkomt.

## V. SLUITING VAN HET OPENBARE GEDEELTE

De voorzitter dankt Mw. Borst en Sips voor de inleidingen die zij hebben gehouden en voor hun bijdragen aan de daarover gevoerde discussie. Het is in elk geval duidelijk dat de KNMG zal moeten zoeken naar de juiste parameters, aangepast aan de Nederlandse verhoudingen, voor het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid. Tot slot overhandigt hij beide inleiders namens de Algemene Vergadering een attentie als dank voor hun bijdrage aan het openbare gedeelte van deze vergadering.

Hierna wordt gepauzeerd.

## VI. OPENING VAN HET BESLOTEN DEEL DER ALGEMENE VERGADERING

Na de pauze heropent de voorzitter de vergadering en verklaart dit deel ervan voor besloten. Hij heet de voorzitters van LSV, LHV en LVSG – Plasmans, Van de Zandt en Mw. Hermann – van harte welkom. Vervolgens herdenkt de Algemene Vergadering met enkele ogenblikken stilte de leden der Maatschappij die het afgelopen jaar zijn overleden.

Op voorstel van het hoofdbestuur besluit de Algemene Vergadering de collegae Heijen, oud-voorzitter der LSV, en Bierens, oud-voorzitter der KNMG, tot erelid van de Maatschappij te benoemen. Nadat Heijen door de ondervoorzitters Holland en Schudel is binnengeleid, spreekt de voorzitter hem als volgt toe:

'Collega Heijen, u hebt dit niet verwacht en dat was ook de bedoeling! Zojuist heeft de Algemene Vergadering namelijk besloten om u tot erelid van de KNMG te benoemen. Zij heeft dit gedaan op grond van uw buitengewone staat van dienst binnen onze vereniging. U hebt zich op alle terreinen waar dit mogelijk was voor de professie ingezet. Ik ben dan ook verheugd u hierbij de oor-

konde te mogen overhandigen die bij het erelidmaatschap behoort'.

Nadat de voorzitter de tekst van de oorkonde heeft voorgelezen, bekrachtigt de Algemene Vergadering de benoeming van collega Heijen tot erelid van de Maatschappij Geneeskunst met een hartelijk applaus.

Heijen dankt de algemene vergadering als volgt:

'Mijnheer de voorzitter, beste collegae, ik was van dit voornemen absoluut niet op de hoogte en neem aan dat het a hell of a job voor u, voorzitter, is geweest om dit erdoor te krijgen! Ik ben mij er niet zo van bewust dat ik iets bijzonders heb gedaan. Bepaalde zaken moeten nu eenmaal worden gedaan, 'de klus moet worden opgeknapt'. Waarschijnlijk zal ik me pas morgenvroeg realiseren wat u hebt besloten, maar u kunt ervan verzekerd zijn, dat dit mij tot mijn levenseinde zal bijblijven. Bovendien prikkelt het een mens om hier of daar nog eens een klus op te knappen! Het zou best kunnen zijn dat dat een van de motieven is geweest om mij zo in het zonnetje te zetten! Ik heb namelijk één slechte eigenschap: ik kan nooit 'nee' zeggen. Waarschijnlijk is dat ook de reden dat ik altijd vrijgezel ben gebleven. Dat geeft mij overigens de gelegenheid om af en toe buiten deze sfeer ook eens 'ja' te zeggen! Hartelijk dank!' (applaus).

## VII. EERSTE RONDVRAAG

Verlooi (Den Haag) heeft zich verbaasd over het advies van het hoofdbestuur inzake de Aids-problematiek, in het bijzonder het (ongevraagd) testen op Aids. Hij vond dit geen goed advies en hoorde daarin een zekere angst voor de media doorklinken. Is dat een juist gevoel geweest? De voorzitter ontkent dat angst voor de media een rol bij dit advies heeft gespeeld en legt de nadruk op de consensus hierover binnen het hoofdbestuur. Hij gaat ervan uit dat die opstelling door de Algemene Vergadering wordt gedeeld.

## VIII. DE STRUCTUUR VAN DE KNMG IN HET JAAR 2000

De voorzitter leidt de discussie in met een uitspraak van André Gide: 'Ik houd van het verleden, maar ik verkies de toekomst.' Vervolgens herinnert hij kort aan de discussies over de structuur van de Maatschappij, zoals deze reeds vanaf het eind van de jaren veertig zijn gevoerd, zonder ooit tot grote structuurwijzigingen te hebben geleid. De belangrijkste wijziging vond direct na de Tweede Wereldoorlog plaats met de oprichting van de maatschappelijke verenigingen. De voorstellen die in de jaren 1959 en 1973 werden gepresenteerd, leidden niet tot veranderingen in de structuur van de vereniging. Ook thans, in 1988, vindt weer een pittige discussie over de structuur van de KNMG plaats, waarvoor een aantal mogelijke oorzaken is aan te geven, zoals:

- de menselijke neiging de oorzaak van problemen elders te zoeken;
- de maatschappelijke veranderingen die ook de Maatschappij raken; en
- een uiting van de vitaliteit van een levenskrachtige organisatie.

De enige oorzaak is niet te geven, meer oorzaken spelen een rol. Spreker heeft zich goed kunnen vinden in een passage uit een artikel van Dr. M. v. Leeuwen, oud-ondervoorzitter van de LAD, in Medisch Contact, die schrijft: 'KNMG-leden vallen globaal in twee categorieën te verdelen: zij die vrijwel alles wat in Domus Medica gebeurt op rekening schrijven van de KNMG en zij in wier perceptie alleen de maatschappelijke verenigingen bestaan'. Anders gezegd: er is een groep die zich vooral herkent in de specifieke doelstellingen van de KNMG en er is een andere groep die zich herkent in de specifieke deelbelangenbehartiging van één der maatschappelijke verenigingen. Tussen de verschillende groeperingen bestaan ook 'cultuurverschillen' en verschillen in verwachtingspatronen en interesses.

In het licht van deze historisch gegroeide situatie moet de Algemene Vergadering zich vanavond de vraag stellen, of de inmiddels meer dan 40 jaar oude organisatiestructuur nog in overeenstemming is met de eisen van deze tijd. De realiteit gebiedt te erkennen dat het de moederorganisatie steeds moeilijker valt de leidende rol te spelen; anderzijds moet ook worden erkend dat de zelfstandige positie die de maatschappelijke verenigingen in de samenleving innemen niet of onvoldoende in het bestaande organisatiemodel tot uitdrukking komt. Pogingen om de historisch gegroeide situatie terug te draaien, zijn tot mislukken gedoemd en zouden schadelijk uitwerken.

Het voorstel dat thans is gepresenteerd, moet worden gezien als gezamenlijke poging om uit de problemen te komen en om, met erkenning van elkaars positie, een andere vorm van samenwerking te zoeken. Uitgangspunt daarbij is de wil binnen één artsenorganisatie met elkaar verbonden te blijven. Met het oog op de toekomst zal het naar buiten optreden als één hechte organisatie steeds noodzakelijker blijken.

Ter toelichting van het gepresenteerde HB-voorstel merkt spreker tot slot nog op dat dit is gekomen in de plaats van de voorstellen zoals deze in het rapport-IJkelenslam werden gepresenteerd. Dit rapport is gebruikt als onderlegger voor het HB-voorstel dat in deze vergadering aan de orde is. Over dit HB-voorstel wordt het oordeel van de Algemene Vergadering gevraagd.

*Prof. Van der Mijn*, adviseur, gaat in op enkele verenigingsrechtelijke aspecten van het HB-voorstel. Van belang is erop te wijzen, dat begrippen als 'verband', 'platform' en 'federatie' in juridische zin geen betekenis hebben. Indien een bepaalde organisatie als rechtspersoon wil optreden – in verband met personeel etc. – dient zij zich te constitueren als vennootschap, vereniging of stichting. Een vennootschap is een vorm die in het bedrijfsleven voorkomt, de stichting kent geen leden, zodat de verenigingsvorm in aanmerking komt. Een federatie is in feite niets anders dan een vereniging, namelijk een vereniging van verenigingen. Hier wordt in wezen voorgesteld een federatie te vormen van maatschappelijke verenigingen. De vraag rijst dan of van die vereniging ook individuele leden lid kunnen worden en het antwoord luidt bevestigend. Het individuele lid is in elk geval lid van één der participerende maatschappelijke verenigingen, maar zou hij dit niet willen zijn dan kan hij ook direct lid van de federatie worden. De federatie kent derhalve twee soorten leden: maatschappelijke verenigingen en individuele artsen. Dit individuele lidmaatschap kan wenselijk zijn indien de vereniging zich direct tot haar leden wil kunnen richten, bijvoorbeeld om hen op hun gedrag te kunnen aanspreken (Gedragsregels). Als deze mogelijkheid er niet zou zijn, zou de opstelling, toepassing en correctie van gedragsregels alleen nog maar door de maatschappelijke verenigingen kunnen gebeuren, een taak die zij tot nog toe niet aan zich hebben willen trekken, ervan uitgaande dat gedragsregels en rechtspraak alle artsen betreft. Raadpleging van Prof. Lubbers, deskundige op het gebied van het verenigingsrecht, wijst uit dat het individuele lidmaatschap zonder meer tot de mogelijkheden behoort en ook wenselijk is, gelet op het instituut van de Gedragsregels en de rechtspraak. Deze lijn bestuurlijk doortrekkend, zal het bestuur van de federatie moeten worden gevormd door a. vertegenwoordigers van de maatschappelijke verenigingen en b. representanten van de leden. Misverstanden zijn gerezen over de vraag, of zo'n federatie een ledenvergadering zou dienen te hebben, c.q. of de Algemene Vergadering wel of niet zou worden gehandhaafd. Het antwoord is simpel: het verenigingsrecht schrijft voor dat een vereniging – dus ook een vereniging van verenigingen – een ledenvergadering dient te hebben, al behoeft deze niet meer het hoogste gezag te vertegenwoordigen. De ledenvergadering behoudt altijd een aantal belangrijke taken, zoals vaststelling begroting, jaarrekening; vaststelling bestuursamenstelling en statutenwijziging. Verenigingsrecht is deels dwingend recht (daarvan mag niet wor-

den afgeweken) deels regelend recht (er mag van worden afgeweken), deels aanvullend recht. Indien men de bevoegdheden van de *Federatieraad* (voorheen Algemene Vergadering) wil beperken tot de immateriële zaken die alle artsen betreffen – dit stelt het HB voor – dan dient men ook de federatie als geheel een beperkt doel te geven, in casu de behartiging van de immateriële belangen van alle artsen en de coördinatie van de werkzaamheden van de onderscheiden maatschappelijke verenigingen.

Ook het begrip 'coördinatie' is geen juridisch begrip, zodat de inhoud daarvan door de statuten moet worden bepaald. De participanten moeten met elkaar afspreken welke bevoegdheden het Federatiebestuur en de Federatieraad ten aanzien van de coördinatie krijgen. Dit moet nader worden ingevuld.

Prof. Lubbers heeft er nog op gewezen dat tussen de uitgesproken intenties en de feitelijke realisering een kloof kan ontstaan, zodat het aanbeveling verdient deskundigen op het gebied van het verenigingsrecht concept-statuten te laten opstellen. Dan zal blijken of datgene wat men wil ook juridisch mogelijk is. Bij dit alles moet worden bedacht dat een federatie geen wondermiddel is. De te kiezen rechtsvorm is een middel, geen doel. Toegegeven moet worden dat een betere onderlinge afstemming tussen KNMG en maatschappelijke verenigingen, ook binnen de bestaande structuur, is te bereiken, maar bedacht moet worden dat de discussie over de structuur van de Maatschappij al meer dan 40 jaar woedt en ook de *federatiegedachte is niet nieuw*. Geconstateerd moet ook worden, dat het kennelijk niet mogelijk is gebleken de bestaande knelpunten binnen de huidige structuur op te lossen. Daardoor zijn de spanningen vergroot met alle gevolgen van dien voor de eenheid en de communicatie. Op zichzelf is dat reden genoeg om op zijn minst te proberen via een andere structuur de eenheid en communicatie te bevorderen. Het heeft echter alleen zin aan deze operatie te beginnen als de ledenvergadering, in casu de Algemene Vergadering, daarvoor het groene licht geeft. Dat 'groene licht' wordt thans van de Algemene Vergadering gevraagd.

*Van Romunde* (Rotterdam) heeft in Medisch Contact een ingezonden brief over deze problematiek geschreven, waaraan hij kort refereert. De problemen inzake eenheid en communicatie spelen zowel op centraal als op lokaal niveau. Wordt gekozen voor de federatievorm dan zal er een toedeling van taken moeten komen. Men zal dan moeten bepalen, welke taken waar thuishoren. Op regionaal niveau ziet men dat LSV en LHV allerlei taken 'claimen' waarmee deze niet meer door de KNMG worden behartigd. Spreker waarschuwt daarvoor want het komt neer op uitkleden van de KNMG. Hij wenst eerst de nieuwe spelregels (statuten) op tafel te zien voordat hij verdere beslissingen hierover wil nemen.

*Zecha* (Leiden) herinnert aan de 'drie vragen' die hij in de vorige Algemene Vergadering op 30 oktober 1987 heeft gesteld en waarop hij nog geen duidelijk antwoord heeft gekregen. Het gaat hem vooral om de vraag of het HB bereid is de door de Algemene Vergadering unaniem aanvaarde motie (van 25-4-1986) ruim en loyaal uit te voeren, dat wil zeggen niet alleen voorstellen tot reorganisatie, maar ook 'andere maatregelen' in overweging wil nemen. Spreker stelt vast dat het de bedoeling is het functioneren van KNMG en maatschappelijke verenigingen te verbeteren door middel van een rigoureuze reorganisatie aan zowel de top als de basis van de organisatie. Hij vraagt zich af of de KNMG zich een dergelijke kostbare en tijdrovende operatie wel kan veroorloven. Spreker geeft er de voorkeur aan binnen de bestaande structuur verbeteringen aan te brengen en hij suggereert in dat verband om de afdelingen meer bij het opzetten van een goede regionale structuur te betrekken. In de werkgroep die daaraan moet gaan werken, zijn HB en maatschappelijke verenigingen op dit moment oververtegenwoordigd, zo vindt hij. Hij pleit ervoor dat de afdelingsbesturen het recht krijgen vertegenwoordigers in die werkgroep aan te wijzen, in plaats van HB of Centrale Besturen.

## OFFICIEEL

Verder valt op dat in de voorstellen (3b) slechts over vier verenigingen wordt gesproken, namelijk de maatschappelijke verenigingen. Dat maakt het voor de individuele arts moeilijk om zich aan te sluiten indien hij zich niet bij een der maatschappelijke verenigingen wil aansluiten. Hij pleit er dan ook met kracht voor de mogelijkheid open te houden dat de individuele arts lid van de KNMG wordt. Daartoe dient de KNMG als vijfde vereniging te blijven bestaan. Hij dient daartoe een *motie* in welke als volgt luidt:

'De Algemene Vergadering, in vergadering bijeen op 22 april 1988 in het Jaarbeurscongrescentrum te Utrecht, dringt er bij het hoofdbestuur op aan, de tekst van zijn intentievoorstel onder agendapunt VIII, 3b, zodanig te veranderen, dat de algemene artsvereniging KNMG als zodanig deelneemt aan de te vormen federatie, waardoor deze federatie wordt gevormd door een vijftal artsorganisaties, en gaat over tot de orde van de dag'.

De *voorzitter* constateert dat deze motie voldoende wordt ondersteund en bij de discussie kan worden betrokken.

*Marres* (Zwolle) is met het voorstel van het hoofdbestuur evenmin gelukkig. De indruk is dat het hoofdbestuur de voorstellen van de commissie-IJkelens in grote lijnen volgt zonder daarvoor goede argumenten aan te voeren. De aangevoerde argumenten maken niet aannemelijk dat een federatieve opbouw de aangewezen constructie is om uit de problemen te komen. Het is niet aan de tegenstanders om met tegenargumenten te komen, de bewijslast ligt bij degenen die de voorstellen tot verandering hebben gedaan. Daarin zijn zij naar de mening van de afdeling Zwolle tot nu toe niet geslaagd, integendeel. Ingaande op de onder 3a gepresenteerde voorstellen stelt hij de vraag of het wel juist is te streven naar de oprichting van regionale verenigingen van huisartsen, specialisten, sociaal-geneeskundigen en overige artsen; hij verwacht dat de categorale verenigingen op regionaal en lokaal niveau zullen blijven bestaan en dan worden de moeilijkheden alleen maar vergroot, omdat dan twee soorten verenigingen naast elkaar gaan functioneren met alle competentieproblemen van dien. Positief beoordeelt spreker het voorstel regionale KNMG-steunpunten op te zetten: dit kan de afdelingsbesturen ondersteunen en stimuleren. Parallel daaraan zullen de afdelingen moeten worden heringedeeld. Uit de voorstellen onder 3b leest hij het voornemen de KNMG over te leveren aan de grillen van de maatschappelijke verenigingen en daar is hij tegen. De KNMG moet de organisatie van artsen blijven, niet van categorieën artsen. Zij mag geen vereniging van machtsblokken worden. Het behouden van het individuele lidmaatschap acht hij niet afdoende gewaarborgd, omdat het een afgeleide lijkt te zijn van het lidmaatschap van de maatschappelijke verenigingen. Ook is onduidelijk hoe de positie van de toekomstige Algemene Vergadering zal zijn, welke bevoegdheden zij zal behouden, hoe de verkiezing ervan zal worden geregeld enz. Als wordt gesteld dat het Federatiebestuur 'beslissingsbevoegdheid' krijgt, bekruipt spreker sombere voorvoelens.

De afdeling Zwolle is er al met al niet van overtuigd dat de KNMG moet worden omgevormd tot een federatie. Indien het hoofdbestuur toch op deze weg wil voortgaan, dient eerst de raadpleging van de leden plaats te vinden alvorens verdere revolutionaire stappen worden gezet. Teneinde dat te bereiken, dient spreker namens de afdeling Zwolle het navolgende *amendement* in:

'De Afdeling Zwolle, er niet van overtuigd zijnde dat de door de commissie-KNMG-2000 voorgestelde wijziging van de structuur van de KNMG, ook niet in de door het hoofdbestuur geamendeerde versie, de juiste invulling is van het gevraagde in de motie-Zecha en anderen in de Algemene Vergadering van 25 april 1986, stelt voor om de volgorde van de procedure in die zin te wijzigen, dat eerst een raadpleging van alle leden, eventueel van alle Nederlandse artsen, zal plaatsvinden over de voorgestelde uitgangspunten en de daaruit volgende structuurwijziging van de KNMG, met dien verstande dat ook alternatieven in de zin van stroomlijnen van de

organisatie binnen de bestaande structuur ter beoordeling worden aangeboden. Eventuele verdere stappen dienen slechts ná het bekend worden van de uitslag van een dergelijke opiniepeiling en ná bespreking hiervan door de Algemene Vergadering te worden genomen, indien het akkoord van de Algemene Vergadering hiervoor wordt verkregen'.

De *voorzitter* constateert dat dit amendement voldoende wordt ondersteund en derhalve bij de discussie kan worden betrokken.

*Kuijpers* (Sittard/Geleen) merkt op dat het afdelingsbestuur van Sittard/Geleen niet zonder meer tegen de voorstellen van het hoofdbestuur is gekant. Met Marres is hij het eens dat onzeker is of een federatieve structuur dé oplossing voor de problemen zal zijn, maar hij zou nadere voorstellen eerst willen afwachten. De voor- en nadelen alsmede de kosten van een dergelijke structuurverandering moeten nader in beeld komen. De indruk is dat de tegenstellingen binnen Domus Medica groter zijn dan in de periferie. Ook is hij er niet voor een machtsblok te vormen van alleen de maatschappelijke verenigingen, omdat dan een met de FNV vergelijkbare situatie zou ontstaan, hetgeen moet worden voorkomen. Hoe denkt men overigens de wetenschappelijke verenigingen onder de 'koepel' te kunnen brengen? Hoe wordt voorkomen dat de KNMG een federatie van machtsblokken wordt?

*Elias* (Bergen op Zoom/Roosendaal) merkt op dat zijn afdelingsbestuur van mening is dat er naast een hoofdbestuur ook afdelingsbesturen moeten blijven, dat de organisatie van de afdelingen de indeling van de Wet Gemeenschappelijke Regelingen zou moeten volgen, dat de sectorale indeling gebaseerd moet zijn op LSV, LHV, LVSG en (op te richten) LAV en dat het bestuur van de landelijke organisatie uit de besturen van deze maatschappelijke verenigingen moet worden gerecrueteerd en er KNMG -overlegstructuren moeten komen op supra-regionaal niveau. In deze overlegstructuur moeten de voorzitters en secretarissen van de afdelingen participeren, alsmede vertegenwoordigers van de supra-regionale of provinciale organisaties van de maatschappelijke verenigingen. Binnen deze overlegstructuur moet men proberen te komen tot een gezamenlijk standpunt van KNMG en maatschappelijke verenigingen met betrekking tot zaken die volgens de Wet Ziekenhuisvoorzieningen supra-regionaal moeten worden geregeld of ten aanzien waarvan provinciale overheden beslissingsbevoegdheid hebben.

*Stevens* (Arnhem) ziet twee mogelijkheden: reorganisatie binnen de bestaande structuur of het 'bouwen van een nieuw huis'. De afdeling Arnhem wijst die laatste mogelijkheid niet bij voorbaat af, maar aarzelt wel. Als het tot de vorming van een federatie komt, zal zij in elk geval voldoende ruimte moeten krijgen van de deelnemende participanten en zij zal die ruimte ook goed moeten gebruiken. De federatie zal, met name ten aanzien van immateriële zaken, krachtig moeten optreden.

*Royaards* heeft geen duidelijkheid over de regeling van de materiële belangenbehartiging. Wat gebeurt er als een standpunt van een maatschappelijke vereniging consequenties heeft voor leden van een andere maatschappelijke vereniging? Wat wordt de rol van de LAD?

*Boelen* vraagt, evenals anderen vóór hem, zich af of de voorgestelde structuurveranderingen vooral worden ingegeven door problemen binnen Domus Medica zonder voldoende rekening te houden met wat er in de periferie leeft. Hij vreest dat de voorgestelde federatiegedachte perifeer niet zal werken. Er is geen mankracht te mobiliseren voor alle vertegenwoordigende organen in de regio zoals Provinciale Raad e.d. Dat is alleen mogelijk als de KNMG in stand wordt gehouden en als duidelijke afspraken worden gemaakt over taken en bevoegdheden.

## OFFICIEEL

*Mw. Hermann*, LVSG-voorzitter, legt eveneens de nadruk op het belang van het bestaan van één artsorganisatie zoals in diverse voorzitterscolumns in MC ook al is gedaan. Hoe die ene artsorganisatie er precies uit moet zien is nog niet bepaald: daartoe zullen – mits de Algemene Vergadering het groene licht daarvoor geeft – nadere voorstellen moeten worden uitgewerkt. De LVSG-ledenvergadering heeft zich uitgesproken voor een structuur waarin de maatschappelijke verenigingen een meer directe zeggenschap krijgen over standpunten die uit Domus Medica naar buiten worden gebracht. Het is juist dat de onderlinge communicatie sterk kan worden verbeterd hetgeen op een aantal manieren kan worden bewerkstelligd. Een van die manieren is het oprichten van KNMG-steunpunten in de regio, maar er kunnen ook andere oplossingen zijn. De LVSG vindt ook dat de scheiding tussen materiële en immateriële belangenbehartiging moet worden gehandhaafd en dat het goed is als één organisatie in huis zich in het bijzonder met de materiële belangenbehartiging bezighoudt en wel voor alle artsen in al hun functies.

*Van de Zandt*, LHV-voorzitter, spreekt allereerst zijn waardering uit voor de inspanningen van het hoofdbestuur om uitvoering te geven aan de intentie van de motie-Zecha van 24-5-1986, een intentie die door de LHV wordt onderschreven. Het is voor de KNMG niet gemakkelijk om 'met drie volwassen dochters en een nakomertje' de belangen van de Nederlandse artsen te behartigen en de LHV begrijpt de strekking van de motie-Zecha heel wel, maar het zou ook niet goed zijn belangenverschillen en 'cultuurverschillen' te ontkennen of te verdoezelen. Het is ook niet altijd mogelijk om een strikt onderscheid te maken of te blijven maken tussen materiële en immateriële belangenbehartiging. Met verbetering van de coördinatie en communicatie alléén is men er niet; er dient een heldere structuur met een goed geregelde taakafbakening te komen met erkenning van elkaars bevoegdheden. De gepresenteerde voorstellen vormen daartoe naar de mening van het Centraal Bestuur van de LHV een goede aanzet en het wacht de uitwerking ervan met belangstelling af. In diezelfde zin heeft ook de LHV-ledenvergadering zich onlangs bij motie-Kingma op 17 maart jl. uitgesproken.

*Plasmans*, LSV-voorzitter, sluit zich bij de woorden van Van de Zandt graag aan en heeft eveneens veel waardering voor de inspanning van het hoofdbestuur om te komen met voorstellen op basis waarvan verder kan worden gewerkt. Als oud-lid van de commissie-IJkelenslam kan spreker nog meedelen dat het alternatief om in eigen huis orde op zaken te stellen (interne reorganisatie en geen structuurwijziging van de Maatschappij zelf) uitvoerig is besproken, maar als onvoldoende antwoord op de huidige problematiek terzijde is gelegd. Voorop blijft staan dat alle artsorganisaties in één huis bijeen wensen te blijven; het prestige dat de KNMG in den lande geniet mag niet worden onderschat en mag niet in de waagschaal worden gesteld. Er moet echter hoognodig een aantal zaken veranderen, de tijd dringt. Er dient in de regio een gedegen KNMG-organisatie op poten te worden gezet. Er zal een zodanige structuur moeten komen dat de leden zowel meer affiniteit voelen tot hun maatschappelijke vereniging als tot de KNMG zelf. Een federatiestructuur kan in die behoefte voorzien. De LSV-ledenvergadering heeft zich over een en ander nog niet kunnen uitspreken en ook dit zal binnen afzienbare tijd moeten gebeuren. Voor het overige wacht de LSV de nadere voorstellen van het hoofdbestuur af.

*Derkzen*, oud-voorzitter der Maatschappij, heeft kritiek op de voorgestelde plannen en geeft uiting aan zijn vrees dat de KNMG als vereniging op termijn zou kunnen verdwijnen. Hij vraagt zich af of de nieuw voorgestelde structuur al degenen die op dit moment geen lid willen worden ertoe zal brengen wél lid te worden. Ook ziet hij niet hoe de wetenschappelijke verenigingen in deze structuur

een plaats krijgen, terwijl de ingang tot de KNMG vaak in eerste instantie via een wetenschappelijke vereniging loopt. Verder kritiseert hij de wijze waarop de materiële belangenbehartiging van artsen is georganiseerd, namelijk in drie verschillende maatschappelijke verenigingen die zich tegen elkaar laten uitspelen. Om dat te voorkomen dient die belangenbehartiging door één vakbond voor alle artsen te gebeuren. De voorgestelde structuur versterkt integendeel de mogelijkheid dat men tegen elkaar wordt uitgespeeld. Een derde terrein betreft de wetgeving op het gebied van de gezondheidszorg waar de KNMG overheid en financiers ontmoet. De KNMG zou zich gesteund moeten weten door haar natuurlijke bondgenoot, de patiënt, maar dat blijkt telkens weer niet zo te zijn. De voorgestelde structuur brengt ook daarin geen verbetering.

*Van Randen* (Amsterdam) deelt de zorgen over het voortbestaan van de KNMG niet. Het hoofdbestuur heeft willen zoeken naar een structuur die meer beantwoordt aan de behoeften van de huidige tijd, los van de noodzaak van verbetering van de communicatie in eigen huis. Overigens deelt hij de mening dat er altijd een Algemene Vergadering moet blijven bestaan zolang de verenigingsstructuur blijft bestaan. Die Algemene Vergadering is er niet alleen voor het bepalen van de samenstelling van het bestuur, maar ook voor het toetsen van het gevoerde en te voeren beleid. Hoe moet procedureel worden omgegaan met het voorstel van het hoofdbestuur dat de Algemene Vergadering zich over een 'intentie' uitspreekt? Is voor besluitvorming hierover een quorum vereist?

Hierna schorst de voorzitter de vergadering voor beraad over de ingediende motie-Zecha en het amendement van de Afdeling Zwolle.

Na hervatting van de vergadering gaat de voorzitter allereerst in op de door Zecha eerder gestelde vragen die hij alle met 'ja' beantwoordt (zie blz. 15, rechtsbovenaan, Rapportenboekje). Het zal ieder duidelijk zijn dat met dit antwoord op de gestelde vragen niet kon worden volstaan. Het hoofdbestuur is na de aangenomen motie-Zecha hard aan het werk gegaan, wat heeft geleid tot a. de rapportage van de commissie-IJkelenslam en b. de voorstellen die thans aan de Algemene Vergadering worden gepresenteerd, gebaseerd op die rapportage.

*Prof. Van der Mijl* is van mening dat de motie-Zecha welke zojuist is voorgesteld de problematiek waarvoor de KNMG staat niet oplost. Ook op dit moment zijn er vijf verenigingen en het enige wat er dan zou veranderen, is dat er meer afspraken over het optreden naar buiten zouden worden gemaakt. De federatiegedachte houdt echter in dat er een soort 'bovenbouw' boven die verenigingen komt waarmee tegelijkertijd de grote verantwoordelijkheid van die verenigingen voor het totale functioneren van de Maatschappij tot uitdrukking wordt gebracht. De vier maatschappelijke verenigingen aanvaarden op die manier hun verantwoordelijkheid voor het behartigen van het immateriële gedeelte van de belangenbehartiging der artsen. Indien tegelijkertijd ook het individuele lidmaatschap van de Maatschappij blijft bestaan, wordt in hoge mate aan de strekking van de motie tegemoet gekomen.

*Schudel*, ondervoorzitter, gaat kort in op een aantal van de gemaakte opmerkingen. Het moet duidelijk zijn dat het hoofdbestuur van de Algemene Vergadering op dit moment niet meer vraagt dan het uitspreken van een intentie, nl. om verder te kunnen werken aan het ontwikkelen van plannen en voorstellen. Op basis van dit 'groene licht' zal het hoofdbestuur proberen in komende Algemene Vergaderingen met voorstellen tot uitwerking te komen. Daarbij zal vanzelfsprekend ook een kostenraming worden gevoegd. Wat het amendement-Zwolle betreft, is het de bedoeling de raadpleging van de leden (en niet-leden) simultaan aan de uitwerking van plannen te laten verlopen. Aan dit amendement



## OFFICIEEL

heeft het hoofdbestuur dan ook niet veel behoefte. Een eerste uitwerking zal de taakverdeling tussen federatie en maatschappelijke verenigingen betreffen; voorstellen daartoe worden aan de Algemene Vergadering ter goedkeuring voorgelegd. Zonder fiatte-ring van voorstellen met betrekking tot de taakverdeling KNMG/maatschappelijke verenigingen zal er geen federatieve structuur van de grond kunnen komen. Van meer kanten is gewezen op het belang van de wetenschappelijke Specialistenverenigingen bij de toekomstige federatie te betrekken; in de commissie-IJkelenstam is het belang daarvan onderkend en het is ook de bedoeling dit punt bij de uitwerking van nadere voorstellen mee te nemen.

*Marres* (Zwolle) is door de opmerkingen van Schudel niet gerustgesteld. Het zogenoemde 'groene licht' houdt zijns inziens veel meer in dan wordt gesuggereerd. Voor spreker betekent een akkoord gaan van de Algemene Vergadering het overschrijden van een point of no return: het is een zeer belangrijke principe-uitspraak. Hij handhaaft zijn bezwaren tegen de voorgestelde weg. Het amendement van Zwolle is niet goed gelezen, want het beoogt de Nederlandse artsen zich te laten uitspreken over twee alternatieven, namelijk a. moet worden gewerkt in de richting van een federatie? of b. moet er binnen de bestaande structuur worden gewerkt aan een oplossing van de bestaande problemen? Tot nog toe heeft spreker geen argumenten van het hoofdbestuur gehoord waarom die tweede route niet zou kunnen worden gevolgd en hij vindt dat het HB gehouden is die argumenten te geven. De voorzitter antwoordt kort dat het voor ieder duidelijk zal zijn dat het HB niet van plan is voorstellen te ontwikkelen die haaks zouden staan op het resultaat van de gehouden enquête. *Marres* blijft erbij dat ook alternatieven moeten worden ontwikkeld. Daarom handhaaft hij het amendement.

De *Wit* heeft de indruk dat het probleem vooral binnen Domus Medica en onderlinge samenwerking van maatschappelijke verenigingen en KNMG moet worden gezocht. De nu gepresenteerde voorstellen komen zijns inziens neer op een formalisering van de scheiding der geesten en hij betwijfelt of dat de oplossing voor de problemen is. De voorzitter verwijst naar het boek van Dr. Festen over de historie van de Maatschappij waarin dit soort problemen herhaaldelijk terugkeert. Voor het eerst in de geschiedenis van de Maatschappij wordt nu met alle kracht geprobeerd tot een oplossing voor dit probleem te komen.

*Zecha* (Leiden) deelt mee de door hem en anderen ingediende motie, na overleg met de ondertekenaars ervan, in te trekken. De voorzitter constateert dat de motie-Zecha is ingetrokken en mitsdien geen onderwerp van beraadslaging meer uitmaakt.

*Van Randen* (Amsterdam) vraagt of voor de gevraagde intentieverklaring een gekwalificeerde meerderheid van tweederde noodzakelijk is of dat hier een enkelvoudige meerderheid van stemmen voldoende is.

*Prof. Van der Mijn* onderkent dat het niet zo eenvoudig is om invulling te geven aan de voorgestelde structuurwijziging. Veel verenigingsrecht is deels dwingend recht, deels regelend recht: men kan ervan maken wat men wil, al is men aan een aantal basisvoorwaarden gebonden. De intentieverklaring gaat niet verder dan de simpele toestemming van de Algemene Vergadering om een en ander te gaan uitzoeken en om zo mogelijk later met concrete voorstellen bij haar terug te komen, dit in het licht van de vele mislukte pogingen in het verleden.

*Mw.Mr. Kastelein* attendeert erop dat geen tweederde-meerderheid nodig is aangezien het hier geen wijziging van statuten of huishoudelijk reglement betreft.

De voorzitter brengt het amendement van de afdeling Zwolle in stemming. Dit amendement wordt verworpen met ca. 60 stemmen tegen, 6 vóór en 7 blanco.

De voorstellen van het hoofdbestuur onder VIII 3a en VIII 3b worden achtereenvolgens met overgrote meerderheid (60 vóór, 6 tegen en 5 blanco) aangenomen.

De Algemene Vergadering onderstreept dit besluit met een krachtig applaus.

## IX. WIJZIGING HUISHOUDELIJK REGLEMENT KNMG

*Mw. Smit* (Amsterdam) stelt een aanvulling voor op art. 103, lid 1. Na 'verandering van bevoegdheid of functie' stelt zij voor te lezen 'of werktijden'. Steeds meer artsen gaan part-time werken, zo is de overweging.

De voorzitter constateert dat de vergadering tegen de voorgestelde aanvulling geen bezwaar heeft.

*Kuijpers* (Sittard/Geleen) vraagt naar aanleiding van art. 105 lid 1 naar de mogelijkheid om de contributiebetaling over een langere periode te spreiden.

De voorzitter antwoordt dat die mogelijkheid al langer bestaat. Het is voldoende daartoe contact op te nemen met de secretaris-generaal der Maatschappij.

De Algemene Vergadering gaat akkoord met de voorgestelde wijzigingen van Statuten en Huishoudelijk Reglement, inclusief de aanvulling van art. 103, lid 1.

## X. MEDEDELINGEN

De voorzitter deelt mee dat besloten is om op dit moment nog geen beslissing te nemen over het doen expireren van de aanvulling op de KNMG-gedragregel inzake opnemings in/uitsluiting van de waarnemingsregeling. Het is de bedoeling om, na overleg hierover met het Centraal Bestuur van de LHV, in de eerstvolgende Algemene Vergadering met een nader voorstel ter zake te komen. Hij constateert dat de Algemene Vergadering met die procedure instemt.

Voorts deelt de voorzitter mee, dat de secretaris-generaal, collega Diepersloot, vandaag voor de laatste maal een Algemene Vergadering van de Maatschappij heeft bijgewoond en na bijna 20 jaar zijn functie zal neerleggen. Het afscheid wordt op 23 september aanstaande in Domus Medica gevierd. De Algemene Vergadering reageert daarop met een krachtig applaus.

De voorzitter stelt de opvolger van collega Diepersloot, collega Van Hof, aan de vergadering voor en wenst hem in diens komende loopbaan bij de Maatschappij succes toe. De Algemene Vergadering verwelkomt collega Van Hof met een applaus.

## XI. TWEEDE RONDVRAAG

*Heijen*, oud-LSV-voorzitter, wil direct gebruik maken van een prerogatief dat ereleden zou moeten toekomen, namelijk het voeren van het woord. Kort reagerende op de besluitvorming rond de structuur van de Maatschappij spreekt hij de verwachting uit dat over twee jaar zal worden geconcludeerd dat 22 april 1988 een historische dag voor de KNMG is geweest.

## XII. SLUITING

Na allen wel thuis te hebben gewenst, sluit de voorzitter tegen 22.00 uur de vergadering.





## Besluit Inwendige Geneeskunde

Ingevolge artikel 1008 lid 4 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst volgt hieronder publikatie van besluit CC nr. 4 – 1987 van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten, dat de gewijzigde opleidingseisen voor het specialisme inwendige geneeskunde bevat. Het besluit treedt in werking op 29 augustus 1988.

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

### Besluit nr. 4/1987 – Inwendige Geneeskunde

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten in vergadering bijeen op 15 juni 1987; *gezien* het voorstel van het Bestuur van de Nederlandsche Internisten Vereeniging tot wijziging van de opleidingseisen inwendige geneeskunde;

*overwegende dat* de opleidingsduur voor het specialisme sedert 1949 vijf jaar bedraagt en dat deze voor het laatst opnieuw werd vastgesteld in 1972;

dat sindsdien de omvang en de complexiteit van de inwendige geneeskunde in zeer belangrijke mate zijn toegenomen;

– door intensivering van de zorg rond de individuele patiënt door toeneming van diagnostische mogelijkheden, toegenomen noodzaak tot overleg en consultaties en door vergrijzing van de bevolking waardoor veelal meervoudige pathologie bestaat;

– door ontwikkeling van nieuwe aandachtsgebieden van de inwendige geneeskunde, zoals oncologie met gecompliceerde cytostaticabehandeling, intensive care geneeskunde, sterk geïntensifieerde zorg voor diabetespatiënten, etc.;

– door zeer sterke toeneming van de voor de praktijk noodzakelijke kennis met tijdsbeslag voor het bijhouden van vakliteratuur, het volgen van veelal cursorisch onderwijs en het verrichten van wetenschappelijk onderzoek;

– door toeneming van het aantal vereiste handvaardigheden met tijdsbeslag voor het aanleren van de hiervoor noodzakelijke technieken;

*in aanmerking nemende dat* de ledenvergadering van de Nederlandsche Internisten Vereeniging op 29 april 1987 haar instemming heeft betuigd met de voorgestelde opleidingseisen;

*gehoord* de Specialisten Registratie Commissie; *gelet* op artikel 1007, lid 2 en artikel 1008 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst;

*heeft besloten*

Besluit nr. 3 – 1972 te laten vervallen en daarvoor in de plaats de navolgende bepalingen vast te stellen.

De duur van de opleiding voor het specialisme inwendige geneeskunde bedraagt zes jaar. Voor deze opleiding gelden de bij besluit nr. 2 – 1966, laatstelijk gewijzigd bij besluit nr. 1 – 1982, vastgestelde algemene eisen te stellen aan de opleiding (A), de opleiders (B) en de opleidingsinrichtingen (C) in samenhang met de hieronder opgenomen bijzondere eisen.

De opleiding zal geschieden met inachtneming van hetgeen in onderstaand opleidingsschema en overige bepalingen is weergegeven.

#### Bijzondere eisen

##### A. Te stellen aan de opleiding

Aan de algemene eis van A.1 wordt toegevoegd:

De opleiding kan gedeeltelijk worden gevolgd in een erkende opleidingsinrichting-G voor ten hoogste 2 (bij hoge uitzondering 3)

jaar en vervolgens in een erkende opleidingsinrichting-V, zoals nader omschreven in de bijzondere eis C.10.

Aan de algemene eisen van A.13 wordt toegevoegd:

f. Er op toezien dat de assistent-geneeskundige per jaar klinisch ten minste 165 nieuwe patiëntencontacten heeft tijdens de 2-jarige Grond-opleiding.

g. Er zorg voor dragen dat er dagelijks rapport wordt gehouden.

h. Er zorg voor dragen dat regelmatig, zo mogelijk dagelijks, besprekingen met de radioloog c.q. radiodiagnost plaatsvinden, mede gelet op de bijzondere eis A.14.

i. Er zorg voor dragen dat regelmatig (ten minste 1× per week) besprekingen met de chirurg plaatsvinden.

j. Er zorg voor dragen dat regelmatig (ten minste 2× per maand) probleemoplossende patiëntenbesprekingen plaatsvinden.

k. Er zorg voor dragen dat regelmatig (ten minste 2× per maand) besprekingen met de patholoog-anatoom over obducties en biopsieën plaatsvinden.

l. Er zorg voor dragen dat de assistent-geneeskundige het cursorisch Basis-Onderwijs Inwendige Geneeskunde (B.O.I.G.), kan volgen, zoals dat onder auspiciën van de Nederlandse Internisten Vereeniging wordt gegeven. Het opleidingsteam moet – als docent – actief deelnemen aan dit cursorisch basisonderwijs.

m. Er op toezien dat de assistent-geneeskundige tijdens de opleiding regelmatig wetenschappelijke vergaderingen bezoekt en ten minste eenmaal over een onderwerp de inwendige geneeskunde betreffend, een voordracht houdt of een artikel publiceert in een wetenschappelijk tijdschrift.

n. Er op toezien dat de assistent-geneeskundige ervaring opdoet in indirect patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden werkzaamheden, zoals infectie-commissie, intercollegiale toetsing e.d.

Ingevolge de algemene eis van A.20. geven beide opleiders de noodzakelijke beoordelingen af; de opleider bij wie de assistent-geneeskundige de Grond-opleiding heeft gevolgd, brengt zijn beoordeling ter kennis van de opleider waar de opleiding wordt voortgezet.

##### B. Te stellen aan de opleiders

Ingevolge B.12 van de algemene eisen moet:

1. In een opleidingsinrichting het aantal opnamen per jaar ten minste 1000 zijn, met voldoende spreiding over de beide geslachten, de leeftijdsgroepen en de verschillende onderdelen van de inwendige geneeskunde.

2. In een opleidingsinrichting een polikliniek ter beschikking van de opleider staan. De assistent-geneeskundige moet tijdens de voortgezette opleiding poliklinisch ten minste 300 nieuwe patiënten en 600 controlepatiënten zien. Onder deze poliklinische patiënten moet eveneens een voldoende ruime spreiding over het brede spectrum van de inwendige geneeskunde aanwezig zijn.

3. In een opleidingsinrichting-V de assistent-geneeskundige verplichte stages in de cardiologie, longziekten en tuberculose, een consulentschap heelkunde en polikliniek kunnen volgen, voorzover nog niet eerder gevolgd tijdens de Grond-opleiding in een opleidingsinrichting-G; voorts nog ten minste 4 andere stages in erkende of niet-erkende deelgebieden van de inwendige geneeskunde.

4. In een opleidingsinrichting-V wetenschappelijk werk worden verricht onder leiding van de opleider of leden van het opleidingsteam, tot uiting komend in wetenschappelijke voordrachten en/of publikaties.

##### C. Te stellen aan de opleidingsinrichtingen

In de algemene eis van C.1. sub a. wordt het specialisme radiologie vervangen door het specialisme radiodiagnostiek c.q. radiologie.

Ingevolge C.2 van de algemene eisen is bovendien het volgende vereist:

1. Wat betreft een opleidingsinrichting:

a. In de inrichting moeten werkzaam zijn specialisten, die voor de specialismen anesthesiologie, cardiologie, longziekten en tuberculose, neurologie, orthopedie, psychiatrie en urologie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven.

b. Voorts dienen aan de opleidingsinrichting specialisten verbonden te zijn in de dermatologie, keel-neus-oorheelkunde, medische microbiologie, oogheelkunde, alsmede een ziekenhuisapotheker en een klinisch chemicus. In bijzondere gevallen, zulks ter beoordeling van de Specialisten Registratie Commissie, kan, indien een van deze disciplines niet in de opleidingsinrichting werkzaam is, ermee worden volstaan dat vertegenwoordigers hiervan regelmatig als consultant worden geraadpleegd, zulks met toestemming der Specialisten Registratie Commissie, gehoord de visitatiecommissie en voor een bepaalde tijd.

c. In de opleidingsinrichting-V dient een specialist werkzaam te zijn die voor het specialisme heelkunde als opleider is erkend.

Ingevolge C.10 van de algemene eisen kan de Specialisten Registratie Commissie de inrichting erkennen als:

– *Opleidingsinrichting-G* voor een opleidingsduur van 2 jaar, inhoudende de Grond-opleiding; in uitzonderingsgevallen kan een opleidingsinrichting-G worden erkend voor een opleidingsduur van ten hoogste 3 jaar, op grond van in de opleidingsinrichting aanwezige mogelijkheden tot het volgen van verplichte stages. Of als:

– *Opleidingsinrichting-G/V2* voor een opleidingsduur van ten hoogste 4 jaar, bestaande uit 2 jaar Grond-opleiding en ten minste de 4 verplichte stages. Of als:

– *Opleidingsinrichting-V4* voor een opleidingsduur van ten hoogste 4 jaar, bestaande uit de 4 verplichte stages en ten minste 4 keuzestages. Of als:

– *Opleidingsinrichting-G/V4* voor een opleidingsduur van ten hoogste 6 jaar, waarin in principe alle onderdelen van de opleiding kunnen worden gevolgd.

Ingevolge C.11 van de algemene eisen wordt het volgende vereist:

1. In een opleidingsinrichting voor inwendige geneeskunde moet het aantal opnamen ten minste 1000 per jaar bedragen, met voldoende spreiding over het gehele veld van de inwendige geneeskunde.

2. De assistent-geneeskundige moet in de periode waarin hij klinisch werkzaam is, in het algemeen de zorg hebben voor ten minste 10 en ten hoogste 20 patiënten.

3. Naast de erkende opleider moeten ten minste drie specialisten die voor het specialisme inwendige geneeskunde in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven, evenals de opleider in de inrichting werkzaam zijn in volledige of nagenoeg volledige dagtaak en bij de opleiding zijn betrokken. In een opleidingsinrichting moeten internisten met verschillende kennis en ervaring, gespreid over het brede veld van de inwendige geneeskunde aan de afdeling zijn verbonden of bij uitzondering regelmatig ter beschikking staan.

4. De verhouding tussen het aantal in de opleidingsinrichting werkzame en bij de opleiding betrokken internisten en het aantal assistent-geneeskundigen in opleiding dient ten minste 1:1 te zijn. De bepalingen van de algemene eis C.12 sub b. worden als volgt aangevuld:

1. De bibliotheek moet op ten minste 20 tijdschriften geabonneerd zijn, welke tezamen de volle breedte van de inwendige geneeskunde – met inbegrip van de deelspecialismen – bestrijken en dient tevens over een voldoende aantal recente naslagwerken te beschikken.

2. De assistent-geneeskundige moet gemakkelijk toegang hebben tot het laboratorium en de gelegenheid hebben een eenvoudig laboratoriumonderzoek te verrichten.

3. De resultaten van beeldvormende diagnostieken (röntgenfo-

to's, scans, echo's e.a.) dienen voor de assistent-geneeskundige gemakkelijk bereikbaar te zijn.

## Opleidingsschema

1. De 6-jarige opleiding speelt zich af in 3 fasen van 2 jaar, achtereenvolgens de Grond-opleiding, de Voortgezette-opleiding en de Speciële-opleiding.

De opleiding zal in het algemeen worden gespreid over twee opleidingsinrichtingen. In bijzondere gevallen kan de Specialisten Registratie Commissie toestemming verlenen dit aantal uit te breiden.

a. *De Grond-opleiding* (fase I) dient gedurende 2 jaar gevolgd te worden in een G-kliniek; eventueel kan de opleiding bestaan uit ten minste 1½ jaar inwendige geneeskunde en ten hoogste een ½ jaar een stage in de cardiologie of in de longziekten en tuberculose. Indien een stage wordt gevolgd – die niet in het eerste jaar mag vallen – moet in een latere fase nog een zelfde periode aan de opleiding in de algemene inwendige geneeskunde worden besteed.

b. *De Voortgezette-opleiding* (fase II), dient gedurende 2 jaar plaats te vinden in een V-kliniek en besteed te worden aan de verplichte deelspecialistische stages in de cardiologie en in de longziekten en tuberculose, gedurende ten minste 4 en ten hoogste 6 maanden per stage en voorzover niet reeds in de Grond-opleiding gevolgd. De overige tijd in deze periode kan worden besteed aan het volgen van de overige verplichte stages, polikliniek (ten minste 8 en ten hoogste 12 maanden), consulentschap heelkunde (ten minste 4 en ten hoogste 6 maanden) en aan stages in erkende en niet-erkende deelspecialismen van inwendige geneeskunde, nucleaire geneeskunde en radiodiagnostiek dan wel aan het doen van een wetenschappelijk onderzoek.

c. *De Speciële-opleiding* (fase III) dient 2 jaar te omvatten, waarin stages van 4 tot 8 maanden in erkende en niet-erkende deelspecialismen van de inwendige geneeskunde in een V-kliniek moeten worden gevolgd, alsmede de resterende verplichte stages.

## 2. Vrij jaar

Onder bepaalde voorwaarden kan de assistent-geneeskundige een jaar van de opleiding als zogeheten vrij jaar doorbrengen. Hiervoor geldt het volgende:

– indien de assistent-geneeskundige voor de aanvang van de klinische specialistenopleiding een periode wetenschappelijk werk heeft verricht in een gerenommeerd laboratorium of instituut kunnen de opleiders (van G- en V-kliniek gezamenlijk) uiterlijk na 2½ jaar opleiding, de Specialisten Registratie Commissie voorstellen 1 jaar van deze werkzaamheden te laten meetellen voor de opleiding;

– de opleider kan aan de Specialisten Registratie Commissie voorstellen de assistent-geneeskundige nadat deze 2½ jaar klinisch werkzaam is geweest en deze naar het oordeel van de opleider voldoende klinische ervaring heeft opgedaan, toestemming te verlenen 1 jaar van de opleiding te besteden aan een stage in een gerenommeerd laboratorium of instituut in binnen- of buitenland.

## 3. Internist met aandachtsgebied

De assistent-geneeskundige die zich wenst te ontwikkelen tot 'internist met aandachtsgebied' in een deelgebied van de inwendige geneeskunde kan gedurende de periode van speciële opleiding ten hoogste 18 maanden besteden aan specialisering in zo'n aandachtsgebied. Deze periode vervangt het eventuele vrije jaar + 1 stage. De assistent-geneeskundige dient de Grond-opleiding te hebben gevolgd en de 4 verplichte stages (cardiologie, longziekten en tuberculose, polikliniek en consulentschap heelkunde).

4. De assistent-geneeskundige dient gedurende de Grond-opleiding het cursorisch Basisonderwijs Inwendige Geneeskunde

(B.O.I.G.), zoals dat onder auspiciën van de Nederlandsche Internisten Vereniging wordt gegeven, te volgen en aan de daaraan verbonden toetsen deel te nemen.

5. De assistent-geneeskundige dient gedurende de opleiding

– in de ziektegeschiedenis duidelijk te vermelden een differentiële diagnose, een onderzoek- en een behandelingsplan, als ook een epicrise;

– in de door hem te schrijven en door of namens de opleiders te controleren ontslagbrieven, de anamnese, het onderzoek, de diagnose en de therapie te vermelden;

– een overzicht van de nieuwe patiëntencontacten bij te houden.

6. Gedurende de opleiding dient de assistent-geneeskundige

– actief deel te nemen aan klinische besprekingen en bijeenkomsten, ook tezamen met andere specialisten;

– ervaring op te doen in het verrichten van consultatieve werkzaamheden;

– literatuurbesprekingen bij te wonen en regelmatig referaten te houden;

– cursussen in praktische onderdelen van de inwendige geneeskunde te volgen;

– regelmatig wetenschappelijke vergaderingen bij te wonen en ten minste eenmaal over een onderwerp de inwendige geneeskunde betreffend een voordracht te houden of een artikel te publiceren in een wetenschappelijk tijdschrift;

– postmortaal en klinisch pathologisch onderzoek alsmede macroscopische en microscopische demonstraties door de patholoog-anatoom bij te wonen;

– ervaring op te doen in niet-patiëntgebonden stafactiviteiten zoals bijvoorbeeld lidmaatschap infectiecommissie, veiligheidscommissie, opleidingscommissie etc.

7. Gedurende de opleiding kan de assistent-geneeskundige facultatieve stages volgen in de: gastro-enterologie/hepatologie, haematologie, oncologie, nefrologie, intensive care, endocrinologie, infectieziekten, reumatologie, klinische geriatrie, hepatologie, klinische farmacologie en nucleaire geneeskunde. Daarnaast kunnen op verzoek en onder bepaalde omstandigheden ook stages klinische bacteriologie, immunologie of radiodiagnostiek worden gevolgd en erkend.

De stagecriteria en de inhoud van de stages worden omschreven in een addendum dat als zodanig onderdeel vormt van deze opleidingseisen; naar gelang de stand der wetenschap kunnen op voorstel van de N.I.V. en in overeenstemming met het C.C. resp. de S.R.C. hierin wijzigingen worden aangebracht.

#### Nadere voorschriften

1. Ten behoeve van de opleiding Algemene Inwendige Geneeskunde moeten de deelspecialistische afdelingen nauw samenwerken met de afdeling Interne Geneeskunde. In een opleidingsinrichting-V moet in het kader van de opleiding wetenschappelijk onderzoek worden gedaan. Aan de assistent-geneeskundige dienen hiervoor faciliteiten ter beschikking te staan.

2. Over de wijze waarop de assistent-geneeskundige het hem voorwaardelijk ter beschikking staande vrije jaar zal besteden, moet hij van tevoren met zijn opleiders en met de Specialisten Registratie Commissie overleg plegen.

#### Slotbepalingen

De opleiders stellen in overleg met de assistent-geneeskundige bij het begin van de opleiding een overzicht op van de wijze waarop de opleidingstijd zal worden ingedeeld. De assistent-geneeskundige dient overeenkomstig de daaromtrent vigerende bepalingen bij de aanvang van de opleiding dit opleidingsschema aan de Specialisten Registratie Commissie ter goedkeuring voor te leggen. Eventuele wijzigingen in het schema behoeven de voorafgaande goedkeuring van de Specialisten Registratie Commissie.

De assistent-geneeskundige dient bij de aanvraag tot inschrijving in het register van erkende specialisten aan de Specialisten Registratie Commissie een overzicht van de door hem tijdens de opleiding verrichte wetenschappelijke activiteiten, inclusief een lijst van voordrachten en publikaties, over te leggen, alsmede een overzicht van de nieuwe patiëntencontacten tijdens de 2 jaar Grondopleiding, een overzicht van de gevolgde cursussen en eventueel afgelegde toetsen alsmede van de tijdens de opleiding gevolgde stages en eventuele detachering.

#### ADDENDUM

##### I Stagecriteria

a. De assistent-geneeskundige is ten minste 75% dagtaak bezig in het deelspecialisme/stageonderdeel.

b. De patiëntenpopulatie is specifiek voor dat deelspecialisme/stageonderdeel.

c. Er is tijd voor verdieping in dat deelspecialisme (m.a.w. de assistent-geneeskundige behoeft niet de hele dag patiëntenzorg te bedrijven: geen 'werkpaardfunctie').

d. In de betreffende stage-afdeling zijn ten minste twee stafmedewerkers (50% dagtaak of meer) aanwezig, die elkaar aanvullen in de aspecten van dat deelspecialisme, zodat een voldoende dekking van het deelspecialisme bestaat (in te vullen per stage).

e. De stafmedewerker belast met de leiding van het stageonderdeel dient te kunnen aantonen dat hij een specifieke interesse en kennis op het vakgebied van de bedoelde stage heeft.

f. De assistent-geneeskundige moet kunnen profiteren van de know-how van deze stafleden en in het wetenschappelijk denken van de afdeling.

g. De stage zal binnen een vast te stellen periode (maximaal 1 à 2 jaar) cijfermatig onderbouwd moeten worden (m.n. ad b): diagnose-aantallen, diagnose-diversiteit, verrichtingen, e.d.

##### II Inhoud van de stages tijdens de opleiding Inwendige Geneeskunde

###### Cardiologie

*Ziektebeelden:* diagnostiek/behandeling van coronariaalijden, ritmestoornissen, klepvitia, hartfunctiestoornissen.

*Onderzoeks- en behandelingsmethoden:* ECG-beoordeling. Indicaties voor niet-invasieve onderzoeksmethoden als inspannings-ECG, echocardiografie, hartscintigrafie etc. Indicaties voor hartcatheterisatie. Indicaties voor klepchirurgie, bypass en PTCA. Indicaties voor uitwendige en inwendige pacemakers, inbrengen van acute uitwendige pacemaker. Indicaties en uitvoering van hemodynamische monitoring.

*Zelf te leren technieken:* Cardioversie/reanimatie. Bij voorkeur moet een gedeelte van de stageperiode op de C.C.U. worden doorgebracht. De overige tijd kan worden gevuld met klinische, poliklinische, diagnostische dan wel consultatieve cardiologische werkzaamheden.

###### Longziekten

*Ziektebeelden:* Diagnostiek/behandeling van chronisch obstructief longlijden, asthma bronchiale, infectieuze longaandoeningen, bronchuscarcinoom, pneumothorax etc.

*Onderzoeks- en behandelingsmethoden:* Indicaties voor bronchoscoopie en thoracoscopie. Indicaties voor longchirurgie. Indicaties voor technieken en beoordeling van longfunctie-onderzoek.

*Zelf te leren technieken:* Indicaties en uitvoering pleurapunctie. Indicaties en uitvoering thoraxdrainage. Bovenstaande kan worden geleerd tijdens klinische, poliklinische, consultatieve en diagnostische pulmonologische werkzaamheden. De voorkeur verdient een combinatie van een klinische stageperiode met een stageperiode op het longfunctielaboratorium.

## OFFICIEEL

*Consulentschap heelkunde*

- Leren werken als consultant op een specialistische afdeling in het algemeen.
- Vertrouwd raken met diverse chirurgische ingrepen en hun indicaties, implicaties en complicaties.
- Preoperatieve voorbereiding/onderzoek en beoordeling risico van narcose en operatie bij diverse risicopatiënten (bijv. patiënten met hartziekten, chronisch longlijden of asthma, nierziekten, diabetes).
- Postoperatieve begeleiding en controle (bijv. vochtbalans, elektrolyten, ritmestoornissen, infectieuze problemen/antibioticabeleid, stollingsproblemen etc.).
- Indicaties/problemen bij parenterale en enterale voeding, zuigdrainage, totale darmlavage, langdurige immobilisatie etc.

*Gastro-enterologie en hepatologie*

*Ziektebeelden:* Diagnostiek/behandeling van oesofagus-aandoeningen, ulcuslijden, galweg- en pancreaspathologie, chronische inflammatoire darmziekten, maligniteiten tractus digestivus, leverpathologie.

*Onderzoeks- en behandelingsmethoden:* Indicaties dunne darmbiopsie, coloscopie, ERCP, percutane cholangiografie, in- en uitwendige galwegdrainage. Indicaties niet-invasieve onderzoeksmethoden als röntgenologie, echografie, CT-scan, angiografie etc. Indicaties functietests. Indicaties chirurgie tractus digestivus.

*Zelf te leren technieken:* (Aantal 5) - Ascitespunctie. (Aantal 10) - Procto- en rectoscopie. (Aantal 25) - Sigmoidoscopie met flexibele scoop. (Aantal 50) - Gastroscopie (bij stages langer dan 4 maanden zelf leren). (Aantal 1) - Inbrengen Sengstaken-tube. (Aantal 5) - Percutane leverbiopsie. Een en ander kan worden geleerd tijdens klinische, poliklinische, consultatieve en diagnostische gastro-enterologische werkzaamheden, waarbij een combinatie de voorkeur verdient.

*Hematologie*

*Ziektebeelden:* Diagnostiek, differentiaal diagnose en behandeling van anaemie, leucopenie en trombopenie. Diagnostiek, classificatie en behandeling van leucaemieën en maligne lymfoom, multiple myeloom. Diagnostiek en behandeling van de patiënt met verminderde immunologische afweer. Diagnostiek en behandeling van hemostasestoornissen.

*Onderzoeksmethoden:* Beoordeling bloed en beenmergpreparaten.

*Zelf te leren technieken:* (Aantal 5) - Beenmergpunctie. (Aantal 5) - Botboring.

*Oncologie*

*Ziektebeelden:* Diagnostiek, staging, behandeling en controle van solide tumoren, onder meer carcinoom van pancreas, ovarium, prostaat, oesofagus, maag, colon, mamma, bronchus.

*Onderzoeks- en behandelingsmethoden:* Indicaties voor chirurgie, radiotherapie dan wel hormonale of chemotherapie. Bijwonen van multidisciplinaire oncologische besprekingen; bijwonen van biopsiebesprekingen.

*Zelf te leren technieken:* Percutane naaldbiopsie. Cytologische punctie.

*Nefrologie*

*Ziektebeelden:* Differentiaal diagnostiek en behandeling van diverse nieraandoeningen, waaronder: glomerulonefritis, interstiële nefritis, nefrotisch syndroom, acute tubulusnecrose, obstructieve stoornissen etc. Diagnostiek en behandeling hypertensie. Diagnostiek en behandeling stoornissen in elektrolyten en zuur-

base-evenwicht. Diagnostiek en behandeling acute en chronische nierinsufficiëntie.

*Onderzoeks- en behandelingsmethoden:* Indicaties acute nierfunctievervangende behandeling (haemodialyse, peritoneaal dialyse). Indicaties en methoden van chronische nierfunctievervangende behandeling (haemodialyse, CAPD, niertransplantatie); begeleiding chronische patiënten; shuntproblemen, secundaire hyperparathyreoidie etc. Indicaties nierbiopsie.

*Intensive care*

*Ziektebeelden/problemen:* Diagnostiek en behandeling van: shock, zuurbasis- en elektrolytstoornissen, gaswisselingsstoornissen, hemostaseproblemen, acute tubulusnecrose, infectieuze complicaties etc.

*Onderzoeks- en behandelingsmethoden:* Indicaties, methoden, controle en begeleiding beademing. Indicaties en uitvoering parenterale voeding, sondevoeding. Indicaties en uitvoering hemodynamische bewaking.

*Zelf te leren technieken:* Reanimatie, intuberen. Inbrengen subclaviacatheter, bij voorkeur ook andere types lijnen.

*Endocrinologie*

*Ziektebeelden:* Diagnostiek en behandeling van diverse endocrinologische aandoeningen, waaronder in ieder geval diabetes mellitus en schildklier-aandoeningen. Diagnostiek van aandoeningen van hypofyse, bijnier, bijschildklier en gonaden.

*Onderzoeks- en behandelingsmethoden:* Indicaties en uitvoering van diagnostische functietests: hypofyse, bijnier, schildklier, gonaden, calciumstofwisseling.

*Infectieziekten*

*Ziektebeelden:* Diagnostiek en behandeling van diverse infectieuze aandoeningen, waaronder: sepsis, pneumonie, meningitis, urineweginfecties, gastroenteritis, osteomyelitis, bacteriële endocarditis etc.

*Onderzoeks- en behandelingsmethoden:* Indicaties voor isolatie (bron- en omgekeerde isolatie); inzicht in besmettingsgevaar. Indicaties voor vaccinatie. Antibiotica: werking, bijwerkingen en indicaties, keuze. Endocarditisprofylaxe: indicatie en keuze; profylaxe bij chirurgische ingrepen: indicaties en keuze. Indicaties voor diagnostiek en behandeling van de patiënt met verminderde immunologische afweer.

*Reumatologie*

*Ziektebeelden:* Diagnostiek, differentiaal diagnose, therapie en controle van aandoeningen van het bewegingsapparaat, waaronder in ieder geval reumatoïde artritis.

*Onderzoeks- en behandelingsmethoden:* Indicaties en methoden van fysiotherapie en revalidatie. Indicaties voor chirurgische ingrepen/correcties.

*Zelf te leren technieken:* Spier- en gewrichtsonderzoek. Beoordeling gewrichts- en botfoto's. Gewrichtspunctie (indicaties en uitvoering).

*Klinische geriatrie*

*Ziektebeelden:* Diagnostiek en behandeling multipathologie bij de oudere mens; tevens onderkenning en behandeling psychosociale problematiek.

*Onderzoeks- en behandelingsmethoden:* Farmacotherapie bij de oudere mens. Kennis/mogelijkheden van somatische revalidatie. Multidisciplinaire behandeling (met fysiotherapeut, maatschappelijk werk). Kennis en inzicht in de optimale opvang en behandeling na ontslag: eigen woning, verzorgingstehuis, verpleegtehuis etc.



## Besluit Basiscursus Heelkundige Specialismen

Ingevolge artikel 1008 lid 4 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst volgt hieronder publikatie van besluit CC nr. 1-1988 van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten, dat de gewijzigde eisen bevat met betrekking tot de basiscursus heelkundige specialismen. Het besluit treedt in werking op 29 augustus 1988.

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

### Besluit nr. 1/1988 – Basiscursus Heelkundige Specialismen

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten in vergadering bijeen op 15 februari 1988;

*overwegende dat* op verzoek van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, de Nederlandse Orthopaedische Vereniging, de Nederlandse Vereniging voor Urologie, de Nederlandse Vereniging voor Plastische en Reconstructieve Chirurgie, de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie, de Nederlandse Vereniging van Neurochirurgen, de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied, verenigd in het Collegium Chirurgicum Neerlandicum, sedert 1981 de basiscursus heelkundige specialismen in de opleidingseisen van de resp. specialismen is opgenomen;

dat dit geschiedde nadat reeds in ruime mate ervaring was opgedaan met deze vorm van theoretisch onderwijs in het kader van de opleiding in heelkundige specialismen en gebleken was dat dit onderwijs een positieve bijdrage levert aan het totaal van de opleiding;

dat aan deze vorm van onderwijs examens zijn verbonden die door alle betreffende assistent-geneeskundigen worden afgelegd, doch dat de behaalde resultaten tot dusverre niet van invloed zijn op de jaarlijkse beoordeling door de opleider met betrekking tot voortzetting van de opleiding;

*in aanmerking nemende* dat bovengenoemde Verenigingen, alsmede de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, alle verenigd in het Collegium Chirurgicum Neerlandicum thans het Centraal College hebben verzocht te willen besluiten dat aan de resultaten van de examens consequenties zullen worden verbonden;

dat dit verzoek een logisch vervolg is op de invoering van het verplicht cursorisch onderwijs zoals indertijd gerealiseerd;

*gehoord* de Specialististen Registratie Commissie;

*gelet* op artikel 1007, lid 2 en artikel 1008 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst;

*heeft besloten*

– besluit nr. 2 – 1981 te doen vervallen en daarvoor in de plaats de navolgende bepalingen vast te stellen.

– aan de bijzondere opleidingseisen voor de specialismen heelkunde (besluit nr. 2 – 1969), orthopedie (besluit nr. 1 – 1985), urologie (besluit nr. 6 – 1982), plastische chirurgie (besluit nr. 1 – 1978); cardio-pulmonale chirurgie (besluit nr. 1 – 1987) en voorts neurochirurgie (besluit nr. 6 – 1984), keel-neus-oorheelkunde (besluit nr. 4 – 1974) en verloskunde en gynaecologie (besluit nr. 1 – 1971) het navolgende toe te voegen:

*Artikel 1:* De basiscursus heelkundige specialismen bestaat uit een algemeen basaal gedeelte en een, voor elk betrokken specialisme afzonderlijk vastgesteld, specieel basaal gedeelte.

#### Algemeen basaal gedeelte

*Artikel 2:* De assistent-geneeskundige in opleiding in één van bovengenoemde specialismen dient gedurende de eerste twee jaar van de opleiding het algemeen basaal gedeelte van de basiscursus heelkundige specialismen zoals die onder auspiciën van het Collegium Chirurgicum Neerlandicum wordt gegeven, te volgen en aan de aan deze cursus verbonden – schriftelijke – examens deel te nemen.

*Artikel 3:* De opleider dient de assistent-geneeskundige in de gelegenheid te stellen aan de basiscursus en de examens deel te nemen en zich daarop voldoende voor te bereiden. De assistent-geneeskundige heeft daartoe, voorafgaand aan elk examen dat door hem voor de eerste maal wordt afgelegd, recht op een week – vijf werkdagen – studieverlof en bovendien op een vrij weekend direct voorafgaand aan een af te leggen examen.

*Artikel 4:* De assistent-geneeskundige die voor een examen of een of meer onderdelen daarvan een onvoldoende resultaat heeft behaald, kan een jaar later het examen of het betreffende gedeelte daarvan opnieuw afleggen.

*Artikel 5:* Aan de assistent-geneeskundige die daarop wederom een onvoldoende resultaat heeft behaald, zal een mondelinge herkansing worden geboden, binnen 2 maanden na de datum waarop de uitslag van het schriftelijk examen hem is meegedeeld.

*Artikel 6:* a. Dit mondeling examen wordt afgenomen door een daartoe door het Collegium ingestelde commissie bestaande uit: een lid van het Uitvoerend Comité van het Collegium, een algemeen chirurg en een vertegenwoordiger van het specialisme waarin de assistent-geneeskundige wordt opgeleid.

b. Indien de assistent-geneeskundige zulks verzoekt, kan de opleider als toehoorder bij het afleggen van de mondelinge herkansing aanwezig zijn.

*Artikel 7:* Indien de Commissie als genoemd in artikel 6 tot de conclusie komt dat de theoretische kennis van het algemeen basaal gedeelte welke wordt geëxamineerd onvoldoende is, zal de assistent-geneeskundige de opleiding in een van voornoemde specialismen niet kunnen voortzetten.

*Artikel 8:* De inhoud van de diverse onderdelen van de basiscursus c.q. van de daaraan verbonden examens, alsmede de examendata en overige praktische gegevens staan vermeld in een reglement dat door het Collegium Chirurgicum Neerlandicum jaarlijks wordt uitgegeven en dat tijdig, dat wil zeggen uiterlijk bij de aanvang van de opleiding, door de opleider aan de assistent-geneeskundige wordt uitgereikt.

#### Specieel basaal gedeelte

*Artikel 9:* Behalve het algemeen basaal gedeelte is de assistent-geneeskundige tevens verplicht het specieel basaal gedeelte, dat betrekking heeft op het specialisme waarvoor hij wordt opgeleid, te volgen en de daaraan verbonden toetsen af te leggen. Vooralsnog zullen de hierbij behaalde resultaten niet meetellen bij de beoordeling door de opleider over het al dan niet mogen voortzetten van de opleiding.



## Het 40ste KNMG-Ledencongres – 6, 7 en 8 oktober 1988 te Haarlem



voor de kinderen  
van de congresbezoekers

### SPORT & SPEL INSTUIF

ZATERDAG 8 OKTOBER 1988  
van 9.00 uur - 12.00 uur  
in de Beyneshal



Op zaterdagochtend wordt er in de Haarlemse Beyneshal, op loopafstand van het concertgebouw, voor de kinderen van 4 tot 12 jaar een groot sportfeestje aangeboden, verzorgd door CIOS-Overveen. Sportschoenen meenemen. Toegang gratis

## Logeermogelijkheden

De reserveringstermijn van een groot aantal kamers in onderstaande hotels is inmiddels verstreken. Zoals u in Medisch Contact nr. 23 hebt kunnen lezen was als datum 8 augustus gesteld.

In verband met het geringe aantal hotelbedden in onze stad Haarlem wordt iedere congresganger, voorzover u dit nog niet hebt gedaan, alsnog aangeraden zo snel mogelijk zelf een bed te reserveren bij een van de onderstaande hotels. Vermeldt u vooral bij bespreking dat u deelneemt aan het KNMG-congres.

Prijzen inclusief ontbijt: 1 pers. 2 pers.

*Hotel Carillon*, Grote Markt 27, Haarlem,  
tel. 023-310591: zeer eenvoudig, geen lift,  
centraal gelegen ..... f 40,— f 70,—

*Hotel Iepenhove*, Hartenlustlaan 4, Bloemen-  
daal, tel. 023-258301: zeer goed, lift ..... f 75,— f 110,—

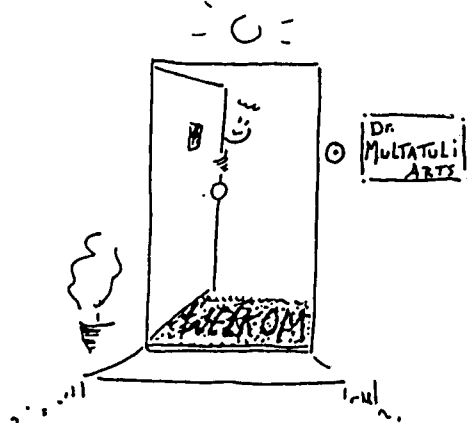
*Hotel Palace*, Burg. van Fenemapplein 2, Zand-  
voort, tel. 02507-12911: luxueus, lift, aan zee  
gelegen ..... f 95,— f 155,—

*Hotel Die Raeckse*, Raaks 1/3, Haarlem, tel.  
023-326629: eenvoudig, geen lift, centraal ge-  
legen ..... f 85,— f 135,—

*Hotel Roozendaal*, Bloemendaalseweg 260,  
Overveen, tel. 023-277457: goed, geen lift ..... f 75,— f 110,—

*Hotel De Wyman*, Hoofdstraat 248, Santpoort-  
Noord, tel. 023-370856: zeer goed, lift, geen  
restaurant ..... f 85,— f 125,—

*Wij Haarlemmers stellen niemand teleur ...  
loodsen zelfs onze gasten door eigen deur*



Een andere mogelijkheid is te overnachten bij collegae die enthousiast hun logeerkamers met ontbijt beschikbaar hebben gesteld. Schroomt u niet dit aanbod te accepteren!

U kunt zich aanmelden via het inschrijfformulier. In de loop van september ontvangt u uw logeeradres, waarna u zelf contact kunt opnemen met uw gastheer/gastvrouw.

H. C. de Groof-van der Horst,  
Beddencommissie



## Het 40ste KNMG-Ledencongres – 6, 7 en 8 oktober 1988 te Haarlem

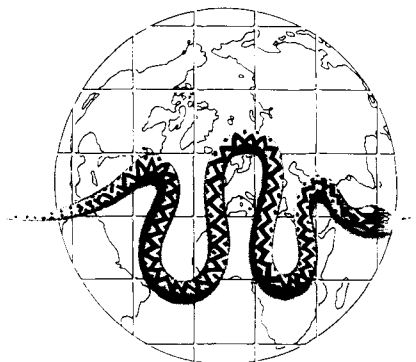
### Programma

Plaats: Concertgebouw, Klokhuisplein 2

**donderdag 6 oktober**

Tijd

- 13.00 Inschrijving
- 13.45 Opening door de voorzitter van de Congrescommissie  
M. D. van Dam
- 13.55 Drs. D. J. D. Dees, staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur: Preventie en overheid
- 14.10 Toespraak voorzitter KNMG-afdeling Haarlem, Dr. H. H. Kruyswijk
- 14.25 Congresrede KNMG-voorzitter W. H. Cense
- 15.15 Thee
- 15.45 *Preventie van hart- en vaatziekten*  
voorzitter: Prof. Dr. A. C. Arntzenius, cardioloog, 's Gravenhage  
William Castelli m.d., directeur van het Framingham-project: Cholesterol Contra-Coronary Crusade in the USA
- 16.30 Prof. Dr. D. W. Erkelens, internist, Utrecht:  
Cholesterol; Strategie voor enkelen, velen of allen?
- 16.50 Discussie



- 17.30 Orgelconcert in de Grote Kerk
- 18.00 Receptie in het Stadhuis
- 19.30 Culturele avond in het Frans Halsmuseum

**vrijdag 7 oktober 1988**

(voor de middag)

Tijd

09.00 **Ontvangst met koffie**

09.30 **I Huisartspraktijk en preventie: eerste resultaten van landelijk eerstelijns onderzoek**

Voorzitter: Prof. Dr. C. van Weel, huisarts, Nijmegen

Drs. J. van der Velden, arts-epidemioloog, NIVEL, Utrecht:  
Randvoorwaarden voor een preventiemodel in de jaren 90

F. G. Schellevis, huisarts Utrecht:  
Oplettendheid van de huisarts en preventie

Dr. J. van der Zee, socioloog, NIVEL, Utrecht:  
Wat doet de huisarts aan preventie en wat wilde hij eigenlijk?  
Welk voorbeeld geeft hij?

Discussie

**II Preventie van iatrogene aandoeningen, intra- en extramuraal**

Voorzitter: Prof. Dr. A. J. Dunning, cardioloog, Amsterdam

Prof. A. Th. Schweizer, directeur Patiëntenzorg, Leiden:  
Meldings(FONA)-commissie als preventief instrument

Prof. Dr. A. F. Casparie, internist, Rotterdam:  
Preventie van te veel onderzoek

Prof. Dr. F. J. A. Huygen, Lent:  
Preventie van iatrogene schade, extramuraal

Discussie

11.00 **Koffie**

11.30 **III Neuropeptiden en het ouder worden**

Voorzitter: Prof. Dr. F. G. I. Jennekens, neuroloog, Utrecht

Prof. Dr. D. de Wied, arts-farmacoloog, Utrecht:  
Neuropeptiden en hun rol bij het handhaven van de optimale cerebrale functie

Discussie

**IV Preventie in arbeid-georiënteerde gezondheidszorg**

Voorzitter: T. Lunshof, directeur Bedrijfsgezondheidsdienst Haarlem

F. H. Moria, Bedrijfsgezondheidsdienst, Haarlem:  
Preventie in de bedrijfsgezondheidszorg

Mw. I. M. J. L. Speller, verzekeringsgeneeskundige GAK, Haarlem:  
Bedrijfsgericht werken: preventie ziekteverzuim

Discussie

12.30 **Middagmaaltijd**

## Vervolg programma 40ste KNMG-ledencongres-Haarlem 6, 7 en 8 oktober 1988

### vrijdagmiddag 7 oktober 1988

#### Tijd

#### 14.00 V Arts en milieu

Voorzitter: Dr. Ir. J. L. A. Jansen, VROM, Leidschendam

Mw. I. A. Kreis, arts-epidemioloog, RIVM, Utrecht:  
Niemand ziek en toch saneren

M. Vos, arts, directeur GG&GD, Utrecht:  
Gedragsverandering en milieu

Prof. Dr. L. Reynders, Stichting Natuur en Milieu, Utrecht:  
Wat verwacht de burger van zijn arts in milieuzaken?

Discussie

#### VI Preventie van ontsporing in het gezin

Voorzitter: Mw. Drs. F. L. Fischer, sociologe, Rotterdam

J. P. M. van der Voort, andragoloog, directeur NHG, Amsterdam:  
Conflictpreventie in het (artsen-)gezin

Discussie

Mw. Mary E. Marlowe, BAPs, Virginia Beach, Va, USA:  
Caring enough to resolve conflict

Discussie

15.20

#### Thee

#### 15.45 VII Haalt voorlichting wat uit?

Voorzitter: E. J. Boer, redacteur Wetenschap NRC/Handelsblad, Rotterdam

Drs. J. S. Dubbelboer, Nationaal Ziekenhuis Instituut, Utrecht:  
Voorlichting in de spreekkamer

Drs. R. Jonkers, Landelijk Centrum GVO, Utrecht:  
Effectiviteit van voorlichting

Discussie

#### VIII Voeding en preventie

Voorzitter: Mw. N. A. L. Biervliet-Dahlberg, kinderarts, IJmuiden

Drs. W. P. Herengreen, andragoloog, NIPG, Leiden:  
Voeding van schoolkinderen

Discussie

Mw. Wina Born, journaliste, Amsterdam:  
Lekker – en toch gezond

Discussie

16.40

#### Sluiting

### vrijdagavond 7 oktober 1988

19.00 uur Feestavond in het Concertgebouw

### zaterdag 8 oktober 1988

#### Tijd

09.30

#### Ontvangst met koffie

#### 10.00 IX Alternatieven in de preventie

Voorzitter: Dr. H. S. Verbrugh, arts, Rotterdam

B. C. Witsenburg, huisarts, Haarlem:  
Kinderziekten als preventie voor ziekten in de oude dag

R. Linschoten, arts, Utrecht:  
De waarde van voeding voor het gezond blijven

Mw. E. S. M. de Lange-de Klerk, arts, Amstelveen:  
Homeopathische geneesmiddelen ter preventie van bovenste  
luchtweginfecties?

Discussie

#### X Preventie bij kinderen en adolescenten

Voorzitter: Dr. L. J. Krol, hfd. afd. Medische Psychologie,  
Universiteit van Amsterdam

Prof. Dr. M. F. Niermeyer, Rotterdam:  
Genetic counseling

H. B. H. Rensen, jeugdarts, GG&GD Utrecht:  
Suïcidaal gedrag bij jeugdigen

F. Wafelbakker, jeugdarts, geneeskundig inspecteur bij de  
geneeskundige Hoofdinspectie, 's Gravenhage:  
Peilstations jeugdgezondheidszorg

Discussie

11.15

#### Koffie

11.45 Presentatie KNMG-congres 1989

12.00 Sluiting



## Toelichting inschrijfformulier

Lees deze toelichting eerst geheel door alvorens het formulier in te vullen. Het duplicaat (z.o.z.) kunt u behouden voor eigen administratie.

Stuur het formulier toe aan:

Bureau Inschrijving KNMG-Congres Haarlem  
Mevrouw C. de Ronde-Zwaard, Postbus 272 – 2000 AG Haarlem  
Bankrekening 47.02.90.854 t.n.v. KNMG-afdeling Haarlem  
Telefonische inlichtingen vanaf 1 september 1988: 023-32.52.70

### Inschrijfgeld

Zowel deelnemers als partners betalen het inschrijfgeld van f 25,— en ontvangen hiervoor bij aanmelding aan de inschrijfbalie een congresmap met o.a. programmaboekje, bewijs van toegang voor het openingsprogramma op donderdag 6 oktober (tot 19 uur) en toegangskaarten voor de overige evenementen waarvoor is ingeschreven.

*Wetenschappelijk programma op vrijdag 7 oktober*, inclusief lunch: per persoon f 55,—.

Voorkeur parallelsessie voor deelnemer en partner s.v.p. apart aangeven.

*Wetenschappelijk programma zaterdagochtend 8 oktober*: gratis. Voorkeur parallelsessie voor deelnemer en partner s.v.p. apart aangeven.

*Culturele avond Frans Halsmuseum op donderdag 6 oktober*. Prijs per persoon f 42,50 – inclusief lopend buffet. De toegang is beperkt tot de eerste 300 personen die zich aanmelden. Haast U!

*Feestavond Concertgebouw Haarlem op vrijdag 7 oktober*. Prijs per persoon f 62,50 – inclusief uitgebreid buffet.

*Partnerprogramma's op vrijdag 7 oktober*: U kunt inschrijven op één van de drie programma's voor f 35,— per persoon inclusief lunch. Geef uw voorkeur duidelijk aan. Inschrijving geeft tevens recht op bijwonen van het laatste gedeelte van het wetenschappelijk programma vanaf 14.00 uur. Bij strandwandeling aangepast schoeisel meebrengen.

*Kinderprogramma op zaterdagochtend 8 oktober*: gratis. Sportschoenen meenemen!

*Logeergelegenheid* bij collega: s.v.p. het betreffende hokje aankruisen – u ontvangt dan tijdig nader bericht.

*Hotelaccommodatie* wordt *niet* verzorgd door het bureau inschrijving. U kunt zelf telefonisch reserveren bij het betreffende hotel.

De inschrijving is pas geldig na ontvangst van het totaal verschuldigde bedrag. Bij betaling vóór 20 september 1988 ontvangt u een schriftelijke bevestiging met plattegrond van Haarlem en parkeerfaciliteiten.

Bij latere betaling wordt f 25,— extra administratiekosten in rekening gebracht en dient aan de balie een betalingsbewijs te worden getoond of contant te worden betaald.

*Annulering* is slechts schriftelijk mogelijk tot 20 september (datum poststempel). Reeds overgemaakte bedragen zullen dan, met uitzondering van het inschrijfgeld, worden gerestitueerd.

## Inschrijfformulier *Lees eerst de toelichting*

40ste KNMG-Ledencongres Haarlem – 6, 7 en 8 oktober 1988

*Deelnemer* lid KNMG ja/nee afdeling .....

naam ..... man/vrouw

adres .....

postcode/woonplaats .....

telefoon .....

### Partner

naam ..... man/vrouw

adres .....

postcode/woonplaats .....

telefoon .....

*Algemeen inschrijfgeld* (f 25 per persoon)

☐ deelnemer ☐ partner ..... f .....

*Wetenschappelijk programma* vrijdag 7 oktober

(f 55 per persoon) ☐ deelnemer ☐ partner ..... f .....

*Wetenschappelijk programma* zaterdag 8 oktober

(gratis) ☐ deelnemer ☐ partner

Voorkeur parallelsessie wetenschappelijk programma (voorkeur omcirkelen s.v.p.)

deelnemer	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
partner	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X

*Culturele avond Frans Hals Museum* donderdag

6 oktober (f 42,50 per persoon)

☐ deelnemer ☐ partner ..... f .....

*Feestavond Concertgebouw* vrijdag 7 oktober

(f 62,50 per persoon)

☐ deelnemer ☐ partner ..... f .....

*Partner(excursie)programma* vrijdag 7 oktober

(f 35,— per persoon)

Voorkeur (volgorde omcirkelen s.v.p.)

1 2 3 Schiphol

1 2 3 Hofjesticht + Frans Hals Museum

1 2 3 Teyler's Museum + Hofjesticht

☐ deelnemer ☐ partner ..... f .....

Totaal bedrag

f .....

*Kinderprogramma* zaterdagochtend

ja/nee aantal kinderen ..... leeftijden:

*Logeergelegenheid* bij collega gewenst ja/nee

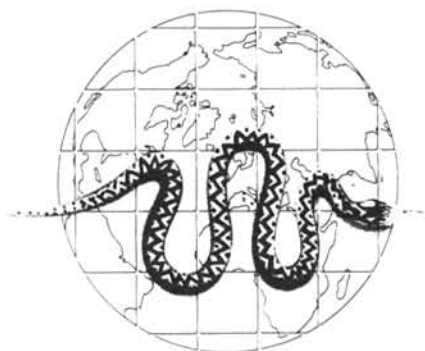
do/vr vr/za ☐ deelnemer ☐ partner

Ondergetekende verklaart op de hoogte te zijn van de reserveringsvoorwaarden als vermeld in het begeleidende programma met toelichting. Tevens verklaart ondergetekende het verschuldigde bedrag ad f ..... te hebben overgemaakt op bankrekening 47.02.90.854 t.n.v. KNMG-afdeling Haarlem.

Plaats: ..... datum: .....

handtekening: .....

## Het 40ste KNMG-Ledencongres –



**6, 7 en 8 oktober 1988 te Haarlem**

**Dit formulier inzenden aan  
Bureau Inschrijving KNMG-Congres Haarlem**

**Mevrouw C. de Ronde-Zwaard,  
Postbus 272 – 2000 AG Haarlem**



### Inschrijfformulier (voor eigen administratie)

40ste KNMG-Ledencongres Haarlem – 6, 7 en 8 oktober 1988

*Lees eerst de toelichting!*

Deelnemer lid KNMV ja/nee afdeling .....

naam ..... man/vrouw

adres .....

postcode/woonplaats .....

telefoon .....

Partner

naam ..... man/vrouw

adres .....

postcode/woonplaats .....

telefoon .....

Algemeen inschrijfgeld (f 25 per persoon)

☐ deelnemer ☐ partner ..... f .....

Wetenschappelijk programma vrijdag 7 oktober

(f 55 per persoon) ☐ deelnemer ☐ partner ..... f .....

Wetenschappelijk programma zaterdag 8 oktober

(gratis) ☐ deelnemer ☐ partner

Voorkeur parallelsessie wetenschappelijk programma (voorkeur omcirkelen s.v.p.)

deelnemer I II III IV V VI VII VIII IX X

partner I II III IV V VI VII VIII IX X

Culturele avond Frans Hals Museum donderdag

6 oktober (f 42,50 per persoon)

☐ deelnemer ☐ partner ..... f .....

Feestavond Concertgebouw vrijdag 7 oktober

(f 62,50 per persoon)

☐ deelnemer ☐ partner ..... f .....

Partner(excursie)programma vrijdag 7 oktober

(f 35,— per persoon)

Voorkeur (volgorde omcirkelen s.v.p.)

1 2 3 Schiphol

1 2 3 Hofjesticht + Frans Hals Museum

1 2 3 Teyler's Museum + Hofjesticht

☐ deelnemer ☐ partner ..... f .....

Totaal bedrag ..... f .....

Kinderprogramma zaterdagochtend

ja/nee aantal kinderen ..... leeftijden:

Logeergelegenheid bij collega gewenst ja/nee

do/vr vr/za ☐ deelnemer ☐ partner

Ondergetekende verklaart op de hoogte te zijn van de reserveeringsvoorwaarden als vermeld in het begeleidende programma met toelichting. Tevens verklaart ondergetekende het verschuldigde bedrag ad f ..... te hebben overgemaakt op bankrekening 47.02.90.854 t.n.v. KNMG-afdeling Haarlem.

Plaats: ..... datum: .....

handtekening: .....