

MEDISCH CONTACT

Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nummer 15 – 15 april – 43e jaargang

Historische beslissing? Historische vergissing? Wordt de KNMG een federatie? Was dát het wat de Algemene Vergadering bedoelde, toen ze er op 25 april 1986 unaniem en met klem bij het hoofdbestuur op aandrang alle maatregelen te nemen die zouden kunnen leiden tot een hechter aaneensluiten van alle artsen, artsorganisaties en -geledingen en tot een betere communicatie tussen KNMG, LAD, LHV, LSV en LVSG? Een half jaar later was 'De KNMG naar 2000' onderweg naar de Algemene Vergadering. Vervolgens kon de Commissie 'Structuur KNMG 2000' aan de slag, richting een advies over een zo hecht mogelijke organisatie van alle artsen binnen één KNMG. En zo is het gekomen. De commissie pleitte voor een federatie (ref. MC nr. 35/1987, blz. 1096), zowel op het niveau van de regio als op dat van het land als geheel. Dit hoofdpunt uit de nota 'Structuur KNMG 2000' blijkt nu, na een kritische bespreking van dat stuk in de Algemene Vergadering van 30 oktober jl., door het hoofdbestuur te zijn overgenomen. Maar het is een 'ja, tenzij . . .' (voorstel AV 22 april aanstaande, MC nr. 12/1988, blz. 381). Wordt de KNMG inderdaad een federatie? Onder meer ter voorbereiding op de Algemene Vergadering van de 22e in dit nummer van Medisch Contact enig standwerk. Aan het woord komen achtereenvolgens de voorzitters der maatschappelijke verenigingen en der Maatschappij, een ondertekenaar van de motie van 25 april 1986, de voorzitter van de structuurcommissie, alsmede een lid van deze commissie dat er een duidelijk andere mening op nahoudt dan de meerderheid, de voorzitter van een KNMG-afdeling, enkele vroegere voorzitters van de KNMG en de voorzitter van de wetenschappelijke vereniging van huisartsen in ons land. Een nieuwe structuur voor de KNMG? Déze nieuwe structuur voor de KNMG? Op 22 april aanstaande zal de Algemene Vergadering worden gevraagd akkoord te gaan met de intentie van het hoofdbestuur de KNMG zowel landelijk als regionaal om te vormen tot een federatieve organisatie. De hoofdredacteur van Medisch Contact staat erachter, maar niet geheel zonder zorg.

INHOUD

Wordt de KNMG een federatie?

'A bridge over troubled water'
W. H. Cense – 453

De motie van april 1986: een goede therapie

A. Zecha – 454

Commentaar op het structuurvoorstel
Dr. P. A. IJkelstam – 455

De KNMG een federatie? Historische beslissing of historische vergissing?

T. W. J. Derksen – 457

Haalt de KNMG 1989?

Dr. Mr. H. W. A. Sanders – 459

De KNMG als federatie van belangengroeperingen?

Dr. L. K. J. van Romunde – 461

De KNMG naar het jaar 2000.
'Form follows function'.

Dr. M. van Leeuwen – 462

Macht waartoe? Overpeinzingen bij structuurwijziging van de KNMG

V. C. L. Tielens – 466

Het zogenaamde inzagerecht: als middel zijn doel voorbij

G. R. van den Berg – 468

Inzagerecht vooral van belang in conflictsituaties

Mr. P. J. M. van Wersch – 472

Een experiment in Almere (11). Hoe tevreden zijn de mensen over de gezondheidszorg?

Herman Sixma – 475

Colofon 450 – Colofon officieel 450 – Hoofdredactioneel commentaar 451 – Voorzitterskolom LAD, LHV, LSV en LVSG 452 – Boeken 474

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. G. W. van Straten, 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 opgave 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:

Oud-Egyptisch reliëf (1580-1350 v. Chr.) van een vermoedelijk door kinderverlamming kreupel geworden man.
Ny Carlsberg Glyptothek, Kopenhagen.

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, 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, informaticus.

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-Geneskundigen (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-Geneskundigen 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

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

Wordt de KNMG een federatie?

Op 22 april aanstaande zal de Algemene Vergadering worden gevraagd akkoord te gaan met de intentie van het hoofdbestuur de KNMG zowel landelijk als regionaal om te vormen tot een federatieve organisatie.

De naoorlogse geschiedenis van de maatschappij toont dat men al vele jaren worstelt met het vinden van een organisatievorm waardoor de artsen in Nederland zich werkelijk vertegenwoordigd kunnen weten¹. Reeds in 1958 werd een reorganisatiecommissie ingesteld, die de totale structuur van de Maatschappij in studie moest nemen. Ook toen ging de discussie over de vraag hoe men de maatschappelijke verenigingen in de Maatschappij kon integreren en kwam het vetorecht van het hoofdbestuur ten aanzien van besluiten van de maatschappelijke verenigingen uitvoerig aan de orde.

De huidige problemen zijn bekend. Vele afdelingen leiden een kwijnend bestaan. Vooral in de grotere afdelingen kennen de leden elkaar niet. De organisatiegraad van de niet vrij gevestigde huisartsen en specialisten is laag. Van de artsen die aan de universiteiten bij het medisch onderwijs en onderzoek zijn betrokken is slechts een klein deel lid van onze Maatschappij. Geneeskundestudenten merken daardoor weinig van een 'esprit de corps'. De hoogleraren die bij het arts-examen de artseneed afnemen en hun jonge collegae samen met de artsenbul ook de 'Gedragsregels voor artsen' uitreiken, kunnen moeilijk wijzen op de noodzaak lid te worden van de Maatschappij: ze zijn dat zelf immers vaak niet meer.

Veel beter gaat het met de maatschappelijke verenigingen, die zich concreet inspannen voor de positie en de materiële belangen van hun leden. Het opkomen voor de eigen professie, ook ten aanzien van opleiding, functieomschrijving, kwaliteitsbevordering en nascholing, wordt door de achterban gewaardeerd. Daar waar de maatschappelijke verenigingen zich met voor de leden duidelijk zichtbare zaken bezighouden, resteert er voor de KNMG een vager gebied van zaken betreffende ethiek, rechten van patiënten en artsen, wetgeving en de wat abstractere facetten van onderwijs en kwaliteitsbewaking.

Het gevolg van deze ontwikkeling is dat de maatschappelijke verenigingen in deze tijd waarin zozeer belangen moeten worden verdedigd volop in het daglicht

staan, terwijl de KNMG slechts de belangstelling weet te wekken van de overgebleven 'softies', de nog roependen in de woestijn. De onvrede met deze situatie heeft er in april 1986 toe geleid dat de 189e Algemene Vergadering het hoofdbestuur verzocht 'alle maatregelen te nemen die leiden tot een hechter aaneensluiten van alle artsen, artsorganisaties en -geledingen en tot een betere communicatie tussen de KNMG, de LAD, de LSV en de LVSG in het bijzonder, om beter in staat te zijn een slagvaardig en effectief beleid naar buiten te voeren enerzijds en anderzijds de artsen daarmee beter te motiveren en de gelederen te sluiten'.

In het voorstel van het hoofdbestuur is met een aantal bezwaren rekening gehouden². Het hoofdbestuur wil harde garanties dat de KNMG ook binnen een federatieve structuur de immateriële za-

Dr. C. Spreeuwenberg

ken kan blijven behartigen; aangenomen mag worden dat het HB hieronder ook de verantwoordelijkheid voor het onderwijs door middel van de colleges en registratiecommissies rekent. Door de Algemene Vergadering als hoogste orgaan binnen de federatie te handhaven, wil men voorkomen dat de KNMG geheel afhankelijk zal worden van de ledenvergaderingen van de maatschappelijke verenigingen. Wat de reeds vele jaren ter discussie staande bestuursvorm betreft denkt men thans aan een federatief bestuur, waarin zowel vertegenwoordigers van de centrale besturen van de maatschappelijke verenigingen als door de Algemene Vergadering benoemde vertegenwoordigers van regiobesturen zitting hebben. Als het lukt hiervoor een verenigingsrechtelijk verantwoorde vorm te vinden, wordt het mogelijk de gezamenlijke medeverantwoordelijkheid voor de gang van zaken binnen de KNMG van zowel de regionale afdelingsbesturen als de maatschappelijke verenigingen in de bestuursvorm tot uiting te brengen.

Verheugend is de aandacht die de periferie in het voorstel krijgt. Men hoopt de perifere leden bij de KNMG te betrekken door een functionele organisatievorm te creëren die berust op twee pijlers: de

federatieve opbouw, waardoor onnodige overlappingsen worden vermeden, en een regio-indeling overeenkomstig de regionen krachtigens de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV). In Noord-Brabant is men thans al bezig de districten en afdelingen aldus te herstructureren. Men stelt zich verder voor, in de regio's KNMG-steunpunten te vestigen. Een dergelijk voornemen lijkt alleen levensvatbaar te zijn als er meer inzicht bestaat in de taken van het regionale bestuur en als er afstemming is met de regionale steunpunten van de maatschappelijke verenigingen, zoals de VOH's van de huisartsen.

In het voorstel wordt niet gesproken over de wetenschappelijke verenigingen. Doordat de professie zelf, samen met de verzekeraars, steeds meer verantwoordelijk wordt gesteld voor de beroepsopleiding en de bij- en nascholing, ontstaat er een steeds grotere toenadering tussen de maatschappelijke verenigingen en de wetenschappelijke verenigingen. Uiteindelijk lopen de doelstellingen van beide evenwel niet geheel parallel. Nu men toch de weg van een federatie opgaat, zou ook voor de wetenschappelijke verenigingen binnen zo'n nieuwe KNMG een eigen plaats moeten worden ingeruimd. Een bijkomend voordeel hiervan kan zijn dat men de voor de vorming van jonge artsen uitermate belangrijke groep van universitaire artsen weer bij de KNMG betreft.

Of het werkelijk lukt de KNMG op deze wijze een functie te laten vervullen voor en namens alle artsen, hangt af van de bereidheid van alle betrokkenen de KNMG haar eigen plaats te geven, alsmede van de aantrekkingskracht die onze beroepsorganisatie voor jonge artsen zal hebben. Samenvattend is mijn conclusie gelijk aan die van de ondervoorzitter van onze Maatschappij in 1959, die over het rapport van de genoemde reorganisatiecommissie zei¹: 'Hij staat achter het rapport maar niet geheel zonder zorg en men moet goed weten dat hier een principiële verandering wordt ingevoerd'. □

1. Festen H. 125 jaar geneeskunst en maatschappij. Utrecht, 1974.

2. KNMG. Structuur KNMG: voorstel hoofdbestuur aan de Algemene Vergadering. Medisch Contact 1988; 43: 381-2.

Voorzitters maatschappelijke verenigingen:

Federatiegedachte verdient ondersteuning

Een beroepsorganisatie moet herkenbaar zijn en, wat nog belangrijker is, leden van de organisatie moeten zich met die organisatie kunnen identificeren. Bovendien wordt van de moderne beroepsorganisatie verwacht dat alert, effectief en slagvaardig wordt ingespeeld op veranderingen in de maatschappij. Van een beroepsorganisatie als de KNMG wordt derhalve een daadwerkelijke inbreng in de vaststelling van het volksgezondheidsbeleid en de daaruit voortvloeiende wetgeving verwacht. Dat vereist een moderne organisatie die de belangen van haar leden optimaal kan behartigen. In feite is dat de basis voor de binnen de KNMG al langer bestaande wens tot een nieuwe structuur te komen. Met als uitgangspunt één overkoepelende organisatie, waarvan alleen artsen gewoon lid kunnen zijn wier algemene belangen zowel materieel als functioneel worden behartigd door en namens deze organisatie, heeft de Commissie KNMG 2000 vorig jaar gewerkt aan een structuurvoorstel, dat uiteindelijk ter opiniërende bespreking in de Algemene Vergadering van 30 oktober 1987 aan de orde is gesteld.

Een belangrijk onderdeel van dat rapport was de in de eerste alinea van de praktische aanbevelingen geformuleerde zin: 'De KNMG is een platform, rustend op de pijlers van de maatschappelijke verenigingen'. Hoewel niet expliciet zo genoemd, is hier sprake van de federatiegedachte, een gedachte die thans opnieuw centraal staat in het voorstel dat het hoofdbestuur voorlegt aan de Algemene Ledenvergadering van 22 april aanstaande.

Het rapport van de Commissie KNMG 2000 bevatte naar onze mening reeds een groot aantal bruikbare suggesties. Met de kanttekening dat eventueel door te voeren structurele veranderingen primair dienen te worden getoetst in de Algemene Vergadering, heeft het hoofdbestuur een groot aantal praktische aanbevelingen overgenomen, 'waarvan een meerderheid zich leent tot implementatie op kortere of langere termijn'.

Daarbij komt niet met zoveel woorden terug de oprichting van een vijfde maatschappelijke vereniging van overige artsen, de LVA. Wij achten dat een gelukki-

ge ontwikkeling: een vijfde maatschappelijke vereniging zou de beoogde duidelijkheid van de federatie niet bevorderen en de belangen van de in die maatschappelijke vereniging onder te brengen artsen worden ons inziens thans reeds op voortreffelijke wijze behartigd binnen de in aanmerking komende maatschappelijke verenigingen.

Vooruitlopend op de nadere uitwerking van de plannen geven wij thans het volgende ter overweging: het voorstel dat thans ter tafel ligt – de vorming van een federatie KNMG – verdient een principiële ondersteuning door de maatschappelijke verenigingen. Het komt tegemoet aan wensen die reeds langer bij de verenigingen bestaan, namelijk: meer medezeggenschap (stemrecht in het KNMG-bestuur) en vrije keuze van maatschappelijke vereniging door potentiële KNMG-leden. Het ligt voor de hand dat bij een federatie de besturen van de tot die federatie behorende verenigingen zeggenschap hebben in het bestuur van de federatie; dat betekent derhalve stemrecht en verantwoordelijkheid voor de maatschappelijke verenigingen, hetgeen in de huidige plannen is verwerkt. In de nieuwe situatie kiest het nieuwe lid een ingang via de maatschappelijke vereniging en wordt dan doorverbonden naar de koepelorganisatie, de KNMG. Dit kan de identificatie van de leden met hun organisatie vergroten en komt tegemoet aan de wens van de leden, zoals deze ook al naar voren kwam uit het opinie-onderzoek dat in 1983 door de KNMG werd gehouden.

Omdat herkenbaarheid van de organisatie een eerste vereiste is, zal deze ook terug te vinden moeten zijn in de vorm waarin de federatie zich op regionaal niveau presenteert. De vorming van regionale nieuwe verenigingen is dan wellicht noodzakelijk. Op dit punt vereisen de voorstellen in elk geval nadere bestudering.

Verschuivingen van de takenpakketten zowel op materieel als immaterieel gebied zijn ons inziens niet wenselijk. De zorg voor het basistakenpakket van de huisarts of de begeleiding van de intercollegiale toetsing bijvoorbeeld dient naar onze mening te blijven berusten bij de maatschappelijke verenigingen. Een

zelfde optie geldt ten opzichte van tariefonderhandelingen, de vertegenwoordiging in het overleg met de overheid, etc. Dit laat onverlet dat gezamenlijk optreden op vele punten gewenst c.q. nodig kan zijn. Positief staan wij overigens ten opzichte van het idee ten behoeve van de begeleiding en uitvoering van het voorstel een gemeenschappelijk planbureau c.q. een denktank in te stellen.

Tot slot een opmerking met betrekking tot het bestuur van de federatie: Hoewel in de voorstellen van het hoofdbestuur bij voortduring sprake is van 'de federatie KNMG', is het dat eigenlijk niet. Het voorstel hinkt ons inziens namelijk op twee gedachten. Door handhaving van het individuele lidmaatschap van de KNMG wordt geen federatie gevormd, maar een vereniging van verenigingen en van natuurlijke personen. Die structuur vindt men vervolgens terug in de Algemene Vergadering, waarvoor – naar onze mening – bij een echte federatie geen plaats meer is. Op dit aspect van de voorstellen zal derhalve terdege moeten worden gestudeerd.

Herkenbaarheid, duidelijkheid, betere communicatie binnen de federatie en een betere identificatiemogelijkheid voor iedere arts in Nederland met zijn of haar beroepsorganisatie hebben bij de opstelling van de plannen tot vorming van de federatie KNMG vooropgestaan. Uit deze gezamenlijke reactie van de voorzitters van de vier maatschappelijke verenigingen zal duidelijk zijn dat zij van mening zijn dat de plannen een positieve benadering verdienen.

J. C. F. M. Aghina, voorzitter LAD
A. M. C. van de Zandt, voorzitter LHV
Dr. C. M. T. Plasmans, voorzitter LSV
Mw. Dr. C. Hermann, voorzitter LVSG

‘A bridge over troubled water’

Op de vraag hoe de Nederlandse geneeskundigen invloed zouden kunnen uitoefenen op vernieuwing van de wetgeving antwoordde J. P. Heye in 1843 heel kort: ‘Door u te vereenigen’. Deze oproep was het begin van langdurige en vaak opwindende discussies, die uiteindelijk tot de oprichting van de Maatschappij in 1849 hebben geleid.

Problemen betreffende de organisatiestructuur hielden tot de Tweede Wereldoorlog voornamelijk verband met de ontwikkelingen van het ziekenfondswezen en de opkomst van de specialisten. In feite bleef de opbouw van de Maatschappij, bestaande uit vrij autonome afdelingen, die via de Algemene Vergadering het beleid van het hoofdbestuur beoordeelden en beïnvloedden, bijna honderd jaar gehandhaafd. Na de Tweede Wereldoorlog vond een eerste essentiële wijziging in de structuur plaats door de oprichting van de maatschappelijke verenigingen (LHV-LSV-LAD en later de LVSG). Deze verenigingen stelden zich aanvankelijk uitsluitend de materiële belangenbehartiging ten doel. Teneinde de onderlinge coördinatie te waarborgen vond een wederzijdse vertegenwoordiging plaats in de besturen. Ter accentuering van het feit dat de Maatschappij als hoedster van de medische ethiek en de algemene belangen van de leden het hoogste orgaan was, kreeg het hoofdbestuur het vetorecht ten opzichte van de besluiten der maatschappelijke verenigingen, met de mogelijkheid van beroep op de Algemene Vergadering van de Maatschappij.

Reeds in 1959 vonden er wederom heftige structuurdiscussies plaats. Een betere integratie van de werkzaamheden van de Maatschappij en haar maatschappelijke verenigingen diende tot stand te komen. In de voorstellen die werden gedaan zag de Algemene Vergadering een ongewenste toename van de invloed van de maatschappelijke verenigingen, terwijl de maatschappelijke verenigingen (LHV en LSV) het voelden als een beknutting van hun autonomie. Ondanks hooglopende discussies gebeurde er uiteindelijk niets. Ruim tien jaar later, in 1971, laiden de discussies wederom op. Turbulente ontwikkelingen binnen de medische faculteiten en de toename van het aantal dienstverbanders leidden ertoe dat veel leden zich in de bestaande structuur niet meer herkenden. De positie van de LAD

W. H. Cense

was in het geding. Ook deze structuurdiscussie leidde uiteindelijk tot niets. Alles bleef in feite bij het oude. De status quo werd gehandhaafd, hoewel binnen de Domus Medica de structuur van de Maatschappij nog regelmatig onderwerp was van – helaas – vruchteloze discussies. Intussen brokkelde de organisatiegraad geleidelijk af. De status quo binnen de gezondheidszorgstructuur en organisatie in Nederland bleef echter bij lange na niet gehandhaafd. Integendeel!

BEFAAMDE MOTIE

De turbulente ontwikkelingen waar wij thans nog middenin zitten vonden een aanvang in de jaren zeventig. Alle artsen in Nederland merken, voelen en constateren dat er de laatste jaren immense veranderingen hebben plaatsgevonden en in sterkere mate nog zullen gaan plaatsvinden. De geringe invloed van de professie op al deze veranderingen, waarbij de positie van de arts veelal tot een speelbal lijkt te zijn gedegradeerd, is – naar mijn mening – onder meer aanleiding geweest voor de befaamde motie vanuit de Algemene Vergadering in april 1986. In die Algemene Vergadering van 25 april 1986 werd de volgende motie ingediend en met algemene stemmen aanvaard: ‘De Algemene Vergadering van de KNMG, op 25 april 1986 bijeen, dringt er bij het hoofdbestuur van de KNMG met klem op aan alle maatregelen te nemen die leiden tot een hechtere aaneensluiting van alle artsen, artsenorganisaties en -geledingen in het algemeen en tot een betere communicatie en coördinatie tussen de KNMG, de LAD, de LHV, de LSV en de LVSG in het bijzonder, om beter in staat te zijn een slagvaardig en effectief beleid naar buiten toe te voeren enerzijds en anderzijds de artsen daarmee beter te motiveren de gelederen te sluiten!’

STRUCTUURWIJZIGING

Het is mijn stellige overtuiging dat een kritische herbezinning op het functioneren van onze organisatie thans niet, zoals voorheen, consequentloos mag plaatsvinden. Ik motiveer mijn overtuiging op enkele voor mij vaststaande gegevens:

1. De oorspronkelijke taaktoebedeling van strikt materiële belangenbehartiging aan de maatschappelijke verenigingen is achterhaald. In toenemende mate houden ook de maatschappelijke verenigingen zich bezig met inhoudelijke zaken.
2. De maatschappelijke verenigingen zijn tot een grote zelfstandigheid uitgegroeid, waarin een specifieke herkenbare deskundigheid is vertegenwoordigd.
3. De KNMG heeft daarentegen, omdat zij in het algemeen niet opereert in de frontlinie van het maatschappelijke gebeuren van deelbelangenbehartiging, aan herkenbaarheid ingeboet.
4. De door de voorgaande punten ontstane onduidelijkheden in taakafbakening en verantwoordelijkheden werken frustrerend en contraproductief en kunnen zelfs leiden tot onderlinge competentiestrijd.
5. In de thans gegroeide situatie wordt de KNMG vaak slechts marginaal of te laat betrokken bij essentiële zaken die zich binnen de maatschappelijke verenigingen afspelen.
6. Dit betekent dat coördinatie en afstemming door de KNMG veelal nauwelijks mogelijk is.
7. Het bundelen van activiteiten van de maatschappelijke verenigingen in een centrale coördinerende organisatie wordt binnen de huidige structuur door de participanten niet mogelijk geacht.
8. Daarentegen staat vast dat in de actuele en toekomstige ontwikkelingen binnen de Nederlandse gezondheidszorgorganisatie en –structuur één gezamenlijke professionele zorginhoudelijke inbreng zowel centraal als perifeer meer dan ooit een absolute noodzaak is. De verantwoordelijkheid hiervoor is een taak die traditioneel aan de KNMG behoort.
9. Een dergelijke inbreng en invloed, die uitstijgt boven deelbelangenbehartiging, wordt thans onvoldoende gerealiseerd, mede als gevolg van gegroeide onduidelijkheden binnen de structuur van onze organisatie.
10. Het is naar mijn idee onverantwoord de hierboven gesignaleerde organisatorische impasse langer te laten voortbestaan.

Mijn conclusie is dan ook, dat een structuurwijziging van onze organisatie thans meer dan ooit dringend noodzakelijk is. De voorgestelde intentie tot structuurwijziging zal enerzijds meer recht doen aan de bestaande verhoudingen en an-

derzijds door een herbezinning op de onderlinge taak- en functieverdeling de mogelijkheid bieden de organisatie hechter, slagvaardiger en effectiever te maken op regionaal en centraal niveau.

**

Veel zal ervan afhangen hoe in de komende tijd, wanneer de Algemene Vergadering – naar ik hoop – akkoord is gegaan, de intentieverklaring nader zal worden uitgewerkt. Uiteindelijk zal de

Algemene Vergadering het laatste woord hebben over de definitieve voorstellen. Met nadruk vermeld ik dat het thans voorliggende voorstel de unanieme instemming van het hoofdbestuur heeft, inclusief de adviserende stem van de voorzitters van de maatschappelijke verenigingen. De oproep van J. P. Heye in 1843 lijkt uiteindelijk wederom weerklank te hebben gevonden! Dit uiterst belangrijke gegeven duidt op een positieve bereidheid van alle betrokkenen om de gesignaleerde problematiek in geza-

menlijkheid op te lossen. Deze winst mogen wij ons niet laten ontglippen! Een nieuwe structuur kan een 'brigde over troubled water' betekenen, waarbij ik mij realiseer dat er nog veel water onder de brug zal moeten doorstromen alvorens alles is gerealiseerd. □

W. H. Cense is de huidige KNMG-voorzitter.

De motie van april 1986: een goede therapie

Integrale tekst

'De Algemene Vergadering van de KNMG, op 25 april 1986 bijeen, dringt er bij het hoofdbestuur van de KNMG met klem op aan alle maatregelen te nemen die leiden tot een hechtere aaneensluiting van alle artsen, artsorganisaties en -gedelingen in het algemeen en tot een betere communicatie en coördinatie tussen de KNMG, de LAD, de LHV, de LSV en de LVSG in het bijzonder, om enerzijds beter in staat te zijn een slagvaardig en effectief beleid naar buiten toe te voeren en anderzijds de artsen daarmee beter te motiveren de gelederen te sluiten!'

Korte weergave motivatie

1. Het ontbreekt de KNMG aan een krachtig, consistent en door een duidelijke visie gedragen beleid.
2. Het wordt tijd dat artsen en artsorganisaties kennis nemen van elkaars belangen, doen en laten, en elkaar steunen.
3. De media zijn ongestoord bezig een vertekend beeld van de arts te geven.
4. De artsen zijn een uit elkaar gespeelde groep.

Korte analyse motie

1. De motie werd met algemene stemmen aanvaard. Het zou daarom een slechte zaak zijn, indien ze niet integraal zou worden uitgevoerd. Het is gezond eigenbelang dat de Algemene Vergadering hierop blijft toezien.
2. Aan de motie kan inhoudelijk een drietal onderdelen worden onderscheiden:
 - 2.1. De *doelgroep*: de mensen om wie het gaat en wie het aangaat. Desbetreffende deeltteksten uit de motie:
 - 'alle artsen, artsorganisaties en -gedelingen in het algemeen';

A. Zecha

- 'de KNMG, de LAD, de LHV, de LSV en de LVSG in het bijzonder'.

Zeër concreet vermeldt de motie limitatief diegenen om wie het moet gaan. De gebruikte formulering rechtvaardigt geen uitsluiting. Discriminatie op grond van aard en wijze van organisatie is bijvoorbeeld strijdig met de motie.

2.2. De *doelstellingen* die moeten worden gerealiseerd. Desbetreffende deeltteksten uit de motie:

- 'een hechtere aaneensluiting van alle artsen';
- 'de artsen . . . motiveren de gelederen te sluiten';
- 'een betere communicatie en coördinatie';
- 'beter in staat . . . zijn een slagvaardig en effectief beleid naar buiten toe te voeren'.

Ook met betrekking tot de doelstellingen is de motie heel duidelijk. Ook deze zijn limitatief vermeld. Bovendien liggen ze in elkaars verlengde en zijn ze herleidbaar tot een tweetal doelstellingen: het streven naar en bereiken van een hechtere aaneensluiting van alle artsen en een grotere weerbaarheid naar buiten toe.

2.3. De *middelen* om doelgroep en doelstellingen te bereiken. Desbetreffende deelttekst uit de motie:

- 'alle maatregelen . . . nemen'.

De formulering kenmerkt zich door zijn kortheid en helderheid: er worden niet één, tien of honderd maatregelen gevraagd, maar gevraagd wordt niet minder dan *alle* maatregelen te nemen! Anders gezegd: de motie roept op tot een veelheid van maatregelen en activiteiten. Dat

dit alleen haalbaar is bij de aanwezigheid van een open en vrij denken, alsmede bij de aanwezigheid van een gezonde verbeelding en werkelijkheidsbesef, zal niemand willen bestrijden.

HERORIËNTATIE

Een welgemeende kritiek

1. Tot nog toe (twee jaar na aanvaarding van de motie in 1986) zijn slechts twee notities van het hoofdbestuur en een rapport van een commissie aan de orde gesteld. De voorgestelde maatregelen betreffen voornamelijk organisatiestructuren. Andere maatregelen, die zouden kunnen worden genomen, kregen nauwelijks enige aandacht.
2. Op de laatste Algemene Vergadering, oktober 1987, werd er uitdrukkelijk naar gevraagd. De voorzitter toonde zich verast en wist niet of beantwoording hiervan wel strookte met de afgesproken procedure. Naar mijn mening moet een afgesproken procedure niet strijdig zijn met de unaniem aanvaarde motie!

Een bijdrage om tot fundamentele maatregelen te geraken

Hoewel – formeel gezien – alleen het HB van de KNMG de motie 'aan de broek' kreeg, vraag ik mij ernstig af of niet ook de leden van de KNMG aan de uitvoering van de motie moeten gaan werken. Een gezond antwoord kan niet anders dan 'Ja!' luiden; het hoofdbestuur moet de mogelijkheden en middelen waarover het beschikt daartoe ter beschikking stellen.

1. Als het waar is dat artsen zich onvoldoende betrokken voelen bij andere artsen en elkaar zelfs weren (bijvoorbeeld uit overleg, besluitvorming of werk), dan verdient het tenminste ernstige overwe-

ging hier met onmiddellijke ingang wat aan te doen. Zou het helpen, indien de betrokken artsen en artsengroeperingen bij zichzelf onderzoek zouden doen naar hun informele (werkelijke) en hun formele (gerationaliseerde) motieven, om deze vervolgens op een lijst te schrijven? Hiermede wordt in ieder geval een aantal etiologische momenten van de broederstrijd ziekte zichtbaar, en wellicht dan ook bespreekbaar en oplosbaar. Zo'n activiteit moet zich naar mijn mening zowel in de topstructuren als in de basis ontwikkelen om kans van slagen te hebben. Een ziekelijke strijd kan plaats gaan maken voor een gezonde competitie.

Er zijn vele netelige voorbeelden te noemen waarover het gezond zou zijn te spreken. Het zou bijvoorbeeld heilzaam kunnen zijn wanneer werkloze artsen en de werkhebbenden rond de tafel gingen zitten, zowel in de topstructuren als in de periferie. Eveneens lijkt het mij zeer heilzaam als de 'door de overheid erkende' beroepsorganisaties rondom de tafel gingen zitten met hun 'niet-erkende' collega-organisaties. Beginnen met informele contacten en gesprekken, vervolgens bereikte resultaten formeel bevestigen en pas in een later stadium de samenwerkingsverbanden formaliseren onder handhaving van de ontwikkelde informele communicatiekanalen, kan een goede therapeutische uitwerking van de motie blijken te zijn.

2. Als het waar is dat leden van artsensorganisaties zich onvoldoende betrokken voelen bij de activiteiten die de topstructuren ontwikkelen, dan moet in het kader van de motie ook hier rap wat aan worden gedaan.

Zou het helpen indien de topstructuren vroegtijdig de leden van de afdelingen actief en volledig gaan betrekken in alle problematiek die deze topstructuren bezighoudt? Hiervoor is een vroegtijdige en

volledige *informatieverstrekking* aan de leden onontbeerlijk. Is de top daadwerkelijk bereid de erbij betrokken geraakte leden actief te laten deelnemen aan meningvormende en besluitvormende activiteiten? Zijn de topstructuren bereid hun macht en bevoegdheden te delen met de leden van de afdelingen of zullen zij steeds meer het contact met de basis verliezen en deswege steeds meer autonoom functioneren en de facto steeds minder de artsen representeren?

Zou het helpen indien er *informele activiteiten* worden ontwikkeld en de tijdverslindende formele activiteiten worden beperkt? Een informele commissie ad hoc is er in twee maanden in geslaagd een motie te formuleren die door de Algemene Vergadering unaniem werd aanvaard. Vormt dit geen goede reden voor de periferie om haar inbreng in het beleid van haar organisatie een reëlere inhoud te geven? Zou de ontwikkeling van informele communicatiekanalen tussen topstructuren en leden van afdelingen niet kunnen leiden tot meer effectieve communicatie en hechtere aaneensluiting?

3. Als het waar is dat de geneeskundige zorg in Nederland steeds meer dreigt te verstrikken in de gezondheidszorg en als het waar is dat artsen, artsengroeperingen en artsensorganisaties steeds meer verstrooid raken in de storm van reorganisaties, hergroeperingen, regionalisaties, beperkende regelgevingen, etc. dan wordt het hoog tijd dat alle artsen een gezamenlijk front gaan vormen en gaan weigeren mee te werken aan een verdere de-medicalisering van de geneeskundige zorg en de geneeskundige praktijkuitoefening.

Zou het helpen indien de *geneeskundige identiteit* weer duidelijk wordt geprofileerd, het geneeskundig imago wordt gezuiverd van desinformatie, een duidelijk geneeskundig professioneel statuut

wordt ontwikkeld? Zou het helpen wanneer vooral de leden- en de niet-leden-artsen bij deze activiteiten een belangrijke plaats gaan innemen?

STELLINGEN

Tot besluit een aantal stellingen ter discussie:

1. In voor artsen benarde tijden met vele instabiël en ineffectief gebleken opgelegde en politiek bepaalde reorganisaties, getuigt het van wijsheid de eigen artsensorganisaties niet te desorganiseren.
2. Vandaag een plan tot formele reorganisaties der artsensorganisaties doorvoeren, staat haaks op de ontwikkeling van fundamentele veranderingen aan de basis. Zo'n plan moet een representatief sluitstuk zijn van de aan de basis opgetreden veranderingen.
3. Het ontwikkelen van informele communicatiekanalen en de in het verlengde ervan liggende informele overlegstructuren tussen alle artsensorganisaties onderling en tussen topstructuren en de leden aan de basis, moet met voorrang ter hand worden genomen.
4. De ontwikkeling van een nieuw geneeskundig elan, stoelend op de trias geneeskundige identiteit-geneeskundig imago-geneeskundig professioneel statuut, is een gezond antwoord op de op politieke baat gerichte maatregelen, die de geneeskundige zorg verzieken. □

Literatuur

Notulen Algemene Vergadering 25 april 1986. MC nr. 39/1986, blz. 1256.

Tweede versie HB-notitie 'De KNMG naar 2000'. 8 oktober 1986.

Adviesrapport 'Structuur KNMG 2000'. MC nr. 33/1987, blz. 1096.

Notulen Algemene Vergadering 30 oktober 1987. MC nr. 7/1988, blz. 248.

A. Zecha is woordvoerder van de KNMG-afdeling Leiden.

Commentaar op het structuurvoorstel

Geruime tijd heeft het ernaar uitgezien dat ook het meest recente adviesrapport over de gewenste toekomstige structuur van de KNMG zou verdwijnen in de lade waar eerdere structuurvoorstellen inmiddels zijn opgeborgen. Het is daarom verheugend dat het hoofdbestuur na rijp beraad en met inachtneming van de talrijke gevraagde en ongevraagde reacties thans de intentie uitspreekt te komen tot

Dr. P. A. IJkelstam

een federatieve opbouw in de geest van het 'zwaarwegende' adviesrapport 'KNMG naar 2000'.

Gezien het feit dat tijdens de voorafgaande oriënterende discussies in het hoofdbestuur, in de regionale bijeenkomsten

en in de Algemene Vergadering van 30 oktober 1987 de interpretaties van de 'Nota 2000' nogal bleken uiteen te lopen, moet worden geconstateerd dat de tekst en de vormgeving daar in bepaalde opzichten debat aan zijn geweest. Bij de bewuste keuze van de Commissie 2000 om een beknopt en concreet advies te produceren, is – naar thans blijkt – onvoldoende rekening gehouden met het feit

dat het huidige KNMG-ledenbestand onvoldoende op de hoogte bleek te zijn met de kern van de problematiek en met de voorgeschiedenis.

Het thans voorliggende voorstel komt in meer dan één opzicht tegemoet aan eerder geuite bezwaren uit de kringen van wel- en niet-KNMG-leden. Meer fundamenteel is evenwel dat er zicht bestaat op een meer hechte organisatie, die is gebouwd op een samenhangende brede regionale structuur.

KANTTEKENINGEN

Mede tegen de achtergrond van de nota 'KNMG naar 2000' kunnen ten aanzien van het voorstel d.d. maart 1988 van het hoofdbestuur (ref. MC nr. 12, blz. 381) de volgende kanttekeningen worden gemaakt:

Het valt op dat er in het voorliggende advies uitsluitend sprake is van immateriële belangenbehartiging door de federatie. Dit impliceert derhalve dat alle materiële zaken in principe tot de taak van de (maatschappelijke) verenigingen blijven behoren. Evenwel dient naast de behartiging van de materiële belangen van de KNMG-federatiemedewerkers ruimschoots aandacht te worden besteed aan gebieden als wetgeving welke alle artsen raakt en algemene zaken de volksgezondheid betreffende waarbij materiële aspecten een rol spelen.

Overwegingen

(ad overweging a) Het KNMG-voorstel doet in vele opzichten recht aan de motie van de Algemene Vergadering, ingediend op 25 april 1986. De Commissie 2000 werd beperkt in de taakopdracht door de missie van het hoofdbestuur om vooralsnog uit te gaan van de huidige structuur, als ook de inventarisatie van gezamenlijke belangen. Deze beperking is van grote invloed geweest op de uiteindelijke inhoud van het structuurvoorstel 'KNMG 2000', dat daardoor in een aantal opzichten het karakter van een compromis kreeg. Het was om bovengenoemde redenen niet mogelijk uitgaande van een blanco situatie een structuur te bedenken. Uit het thans voorliggende voorstel blijkt de bereidheid te breken met historisch gegroeide patronen.

Uitgangspunten

(ad uitgangspunt b) Aan de vergadertafel zijn alle betrokkenen het er in principe over eens dat de communicatie intern en extern in menig opzicht moet worden

verbeterd. Ook de medewerkers die werkzaam zijn in de infrastructuur zijn over het algemeen deze mening toegeedaan. De praktijk wijst evenwel uit dat verenigingsbelangen c.q. verworven posities belemmerend kunnen werken, zodat het nogal eens blijft bij goede voornemens. Slechts wanneer ook de infrastructuur is gemotiveerd om in gecoördineerd overleg gezamenlijke projecten aan te pakken, kan een daarop toegesneden efficiënte structuur worden ontworpen.

Daar waar er sprake is van relaties met de diverse artsengroeperingen moet met name aan de wetenschappelijke verenigingen worden gedacht. Deze hebben immers een sleutelpositie ten aanzien van opleiding en kwaliteit van gezondheidszorg. De Commissie 2000 heeft dit slechts summier aangegeven, aangezien de tijd ontbrak om daaromtrent een structuurvoorstel te ontwikkelen. De KNMG-doelstelling kwaliteitsbevordering als eerste op de prioriteitenlijst te plaatsen, impliceert een nauwe relatie met de wetenschappelijke verenigingen. Een onderzoek naar de bereidheid tot medewerking en vervolgens de wijze waarop een en ander in praktijk kan worden gebracht, verdient dan ook voorrang.

(ad uitgangspunt c) Steeds meer wordt de voorbereiding van algemeen beleid naar de achtergrond gedrongen door de toenemende noodzaak tot belangenbehartiging ten behoeve van individuele ad hoc problemen. De instelling van een gemeenschappelijk planbureau, waaraan ook staf- c.q. lijnfunctionarissen kunnen deelnemen, verdient derhalve eveneens hoge prioriteit.

Een van de eerste onderwerpen dient de ontwikkeling van een gezamenlijke visie op volksgezondheids- en gezondheidsbeleid te zijn. Momenteel is er geen gezamenlijke visie van de artsen op het gezondheidsbeleid in Nederland en de positie van de arts daarin; een dergelijke visie kan beter gedijen in de nieuwe structuur.

Voorstellen

(ad voorstel a) De thans bestaande regionale structuren van artsenorganisaties hebben nauwelijks enige samenhang en kunnen zeker niet als pijlers dienen voor een overkoepelende structuur. Een regionale federatieve infrastructuur (met rechtspersoonlijkheid), waarin ook de groeperingen 'overige artsen' een plaats krijgen, is een absolute voorwaarde om een door alle artsen gedragen koepelorganisatie gestalte te kunnen geven. Het is

daarbij zaak voldoende dwarsverbanden te formaliseren op plaatselijk, regionaal en supraregionaal niveau, waardoor onder meer kan worden voldaan aan de behoefte aan KNMG-vertegenwoordiging in de gemeentelijke en provinciale overleggremia.

(ad voorstel b) Een federatieve structuur op landelijk niveau is de logische consequentie van de voorgestane regionale structuur. De vraag is evenwel of deze federatie tot de maatschappelijke verenigingen beperkt moet blijven.

De (deels reeds georganiseerde) groepering 'overige artsen' (ongeveer 8000 artsen), alsook de 26 wetenschappelijke verenigingen, dienen op een of andere wijze een plaats te krijgen in de koepelstructuur, waarbij er rekening mee moet worden gehouden dat vrij veel artsen van genoemde groeperingen geen KNMG-lid zijn.

Zolang het handelt over immateriële belangenbehartiging, nu en in de toekomst, zijn harde garanties gewenst. De mijns inziens terechte vraag blijft evenwel of een en ander los kan worden gezien van materiële aspecten. Dit was dan ook de reden waarom in het advies van de Commissie 2000 het nodige voorbehoud werd ingebouwd.

Onduidelijk is vooralsnog hoe de bestuurlijke verantwoordelijkheden en de verantwoording aan de respectieve ledenvergaderingen van enerzijds de federatie, anderzijds de maatschappelijke verenigingen te rijmen zijn. De Commissie 2000 heeft daarvan bewust afstand genomen en gekozen voor een structuur waarbij door middel van raadpleging c.q. referenda aan alle artsen in Nederland een oordeel kan worden gevraagd over zwaarwegende zaken. Het oordeel van juridisch deskundigen kan uitkomst brengen. Van belang is voorts de getalsmatige samenstelling van het federatieve bestuur. Het is voor de maatschappelijke verenigingen weinig aantrekkelijk deel uit te maken van een bestuur waarin zij gezamenlijk te allen tijde een kleine minderheid vormen.

Een goede taakafbakening tussen de federatie en de (maatschappelijke) verenigingen is terecht een van de uitgangspunten. Gezien de relatie tussen immateriële en materiële belangen, heeft de Commissie 2000 gekozen voor een 'minimumpakket' van onderwerpen, waarbij de materiële aspecten van ondergeschikt belang leken, ervan uitgaande dat de gezamenlijke belangen in KNMG-verband in de loop der jaren naar verwachting zullen toenemen.

Uitwerking

De begeleiding en uitvoering van het voornemen op korte termijn tot een federatieve structuur te komen, vereist mankracht en deskundigheid, reden waarom ook de *inschakeling van deskundigen* op het gebied van de organisatie gewenst is, naast procesbegeleiding van de infrastructurale medewerkers. Ervaringen elders hebben uitgewezen dat goede berichtgeving en het betrekken van de medewerkers bij de reorganisatie van wezenlijk belang zijn voor het welslagen ervan.

Reeds eerder heeft menig een zich afgevraagd of de huidige procedure ten aanzien van een KNMG-advies dat alle artsen in Nederland regardeert, recht doet aan de meningen van de ongeveer 50% niet-KNMG-leden. Het is daarom toe te juichen dat het voornemen bestaat door middel van een *enquête* alle artsen hun oordeel te vragen over de voorgestelde

nieuwe structuur. Het verdient aanbeveling tegelijkertijd, in het verlengde van het rapport 'Artsen over beroep en organisatie' (1983; het zogeheten motiveringsrapport), op hoofdlijnen enkele relevante vragen bij te voegen, teneinde meer inzicht te verkrijgen in de thans bestaande opinies over het arts-zijn.

BESLUIT

Het zou een goede zaak zijn als in de Algemene Vergadering op 22 april aanstaande zou blijken dat de regiovertegenwoordigers de bereidheid tonen om historische verworvenheden niet zwaarder te laten wegen dan structurele wijzigingen die van wezenlijk belang zijn voor het voortbestaan van de KNMG. Daarbij moeten zij beseffen dat zij doorgaans spreken namens een betrekkelijk gering aantal collega's in hun regio dat daadwerkelijk belangstelling toont voor het wel

en wee van de KNMG, doch niet als vanzelfsprekend namens degenen die om diverse redenen zelden hun stem laten horen.

De KNMG geniet nog steeds hoog aanzien, met name als vertegenwoordigende organisatie van de Nederlandse medici in overlegsituaties met de landelijke overheden. De geloofwaardigheid van de KNMG-organisatie wordt niet zozeer bepaald door papieren doelstellingen, doch veeleer door de daadwerkelijke ondersteuning door zoveel mogelijk artsen. De structuur die het hoofdbestuur thans voor ogen staat zal van historische betekenis zijn als een ruime meerderheid de overtuiging heeft dat daardoor een 'hechte, slagvaardige en effectieve artsenorganisatie' gestalte krijgt. □

Dr. P. A. IJkelstam is voorzitter van de Commissie KNMG 2000

De KNMG een Federatie?

Historische beslissing of historische vergissing?

Een ieder die de bereidheid kan opbrengen mee te denken en mee te praten over de organisatie en structurering van, en de regelgeving en wetgeving binnen het gezondheidszorgveld dient zijn taak te kennen en zijn plicht te weten, namelijk: 'Een bijdrage leveren aan de totstandbrenging c.q. instandhouding van een optimale gezondheid voor allen, met gelijke mogelijkheden voor een ieder om gezondheidszorg ook daadwerkelijk te ontvangen, alsmede aan een adequate gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en preventie van ziekten voor allen'. Om deze taakstelling te kunnen verwezenlijken; om te realiseren dat men gezond kan worden geboren uit ouders die de bereidheid en de mogelijkheid hebben om tijd, middelen en zorg te besteden aan hun kinderen bij de opvoeding; om gezond te kunnen leven in een maatschappij die gebaseerd is op een gezonde levensstijl en vrijheid; om een hulpverleningscircuit te laten functioneren dat effectief is bij ziekte en ongeluk; om het leven zich te laten voltrekken in een sfeer van sociale interacties, zonder oorlogsdreiging en met voldoende sociale geborgenheid, met mogelijkheden voor de mens om zichzelf te zijn; om zorg te kunnen ont-

T. W. J. Derksen

vangen als men die nodig heeft en om waardig te kunnen sterven; om te realiseren dat er voldoende voedsel en water is en een goede educatie en behuizing en een niet ziekmakend milieu; etc., is het noodzakelijk dat het functioneren van de gezondheidszorg gestructureerd is. Deze structuur dient te zijn gegrondvest op een multisectoriële samenwerking tussen overheid, financiers van de gezondheidszorg, patiënten c.q. patiëntenorganisaties en de werkers in de gezondheidszorg (inclusief de instellingen, instituten of organen waarin zij werkzaam zijn). Van al deze werkers maken de artsen een zeer belangrijk deel uit.

De begrenzing aan dit schier onbepaalde werktein wordt gevormd door de beperktheid van de beschikbare financiële middelen, de eindigheid van de medisch-verpleegkundige technische mogelijkheden bij diagnostiek, therapie en verzorging, alsmede de medisch-ethische geldende opvattingen. Door deze begrenzingen ontstaan er spanningsvelden tussen wensen en mogelijkheden, met als

gevolg belangentegenstellingen en de noodzaak tot het stellen van prioriteiten. In deze tijd manifesteren zich deze spanningen steeds frequenter tijdens de discussies, beraadslagingen, onderhandelingen zo u wilt, nu de medisch-technische mogelijkheden steeds verder toemen, de geïnformeerdeheid van de patiënten hen steeds mondiger maakt en tegelijkertijd de budgetten die ter beschikking staan relatief steeds kleiner worden. Van de artsen aan die onderhandelingsstafels wordt verwacht (en mag ook worden verwacht) dat zij een onbaatzuchtige, slechts op deskundigheid gebaseerde bijdrage leveren aan de totstandbrenging respectievelijk instandhouding van een optimale gezondheidszorg, conform hun taak en plicht. Hierbij past geen verstrengeling met financieel of anderszins materieel eigen- c.q. groepsbelang, net zomin als hierbij hobbyisme past of partijpolitiek. Is die verstrengeling er wel, of zelfs als deze slechts wordt vermoed, dan wordt men verdacht, ontstaat er wantrouwen en valt de basis weg voor vruchtbaar overleg en verzaakt men derhalve zijn eigen taak en plicht.

Conform haar *eerste statutaire doelstel-*

ling: 'de bevordering van de gezondheidszorg in ons land en elders', heeft de KNMG ervoor te zorgen dat de artsen op dit terrein als bovengesteld kunnen functioneren, dat wil zeggen: onverdacht en met gezag, gebaseerd op deskundigheid. De voorgestelde federatieve KNMG-organisatiestructuur biedt in mijn ogen die garantie *niet*, integendeel: de 'macht' en invloed van de maatschappelijke verenigingen, en daarmee tevens van de materiële belangenbehartiging, neemt toe, waarmee de geloofwaardigheid van onze beroepsgroep omgekeerd evenredig zal afnemen. Juist vanwege het feit dat de Nederlandse artsen al lang niet meer een homogene gemeenschap van beroepsgenoten vormen die allen dezelfde werkzaamheden verrichten en met elkaar overeenstemmen ten aanzien van de toekenning van waarden en normen met betrekking tot hun beroep en hun beroepsuitoefening, is het belang vergroot dat de KNMG plaats en mogelijkheid biedt om bestaande 'belangen' tegenstellingen *binnen* de artsenberoepsgroep op te lossen, opdat deze niet aan de onderhandelings tafels aan het licht komen, waar immers van de KNMG een eenheid wordt verwacht, zoals overigens ook de andere participanten zich als eenheid presenteren. Naarmate deze vergader- en onderhandelings tafels meer in de periferie staan (provincie, regio, gemeente, wijk) zal er minder plaats zijn voor vertegenwoordigers van artsen uit de verschillende maatschappelijke verenigingen, zal er ook fysiek minder mogelijk zijn om de steeds meer in aantal toenemende advies- en beleidsraden, commissies en colleges te bemannen, en zal derhalve het werk daar moeten worden gedaan door 'generalisten' die namens de gehele beroepsgroep kunnen spreken. Immers: 'De gezondheidszorgbelangen dienen toch voor alle artsen, op welke plaats zij ook functioneren, gelijk te zijn!'

De voorgestelde KNMG-structuur brengt ons mijns inziens perifeer geen stap dicht bij huis dan we nu zijn. Ik vraag mij zelfs af of de gedane voorstellen wel enige overeenkomst vertonen met de wensen van de artsen in de periferie of dat wellicht een centraal bestuurlijk machtsdenken aan de periferie wordt opgedrongen, waarbij dan te zijner tijd ook de niet-medische 'directeuren-invloed' in de regionale KNMG-federatiebesturen zijn intrede gaat doen.

Zou wellicht dan de *tweede statutaire KNMG-doelstelling*: 'de bevordering van de medische wetenschap en kunde',

door de nieuwe structuur worden bevorderd?

Het is onmiskenbaar zo, dat de artsen zich sterk betrokken voelen bij een aangesproken voelen tot al die zaken die hun dagelijkse werk betreffen, ieder voor zijn eigen specialisme. Het betreft die onderwerpen welke binnen de wetenschappelijke verenigingen aan de orde komen; deze verenigingen lijden dan ook een bloeiend bestaan. Naar mijn mening zijn het nu juist ook die medisch-wetenschappelijke zaken die een grote rol moeten spelen bij het KNMG-beleid in het kader van de eerste statutaire KNMG-doelstelling: de prioriteitenstellingen die aldaar tot stand worden gebracht hangen immers in hoge mate samen met de medisch-technische, -diagnostische, -therapeutische en preventieve toepassingsmogelijkheden c.q. onmogelijkheden.

Zou het dan ook niet logisch zijn als binnen de KNMG aan die wetenschappelijke verenigingen, en daarmee aan alle artsen die zich daartoe voelen aangetrokken, een plaats wordt geboden om aldaar (dat wil zeggen *binnen* KNMG-verband) al die onderwerpen te bespreken die nu separaat binnen de wetenschappelijke verenigingen aan de orde komen? Zou de KNMG daarmee ook geen positieve bijdrage leveren aan de bewaking en bevordering van de kwaliteit van het medisch handelen? Ik stel mij voor dat binnen die medisch-wetenschappelijke sector van de KNMG dan met name ook de opleidingseisen (ten aanzien van beroepsopleiding, specialisatie, nascholing en toetsing), de samenwerking, het intercollegiaal verkeer, de relatie curatief-niet curatief, de informatica, etc. een plaats kunnen krijgen. Rechtstreekse verbindingen kunnen hier worden gelegd met de colleges en de registratiecommissies, die naar mijn idee van elke materiële beïnvloeding gevrijwaard dienen te blijven om de overheidsdelegatie aan de beroepsgroep te kunnen behouden.

Zou deze gedachte met name niet interessant kunnen zijn in een tijd dat er toch reeds sprake is van een in gang zijnde ontwikkeling, zowel binnen de gezondheidszorg als binnen de geneeskunde, van toenemende integratie, communicatie en samenwerking?

Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan het beoefenen van de verloskunde door huisartsen in de ziekenhuizen; het beoefenen van zowel huisartsgeneeskunde als meerdere specialismen door verpleeghuisartsen en gerieters; de house-staff's in ziekenhuizen; de discussie over de medisch-diagnostische centra; de sa-

menwerking tussen huisarts, specialist en sociaal-geneeskundige op het gebied van de sociaal-medische begeleiding; directe toegang tot laboratoria, röntgenafdelingen en andere ondersteunende specialismen voor huisarts en sociaal-geneeskundigen; specialisten werkzaam als sociaal-geneeskundige; sportartsen tevens huisarts of specialist; etc. En laten we wel zijn: als het in de huidige structuur van de KNMG mogelijk blijkt te zijn binnen één maatschappelijke vereniging een binding tot stand te brengen van 28 wetenschappelijke verenigingen van specialismen die vaak hemelsbreed van elkaar verschillen, dan moet zo'n zelfde binding toch ook mogelijk zijn voor die 28 plus de huisartsen en de paar sociaal-geneeskundige groeperingen! Hoe het ook zij: de voorgestelde federatiestructuur biedt geen mogelijkheden voor deze door mij geziene wenselijkheid.

De *derde doelstelling van de KNMG* is de bevordering en verbreiding van de medische ethiek. Het lijkt erop dat in de voorgestelde structuur de behartiging hiervan is voorbehouden aan het federatiebestuur en aan de algemene federatievergadering. Vraag is hierbij overigens wel, in hoeverre de invloed van de maatschappelijke verenigingen in het federatiebestuur zo beperkt is dat er garanties zijn dat de behartiging van de medische ethiek en gedragsleer niet in gelijke mate verdacht wordt als de stem van de artsen in het gezondheidszorgbeleid.

Tenslotte de jongste loot aan de KNMG-doelstellingenboom: 'de *materiële belangenbehartiging* van de leden'.

Alle artsen, waar of waarin ook werkzaam, hebben behoefte aan materiële belangenbehartiging, of kunnen dat krijgen. Dat betekent dat er voor *alle* artsen behoefte is aan doodgewoon vakbondswerk, waaronder functieplanning, functiewaardering, primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden, aan medezeggenschap, democratisering, inspraak in en deelname aan commissies, etc., binnen instellingen, werkgelegenheidsbeleid, manpower-planning, in- en uitstroomproblematiek, vestigingsbeleid, etc. Voorwaar een aantal items dat voor alle artsen in zeer gelijke mate van belang is en geenszins van aspect verandert bij overschrijding van de huidige grenzen binnen de KNMG-structuur.

Ten aanzien van deze materiële belangenbehartiging is het van het grootste belang, en zal het in de toekomst alleen

nog maar belangrijker worden, dat deze zo professioneel mogelijk geschiedt. Dat impliceert dat dit werk moet geschieden door professionals, die binnen onze beroepsgroep schaars tot afwezig en van buiten gehaald duur zijn. Zuinigheid is hier derhalve geboden.

Indien de belangenbehartiging plaatsvindt ten dienste van *alle* artsen, zal de macht van het getal sterker spreken, zal er beter recht kunnen worden gedaan aan een goede evenwichtige belangenafweging voor alle artsen, zonder dat de kans dat de ene groepering tegen de andere wordt uitgespeeld onnodig wordt vergroot. En waarom zou dat eigenlijk niet kunnen? Tenderen de alsmaar toeneemende contacten en samenwerkingsafspraken tussen LHV en LAD, tussen LSV en LAD, tussen LHV en LSV en

tussen LVSG en LAD, niet reeds onontkoombaar in deze richting? Is in feite de LAD niet reeds in grote mate bezig als vakbond voor artsen werkzaam in de meest uiteenlopende functies?

Heeft de KNMG ook niet reeds een Stichting Dienstverlening Medici (SDM) aan alle artsen te bieden en een prima verzekeringsmaatschappij voor alle mogelijke verzekeringen in de vorm van de OLMA? Werkt ook niet reeds een vacaturebank voor alle artsen? En een uitzendbureau? Waarom dan toch een federatiemodel, dat geen recht doet aan al deze voor het grijpen liggende mogelijkheden en juist het gescheiden optreden alleen nog maar dreigt te versterken?

Mijn conclusie is duidelijk. Een nieuwe KNMG-structuur zal dienen te zijn opge-

bouwd uit drie KNMG-sectoren:

- een wetenschappelijke sector, die de wetenschappelijke verenigingen omvat;
- een vakbondssector; en
- een 'culturele' sector.

Op deze wijze past de KNMG haar structuur daadwerkelijk aan: aan de behoeften, wensen en eisen van de leden, en vooral ook van hen die zij gaarne als lid wil zien toetreden, die steeds minder behoeftes gevoelen aan de gevestigde scheidslijnen, zoals die in de voorgestelde structuur in feite alleen maar worden versterkt. En de KNMG wil toch dat alle artsen ook KNMG-lid zijn? □

T. W. J. Derksen is oud-voorzitter van de KNMG.

Haalt de KNMG 1989?

1. De KNMG, de maatschappelijke en de wetenschappelijke verenigingen stellen zich - ieder op eigen terrein, maar met waar nodig en mogelijk overleg/samenwerking/afstemming - ten doel:

a. het bevorderen van de geneeskunst/geneeskunde en van de gezondheidszorg en; b. het behartigen van de functionele en de materiële belangen van categorieën artsen. De mate waarin dit bevorderen en behartigen slaagt is mede afhankelijk van de anatomie en fysiologie van de artsen-organen.

De structuur van de verenigingen dient zoveel mogelijk te zijn afgestemd op het bereiken van de gestelde doelen. Bij verandering van inzichten en takenpakketten en bij wijziging van andere relevante omstandigheden zullen de ordening en de reglementering moeten worden gezien en zo nodig herzien.

Gegeven een adequate structuur, wordt de doeltreffendheid van een organisatie voornamelijk bepaald door de deskundigheid, de motivatie en de inzet van de in haar organen en namens haar in andere gremia participerende leden en functionarissen.

2. Als daartoe voldoende aanleiding bestaat dient de verenigingsstructuur integraal, vanuit de optiek van: doel, middel en effect, te worden geëvalueerd. Daarbij zal onder andere aandacht moeten worden besteed aan:

Dr. Mr. H. W. A. Sanders

- a. de (potentiële) leden: lidmaatschaps-criterium; de wijze van informeren, communiceren en participeren;
- b. de organen van de vereniging, centraal en perifeer (bestuur, secretariaat/bureau en vergadering van leden of afgevaardigden); samenstelling en werkwijze (met name met betrekking tot het bepalen van standpunten en het nemen van besluiten);
- c. de verantwoordelijkheid voor het algemene en het specifieke en voor de noodzakelijke coördinatie van en afstemming tussen deze aandachtsgebieden;
- d. de geografische en de sectorale (onder)verdeling en bundeling;
- e. de relatie tussen centrum en periferie en tussen de organen van de verenigingen onderling;
- f. de interne en externe functies en taken, de voor het vervullen respectievelijk uitvoeren ervan gemaakte procedures en afspraken, alsmede de bereikte resultaten in relatie tot de ingezette middelen;
- g. de vertegenwoordiging naar buiten;
- h. de interne en externe public relations.

De conclusie van een dergelijke analyse kan zijn:

1. dat binnen de bestaande structuur het functioneren van organen en leden meer

in overeenstemming moet worden gebracht met tekst en strekking van statuten en reglementen;

2. dat de verenigingsstructuur op onderdelen moet worden aangepast of aangevuld; of

3. dat een meer ingrijpende herstructureringsoperatie in gang moet worden gezet die aangrijpt op de fundamente van 'Domus Medica'.

3. De signalen vanuit Utrecht en de periferie en de uitingen van onvrede in algemene en ledenvergaderingen zijn kennelijk luid genoeg geweest om een onderzoek naar de structuur van de artsenorganisatie op te starten. Uit de hierover uitgebrachte rapporten en de naar aanleiding daarvan ingenomen standpunten blijkt niet dat een integrale analyse, zoals in 2 beschreven, heeft plaatsgevonden. Evenmin wordt duidelijk op grond waarvan het hoofdbestuur van de KNMG heeft geconstateerd dat een fundamentele structuurwijziging in de zin van een federatieve opbouw is vereist - waarbij de KNMG zichzelf, als een vereniging met artsen-leden, opheft! - in plaats van een meer adequaat functioneren binnen de bestaande constructie of een wijziging/aanvulling op onderdelen.

4. Stellingen en voorstellen welke pleiten voor handhaving, met aanpassing op onderdelen, van de KNMG-structuur:

I. Een onderverdeling in aandachtsgebieden van materiële en van immateriële aard komt niet overeen met de huidige vervulling van taken door de diverse gedingen van de artsorganisatie:

– De KNMG heeft de verantwoordelijkheid voor algemene zaken en voor onderwerpen van gemeenschappelijk belang en verzorgt waar nodig en mogelijk de coördinatie en afstemming met betrekking tot zaken die meerdere artsensectoren betreffen of die externe effecten hebben.

– De maatschappelijke verenigingen zetten zich in voor een kwalitatief verantwoord functioneren van categorieën artsen en behartigen hun functionele en materiële belangen.

– De taken van de wetenschappelijke verenigingen betreffen voornamelijk het bevorderen van wetenschap, toegepaste research en opleiding/nascholing. De CvB's van deze verenigingen adviseren en ondersteunen bestuur en leden met betrekking tot beroepsuitoefening en praktijkvoering en participeren in de werkzaamheden van de maatschappelijke verenigingen, voor zover het hun specialisme betreft.

II. Bij de diverse artsenberoepen zijn algemene en alleen voor de betrokken sector geldende aspecten en belangen te onderscheiden (maar niet altijd te scheiden). Hetzelfde geldt voor de praktijk en het handelen van individuele artsen. Dat de KNMG en de maatschappelijke verenigingen een automatische koppeling van lidmaatschappen kennen en dat in de structuur van deze organisaties een intensief onderling overleg en procedures voor een goede samenwerking zijn ingebouwd, zijn daarvan logische consequenties. Bij handhaving hiervan – en dat verdient aanbeveling – is het niet nodig verplicht voor te (blijven) schrijven dat melding voor het lidmaatschap persé bij de KNMG (art 100 HR) of, zoals in het voorstel van het hoofdbestuur, bij één der maatschappelijke verenigingen dient te geschieden.

N.B.: De automatische koppeling heeft thans de verstrekkende consequentie dat de dubbele inschrijving op uitdrukkelijk verzoek van het betreffende lid weliswaar kan worden opgeheven, maar hij blijft gehouden tot betaling van beide contributies (art 502 HR). Het lijkt verstandig deze regeling te herzien.

III. In de samenstelling van het hoofdbestuur en het dagelijks bestuur van de KNMG, in de wijze van voordracht en

verkiezing/benoeming van de leden ervan en in de bestuurlijke werkwijze dient de rol en de invloed van de maatschappelijke verenigingen en van de perifere organen te worden versterkt. Dit kan reglementair goed worden geregeld en vastgelegd. Een fundamentele herstructurering en met name een federatieve opbouw van de KNMG in de door het hoofdbestuur voorgestelde zin is daarvoor niet nodig en ook niet gewenst.

Het hierboven gestelde geldt op overeenkomstige wijze voor de samenstelling van en het stemrecht in de Algemene Vergadering van de KNMG.

IV. Het is in verleden en heden van groot belang gebleken dat de individuele artsen binnen de vereniging lid (kunnen) zijn van zowel de landelijke als de lokale verbanden.

Nu de overheid heeft gekozen voor a. het ongewijzigd laten van de bestuurlijke indeling in provincies en gemeenten, met intergemeentelijke samenwerkingsverbanden voor de vervulling van taken die de schaal van één gemeente te boven gaan; b. een volledige inwerkingtreding van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen, met een verdeling van Nederland in 25 gezondheidsregio's; c. een decentrale planning van gezondheidsvoorzieningen, terwijl het kabinet in de 'derde Dekker-brief' van 7 maart jl. uitdrukkelijk kiest voor een functionele regionalisatie, waarbij dienstverleners en verzekeraars via een proces van markt- en zelfregulering zorg dragen voor een doelmatig en samenhangend geheel van voorzieningen, afgestemd op de behoefte van de bevolking (WVC-nota 'Verandering Verzekerd', blz. 36-39), is ook een *provinciale en regionale ordening van de artsorganisatie op bestuursniveau* noodzakelijk geworden, gericht op: 1. representatie, 2. informatie en registratie, 3. communicatie en overleg, en 4. samenwerking/afstemming. Diverse andere koepelorganisaties, zoals: de NZR, de kruisorganisaties, de ziektekostenverzekeraars en de patiëntenverenigingen, hebben dit reeds gedaan of zijn hiermee doende. Een dergelijke structurering is mede nodig om de status van de representatieve organisatie(s) van medische beroepsbeoefenaren, de positie van hun vertegenwoordigers en de invloed op de provinciale, regionale en gemeentelijke overheid en politiek te verbeteren.

Deze 12 districten-nieuwe stijl (territoriaal overeenkomend met de provincies)

en de 25 regio's (het gebied bestrijkend van de gezondheidsregio's ex WZV) behoeven als zodanig geen relatie met individuele leden te hebben. Zij worden via een getrappt stelsel geconstitueerd en bemand door de besturen van afdelingen en van andere decentrale artsenverbanden, wier functioneel terrein (voor het grootste deel) is gelegen in de desbetreffende provincie of regio.

Voor de realisering van deze instituties, met een positie tussen de centrale en de lokale organen in, is geen ingewikkelde aanpassing van statuten en huishoudelijke reglementen van de KNMG en de maatschappelijke verenigingen nodig en behoeven geen fundamentele wijzigingen te worden aangebracht in structuur en werkwijze van de landelijke organisaties of in de onderverdeling en begrenzing van afdelingen, PHV's en PSV's.

N.B.: Bovenstaande opzet wijkt op essentiële punten duidelijk af van het hoofdbestuursvoorstel tot oprichting van regionale categorale *verenigingen* met regiovergaderingen van individuele leden.

Voor de 'interne' maar vooral voor de 'externe' betekenis van de KNMG-regio en de KNMG-provincie is een aantal factoren van groot belang:

1. een *formele institutionalisering*, algemeen en sectoraal, met een duidelijke organisatievorm en reglementering en met realistische procedures voor coördinatie, overleg en vertegenwoordiging;
2. een herkenbare en erkende *identiteit* (aanspreekbare voorzitter en secretaris, vast adres en telefoon) en adequate administratieve ondersteuning;
3. goede *functionele verbindingen* met de participerende algemene en sectorale verbanden (referentiegroepen) en met de landelijke organisaties van artsen;
4. het kunnen beschikken over voor de gestelde taken relevante *gegevens* en over de noodzakelijke *bevoegdheden en middelen* ter verkrijging van nadere informatie;

5. een zodanige *discipline* van individueel betrokkenen en van de participerende verbanden, dat:

a. het regionale respectievelijk provinciale coördinatiepunt inderdaad *per exclusionam* dienst doet als hét *adres* voor input en output van 'extern' te achten taakonderdelen;

b. de coördinerend voorzitter inderdaad – uiteraard binnen reglementair getrokken grenzen en met inachtneming van ter zake gemaakte afspraken – kan fungeren als *beslisser-in-eerste-instantie* met betrekking tot de aanpak van nieuwe pro-

bleemstellingen, als *spreekbuis* voor vastgestelde standpunten en genomen beslissingen en (voorlopig) als externe *representant*, totdat – voor een bepaald onderwerp of omschreven functie – door het bestuur een ander is aangewezen.

Voor Noord-Brabant zijn plannen tot oprichting van een 'KNMG Noord-Brabant' en van 4 regionale coördinatie- en steunpunten (zoals: 'KNMG regio Zuid-oost-Brabant') in een vergevorderd stadium.

5. De procedures voor aanpassing van de KNMG-structuur liggen reglementair vast. Wijzigingen van zodanige aard dat de Statuten van de KNMG moeten worden veranderd behoeven een meerderheid van ten minste tweederde van de door de afgevaardigden ter Algemene Vergadering uitgebrachte stemmen (art 31 Statuten).

Als aan de Algemene Vergadering wordt voorgesteld in beginsel te besluiten tot een fundamentele herstructurering van de KNMG, kan de vergadering vóór de stemming bepalen dat bij aanneming de beslissing ter bekrachtiging moet worden onderworpen aan een eindstemming door de gewone leden (art. 22 Statuten). Een uitspraak van deze vergadering

waardoor de rechtsvorm van de Maatschappij wezenlijk van karakter zou veranderen, bijvoorbeeld als de KNMG van een vereniging met individuele leden zou worden gereduceerd tot een federatief platform van maatschappelijke en regionale verenigingen, moet worden geduid als een besluit tot ontbinding, waarvoor een eindstemming door de individuele leden van de KNMG dwingend is voorgeschreven (art. 33 Statuten).

Het hoofdbestuur heeft het voornemen zo spoedig mogelijk een enquête-onderzoek te doen uitvoeren om de mening van de Nederlandse artsen te peilen over kernpunten van de wijzigingsvoorstellen. Daartoe lijken de ideeën van de voor het beleid verantwoordelijken, met betrekking tot opzet en uitwerking, consequenties en alternatieven, nog onvoldoende uitgekristalliseerd. Het zal effectiever en efficiënter blijken, primair in de bestuurlijke gremia van de Maatschappij zelf te streven naar een grotere mate van eenstemmigheid over de te volgen koers.

6. De Maatschappij moet blijven

De KNMG is niet de optelsom van vier maatschappelijke verenigingen; uit het

specifieke kan het generale niet zonder meer worden afgeleid.

De roep om verandering mag er niet toe leiden dat voor de gezondheidszorg en het artsenbelang essentieel te achten structurelementen van de artsorganisatie worden afgebroken. De waarde van het KNMG-bouwwerk is in de loop der jaren voor insiders duidelijk gebleken en door outsiders algemeen erkend.

Geachte lezer, wilt ook u zich er voor inzetten dat de KNMG, als dé vereniging voor en van alle artsen, op eigentijdse wijze haar taken kan blijven vervullen, zowel centraal als perifeer, in goede samenwerking met de maatschappelijke verenigingen? Dan zal in het jaar 2000, bij de viering van het 108-jarig bestaan van de Maatschappij, met voldoening worden gememoreerd dat de discussies over de verenigingsstructuur in de tweede helft der jaren tachtig uiteindelijk hebben geleid tot aanpassingen, welke de continuïteit van de KNMG hebben verzekerd, haar representativiteit hebben vergroot en de positie van de met haar verbonden verenigingen hebben versterkt. □

Dr. Mr. H. W. A. Sanders is oud-voorzitter van de KNMG.

KNMG als federatie van belangengroeperingen?

Voor het beschouwen van dit soort vraagstukken is het van groot belang zich te realiseren wat het doel van de KNMG is. Na deze vaststelling kunnen wij nagaan of het doel van de KNMG met een zuiver federatieve structuur is gediend.

HET DOEL VAN DE KNMG

Volgens artikel 1 van de Statuten vormt het doel van de KNMG de geneeskunst in haar ruimste omvang in het Koninkrijk der Nederlanden te bevorderen. In artikel 1 staat terecht de geneeskunst op de eerste plaats en niet het belang van de geneeskundigen. In artikel 2 staat verder uitgewerkt hoe dit zal gebeuren.

Volgens artikel 2 dient dit te geschieden door de maatschappelijke belangen der geneeskundigen in Nederland te bevorderen, voor zover deze belangen niet in strijd zijn met het algemeen belang. Voorts dient dit te geschieden door de bevordering van de geneeskundige wetenschap en kennis en door het bevoor-

Dr. L. K. J. van Romunde

ren van maatregelen die strekken tot een goede behandeling van ziekten en het voorkomen van ziekten. Daarnaast dient de geneeskunst te worden bevorderd door toezicht op en medewerking aan de ontwikkeling en uitvoering van wetten die de belangen der geneeskunde, der geneeskundigen en der volksgezondheid raken en door het aangaan van CAO's. Dat het bevorderen van de belangen van de geneeskundigen de afgelopen decennia op de voorgrond heeft gestaan is zonder meer duidelijk, getuige de belangrijke positie van de beroepsverenigingen binnen de KNMG, zoals de LSV en de LHV. Hun positie is de facto zó sterk geworden dat zij het liefst de KNMG als een dun overkoepelend schilletje willen zien, in de vorm van een federatie. Dat de KNMG belangrijk werk heeft gedaan op het gebied van wetgeving, is

evident, zij het dat daarbij de nadruk heeft gelegen op het zo goed mogelijk functioneren van de curatieve geneeskunde en veel minder voor de preventieve geneeskunde, die in sommige opzichten zelfs is tegengewerkt.

Aan het bevorderen van kennis is binnen de KNMG wel gewerkt, met name door normstelling aan de registratie van specialisten. Eenmalige normstelling, namelijk bij de erkenning als specialist, was decennia geleden mogelijk een voldoende waarborg voor kwaliteit. Thans is dit, met de snelle omlooptijd van medische kennis, eigenlijk niet meer up to date. Een meer continue vorm van kenniscontrole zou gerechtvaardiger zijn.

In het bevorderen van de wetenschap is de KNMG zeker niet sterk geweest. Omdat ondanks de Statuten de KNMG toch hoofdzakelijk als vakvereniging werd afgeschilderd, zagen universitair werkende artsen er weinig heil in om binnen de KNMG dit aspect gestalte te geven. De wetenschappelijke verenigingen van spe-

cialisten hebben slechts een zeer losse band met de KNMG en worden zeker niet actief door de KNMG ondersteund in de vorm van secretariële ondersteuning en subsidies voor wetenschappelijk onderzoek. Kortom, veel inspanning op het gebied van patiëntgericht wetenschappelijk onderzoek en wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van preventie is er niet geweest.

De vraag doet zich thans voor of wij de huidige tendens in de richting van een federatie van belangenverenigingen willen versterken, of dat wij thans toch een andere koers willen vormen die evenwichtiger tegemoet komt aan artikel 2 van de Statuten.

WAAR IS BEHOEFTE AAN?

Behoeft er aan een goede betaalbare curatieve en preventieve gezondheidszorg. Dat is de markt waar de geneeskundigen hun boterham mee verdienen, ongeacht machtsveranderingen en veranderingen van politiek inzicht. Dit basisbesef is aanwezig bij de Wereldgezondheidsorganisatie, bij de EG en bij het ministerie van WVC. Het begrip en de

wetenschappelijke invulling van 'health for all by the year 2000' zou binnen de KNMG een noodzakelijke plaats kunnen krijgen, waardoor de KNMG een goede gesprekspartner wordt op ministerieel niveau, maar ook op het niveau van de (basis)gezondheidsverzekeringen. Deze gezondheidsvisie is een visie waarbij de gezondheid van de individu centraal staat, met effecten (belangen) naar/voor de artsengemeenschap en niet omgekeerd.

Wanneer wij de gezondheid van de individu centraal stellen, is dat niet te rijmen met een KNMG die slechts als federatie van belangen van geneeskundigen fungeert. Zo zal een federatieve KNMG veel moeilijker de problemen rond de thuiszorg kunnen oplossen dan een patiëntgerichte KNMG.

ALTERNATIEF

Als alternatief voor een federatie van belangengroepen kan ik mij een KNMG voorstellen die de directe belangen van collega's delegeert naar de subverenigingen (LSV, LHV, etc.). Deze KNMG zal zich vooral richten op het bevorderen

van de gezondheid van de Nederlandse inwoners, door de wetenschappelijke verenigingen een warm onderdak te bieden, door onderzoek te stimuleren en te subsidiëren, door PAOG-activiteiten te stimuleren, door controle op kwaliteit, door werkcontacten op bestuurlijk niveau (regionaal, landelijk, EG, WHO) en door sturend op te treden naar bepaalde beroepsgroepen (onder andere door een veel sterkere grip op de postacademiale opleiding) en door hulp te bieden bij wetsvoorbereidingen.

Het bestuur dient daartoe te worden gerecruteerd uit wetenschappelijk, vakinhoudelijk en ethisch geïnteresseerde artsen, kortom niet de primair financieel geïnteresseerde collega's die terecht bij de belangenverenigingen de boventoon dienen te voeren.

Ik vrees dat een federatief bestuur van primair op eigenbelang gerichte collega's tot een reeks van patstellingen zal leiden en uiteindelijk geen acceptabele gesprekspartner meer zal opleveren voor bestuurders en financiers van de gezondheidszorg. □

Dr. L. K. J. van Romunde is voorzitter van de KNMG-afdeling Rotterdam.

De KNMG naar het jaar 2000

'Form follows function'

De directe aanleiding tot het instellen van de commissie 'KNMG 2000' was de motie die op 25 april 1986 door de Algemene Vergadering met algemene stemmen werd aangenomen. Deze motie heeft als katalysator gewerkt voor een proces dat reeds op gang was gezet: een informeel gezelschap van (onder)voorzitters van de maatschappelijke verenigingen en de KNMG had het jaar daarvoor reeds een aantal zaterdagochtenden besteed aan het brainstormen over de KNMG-structuur en de veranderingen die deze zou moeten ondergaan. Bij ieder van de deelnemers aan deze sessies leefde het besef dat er iets moest veranderen, hoewel niet iedereen zich daarbij hetzelfde voorstelde, voor zover de ideeën überhaupt waren uitgekristalliseerd. De motie kwam op het juiste moment om de zaterdagochtendbijeenkomsten hun noodzakelijke follow-up te verschaffen, in het instellen van de Commissie KNMG 2000.

Dr. M. van Leeuwen

LATERAAL DENKEN

Het feit dat er al zoveel en zolang wordt gepraat over de KNMG-structuur, zonder dat dit tot nu toe geleid heeft tot veranderingen, betekent misschien wel dat een geheel nieuwe benadering nodig is. Ik ga hier voorbij aan de discussies over 'bottom-up' dan wel 'top-down', ten aanzien waarvan mij is gebleken dat deze begrippen ook niet voor iedereen hetzelfde betekenen.

Alle in de loop der tijden gegenereerde ideeën hebben gemeen dat zij uitgaan van de onaantastbaarheid van een aantal elementen van de huidige structuur. Eveneens hebben ze gemeen dat ze in het ideeënstadium zijn blijven steken en dat de onvrede bleef. Het zou duidelijk beho-

ren te zijn dat deze aanpak onvruchtbaar is gebleken. Het wordt derhalve misschien tijd voor wat lateraal denken, voor enkele oefeningen voor de rechter hemisfeer. Het dwangmatig blijven denken in de bestaande structuren maakt blind voor mogelijke aantrekkelijke alternatieven.

Er zijn verschillende technieken om nieuw licht te werpen op een oud probleem. Essentieel is dat men zich op voorhand niet dient te bekommeren over de wenselijkheid of haalbaarheid van de bedachte oplossingen, omdat dit fataal is voor de spontaniteit en de creativiteit en de gedachtengang in een veel te vroeg stadium bekende, helaas vaak doodlopende, wegen opstuurt. Soms helpt het de zaken op hun kop te zetten. (Als fabrikant van lijmen zal men de markt willen veroveren en behouden met steeds betere superlijm. Helaas willen de concurrenten dat ook. De verrassende gedachte nu

eens juist toepassingen te zoeken voor 'slechte' lijm, heeft ons die handige gele papiertjes bezorgd die in de kortst mogelijke tijd de kantoorwereld hebben veroverd).

Zo zou men zich kunnen afvragen of het wel zo noodzakelijk is dat er een KNMG bestaat. Waarom de KNMG niet liquideren en met de vrijkomende gelden een Stichting ter bevordering van de Kwaliteit van het Medisch Handelen oprichten? Mocht er toch behoefte zijn aan een artsorganisatie, dan zal het vrije spel der maatschappelijke krachten er wel voor zorgen dat die vanuit de basis ontstaat, waarbij de oprichters geen zware hypotheek van een starre, verouderde organisatie met zich meetorsen, maar wel wijze lessen kunnen trekken uit de door de KNMG gemaakte 'fouten'. (Suggestie voor een naam: Landelijke Vereniging van Artsen).

BEZWAREN

Het is de moeite waard deze laatste gedachte eens te vervolgen en zich voor te stellen dat de KNMG niet bestaat, maar dient te worden opgericht. De grote waarde van een dergelijk gedachtenexperiment is, dat duidelijk aan het licht komt welke problemen nu echt met de structuur samenhangen. De uitkomst van zo'n exercitie kan trouwens heel goed zijn dat men tot de conclusie komt dat een aantal met zorg gekozen renovaties doeltreffender kan zijn dan grootscheepse wijzigingen in de fundamente van het gebouw.

Als men het bovenbedoelde gedachtenexperiment doet, zonder bekommernis om de haalbaarheid, dan denk ik dat de kans dat deze nieuwe KNMG zelfstandige maatschappelijke verenigingen telt, klein is. Eigenlijk behoeft dat geen verbazing te wekken. Een korte analyse leert immers dat aan dit wezenlijke element van de huidige KNMG-structuur een aantal bezwaren kleefte; de belangrijkste daarvan zijn in mijn ogen:

1. De onderverdeling van de KNMG-populatie naar maatschappelijke vereniging is niet congruent met een verdeling die te maken zou zijn op basis van functionele criteria. Dwars door alles heen loopt dan nog de LAD. Dit alles heeft onder meer geleid tot zaken als de verplichte doorkoppeling, dubbellidmaatschappen en zelfs driedubbellidmaatschappen en een ingewikkelde contributieafdracht.

2. De onderverdeling in maatschappelijke verenigingen creëert en accentueert belangentegenstellingen en maakt artsen kwetsbaar in het spel van onderhandelingen. De juridische vorm van zelfstandige rechtspersonen met verenigingsstructuur, met tegelijk een veel minder duidelijke juridische relatie tussen KNMG en maatschappelijke verenigingen, is in hoge mate bevorderlijk voor de ad 2 genoemde toestand.

3. Minstens zo belangrijk is dat deze constructie garant staat voor starheid van de organisatie. De voornaamste oorzaak van het jarenlang resultaatloos praten over de KNMG-structuur is mijns inziens daarin gelegen. Deze organisatie is statisch; zij heeft te veel belemmeringen ingebouwd om zich adequaat te kunnen aanpassen aan zich wijzigende omstandigheden of inzichten. Toevoeging van weer een nieuwe maatschappelijke vereniging in de vorm van de in het rapport van de Commissie KNMG 2000 voorgestelde Landelijke Vereniging van Artsen (LVA) zal alle hier gesignaleerde problemen naar ik vrees alleen maar doen toenemen¹.

4. Voor de buitenwereld, maar zelfs voor veel KNMG-leden, leidt dit alles tot grote onduidelijkheid. KNMG-leden vallen globaal in twee categorieën te verdelen: zij die vrijwel alles wat in de Domus Medica gebeurt op rekening schrijven van de KNMG, en degenen in wier perceptie alleen maatschappelijke verenigingen bestaan. Dit laatste kan weer twee vormen aannemen: ofwel een totale vereenzelviging van de KNMG met de eigen maatschappelijke vereniging, ofwel een afkeurend oordeel over de KNMG, die zich uitsluitend zou bezighouden met de wat ordinaire behartiging van het materiële welzijn van haar leden. Dit laatste blijkt ook de visie te zijn van veel niet-leden, vooral jonge artsen². De organisatiestructuur is weliswaar niet de fundamentele oorzaak van het bestaan van dergelijke onjuiste beelden, maar ik denk dat zij ze bevordert.

Dit alles overziende kan met enig recht de volgende *stelling* worden geponeerd:

De organisatiestructuur van de KNMG is nodeloos ingewikkeld en werkt daardoor contra-productief. Met name het bestaan van zelfstandige maatschappelijke verenigingen vormt een belemmering voor een adequaat functioneren van de KNMG'.

VERDELEN OF VERENIGEN?

Het voorgaande betekent geenszins dat er geen redenen kunnen zijn tot organisatorische structurering naar belangensoorten. Het betekent wél, dat daarvoor naar mijn mening betere modellen zijn te bedenken dan de juridische vorm van zelfstandige rechtspersonen; men zou bijvoorbeeld kunnen denken aan sectoren die zich met bepaalde specifieke aandachtsgebieden bezighouden.

De huidige afgrenzing van *huisartsen* en *specialisten* is zo'n voorbeeld van het creëren, in stand houden en versterken van *belangentegenstellingen* als waarop ik eerder doelde. Het vervelende van dit soort structuren is dat de doelstellingen op een gegeven moment uit de structuur gaan volgen, in plaats van andersom: 'Function follows form', in plaats van 'Form follows function', zoals het ongetwijfeld veertig jaar geleden een keer is begonnen. Hieraan hebben wij het onderscheid tussen eerste en tweede lijn te danken of, beter gezegd: dit op zich neutrale en functionele onderscheid heeft hieraan een ongewenste kleur ontleend. Nadenken over de lange-termijneffecten zou ons ongerust moeten maken. De overheid lijkt zich daar beter van bewust te zijn dan wij; daar heeft het althans alle schijn van, hoewel een overheid tegenover een niet optimaal functionerende artsorganisatie natuurlijk automatisch in het voordeel is. Dit betekent mijns inziens dat meer aandacht voor strategisch beleid bij de KNMG en de maatschappelijke verenigingen dringend gewenst is. Het betekent ook dat dit beleid in hoge mate gemeenschappelijk moet zijn.

In plaats van het onderscheid eerste versus tweede lijn kan ik mij een *andere visie* voorstellen, gebaseerd op het bestaan van twee vormen van geneeskundebeoefening: *generalistische* en *specialistische geneeskunde*. Natuurlijk behoort de huisarts als geen ander tot de eerste categorie, maar lang niet alle specialisten in de huidige betekenis van het woord horen in de tweede categorie thuis. Van veel specialisten kan men zeggen dat zij zich op generalistische wijze met de geneeskunde bezighouden; kinderartsen, algemeen internisten, de meeste radio-diagnosten, sociaal-geneeskundigen, geriatriers en algemeen chirurgen dienen zich als voorbeeld aan. Over de precieze samenstelling van de lijst kan men van mening verschillen, de bedoeling zal echter duidelijk zijn. Wellicht ten overvloede zij vermeld dat het hier geïntroduceer-

de onderscheid als *nevenschikking* is bedoeld.

Er is weinig fantasie voor nodig om zich voor te stellen dat men op deze classificatie een geheel nieuw – en mijns inziens aantrekkelijker – systeem van gezondheidszorg kan bouwen, gebaseerd op functionele relaties tussen generalisten onderling en tussen specialisten onderling, met een goede afstemming tussen beide categorieën. Aldus zouden de begrippen 'eerste lijn' en 'tweede lijn' een nieuwe dimensie krijgen. Uitwerking van dit model valt buiten de orde van dit artikel.

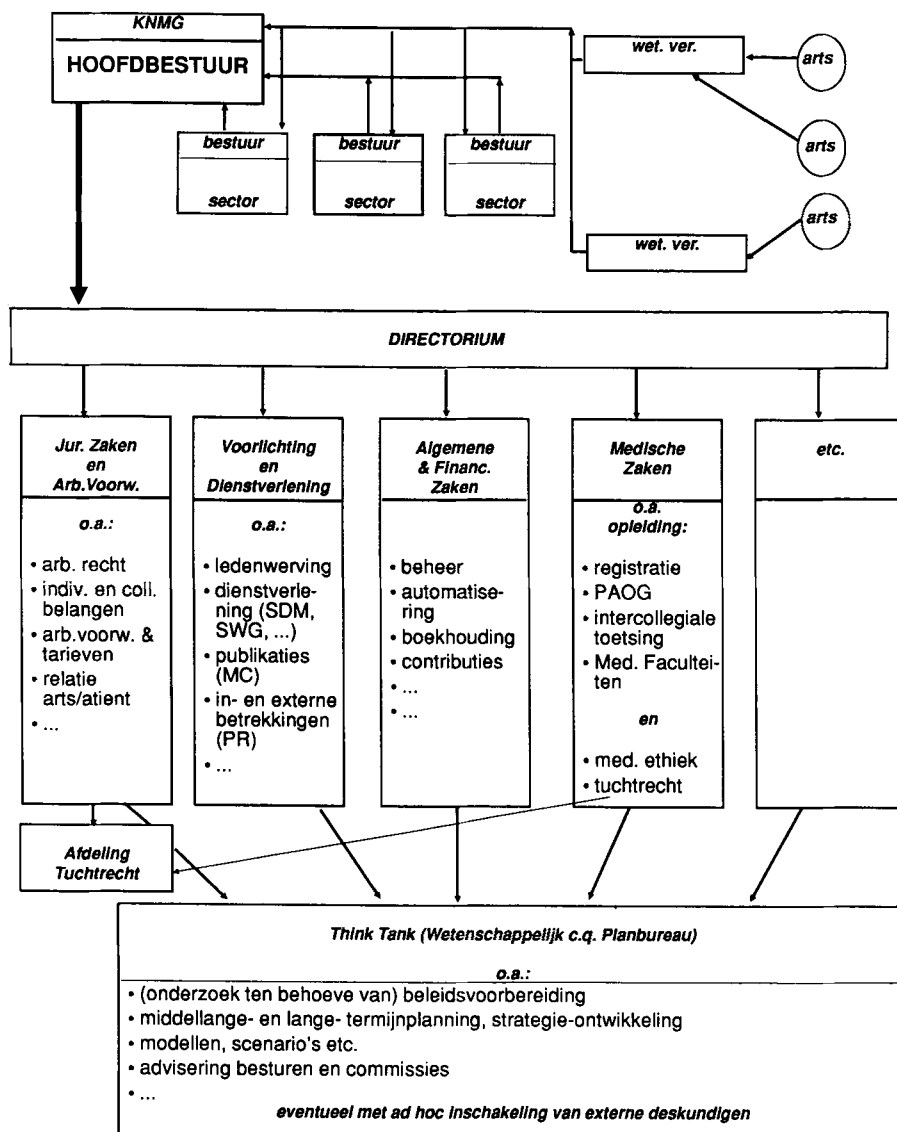
ABSOLUTE VOORWAARDE

Een absolute voorwaarde voor dit alles is de *erkenning van de generalist als een beroepsbeoefenaar die kwalitatief volstrekt gelijkwaardig is aan zijn (super) specialistische collega*. In een tijdperk waarin het beroep van huisarts, niet het minst door grote inspanningen van de beroepsgroep zelf, langzamerhand alle kenmerken van een volwaardig specialisme krijgt, lijkt dit doel in het verschiet te komen. Het niveau van honorering van beide categorieën artsen behoort daarom eveneens gelijk te zijn.

Ik ben ervan overtuigd dat, wanneer dat doel zou zijn verwezenlijkt, het niet moeilijk zal zijn de KNMG werkelijk zinvol te herstructureren. Dit vereist onder tussentijdse wel een *toekomstvisie* en grote bestuurskracht van KNMG en maatschappelijke verenigingen, alsmede een optreden als had deze herstructurering reeds plaatsgevonden. Een *permanente Strategiecommissie* zou misschien geen kwaad kunnen. Het zou ook goed een taak kunnen zijn voor de door de Commissie KNMG 2000 aanbevolen 'denktank'. Het betekent eveneens dat het punt van gelijke beloning van generalisten en specialisten een doel moet worden voor het KNMG-beleid, dat moet worden uitgetild boven het niveau van de maatschappelijke verenigingen, wat wil zeggen dat de KNMG zich ook zou moeten bezighouden met sommige aspecten van materiële belangenbehartiging, hetgeen artikel 24 van de Statuten op dit moment verhindert; dit artikel dient zo niet geschrapt, dan toch zeker in die zin te worden aangepast. Iets om even aan te wennen!

Bovenstaande uitweiding leidt tot de conclusie, dat denken over de structuur van de KNMG niet los kan worden gezien van denken over de lange-termijn-

Figuur 1. Federatief model.



doelstellingen, dus over het strategisch beleid dat men wenst te voeren. Allerlei ad hoc-maatregelen kunnen tijdelijk helpen en zijn niet uit den boze – waarom zou men met hoofdpijn blijven rondlopen als er aspirine is? – maar blijven 'kurieren am Symptom'.

Eveneens leidt deze uitweiding tot de verrassende conclusie, dat er een wellicht onvermoede relatie bestaat tussen de kwaliteit van de geneeskundige zorg en de structuur van de KNMG. Wellicht mag dit leiden tot een eerste stap op weg naar een concretisering van het door collega Cense uitgedragen kwaliteitsbeleid. Tenslotte blijkt aan de strikte attributie van de materiële belangenbehartiging aan de maatschappelijke verenigingen een onverwacht nadeel te kleven.

HOE ANDERS?

Een voorbeeld van een andere structuur wordt gegeven in *figuur 1*. Dit is niet noodzakelijkerwijs de beste of meest ideale vorm die er is te bedenken. Wel kan deze vorm een nuttige functie vervullen als referentie. *Sectoren* zijn in het model *functionele* begrippen, die op enkele punten verwantschap vertonen met de huidige maatschappelijke verenigingen, maar daar organisatorisch geheel van verschillen (bijvoorbeeld een sector Intramurale Geneeskunde, een sector Basisartsen of een sector Generalistische Geneeskunde).

Mogelijke nadelen van dit model:

1. Het is ingrijpend, hetgeen de accepta-

tie bemoeilijkt. Geleidelijke invoering kan daaraan wellicht tegemoet komen.

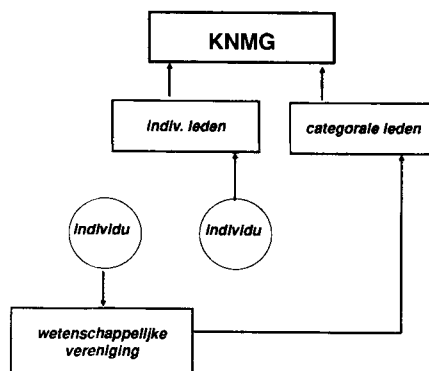
2. Versterking van de relatie met de wetenschappelijke verenigingen vereist de medewerking van al deze organisaties, hetgeen niet eenvoudig zal zijn.

3. De inhomogeniteit en belangentegenstelling verdwijnt niet echt, maar zal zich binnen de federatie kunnen uiten in verlamming van de besluitvorming, slappe compromissen en een te grote concentratie op de immateriële zaken. De ervaring binnen de LAD, die de diverse en lang niet altijd harmoniserende materiële belangen moet behartigen van arts-assistenten, ziekenhuisdirecteuren, sociaal-geneeskundigen, medisch-wetenschappelijke onderzoekers en militaire artsen, om slechts een paar categorieën te noemen, wijzen uit dat dit geenszins het geval behoeft te zijn.

Ik voel mij niet geroepen om andere mogelijke nadelen hier breed uit te meten – dat kunnen anderen beter – maar zal mij concentreren op de *voordelen*:

1. Het model is logisch en inzichtelijk.
2. De sectorindeling is functioneel.
3. De structuur is flexibel en heeft een ingebouwde dynamiek: sectoren kunnen zonder problemen worden toegevoegd of verwijderd, wanneer daaraan behoefte bestaat. Nieuwe categorale leden kunnen te allen tijde worden toegelaten.
4. Deze structuur voldoet in optima forma aan de eis van één grote vereniging voor alle artsen.
5. De ingang voor het lidmaatschap ligt op het niveau waarmee de meeste artsen de grootste verwantschap zullen voelen. Misschien moet worden gedacht over een mengvorm van het zuiver federatieve en het individuele lidmaatschap om die leden te gerieven die zich juist aange trokken voelen tot de groot-KNMG-gedachte (figuur 2).
6. Een zelfde model kan worden toegepast op de periferie.
7. De belangenbehartiging waaraan vele wetenschappelijke verenigingen op dit moment al doen, kan beter gestalte krijgen.
8. Voor de KNMG is een versterking en formalisering van de band met de wetenschappelijke verenigingen van wezenlijk belang om daadwerkelijk een beleid te kunnen voeren gericht op handhaving en verbetering van de kwaliteit van de geneeskundige zorg.
9. De contributiestructuur kan simpel zijn: geen dubbellidmaatschappen of A- en B-leden.

Figuur 2. Mengvorm van federatie en individueel lidmaatschap



10. Er zijn per definitie geen 'restgroepen' of 'overige artsen'. De LVA behoeft niet te worden opgericht.

VOORSTEL HOOFDBESTUUR

Bezien we tegen deze achtergrond het voorstel van het hoofdbestuur, zoals dat op 22 april aanstaande aan de Algemene Vergadering zal worden voorgelegd, dan valt allereerst op dat ook daarin wordt uitgegaan van een federatieve structuur, zij het een gebaseerd op de huidige maatschappelijke verenigingen³. Het rapport van de Commissie KNMG 2000 ging wat dit betreft in beginsel verder, omdat daarin werd voorzien in een geleidelijke, quasi-irreversibele overdracht van taken van de maatschappelijke verenigingen aan de overkoepelende KNMG, met als doel een uiteindelijke versterking van de positie van deze grootste organisatie van artsen¹. Theoretisch zou het voorstel van de Commissie KNMG 2000 op de lange duur (in het jaar 2000?) hebben kunnen leiden tot de opheffing van de maatschappelijke verenigingen in de huidige vorm. Een belangrijk bezwaar dat tegen dit voorstel was in te brengen, was dat er geen instrumenten werden aangeboden om de ontwikkelingen daadwerkelijk in de gewenste richting te sturen en in het bijzonder ook dat voor dit proces geen tijdschema was opgesteld waaraan een Algemene Vergadering – en het hoofdbestuur – zich eventueel zou kunnen binden. Het huidige hoofdbestuur voorstel is wat dat betreft realistischer, althans voor de korte termijn. Vrij concreet wordt aangegeven hoe de maatschappelijke verenigingen een grotere verantwoordelijkheid voor, en daarmee een duidelijker betrokkenheid bij, het

KNMG-beleid zullen krijgen. Dit moet zonder meer als een grote verbetering worden beschouwd. Het gemeenschappelijk planbureau kan ik alleen maar toejuichen.

De noodzaak van een versterking van de relatie met de wetenschappelijke verenigingen, 'waar nodig ook in organisatorisch-structurele zin', wordt in de preambule onderschreven, maar in de intenties en voorstellen ontbreekt dit belangrijke punt geheel.

Vanuit organisatiesystematiek is de structuur die nu voor de periferie wordt voorgesteld waarschijnlijk logisch. Of het ook verstandig is over de periferie een structuur te leggen, afgeleid van de huidige maatschappelijke verenigingen, is voor mij nog maar de vraag. De unieke kans die men heeft de niet altijd even functionele schutten af te breken c.q. naar een logischer plek te verplaatsen en aan de basis de nodige dwarsverbanden aan te brengen, wordt niet benut. In plaats daarvan dreigt men voor de komende jaren forse barrières op te bouwen. Welke visie op de 'geneeskunde in 2000' schuilt hier eigenlijk achter? Toch niet de visie van de KNMG-voorzitter, die recent nog heeft verklaard dat het trekken van allerlei lijnen tussen categorieën van artsen hem een gruwel is⁴, of van 'de specialist van morgen'⁵?

Zo brengt mij dit tenslotte op de tamelijk fundamentele vraag naar de *doelstellingen*. In zijn nota stelt het hoofdbestuur terecht dat structuurwijzigingen geen doel op zich mogen zijn, maar uitsluitend dienen als middel 'om de artsorganisatie hechter, slagvaardiger en effectiever te maken'³. Dit alles is mij te vaag. Hechter, slagvaardiger en effectiever tot welk doel?

Welke *concrete* doelstellingen staan het HB (en de maatschappelijke verenigingen) voor ogen voor de middellange en de lange termijn, welke strategie denkt men te moeten voeren om die doelen te verwezenlijken en in welk opzicht staat de huidige verenigingsstructuur het bereiken van die doelen in de weg? Het voorstel zou er sterker op zijn geworden als op deze vragen duidelijke antwoorden waren gegeven. Men heeft zich dat kennelijk ook wel gerealiseerd, gezien het voorstel een centraal planbureau op te stellen als voorloper van de uiteindelijke 'denktank', met als taak voor 1 oktober 1988 met een globaal beleidsplan te komen⁴. Ik zou echter hebben verwacht dat dit het eerste punt was van de 'intentievoorstellen', in plaats van het op één

na laatste. De keuzes die nu reeds worden gemaakt, speciaal die voor de regionale structuur, zouden op den duur wel eens belemmerend kunnen blijken te zijn voor de realisering van het nog tot stand te brengen beleidsplan. Nog liever had ik gezien dat het hoofdbestuur de grote lijnen van het voorgenomen beleid reeds in zijn overwegingen bij het huidige voorstel had verwoord.

CONCLUSIE

De conclusie die uit een en ander te trekken valt is dat het nieuwe HB-voorstel een aantal belangrijke verbeteringen introduceert, waarvan met name de invoering van het *federatiemodel van historische betekenissen* is. Het getuigt van moed hiermee te komen en het is op zich al van groot belang dat men erin is geslaagd twintig jaar discussie eindelijk te doen uitmonden in een plan voor actie.

Niettemin blijft een aantal fundamentele belemmeringen voor een optimaal functioneren bestaan. Ik heb er alle begrip voor dat op landelijk niveau behoedzaam wordt gemanoeuvrerd – ook de Commissie KNMG 2000 predikte wat dit betreft geen revolutie – maar het uitsluitend uit overwegingen van structurele duidelijkheid of van symmetrie klonen van de landelijke structuur ten behoeve van de periferie, betekent dat de bedoelde belemmeringen van meet af aan in de voorgestelde regionale structuur worden ingebakken.

Dat een organisatie zonder maatschappelijke verenigingen in de huidige betekenis veel van deze belemmeringen niet kent, toont dat ze inderdaad samenhangen met de huidige structuur. Deze ontdekking zou tot nadenken moeten stemmen. Het zou ertoe moeten leiden dat het niet bij het huidige voorstel blijft. De energie zou moeten worden gericht op het verder saneren van de verenigingsstructuur van de KNMG.

Het HB-voorstel zou een flinke eerste stap kunnen zijn in een voortgaand proces. Ik realiseer me zeer wel dat zo'n operatie het nodige vraagt aan moed, tact en probleemoplossend vermogen en niet moet worden overhaast, maar het zou een goede investering zijn in tijd, energie en intellect.

SAMENVATTING

Veel als problematisch beschouwde zaken blijken non-existent te zijn in een hypothetische KNMG-organisatiestructuur die niet gebaseerd is op het bestaan van afzonderlijke maatschappelijke verenigingen. Deze onderverdeling van de KNMG-populatie berust namelijk niet op functioneel-logische criteria. A contrario vormt het bestaan van deze verenigingen een belemmering voor het optimaal functioneren van een vereniging van en voor alle artsen (de KNMG).

Als referentiemodel voor discussies is hier een schets voor een vereenvoudigde organisatie voorgesteld. Indien er con-

sensus zou bestaan over de juistheid van het uitgangspunt, zouden toekomstige veranderingen van de organisatievorm aan dit model, of varianten daarop, kunnen worden getoetst. Wellicht zou op den duur een dergelijke vorm kunnen worden gerealiseerd. Een goede samenwerking van de KNMG met de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten, huisartsen en sociaal-geneeskundigen is noodzakelijk, wil de KNMG een doeltreffend, op kwaliteit gericht beleid kunnen voeren. Bij voorkeur dient deze samenwerking organisatorisch-structureel gestalte te krijgen, door de wetenschappelijke verenigingen de status van categoriale vereniging van de KNMG te bieden. De federatievorm biedt daartoe de mogelijkheid. □

Literatuur

1. Adviesrapport Structuur KNMG 2000. Medisch Contact 1987;35:1096-1101.
2. Boerema L.H., Tijssen I.M.J.G. Artsen over beroep en organisatie. Een onderzoek in opdracht van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst. Nijmegen: Instituut voor Sociale Geneeskunde, 1983.
3. Structuur KNMG. Voorstel hoofdbestuur aan de Algemene Vergadering. Punt VIII van de beschrijvingsbrief voor de 183ste Algemene Vergadering van 22 april 1988. Medisch Contact 1988; 43: 381-2.
4. Cense W.H. Het hemd en de rok. Medisch Contact 1988; 43: 356.
5. De specialist van morgen. Medisch Contact 1988; 43: 327-8.

Dr. M. van Leeuwen is lid van de Commissie KNMG 2000.

Macht waartoe?

Overpeinzingen bij structuurwijziging van de KNMG

Door de redactie van Medisch Contact gevraagd commentaar te geven op de voorstellen tot wijziging van de structuur van de KNMG, kom ik duidelijk in problemen. Ik vind de achterliggende vraagstukken zo vol interne tegenstellingen, dat het zeer moeilijk is een eenduidig standpunt over de meest gewenste structuur voor de KNMG te vormen.

Ik wil in het volgende vooral aandacht besteden aan de inherente tegenstellingen in doelstellingen, beleid en strategie van een KNMG. Ik wil dat benaderen vanuit de ideële opstelling van een wetenschappelijke vereniging van huisartsen. Daarmee loop ik het risico af en toe

V. C. L. Tielens

af te dwalen van wat op dit moment reëel haalbaar is. Hopelijk gaat dat niet zo ver dat deze overpeinzingen voor de beslis-sers van de Algemene Ledenvergadering van de KNMG oninteressant blijven.

Tegenstellingen en doelstellingen

De algemene doelstelling van de KNMG is de geneeskunst in haar ruimste omvang te bevorderen. De hiervan afgeleide concrete doelstellingen zijn velerlei en laten zich omschrijven in drie punten, namelijk:

- bevordering van de geneeskundige wetenschap en kennis;
- bevordering van de maatschappelijke belangen der leden;
- bevordering van de volksgezondheid.

In de afgelopen decennia is het geregeld duidelijk geworden dat er in deze doelstellingen onderlinge tegenstellingen bestaan, zodat ze zelfs regelrecht met elkaar in conflict kunnen komen. Zo kan het behartigen van maatschappelijke belangen van leden bijvoorbeeld leiden tot stakingen, onevenredige groei van de intramurale sector en het maximaliseren van de werkgelegenheid voor artsen, zonder dat dit alles een positieve bijdrage

levert aan de volksgezondheid. Of het (onevenredig) bevorderen van de wetenschap ten dienste van de medisch-technische, curatieve, intramurale zorg gaat ten koste van een wetenschappelijke onderbouwing van de eerstelijnsgezondheidszorg, waardoor een evenwichtige opbouw van de totale gezondheidszorg in gevaar komt.

Relativering van het streven naar eenheid

Deze van oudsher in de doelstellingen vervatte tegenstellingen zullen door toekomstige ontwikkelingen in de gezondheid en gezondheidszorg alleen maar toenemen. Zo zal het in een begreemd budget hoe langer hoe meer zaak worden beslissingen voor het een te nemen met uitsluiting van het ander. Vaak zullen dat zaken zijn waarover de artsorganisatie wel heeft te adviseren, maar niet te beslissen. De beslissingen zullen veelal door bredere organen, waarin velen zijn vertegenwoordigd, worden genomen. De organisatie van die vertegenwoordiging zal dwars door de organisatie van de artsen heenlopen en vaak door de landelijke of regionale politiek worden bepaald.

Dit leidt ertoe dat van de artsorganisaties in toenemende mate een pluriforme en sterk gedifferentieerde benadering zal worden gevraagd. De tijd, waarin gold dat wat goed was voor de artsen ook automatisch goed was voor de volksgezondheid en wat goed was voor de ene soort artsen ook automatisch goed was voor de andere soort, ligt reeds achter ons. Dit brengt mij tot de eerste opmerking over het advies van het presidium bij de nota 'Structuur KNMG 2000'¹.

Het presidium pleit voor een sterke organisatie van de leden en het kunnen spreken namens alle artsen. Ik denk dat het nodig is als artsorganisatie meer te leren omgaan met interne verschillen en deze meer te accepteren als uit de situatie logisch voortvloeiend. Het streven moet meer zijn gericht op omgaan met pluriformiteit dan op het kost wat kost handhaven van eenheid. Blijft eenheid van alle artsen het hoofddoel dan zal de prijs daarvan zijn dat vooral die zaken worden nagestreefd die voor alle artsen, ongeacht de onderlinge verschillen, begerenswaardig zijn, zoals een goed inkomen en vrijheid van handelen, je eigen baas zijn². Dit kan dan in botsing komen met kwaliteitsbewaking en het opheffen van vrijblijvendheid.

Aspecten van toekomstig beleid

De te kiezen structuur voor de KNMG

van de toekomst moet afgestemd zijn op toekomstig beleid. Als aanvulling op wat hierover door het presidium van de KNMG¹ is opgemerkt wil ik de volgende aspecten van toekomstig beleid extra benadrukken:

- hoe paradoxaal het ook mag klinken, het beleid dient mede te zijn gericht op een relativering van het belang van de geneeskunde en daarmee van de artsen voor het geheel van de volksgezondheid en de gezondheidszorg van de toekomst;
 - het beleid moet meer worden gericht op het bevorderen van eigen verantwoordelijkheid van mensen individueel en collectief voor hun gezondheid en op het opheffen van onnodige afhankelijkheid van professionele gezondheidszorg (een 'terugtrekkende' artsorganisatie?!);
 - het beleid moet worden gericht op kritische evaluaties van het nuttig rendement van het medisch handelen en op interne kwaliteitsbewaking van dat handelen;
 - ethische vragen en vragen over zin en onzin van medisch handelen dienen op een pluriforme manier te worden benaderd.
- Dit soort aspecten van het beleid van de toekomst klinken mogelijk te idealistisch. Toch meen ik dat door de artsorganisatie(s) hieraan veel aandacht moet worden besteed op straffe van verlies van geloofwaardigheid en daarmee van gehoor. Dit brengt mij tot de tweede opmerking over de gewenste structuur. Voor mij heeft die structuur van de KNMG de voorkeur die de meeste kans biedt op een relativering van de eigen macht, op een pluriforme benadering van complexe problemen, op het complementair aanvullen van de lacunes van de ene groep artsen door de andere, op een wisselend evenwicht van onderlinge machtsverhoudingen.

Cultuur belangrijker dan structuur

Het is een bekende ervaring dat, als men beleid werkelijk wil wijzigen, het veranderen van de cultuur binnen een organisatie belangrijker is dan het veranderen van de structuur. Voor de KNMG, maar evengoed voor de maatschappelijke verenigingen, betekent dit dat sleutelfiguren bereid en in staat zijn ander gedrag, ander denken te ontwikkelen. Dat houdt onder andere in dat men minder uit is op het verdedigen of vergroten van de macht van de eigen organisatie, dat men meer geneigd is verantwoording aan anderen af te leggen, kritisch het eigen handelen evalueert, zich openstelt voor

beïnvloeding door andere organisaties. Bestaat deze bereidheid de cultuur te wijzigen niet dan zal in een veranderde structuur hetzelfde 'spel' worden voortgezet en is alle moeite voor niets geweest.

Liever veranderen dan starheid

Het voorstel tot structuurwijziging uit de nota 'Structuur KNMG 2000' biedt mijns inziens een aantal mogelijkheden om aan door mij genoemde wenselijkheden tegemoet te komen. Het laatste woord daarover is aan de Algemene Vergadering. Een gevaar dat daarbij dreigt is dat men uit angst verworven goed kwijt te raken geen keuze kan maken uit de soms tegenstrijdige mogelijkheden en daarom beslist alles bij het oude te laten. Al blijven onzekerheden over de preciese effecten van de voorstellen van de commissie, ik zou een dergelijke opstelling van de vergadering betreuren. Dat zou namelijk leiden tot starheid en stilstand.

De wetenschappelijke verenigingen

Het vergroten van de invloed van de wetenschappelijke verenigingen kan een hulpmiddel zijn bestaande machtsverhoudingen te wijzigen en daardoor de mobiliteit en flexibiliteit te vergroten. Dat is ook aantrekkelijk voor de wetenschappelijke verenigingen.

Van de andere kant kan het gevaar van verlies van onafhankelijkheid ontstaan. Zo eindig ik met een zelfde soort ambivalentie als aan het begin van dit stuk. Het geeft aan dat omgaan met macht en invloed moeilijk is. Het is te hopen dat de Algemene Vergadering dat in wijsheid zal doen, ook al kan het betekenen dat zij zichzelf opheft. □

Literatuur

1. Notitie van het presidium bij de nota 'Structuur KNMG 2000'. Medisch Contact 1987; 35: 1096.
2. Tielens V. C. L. Macht en onmacht van de KNMG. Medisch Contact 1974; 29: 627-9.

Dr. V. C. L. Tielens is voorzitter van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Het zogenaamde inzagerecht: als middel zijn doel voorbij

HET BEGRIJP 'JURIDISERING'

Er wordt de laatste tijd – en dat niet alleen in psychiatrische of medische kringen – nogal eens gesproken over 'juridiseren'. Wanneer men het Groot Woordenboek der Nederlandse Taal van Van Dale opslaat, zal men echter tevergeefs naar dit woord zoeken: het staat er niet in. Toch weet iedereen wat er mee wordt bedoeld. Het woord heeft een duidelijk negatieve klank.

Het aardige is dat het woord 'juridiseren', overigens samen met het bijvoeglijk naamwoord (of bijwoord) 'juridisch', precies tussen 'juridificatie' (zelfstandig naamwoord) en 'juridisme' (ook een zelfstandig naamwoord) zou komen te staan. Uitgaande van de negatieve connotatie die het werkwoord 'juridiseren' heeft, en kennis genomen hebbende van Van Dales omschrijving van 'juridificatie' en van 'juridisme', definieer ik hierna het werkwoord 'juridiseren' thans als volgt:

juridiseren is het tot iets juridisch maken van een oorspronkelijk niet-juridische aangelegenheid, zodat ten onrechte de juridische beschouwing of behandeling daarvan gaat overheersen.

Een van de gebieden waarop druk wordt gejuridiseerd is het gebied van de voorlichtingsplicht van artsen, een niet-juridische aangelegenheid, die thans aan het ontaarden is in het zogenaamde inzagerecht voor patiënten, zodat ten onrechte juridische beschouwing of behandeling gaat overheersen.

KWALITEIT MEDISCHE DIENSTEN

Net als bij andere diensten wordt de kwaliteit van medische diensten bepaald door drie aspecten, te weten: het technische aspect, het functionele aspect en het relationele aspect. Het gemakkelijkst is deze bewerking toe te lichten met het voorbeeld van de chirurg wiens werk door de patiënt als slecht wordt beoordeeld omdat hij zich onaangenaam heeft gedragen, ook al is de ingreep technisch volmaakt uitgevoerd en heeft hij geleid tot volstrekt herstel van functies.

De *technische* kant van de medische dienst zegt wat over de direct objectieve aspecten van de kwaliteit. Bij de operatie vallen de operatiematerialen, de steriliteit, de temperatuur in de opera-

G. R. van den Berg

Dit artikel is een bewerking van een lezing voor een studiedag van de Stichting Opleiding Sociale Rechtshulp op 15 januari 1988. Een en ander is bedoeld als een verduidelijking aangaande opvattingen die in de psychiatrie leven over het inzagerecht en de realisering daarvan. Eerst wordt ingegaan op het begrip 'juridiseren', dan op de kwaliteit van medische diensten, daarna zal de aard van het medisch dossier worden belicht en vervolgens de voorlichtingsplicht van artsen, waarna ik zal pogen aan te tonen dat met inzage niet wordt gevonden wat wordt gezocht: verder wordt kort ingegaan op de paradox tussen het inzagerecht en zijn aangegeven grondslagen, waarna ik zal komen tot een korte schets van de praktijk en een voorstel zal doen voor een beter uitgangspunt voor de samenwerking tussen artsen en juristen.

tiekamer, eventueel ook de toetsbare kennis en handvaardigheid van de arts onder die technische kant. Ook psychiatrische activiteiten hebben technische kanten: in het bijzonder bij psychotherapie spelen technische aspecten een belangrijke rol; men spreekt bijvoorbeeld van 'gesprekstechniek', en dat is niet ten onrechte.

De *functionele* kant van de medische dienst zegt wat over de zin van het gebeuren. Wanneer er een hele diagnostiekbatterij wordt leeggeschoten op een patiënt als vervanging van gerichte diagnostiek, is dat niet functioneel en een voorbeeld van slechte geneeskunde.

Het *relationele* aspect van de medische dienst zegt wat over hoe de dienst in relatie tot de persoon van de producent door de consument wordt gevonden. Het behoeft nauwelijks betoog, dat de arts-patiëntrelatie, en de functionele kant van de medische dienst vaak enige samenhang vertonen. De relatie wordt bijvoorbeeld disfunctioneel als daar, met name van de kant van de arts te veel persoonlijke gevoelens in doorspelen. De relatie is óók disfunctioneel als er te weinig persoonlijk gevoel wordt getoond. Medici leren derhalve, dat het relationele aspect van de medische dienst dient te worden

gekenmerkt door een maximale empathie (= invoelend vermogen, niet te verwarren met identificatie = vereenzelving) en door een optimale distantie. Dat laatste wil zeggen: een zodanige afstand dat enerzijds een goede werkrelatie in goed onderling vertrouwen mogelijk is, terwijl anderzijds de patiënt zoveel mogelijk privacy en zelfbeschikking wordt gegund.

De aanwezige samenhang tussen het functionele aspect en het relationele aspect, die duidelijk wordt door gevallen waarin de arts-patiëntrelatie leidt tot disfunctionaliteit van de medische dienst, mag echter niet leiden tot contaminatie van de begrippen 'functioneel' en 'relationeel'. Ik kom daar nog op terug.

AARD MEDISCH DOSSIER

Medische dossiers zijn typisch een aanleggenheid die valt te categoriseren als behorende bij het functionele aspect van de kwaliteit van medische diensten.

Een goed dossier, in de klassieke betekenis, dus de *medische status* die wij in de co-assistententijd leren maken en tijdens de specialisatie leren vervolmaken, wordt aangelegd met het doel die informatie bijeen te brengen en te bewaren die nodig is voor een goed, snel en doeltreffend verloop van de behandeling:

– Het medisch dossier dient als aide-mémoire voor de behandelaar tijdens de behandeling, stelt Van der Beek¹.

– Voorts dient de status als overdraagbare bron van gegevens, die voor de medewerkers van de behandelaar of zijn waarnemer geserreerd, begrijpelijk en duidelijk dienen te zijn weergegeven. Deze gegevens staan daarom genoteerd in het steno van de medici.

– Verder dient het medisch dossier als bron van werkhypothesen die de geneeskundig-wetenschappelijke afwikkeling van diagnostische en therapeutische overwegingen kan garanderen; met andere woorden: het medisch dossier dient voor de behandelaars als draaiboek. In dit verband dient het tevens een weergave te zijn van twijfels, overwegingen en invallen die de medicus heeft gehad, een en ander om zowel zichzelf alsook zijn waarnemer of opvolger in te lichten over wegen die bij onderzoek en behandeling

wel zijn overwogen, maar niet werden bewandeld.

– Derhalve functioneert het medisch dossier als de professioneel-wetenschappelijke verantwoording waarop de behandelaar zich kan beroepen, als hij – wat frequent dient te gebeuren – zichzelf toetst of zich moet laten toetsen door mensen die zijn werk kunnen beoordelen en naar waarde kunnen schatten.

Het medisch dossier is als zodanig een functioneel werkdocument ván en vóór het werk van de medicus zelf, die zich ten dienste stelt van de patiënt en dat eventueel doet in dienstverband bij het ziekenhuis.

Het medisch dossier, de status, is niets méér, maar ook niets minder dan het tot document gebundelde geheel van werk-aantekeningen van de arts.

Ik beschouw het onderscheid tussen het zogenaamde medische dossier en de zogenaamde werkaantekeningen van de arts dan ook als een oneigenlijk artefact, als een slimmigheidje van degenen die spijt hebben van de thans uit de hand gelopen permissiviteit met betrekking tot de mogelijkheden van inzage in medische dossiers.

Natuurlijk dienen er aan het medisch dossier eisen te worden gesteld. Het moet in een voor collegae en andere relevante medewerkers toegankelijke, samenvattende taal zijn geschreven, want het dient overdraagbaar te zijn indien het belang van de patiënt dat vereist. Het moet geen raillerende, denigrerende uitlatingen over patiënten bevatten. Er moeten geen zaken in staan die niet van doen hebben met de ziekte van patiënt en de patiënt zouden kunnen benadelen in maatschappelijke of morele zin.

Het document der werkaantekeningen dient zoveel mogelijk uit te gaan van objectieve en objectiveerbare gegevens. Waar het document gaat over medische gegevens die niet objectief zijn vast te stellen, zoals over gegevens die berusten op de gewogen professionele opinie van de arts, dus op intersubjectief formuleerbare gegevens, dient dit duidelijk te worden gemaakt in termen van beoordeling, dus niet in veroordelende termen. Een arts die dat document niet op die manier samenstelt gaat buiten zijn boekje en doet de functionaliteit van het medisch dossier onrecht.

Opvattingen zoals men die – zij het impliciet – aantreft in de jurisprudentie², maar ook bij de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheids-

zorg (NVAGG) en de Nationale Ziekenhuisraad, als zou dit document het bezit van een werkgever, in casu van het ziekenhuis of van het regionaal instituut voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG) zijn, zijn welbeschouwd ongegrond. Het gaat om aantekeningen van de arts, ten bate van de patiënten, niet voor het ziekenhuis of voor het RIAGG, ook al kan het ziekenhuis als facilitaire organisatie de kosten van de medische diensten bij de patiënt of diens verzekeraar innen en daarvan de arts het salaris geven.

Natuurlijk heeft een ziekenhuis het recht noodzakelijke persoonsgegevens op te vragen, maar niet meer dan er nodig zijn voor een correcte administratieve afhandeling van de verleende diensten, die in het ziekenhuisdossier (goed gecategoriseerd) dienen te worden aangegeven. In dat soort dossiers, dat als functioneel eigendom van het ziekenhuis kan worden beschouwd, kan de patiënt natuurlijk inzage krijgen. Inzage in zo'n ziekenhuisdossier is namelijk strikt functioneel. Als de patiënt geen inzage zou mogen hebben in wat er voor diensten zijn geweest en hoe die zijn verrekend, kan hem een lelijk oor worden aangenaaid. Zo'n ziekenhuisdossier dient niet te worden verward met het medisch dossier, het artsensdossier, de compilatie van medische werkaantekeningen.

Overigens wordt in juridische kring het standpunt van Cranendonk en Al als zouden patiënten eigendomsrechten op de status kunnen doen gelden^{3,4} voldoende ontmanteld. Met name Van Herten heeft daarover een lezenswaardig artikel geschreven⁵. Natuurlijk hebben wij als consumenten – u en ik en iedereen – recht op een behoorlijke kwaliteitscontrole, ook waar dit het dossier, de medische status, betreft. De kwaliteit van te keuren producten kan echter veel beter door laboratoria van een Keuringsdienst van Waren dan door de consument zelf worden getoetst. Evenzo kan de keuring van het medisch dossier, dus van het document dat een gebundelde compilatie vormt van de medische werkaantekeningen, veel beter worden overgelaten aan de instantie die daar het meest voor is aangewezen: de Geneeskundige Inspectie. Het is dan ook verbijsterend dat de jurisprudentie, zoals die door Legemate wordt weergegeven⁶, wél neigt tot inzage voor de patiënt, wel neigt tot inzage voor diens advocaat en wel neigt tot inzage voor de patiëntenvertrouwenspersoon, terwijl de inspecteur wat de inzage betreft wordt uitgeschakeld. Die inspecteur is nota be-

ne de enige die qua opleiding en functie bevoegd mag worden geacht echt recht te doen aan het inzage-recht en aan de controle van de in de medische dossiers opgeslagen informatie.

Inzage van de medische status met als doel: kwaliteitscontrole, is niet functioneel voor patiënten. Een *inzage-recht* voor patiënten ter controle van de kwaliteit van het medisch functioneren is dan ook niet gewenst.

Een inzage-recht voor rechtsbijstandverleners dat verder reikt dan dat van de patiënt, is eveneens disfunctioneel, dus ongewenst. Een advocaat zal doorgaans net zo min als een patiënt een medische status kunnen beoordelen. Het arrest van het Amsterdamse Gerechtshof waarin een psychiatrisch ziekenhuis ertoe werd veroordeeld de patiënten-vertrouwenspersoon inzage te verschaffen⁷, houdt geenszins een bevestiging in van een dergelijk fundamenteel inzage-recht van genoemde vertrouwenspersoon dat verder zou gaan dan het inzage-recht voor patiënten; integendeel, die uitspraak stelt slechts dat het ziekenhuis dit inzage-recht niet in een contract met de Stichting PVP had moeten toezeggen. De uitspraak zou een goede reden kunnen zijn voor de ziekenhuizen om de contracten met de patiënten-vertrouwenspersoon eens te herzien.

Wél zijn er klemmende redenen voor controle door patiënten zelf en/of hun raadsliden aangaande bij het dossier horende *juridische* stukken. De juridische stukken die leiden tot inbewaringstelling, rechterlijke machtiging, terbeschikkingstelling van de regering en stukken die leiden tot afkeuring wegens ziekte moeten mijns inziens in behoorlijk en begrijpelijk Nederlands voor de patiënt, zijn verdedigers en zijn rechters toegankelijk worden gesteld. Het is duidelijk waarom: hier is wel degelijk sprake van maatschappelijke aangelegenheden en de wijze waarop financiële en medisch-juridische gegevens inwerken op het leven van de patiënt is direct juridisch beïnvloedbaar en ligt dus duidelijk *niet* alleen op het gebied van de arts.

Het medisch dossier in de klassieke zin van het woord, dus de medische status, is van dien aard dat inzage daarin door patiënten en raadsliden ongewenst is. Het is een document van medici voor henzelf of hun collegae. Een inzage-recht voor de Geneeskundige Inspectie is noodzakelijk. Inzage van patiënten in het ziekenhuisdossier en in de stukken van het medisch dossier waarin bescheiden te vinden zijn over inbewaringstellingen,

rechterlijke machtigingen, ter beschikkingstellingen van de regering, alsmede inzage in stukken die economische gevolgen hebben, zoals dossiers betreffende afkeuringen, is echter wel zinvol.

Uiteraard laat een en ander het recht van medisch tuchtcolleges op inzage in medische dossiers onverlet. Ook hier is sprake van controle door een instantie die medisch voldoende is toegerust voor de beoordelingstaak, of dat althans behoort te zijn. Het recht van rechtsbijstandverleners, en dus van patiënten, op inzage is hier onvermijdelijk. Een ieder dient er daarbij van te zijn doordrongen dat er schade kan worden aangericht door dit inzagerecht. Ingeval er door het recht op inzage in het medisch dossier bij tuchtzaken schade zou kunnen worden veroorzaakt door de inzage zelf, mag men uitgaan van de veronderstelling dat die schade kleiner is dan de schade die toch al is aangericht of waarvan men meent dat die reeds is aangericht in het kader van het klachtwaardig feit.

VOORLICHTING VAN PATIËNTEN

Hierboven werd de aard van de medische status belicht. Uiteengezet werd dat het medisch dossier (mede)bepalend is voor de kwaliteit van de medische dienst en dat het een onderdeel is van de functionele aspecten van de medische dienst. Aangegeven werd dat inzage voor de patiënt in dit medisch dossier (gedefinieerd als compilatiedocument van de werkaantekeningen van de arts) niet functioneel is en dat een verdergaand inzagerecht voor de raadslieden van de patiënt evenmin functioneel is. Dat wordt ook door psychotherapeuten en medici naar voren gebracht⁸⁻¹⁰. Verder werd gesteld dat inzage in aspecten van de gegevens over patiënten (in het bijzonder de ziekenhuisgegevens en de juridische gegevens) uiterst wenselijk is.

Een en ander impliceert dat *optimale voorlichting* aan patiënten dringend noodzakelijk is en blijft. Voorlichting behoort tot de gewone artsenvplichten. In dat verband heb ik er in het begin van dit artikel al op gewezen dat de relationele kwaliteit van de medische dienst onder meer dient te worden gekenmerkt door zoveel mogelijk privacy en zelfbeschikking voor de patiënt.

Bij zoveel zelfbeschikking hoort voorlichting over alles wat men met patiënt in de behandeling voorheeft. Bij elke behandeling behoort de patiënt consent voor alle behandelplannen te hebben gegeven, terwijl de arts dient toe te lichten

op grond van welke wijzigingen hij tot de behandelplannen is gekomen. Veel patiënten onthouden niet goed wat hun is verteld over het behandelplan en over de bevindingen waarop het behandelplan is gebaseerd: men kan dat zelf vaak al merken bij een simpel bezoekje aan de eigen huisarts. In dat geval is er niets op tegen om samenvattende voorlichting op een briefje te geven, zodat de patiënt het nog eens kan inkijken. Uiteraard heeft de patiënt inzagebevoegdheid in dat soort documentatie die hemzelf betreft die de voorlichting en toelichting dient. Een serie aan de patiënt overhandigde briefjes over behandelplannen en dergelijke zou men het '*patiëntendossier*' kunnen noemen. De patiënt (en als hij of zij dat wil ook de rechtsbijstandverlener) hebben q.q. recht op inzage in dergelijke informatie.

Bij zoveel mogelijk privacy en autonomie voor de patiënt hoort echter óók, dat men de voorlichting beperkt houdt tot wat de patiënt kan bevatten en wil weten, of kan willen weten dan wel wil kunnen weten. Wanneer iemand bepaalde informatie (waarover de arts wél beschikt) naar het oordeel van die arts, op grond van diens gewogen professionele opinie en op grond van intersubjectief vaststelbare fenomenen, nog niet kán verwerken, dus nog niet kán weten, behoort die informatie op grond van overwegingen van privacy en autonomie door die arts als informatie bij de voorlichting vereenvoudigd of helemaal achterwege gelaten te worden.

Dit geldt uiteraard a fortiori voor onbewust materiaal in de psychiatrische status: iemand die bepaalde dingen niet voelt, heeft op dat moment kennelijk goede, zij het onbewuste redenen om de problematiek vooralsnog ongeweten te houden. Het kán het doel van de behandeling zijn de patiënt tot voelen, tot weten te brengen, maar dán op het moment dat hij of zij zelf aangeeft een en ander te kunnen doorvoelen. Het is fout dat voortijdig te doen: dat versterkt op schadelijke wijze de weerstand. Een recht op inzage van een psychiatrisch-psychotherapeutische status is anti-therapeutisch.

JURIDISERING

Mensen die in een restaurant eten en de menukaart krijgen, kunnen uitgelegd krijgen wat de termen betekenen en welke spijs zij zo ongeveer kunnen verwachten. Wanneer zij het voedsel niet vertrouwen of wanneer blijkt dat het maal slecht is of dat men er ziek van wordt,

kunnen zij naar de keuken lopen en de pannedeksels optillen. Dat is niet de meest efficiënte manier van doen. Handiger is het eerst te overleggen met de ober, de kok of de directie. Ingeval dat niet tot succes leidt kan men de Keuringsdienst van Waren inschakelen. Dat kan men trouwens ook al direct doen.

Zo is het ook met medische consumptie: vertrouwt men het niet of is de consumptie slecht gekomen, dan is daar de Geneeskundige Inspectie voor. Met inzage in het dossier schiet de consument niets op. Niet alleen wordt het steno van de arts vaak verkeerd geïnterpreteerd, maar de patiënt kan ook worden geschaad door wetenswaardigheden die hij nog niet kan verwerken en/of die hij lang – en niet voor niets – onbewust heeft gehouden. Als arts dient men zich dat te realiseren: *primum non nocere*; zorg dat in de allereerste plaats geen schade aan de patiënt of aan het behandelingsproces wordt gedaan. Juist op grond van privacy-argumenten en op grond van argumenten van optimale voorlichting kan men zo tot de conclusie komen dat een recht van inzage in de medische status aan de patiënt en diens rechtshulpverlener dient te worden onthouden:

– *Als controlemiddel schiet inzage te kort.* Hierboven werd reeds betoogd dat de patiënt en zijn raadslieden de oordeelkundigheid en de bevoegdheid missen om in te grijpen.

– *Als voorlichtingsmiddel schiet inzage zijn doel voorbij.* Wanneer inzage wordt gevraagd, is het al mis met de relatie tussen arts en patiënt. Wie meent met inzage in de medische status alsnog goede voorlichting te kunnen krijgen, is echter op de verkeerde weg. Zoals hierboven duidelijk werd gemaakt, is de medische status een niet onbelangrijk onderdeel van de functionele aspecten die de kwaliteit van de medische dienst bepalen. Wanneer het aan de voorlichting heeft geschort en er dus aan het *relationele* aspect van de medische dienst wat mankeerde, kan men dat per definitie nooit goed maken door middel van een maatregel die aangrijpt op een *functionele* categorie.

Wie de inzage pooft te bevorderen door te pogen een en ander te benoemen als een *recht*, maakt zich dus schuldig aan juridisering, dat wil zeggen aan het tot iets juridisch maken van een oorspronkelijk niet-juridische aangelegenheid, zodat ten onrechte de juridische beschouwing of behandeling daarvan gaat overheersen.

PARADOX

Van Wersch en Markenstein hebben erop gewezen dat de grondslag van het inzage-recht kan worden gevonden in grondwettelijke uitgangspunten inzake informatie en privacy^{11 12}. Hier stuiten wij op een paradox. Men hoeft geen geschoold filosoof te zijn om te begrijpen wat Hegel, leerling van Kant en een der leermeesters van Marx, bedoelde met de grondstelling dat men bij de bestudering van de aard der dingen moet bezien hoe ze 'vermittelt' zijn, hoe ze samenhangen, hoe ze zijn gekoppeld. Wanneer men juist op grond van het uitgangspunt van de voorlichting even goed op het inzage-recht zou kunnen uitkomen als op het omgekeerde daarvan – zie hierboven – is de logica bij de basering van het inzage-'recht' ver te zoeken.

Het *inzagerecht* met betrekking tot het medisch dossier mist een logische gebaseerde wettelijke grondslag. Juist op grond van privacy-argumenten heeft de patiënt er recht op dat onverkorte inzage hem of haar wordt *onthouden*. Juist met betrekking tot het recht op optimale voorlichting schiet *volledige* inzage zijn doel voorbij.

De arts heeft de verplichting – en die heeft wél een wettelijke grondslag – om zijn patiënten optimaal voor te lichten. Schiet hij daarin te kort, dan is er iets mis met de relationele aspecten van de kwaliteit van zijn diensten. De maatschappij biedt voldoende mogelijkheden tot toetsing van de kwaliteit van medische diensten. Een onverkort inzage-recht voor de patiënt heeft niets van doen met de bevordering van die kwaliteit en werkt contraproductief. Door het onverkort bevorderen van het inzage-recht zal namelijk de medische status worden gereduceerd tot datgene wat patiënten kunnen begrijpen en mogen weten. Dat is doorgaans minder dan artsen kunnen begrijpen en moeten weten. Derhalve staat het inzage-recht de kwaliteit van de medische status en daarmee de belangrijke functie van die status in de weg.

In dit verband zal de KNMG zich met kracht moeten verzetten tegen het voorontwerp van Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst¹³. Het KNMG-bestuur heeft zich dat, gezien zijn standpunt ter zake¹⁴, onvoldoende gerealiseerd.

BESLUIT

Zoals thans duidelijk zal zijn, ben ik – mede op grond van hetgeen in den brede

onder psychiaters is te vernemen – een tegenstander van maximaal inzage-recht in de medische status. Wél acht ik inzage relevant in juridische stukken, financiële ziekenhuisboeken en dossiers inzake keuringen en dergelijke. Ik ben een vóórstander van relevante controle op medisch handelen, waarbij ik de verplichting tot optimale voorlichting door de arts een *conditio sine qua non* vind.

In het ziekenhuis waar ik werk was door omstandigheden een maximaal inzage-reglement ontstaan na vrij forse druk van allerlei juridiserende elementen. Gelukkig bleek het bezit van de zaak tevens eind van het vermaak: sedert ik er werk, sedert ruim drie jaar, zijn er in totaal één of twee verzoeken om inzage door patiënt bij de directie terechtgekomen en niet meer dan dat bij de diverse afdelingspsychiaters; wij hebben er eigenlijk nooit problemen over gehad, wel eens wat extra werk, dus wij kunnen ermee leven.

Het zou anders worden wanneer een vraag om inzage routine zou gaan worden of wanneer raadslieden allerlei patiënten zouden opporren om druk gebruik te gaan maken van deze regeling, en dat risico bestaat zeker. Er wordt in de regio druk gejuridiseerd. Een toename valt te verwachten. Eind 1987 werd namelijk een verdergaande vergemakkelijking van de rechtskundige pikethulpverlening door advocaten inzake de Krankzinnigenwet van kracht. Voorts is het advocatental in Nederland in de laatste tien jaar verdubbeld en in de Randstad zelfs meer dan verdrievoudigd. Verder zullen advocaten andere werkzaamheden zoeken, nu echtscheidingen zonder hun hulp zullen worden geregeld.

Naar mijn indruk is er in ons land niet meer dan een tiental deskundigen dat erop uit is het inzage-recht onverkort te bevorderen. Het enige resultaat zal zijn dat de kwaliteit van de geneeskunde terugloopt. Men zegt wel eens dat één dwaas méér kan vragen dan tien wijzen kunnen beantwoorden. De wensen van het tiental dat zo aandringt op het inzage-recht worden gelukkig niet bevestigd door de ongeveer 1 miljoen Nederlanders over wie in de afgelopen tien jaar tenminste één en in sommige gevallen wel tientallen psychiatrische statussen zijn gemaakt.

Het inzage-recht blijkt een oneigenlijk juridiseringsproduct, waar vooralsnog – gelukkig – geen vraag naar is van de kant van de werkelijk belanghebbenden: de patiënten. Juridisering kost veel tijd, die wat de medici betreft wordt onttrokken

aan de echte patiëntenzorg. Raadslieden kunnen meewerken aan het scheppen van een sfeer waarin het inzage-recht zich niet ontwikkelt tot een gebied van oneigenlijke wildgroei. Dat kunnen zij doen door zich te realiseren dat een patiënt die om inzage vraagt eigenlijk bedoelt informatie te krijgen en een signaal geeft dat het mis is met de arts-patiëntrelatie. De kar van de hulpverlening kan door advocaten aan dezelfde kant worden getrokken als door medici, indien de raadslieden éerst het relationele aspect verkennen, en waar mogelijk dát aspect verbeteren: dan juridiseren zij niet. □

Literatuur

1. Beek JLM van der. Inzagerecht; het KNMG-voorstel. Medisch Contact 1987; 42: 1361-2.
2. Bijvoorbeeld:
 - a. Kort geding no 623 Arrondissementsrechtbank te Amsterdam 26 april 1979;
 - b. Kort geding no 423, Arrondissementsrechtbank te Amsterdam 10 september 1987.
3. Cranendonk E. Wie is de eigenaar van medische gegevens? Medisch Contact 1987; 42: 53-4.
4. Al B. Inzagerecht; de wegen lopen uiteen. Medisch Contact 1986; 14: 436-8.
5. Herten JHS van. Eigendom van medische dossiers. Meta-medica 1986; 5: 198-210.
6. Legemate J. Het inzage-recht in de psychiatrie. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1986; 41: 1109-22.
7. Arrest Gerechtshof Amsterdam, Eerste Kamer, rolnummer 1207/86, 9 juli 1987. Zie ook Medisch Contact 1987; 42: 1264-6.
8. Hirschfeld A, Schagen S. Inzagerecht en behandelingsrelatie. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1987; 42: 268-81.
9. Sergeant H. Should psychiatric patients be granted access to their hospital records? Lancet 1986; 1322-5.
10. Mekking RU. Dossiervorming en inzage-recht: psychoanalytische overwegingen. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1985; 1: 50-5.
11. Wersch PJM van. Het recht van de patiënt (en zijn rechtsbijstandverlener) op inzage van de hem betreffende medische gegevens. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1984; 4: 174-99.
12. Markenstein LF. Het recht op inzage in eigen medische gegevens; een plaatsbepaling. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1987; 298-309.
13. Bijvoorbeeld: Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1988; 1: 25-9.
14. KNMG. Voorstel hoofdbestuur inzake inzage-recht. Medisch Contact 1987; 42: 918-20.

G. R. van den Berg is geneesheer-directeur van het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis 'Vogelenzang' te Bennebroek (NH) en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Inzagerecht vooral van belang in conflictsituaties

Allereerst iets over die door Van den Berg gehanteerde definities.

HET BEGRIP 'JURIDISERING'

Van den Berg houdt niet erg van juristen – dat is wel duidelijk – en vooral niet van 'juridiseren'. Hoewel dat woord niet in de Van Dale staat, weet volgens hem toch iedereen wat ermee wordt bedoeld: het heeft een duidelijk negatieve klank. Volgens de definitie van Van den Berg is juridiseren 'het tot iets juridisch maken van een oorspronkelijk niet-juridische aangelegenheid, zodat ten onrechte de juridische beschouwing of behandeling daarvan gaat overheersen'.

Vrijwel alle relaties en handelingen van mensen hebben een juridisch aspect. Als wij boodschappen gaan doen, trouwen, gebruik maken van het openbaar vervoer of van de diensten van een arts, dan zijn dat handelingen die naast vele andere aspecten vrijwel altijd ook een juridische dimensie hebben. Meestal zijn wij ons daarvan niet zo erg bewust, omdat er geen problemen over ontstaan. Als er een conflict over rijst, zal men doorgaans eerst trachten dat op informele wijze op te lossen. Lukt dat niet, dan wordt soms een beroep gedaan op de juridische conflictoplossingsmechanismen en dan wordt het juridisch aspect van die handelingen ineens veel belangrijker. Dat zou men desgewenst 'juridiseren' kunnen noemen, maar het lijkt niet juist te stellen dat er dan sprake is van 'het tot iets juridisch maken van een oorspronkelijk niet-juridische aangelegenheid'. Ik zie ook niet in waarom dat dan 'ten onrechte' is: bij een juridische beschouwing of behandeling van een probleem overheerst uiteraard de juridische benadering; men kan moeilijk iets anders verwachten.

Een van de gebieden waarop volgens Van den Berg druk wordt gelegd is 'het gebied van de voorlichtingsplicht van artsen, een niet-juridische aangelegenheid, die thans aan het ontfaarden is in het zogenaamde inzagerecht voor patiënten'. Ik denk, dat die voorlichtingsplicht nu juist bij uitstek ook (maar uiteraard niet alleen) een juridische aangelegenheid is. Van den Berg is op dit punt ook in tegenspraak met zichzelf; letterlijk schrijft hij: 'De arts heeft de verplichting (en die heeft wél een wettelijke grondslag) zijn patiënten optimaal voor te lichten'. De voorlichtingsplicht van de

Mr. P. J. M. van Wersch

Bij eerste oppervlakkige lezing van het artikel van Van den Berg valt vooral de wat provocerende stijl op. Pas bij nadere beschouwing wordt duidelijk dat het betoog van Van den Berg berust op zeer kromme redeneringen. Hij hanteert geheel eigen en zeer aanvechtbare definities, bijvoorbeeld ten aanzien van het begrip 'juridiseren' en het medisch dossier; vervolgens somt hij op wat volgens hem hem de doeleinden van het inzagerecht zijn en concludeert dan, dat gemeenten aan die doelstellingen het inzagerecht van de patiënt disfunctioneel en ongewenst is en zijn doel voorbijschiet: een mooi voorbeeld van wat in het Engels zo treffend wordt aangeduid met: 'First set up a strawman and then shoot him'.

arts is niet alleen een morele verplichting, maar ook heel evident een juridische verplichting.

AARD MEDISCH DOSSIER

Voor Van den Berg is het medisch dossier niets meer, maar ook niets minder dan het tot document gebundelde geheel van werkaantekeningen van de arts. Ik denk dat dit een veel te beperkte definitie is. Het medisch dossier van Van den Berg vormt slechts een onderdeel van het patiëntendossier, dat kan worden omschreven als het geheel van de in het psychiatrisch ziekenhuis aanwezige gegevens met betrekking tot de patiënt. In een 'doorsnee-dossier', dat vaak weer bestaat uit een aantal sub-dossiers die op verschillende plaatsen in het ziekenhuis worden bewaard, bevinden zich over het algemeen de volgende stukken: verslagen van medisch onderzoek, verpleegkundige rapportages, observaties van psychiaters en/of andere leden van het behandelingsteam (er zijn meer hulpverleners met de patiënt bezig dan alleen de arts of psychiater), behandelingsprogramma, voortgangsrapportages, rapporten van vroegere hulpverleners, verklaringen van familieleden en naaste betrekkingen van de patiënt.

Van den Berg maakt een onderscheid tussen de werkaantekeningen van de arts en de bij het medisch dossier behorende 'juridische stukken'. Die juridische stukken – wat daar nu precies onder moet

worden verstaan blijft overigens onduidelijk – zouden wel voor de patiënt toegankelijk moeten zijn. Ik denk dat dit onderscheid heilloos is en alleen maar tot nog meer verwarring zal leiden.

Van den Berg suggereert, dat het medisch dossier in de door hem gehanteerde definitie juridisch niet relevant kan zijn. Dat lijkt mij een misvatting. Die werkaantekeningen van de arts kunnen wel degelijk juridisch relevant zijn, bijvoorbeeld voor de vraag of een gedwongen opname is gerechtvaardigd; of er al dan niet terecht dwangmiddelen worden toegepast; of de kritiek van een patiënt op de uitvoering van het behandelingsplan, bijvoorbeeld dat bepaalde afspraken niet worden nagekomen, terecht is; en ga zo maar door. In beginsel kunnen alle stukken in het medisch dossier juridisch relevant blijken te zijn, maar dat zal door Van den Berg wel worden beschouwd als een typisch voorbeeld van het door hem zo verfoeide 'juridiseren'. Van den Berg vindt, dat de arts uitmaakt welke stukken juridisch relevant zijn (en derhalve ook moeten kunnen worden ingezien) en welke niet. Ik denk, dat niet de arts, maar de patiënt en zijn advocaat en in laatste instantie de rechter bepalen welke stukken ook uit het medisch dossier juridisch relevant zijn en, zoals gezegd, er kunnen meer stukken juridisch relevant zijn dan Van den Berg veronderstelt.

DOELEINDEN INZAGERECHT

Op basis van die onjuiste, veel te beperkte opvatting van het medisch dossier gaat Van den Berg vervolgens verder filosoferen over de doeleinden van het inzagerecht. Die doeleinden zijn volgens hem kwaliteitscontrole en voorlichting.

Eerst iets over die kwaliteitscontrole: De patiënt kan evenmin als zijn advocaat een medische status beoordelen; daarom is een inzagerecht met het oog op de kwaliteitscontrole disfunctioneel en ongewenst, aldus Van den Berg. Hoewel kwaliteitscontrole zeker niet het enige doel van het inzagerecht is, ben ik van mening dat inzage door de patiënt en zijn rechtsbijstandverlener van het medisch dossier wel degelijk óók een element van kwaliteitscontrole omvat. Aan de hand daarvan kan door hen bijvoorbeeld worden nagegaan op welke gronden een dwangopname of toepassing van dwangmedicatie wenselijk wordt geacht, of afspraken over een behandelingsplan al

dan niet zijn nagekomen, etc. Natuurlijk zal een patiënt of de door hem geraadpleegde advocaat of patiëntenvertrouwenspersoon niet altijd de werkaanteekeningen van de arts in het dossier op hun juistheid kunnen beoordelen. Dat is echter nog geen reden om die dan maar *in algemene zin* van inzage uit te sluiten. Per patiënt kan dit erg verschillen. Bovendien: voor zover patiënt, advocaat of patiëntenvertrouwenspersoon sommige medische gegevens niet goed kunnen beoordelen, kunnen zij die gegevens voorleggen aan een andere deskundige met het verzoek om advies. Niet zelden blijkt die andere deskundige er heel anders over te denken; subjectieve meningen van hulpverleners spelen met name ook in de psychiatrie een grote rol: zo hard is de psychiatrie als medische wetenschap nu ook weer niet.

Als *voorlichtingsmiddel* schiet het inzagerecht zijn doel voorbij: wanneer inzage wordt gevraagd is het al mis met de relatie tussen arts en patiënt. Met deze stelling van Van den Berg ben ik het eens. Uiteraard kan het inzagerecht geen substituuft vormen voor de plicht van de arts zijn patiënt zo goed mogelijk voor te lichten. Dat is ook niet het doel van het inzagerecht. Als ik mij op het inzagerecht moet gaan beroepen om mijn arts te dwingen mij behoorlijk voor te lichten, dan is er inderdaad allang iets mis in de relatie tussen arts en patiënt.

Hoever gaat die voorlichtingsplicht van de arts? Volgens Van den Berg dient de voorlichting te worden beperkt tot wat de patiënt kan bevatten: 'Wanneer iemand bepaalde informatie (waarover de arts wél beschikt) naar het oordeel van die arts, op grond van diens gewogen professionele opinie en op grond van intersubjectief vaststelbare fenomenen, nog niet kan verwerken, dus nog niet kan weten, behoort die informatie op grond van overwegingen van privacy en autonomie door die arts als informatie bij de voorlichting vereenvoudigd of helemaal achterwege gelaten te worden.' Zo geformuleerd een wel heel erg bevoegdend standpunt. Wat de patiënt kan bevatten moet hij allereerst *zelf* kunnen beoordelen. Een arts moet niet te gauw denken dat een patiënt te stom is om iets te begrijpen. In het wetsontwerp op de geneeskundige behandelingsovereenkomst is de informatieplicht van de arts neergelegd in artikel 1653 b. In dit wetsontwerp wordt slechts één uitzondering gemaakt in geval van de zogenaamde therapeutische exceptie: de hulpverlener mag de patiënt bedoelde inlichtingen alleen dan

onthouden, indien deze voor de patiënt kennelijk ernstig nadeel zouden opleveren. Dat is een veel enger criterium dan dat wat Van den Berg hanteert. Bovendien dienen de inlichtingen de patiënt alsnog te worden gegeven zodra bedoeld ernstig nadeel niet meer te duchten is. Het is niet in de eerste plaats aan de arts uit te maken waar de grenzen liggen van de privacy en de autonomie van de patiënt. Het feit dat een patiënt bepaalde gegevens volgens het oordeel van de arts nog niet kan verwerken, zal niet snel een beroep op deze therapeutische exceptie rechtvaardigen.

Afgezien van het feit, dat ook als middel tot kwaliteitscontrole inzage in het medisch dossier soms nuttig kan zijn, is mijn belangrijkste bezwaar tegen de opvatting van Van den Berg, dat hij het inzagerecht vanuit een *veel te beperkte optiek* beziet. Het inzagerecht heeft niet alleen te maken met kwaliteitscontrole, maar ook met diverse elementaire rechten van de patiënt, zoals het in onze Grondwet en diverse internationale verdragen erkende recht op privacy. Dat recht op privacy is gericht op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, op het recht van iedere burger te weten wat er over hem schriftelijk is vastgelegd, en dient derhalve een geheel ander doel dan kwaliteitscontrole. Dat recht komt toe aan iedere burger en heeft ook betrekking op allerlei andere situaties dan de relatie patiënt/hulpverlener. Aan dat aspect gaat Van den Berg volledig voorbij.

PRAKTISCH BELANG

In het ziekenhuis waar Van den Berg zelf werkt bestaat een 'maximaal inzageregulelement'. In de praktijk blijkt daarvan zeer weinig gebruik te worden gemaakt. Wij hebben er eigenlijk nooit problemen over gehad, aldus Van den Berg. In andere landen is hetzelfde geconstateerd na invoering van een wettelijke regeling van het inzagerecht. Als derhalve de soep niet zo heet wordt gegeten als hij wordt opgediend, dan rijst de vraag waarom Van den Berg zich er dan zo druk over maakt en zulke vergaande principiële beperkingen hierin wenst aan te brengen. Van den Berg ziet voorts over het hoofd, dat de betekenis van het inzagerecht niet alleen wordt bepaald door de frequentie waarin er feitelijk gebruik van wordt gemaakt. Er zijn legio voorbeelden te noemen van wettelijke regelingen waar in de praktijk weinig gebruik van wordt gemaakt, bijvoorbeeld het recht openbare terechtzittingen bij te wonen: doorgaans

komt daar geen sterveling. Daarom is zo'n regeling nog niet overbodig of onbelangrijk; van de regeling gaat dan vaak een preventief effect uit.

Ik vind het ook helemaal niet verwonderlijk dat in de praktijk, in elk geval gemeenten aan het totale aantal hulpverleningscontacten, zeer weinig gebruik van het inzagerecht wordt gemaakt. Indien de patiënt vertrouwen heeft in zijn hulpverleners en op zorgvuldige wijze wordt voorgelicht en geïnformeerd, zal hij daaraan zelden of nooit behoefte hebben. Het inzagerecht is vooral van belang in al die situaties waarin dat vertrouwen niet meer aanwezig is of nooit heeft bestaan. Dat is gelukkig nog steeds meer uitzondering dan regel, en zo hoort het ook te blijven. Het is dan ook niet verwonderlijk dat (vrijwel) alle rechtelijke uitspraken over het inzagerecht gaan over conflictsituaties. In die gevallen is het inzagerecht ook praktisch van belang.

INZAGERECHT INSPECTEUR

Volgens Van den Berg is het verbijsterend dat de jurisprudentie wel neigt tot inzage voor de patiënt, diens advocaat en de patiëntenvertrouwenspersoon, terwijl de inspecteur wat inzage betreft wordt uitgeschakeld. Over het inzagerecht van de inspecteur bestaan nogal wat misverstanden. De wettelijke regelingen op dit punt blinken inderdaad niet uit door duidelijkheid. Een paar opmerkingen hierover.

Artikel 40 van de Gezondheidswet geeft de inspecteurs de bevoegdheid strafbare feiten op te sporen en proces-verbaal op te maken voor zover het overtredingen van wettelijke voorschriften op het gebied van de volksgezondheid betreft. In dat kader hebben zij dezelfde bevoegdheden als de algemene, in het Wetboek van Strafvordering genoemde opsporingsambtenaren. Tot die bevoegdheden behoren onder meer het opmaken van proces-verbaal, het in beslag nemen van stukken, het inzien van medische dossiers, etc. conform de daarvoor geldende strafprocesuele regels.

Deze bevoegdheden heeft de inspecteur uitdrukkelijk *niet* als het gaat om zijn onderzoeksbevoegdheid in het kader van de Medische Tuchtwet. Als de inspecteur in laatstgenoemde hoedanigheid optreedt, kan hij van een arts geen inzage eisen in de dossiers van individuele patiënten. Een dergelijke bevoegdheid zou op een wet moeten berusten, omdat de zwijgplicht en het verschoningsrecht van de beroepbeoefenaar niet zonder een

dergelijke wettelijke regeling terzijde kunnen worden gesteld.

Ook als de inspecteur van zijn strafrechtelijke opsporingsbevoegdheid gebruik maakt, blijft het verschoningsrecht overigens steeds bestaan. Uitsluitend in artikel 59 lid 4 van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ) is uitdrukkelijk bepaald dat de inspecteur inzage heeft in de patiëntendossiers. Dat artikel geldt echter alleen voor gestoorde in hun geestesvermogens in de zin van de BOPZ en niet voor andere patiënten met psychische problemen.

Afgezien van de hierboven genoemde uitdrukkelijk wettelijk geregelde uitzonderingen heeft de inspecteur inderdaad

geen *directe* bevoegdheid tot inzage van medische dossiers. De inspecteur heeft echter net zo goed als de advocaat wel een zogenaamd afgeleid inzagerecht: als hij toestemming heeft van de patiënt, kan hij het dossier zonder meer inzien. De positie van de inspecteur is wat de inzage in medische dossiers betreft dus zeker niet zwakker dan die van de advocaat; het zal voor hem doorgaans geen enkel probleem zijn desgewenst toestemming van de patiënt te krijgen.

TENSLOTTE

Hoewel de problemen met het inzagerecht in de praktijk tot nog toe erg blijken mee te vallen, ziet Van den Berg de toe-

komst wat dit betreft minder zonnig in. Hij vreest dat advocaten in de toekomst allerlei patiënten gaan opporren om druk gebruik te maken van het inzagerecht om zo andere inkomstenbronnen aan te boren bij gebrek aan andere werkzaamheden. Die suggestie of eigenlijk insinuatie is te lachwekkend om er serieus op in te gaan. Het is wel tekenend voor de manier waarop Van den Berg blijkbaar denkt over advocaten. Ik hoop niet dat de voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie in dit opzicht representatief is voor de andere psychiaters in Nederland. □

Mr. P. J. M. van Wersch is advocaat te Nijmegen. Hij schreef onder meer 'Democratisering van het bestuur van non-profit instellingen' (dissertatie Nijmegen, 1979).

Prof. Dr. R. P. Mouthon, Prof. Dr. M. F. Michel en Prof. Dr. H. J. van der Kaay (redactie), *medische microbiologie, leerboek voor bacteriologie, mycologie en parasitologie*. 7e druk. Bohn, Scheltema & Holtema, Utrecht 1987. ISBN 90 313 0839 0. 544 blz. Prijs f 97,50.

De belangstelling voor een Nederlands handboek voor medische microbiologie is zo groot dat inmiddels de zevende druk is verschenen. Deze druk is, in afwijking tot vorige edities, meer gericht op de naslagfunctie. Met trefwoorden is naast de tekst aangegeven waar bepaalde onderwerpen worden behandeld, dit vergemakkelijkt het opzoeken. Nieuw is het hoofdstuk waarin worden besproken de incidentie, risicofactoren en verwekkers van ziekenhuisinfecties. Verder is een drietal hoofdstukken toegevoegd welke handelen over de relatie gastheer-micro-organismen. De cellulaire afweer wordt uitgebreider besproken. Er is meer aandacht besteed aan de serologische en immunologische technieken. Het hoofdstuk 'Medische mycologie' werd opnieuw geschreven.

Het boek behandelt zowel de klinische als de microbiologische aspecten van infecties. Daarbij komt vooral de correlatie microbe-gastheer aan de orde. Juist deze samenhang geeft de lezer inzicht in wat er bij een infectie gebeurt. De inhoud geeft een goed beeld van de in Nederland voorkomende infectieziekten. Misschien had men iets meer kunnen vertellen over de kliniek, diagnose en therapie van Lyme disease, daar deze ziekte in Nederland vrij veel voorkomt; hetzelfde geldt voor de melkersziekte.

Het boek kan worden aanbevolen aan zowel medische als paramedische studenten, artsen, analisten en anderen, kortom aan allen die met infecties en de diagnostiek daarvan te maken hebben.

Dr. P. L. van Putten

BOEKEN

Complicaties bij kanker onder redactie van P. H. M. de Mulder, Th. Wobbes, A. Keyser en W. A. J. van Daal (red.). Samsom Stafleu, Alpen a/d Rijn/Brussel 1987. 266 blz. ISBN 90 6016 847. Prijs f 67,50.

Reeds enige jaren geeft de PAOG Nijmegen nascholing in de symptomatische therapie van patiënten met kanker. Uit de behoefte de inhoud van deze cursus op schrift te stellen is het boek 'Complicaties bij kanker' ontstaan. Dit is een goed initiatief, want bij huisartsen en regionale specialisten is de vraag naar na- en bijscholing op dit gebied groot.

De auteurs beginnen met een beschrijving van de pathofysiologie per onderwerp, zoals misselijkheid en braken. Ieder hoofdstuk eindigt met een samenvatting en praktische richtlijnen. Deze consequent gevolgde lijn van pathofysiologie gevolgd door praktische adviezen, maakt het boek zowel interessant als zeer bruikbaar. Onderwerpen die de revue passer zijn onder meer: pijn, gewichtsverlies, ileus, icterus, ascites en dreigende dwarslaesies. In het laatste hoofdstuk worden de psychosociale aspecten van kanker besproken. Dit hoofdstuk hangt er wat los achter aan. Het ware te overwegen dit onderwerp in een volgende druk wat minder 'soft' en dus zakelijker onder de loep te nemen. Zo bestaat bijvoorbeeld over de verschillende technieken voor slechtnieuwsgesprekken een uitgebreide en goed onderbouwde literatuur.

Het boek zal van nut kunnen zijn voor al die artsen die niet dagelijks met kankerpatiënten te maken hebben.

Dr. J. H. Mulder

W. J. van der Meijden. *Bacterial vaginosis. Diagnostic, ultra-structural and therapeutic aspects*. Van Gorcum. Assen/Maastricht 1987. 124 blz. ISBN 90 232 2309 8. Prijs: f 35,—.

De Rotterdamse gynaecoloog Van der Meijden heeft een proefschrift geschreven over fluor vaginalis. Het is een bundeling van eerder gepubliceerde artikelen over dit onderwerp, met de nadruk op 'bacteriële vaginose'. Deze aandoening werd vroeger niet-specifieke vaginitis genoemd. Het is een hinderlijk, maar waarschijnlijk onschuldig verschijnsel, berustend op een vaginale 'dysbacteriose'. Huisartsen en gynaecologen worden er frequent mee geconfronteerd. Veel is nog onbekend over etiologie, natuurlijk beloop, diagnostische criteria en therapie. Helaas voegt het proefschrift weinig toe aan ons inzicht. Dat komt vooral door de rommelige opzet en uitvoering van de beschreven onderzoeken. Conclusies zijn daardoor nauwelijks te trekken. Vaak is de vraagstelling niet duidelijk, vrouwen met en zonder klachten worden vergeleken, voor controlegroepen worden andere insluitcriteria gehanteerd dan voor behandelgroepen, etc. Storend is dit vooral in de drie geneesmiddelenonderzoeken. De aantallen vrouwen in de verschillende therapiegroepen zijn zeer klein. Uitspraken over de waarde van de onderzochte geneesmiddelen zijn daardoor niet mogelijk. (Ontbreekt daarom een berekening van effectverschillen en betrouwbaarheidsintervallen?). Interessant is wel een licht- en elektronenmicroscopische studie naar bacteriële adherentie aan vaginale epitheelcellen en een enquête naar afscheidingsklachten onder een groot aantal vrouwen. Over het geheel genomen is er in dit proefschrift wat weinig te vinden van de 'very valuable information' die promotor Drogendijk in een voorwoord bij de handelseditie belooft.

Janny H. Dekker

Een experiment in Almere (11)

Hoe tevreden zijn de mensen over de gezondheidszorg?

Een van de belangrijkste praktische vragen die bij de experimentele opzet van de gezondheidszorg in Almere kan worden gesteld, is of het stelsel van zorgvoorzieningen dat met name de beleidsmakers voor ogen staat, wel aansluit bij de wensen en de behoeften van de Almeerse bevolking. Weliswaar probeert men de bewoners actief te betrekken bij zowel de opbouw als het functioneren van de verschillende voorzieningen, maar die participatie verloopt niet altijd even soepel¹. Wellicht ziet het merendeel van de bewoners bijvoorbeeld helemaal niets in de 'Almeerse' stijl van werken van de huisarts of van de samenwerking van hulpverleners in de eerste lijn binnen gezondheidscentra en denkt men beter af te zijn met een meer traditioneel opgezette zorg.

Vragen over het gebruik en het functioneren van de Almeerse gezondheidszorgvoorzieningen vormden de kern van een onderzoek waarbij 1.000 inwoners van Almere per post een vragenlijst kregen voorgelegd. De respons bedroeg ruim 70%. Uit dit onderzoek presenteren wij hier een aantal gegevens met betrekking tot het werken van de Almeerse huisarts². Eén kanttekening vooraf: niet voorkomen zal zijn dat op onderdelen patiënten een wat vertekend beeld van de werkelijkheid geven; dergelijke antwoordtendenties zijn inherent aan het werken met (schriftelijke) vragenlijsten.

MENINGEN OVER HUISARTSEN

Onderzoek naar de tevredenheid van patiënten over gezondheidszorgvoorzieningen laat bijna onveranderlijk een aantal tevreden patiënten zien³. Dit betekent niet dat onderzoek naar de tevredenheid over bijvoorbeeld de manier waarop de huisarts werkt bij voorbaat zinloos is. Immers, ook tevreden patiënten kunnen verschillen in de mate van hun tevredenheid. Bovendien kunnen de criteria waarop mensen hun algemene oordeel baseren van persoon tot persoon verschillen. Door de algemene tevredenheid van patiënten met het wer-

Herman Sixma

De manier van werken van de huisartsen in Almere en het aanbieden van eerstelijnszorg via gezondheidscentra worden door de bevolking positief gewaardeerd. Onderzoeker-socioloog Herman Sixma van het NIVEL zocht het uit, rapporteert en commentarieert.

ken van de huisarts te koppelen aan specifieke oordelen over aspecten van de hulpverlening wordt meer inzicht verkregen in de waarde van tevredenheidsonderzoek.

In navolging van Visser is aan de inwoners van Almere gevraagd met een rapportcijfer aan te geven hoe tevreden of ontevreden zij zijn over hun eigen huisarts⁴. Bijna 80% van de respondenten geeft de Almeerse huisarts het cijfer 7 of hoger; gemiddeld komt men uit op 7,6 (mediaan 7,9). Het oordeel van ouderen valt wat positiever uit dan dat van jongeren ($T = 2,79$, $p < 0,01$). Deze laatste bevinding is niet nieuw, maar voor Almere toch opmerkelijk, omdat mag worden aangenomen dat de Almeerse huisartsen behoren tot de minder traditioneel werkende, nieuwe generatie huisartsen. Dat in het bijzonder oudere mensen moeite hebben met de nieuwe stijl van werken, zoals wij verwachtten, blijkt niet uit de toegekende tevredenheidsscores. De tevredenheid met de Almeerse huisarts wordt groter naarmate men langer in Almere woont ($r = 0,14$, $p < 0,001$). Het effect van het tijdstip van verhuizen op het 'rapport'cijfer is onafhankelijk van de leeftijd en van andere respondentkenmerken. Deze bevinding zou er een aanwijzing voor kunnen zijn dat mensen die pas naar Almere zijn verhuisd aan de bijzondere werkwijze van de huisarts moeten wennen; loopt men wat langer mee, dan gaat kritiek meer en meer over in een positieve waardering. Een triviale verklaring zou kunnen zijn dat patiënten zichzelf als het ware uitselcte-

ren: door van huisarts te veranderen kan men in theorie net zo lang zoeken tot men de 'ideale' huisarts heeft gevonden; in de praktijk zal zulk zoekgedrag niet al te vaak voorkomen.

Behalve een algemeen oordeel door middel van een rapportcijfer, is aan de inwoners van Almere ook een oordeel gevraagd over acht afzonderlijke aspecten van de manier van werken van hun huisarts; aan de orde kwamen hierbij onderwerpen als de bereikbaarheid van de huisarts, wachttijden bij spreekuurbezoek, de mate waarin informatie wordt gegeven of begrip wordt getoond, en of men bij zijn huisarts ook terecht kan met niet-medische problemen. Bovendien is aan de patiënten een oordeel gevraagd over het beleid van de huisarts met betrekking tot het verwijzen naar medisch specialisten en het voorschrijven van medicijnen; zoals in een eerder artikel in deze reeks al is aangegeven, zouden deze laatste punten karakteristiek moeten zijn voor het werken van de Almeerse huisarts. Tabel 1 geeft aan in hoeverre respondenten het eens of oneens zijn met de voorgelegde stellingen.

In het algemeen zien de inwoners van Almere hun huisarts als een begripvolle, weinig afstandelijke persoon, bij wie zij in de regel ook met niet-medische problemen terecht kunnen. Dit beeld wijkt nauwelijks af van het doorsneebeeld dat patiënten van hun huisarts hebben⁵. Enigszins uit de toon valt de bereikbaarheid overdag: bijna 30% van de respondenten ervaart deze als niet optimaal. De kritiek beperkt zich hier overigens niet tot de keren dat men overdag een huisarts nodig heeft; gevraagd naar de mening over de avond- en weekenddiensten van de huisartsen, vindt tussen de 35% en 40% van de mensen die ervaring hebben met deze diensten dat deze matig tot slecht zijn. Kijken we naar het verwijs- en voorschrijfbeleid, dan mag in het algemeen worden gesteld dat de Almeerse huisarts wordt herkend als iemand die niet snel verwijst of medicijnen voorschrijft.

Door de antwoorden op de in tabel 1 vermelde stellingen weten we nu hoe de inwoners denken over acht aspecten van

het werken van de huisarts. Tevens beschikken we via de rapportcijfers over een algemene maat voor de tevredenheid met de huisarts. We kunnen vervolgens nagaan welke van de acht genoemde aspecten, samen met patiëntkenmerken als leeftijd en het aantal jaren dat men al in Almere woont, bijdragen aan het tevreden of juist ontevreden zijn met de eigen huisarts. Dit is gedaan met behulp van regressieanalyse. Alvorens in te gaan op de resultaten van de analyse is het goed te vermelden dat zes van de acht in tabel 1 genoemde aspecten zijn gebruikt om twee nieuwe variabelen te construeren: de nieuwe variabele 'patiëntgerichtheid huisarts' is samengesteld met behulp van de items a, b, c en g; de nieuwe variabele 'bereikbaarheid huisarts' is gebaseerd op de items d en e.

Uit de regressieanalyse mag worden geconcludeerd dat de manier waarop de huisarts met zijn of haar patiënten omgaat de belangrijkste bijdrage levert bij de verklaring van verschillen in tevredenheid: hoe meer men de huisarts ziet als iemand die patiëntgericht werkt, hoe groter de tevredenheid. Deze bevinding ligt in het verlengde van conclusies uit ander onderzoek^{6,7}, die inhouden dat het patiëntoordeel over de huisarts vooral wordt bepaald door ondervonden zorg en belangstelling, en niet door technische prestaties. Overigens is dit laatste aspect niet in de analyse van de Almeerse gegevens betrokken. De meningen over de verwijsgeneigdheid van de huisarts, de bereikbaarheid en (in mindere mate) het voorschrijfgedrag van de huisarts hebben ook een zelfstandig effect op de tevredenheid van de patiënten, al zijn deze effecten wel minder sterk. De variabelen 'leeftijd respondent' en 'aantal jaren woonachtig in Almere' hebben in deze analyse geen zelfstandig effect meer op de tevredenheid; hun invloed loopt via de andere variabelen. De zes opgenomen variabelen samen verklaren 33% van de verschillen in tevredenheid van patiënten met hun huisarts.

MENINGEN OVER CENTRA

Tenslotte komen we bij één van de pijlers waarop de filosofie over de gezondheidszorg in Almere rust: het werken vanuit gezondheidscentra. Tabel 2 laat zien dat het concentreren van eerstelijnsvoorzieningen in buurtgerichte gezondheidscentra bij de Almeerse bevolking is aan- geslagen. Ter vergelijking zijn in deze tabel ook gegevens uit een onderzoek in Lelystad naar de effecten van de opening

Tabel 1. Oordeel over de werkwijze van de eigen Almeerse huisarts.

item	aantal respondenten in % (N=575)			
	dat is zo	dat is eigenlijk wel zo	dat is eigenlijk niet zo	dat is niet zo
a. Mijn huisarts begrijpt altijd precies wat er aan de hand is	50	28	11	11
b. Mijn huisarts houdt patiënten op een afstand	8	8	12	71
c. Bij mijn huisarts kan ik ook terecht met niet-medische problemen	55	27	7	11
d. Als ik hem of haar nodig heb is mijn huisarts overdag altijd bereikbaar	53	18	8	21
e. Een bezoek aan mijn huisarts kost meestal erg veel tijd	17	6	9	68
f. Mijn huisarts wacht wel wat erg lang met verwijzen naar de specialist	20	9	15	56
g. Mijn huisarts geeft over het algemeen uit zichzelf voldoende informatie	65	12	8	15
h. Mijn huisarts schrijft wel erg snel medicijnen voor	5	4	11	80

Tabel 2. Voorkeur voor type gezondheidszorg in Almere (N=706) en Lelystad (N=803), in percentages.

	Almere	Lelystad
Liefst een gezondheidszorg waarbij hulpverleners samenwerken in één gebouw	67	43
Liefst een gezondheidszorg waarbij hulpverleners wel samenwerken, maar vanuit één gebouw hoeft niet	13	23
Liefst een gezondheidszorg waarbij elke hulpverlener een eigen praktijk heeft en niet te veel met anderen samenwerkt	4	4
Het maakt mij niets uit	16	30

van het Zuiderzeeziekenhuis opgenomen⁸.

Desgevraagd zou 4% van de respondenten, zowel in Almere als in Lelystad, het liefst een systeem zien waarbij elke hulpverlener een eigen praktijk heeft; in Almere ziet tweederde van de bevolking het liefst een eerstelijnszorg werkend vanuit gezondheidscentra; dit percentage ligt wat hoger dan in Lelystad, waarbij moet worden aangetekend dat in de laatste stad door de huisartsen wordt gewerkt vanuit gezondheidscentra, groepspraktijken en solopraktijken.

NABESCHOUWING

Bij de positieve waardering voor de manier van werken van de Almeerse huisarts en het aanbieden van eerstelijnszorg via gezondheidscentra zijn natuurlijk altijd wel kanttekeningen te plaatsen over zaken die in de ogen van patiënten beter kunnen. Een aantal bewoners dat aan de bevolkingsenquête heeft meegewerkt, heeft dit in de meest letterlijke zin van het woord gedaan door spontaan een aantal punten van kritiek te noemen.

Een van de punten van kritiek die het meest werden genoemd betreft de (telefonische) bereikbaarheid van de huisarts of van het gezondheidscentrum, in het bijzonder op die momenten dat men naar zijn eigen gevoel snel een arts denkt nodig te hebben. Andere punten van kritiek betreffen de regeling van avond- en weekenddiensten, het systeem van afspraken dan wel het ontbreken van een

inlooppreekuur, alsmede de geringe bereidheid van huisartsen om visites af te leggen. Tenslotte vragen enkele respondenten om wat oudere artsen en om 'alternatieve' artsen.

Het eindoordeel moet desniettegenstaande luiden dat de zorg van de Almeerse huisarts en een eerstelijnszorg waar wordt gewerkt met buurtgerichte gezondheidscentra, door de patiënten gewaardeerde en geaccepteerde onderdelen van het totale stelsel gezondheidszorgvoorzieningen in Almere zijn. □

Literatuur

1. Hermans W. Bewonersparticipatie in het project gezondheidszorg Almere. Scriptie. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1985.
2. Sixma H. Bewoners over de Almeerse gezondheidszorg. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1986 (Project evaluatie gezondheidszorg Almere no. 3).
3. Warmenhoven NE. Consumenten in de eerstelijnsgezondheidszorg. In: EM Sluys, JP Dopheide en J van der Zee (red). Overzichtsstudie onderzoek eerste lijn. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1985.
4. Visser APH. De beleving van het verblijf in het algemeen ziekenhuis. Assen: Van Gorcum, 1984.
5. Verhaak PFM. Interdoktervariantie bij psychosociale problematiek. Eerste Interimrapport. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1983.
6. Ben Sira Z. Affective and instrumental components in the physician patient relationship an additional dimension of interaction theory. Journal of Health and Social Behaviour 1980; 21: 170-80.
7. Dimatteo MR et al. Predicting patient satisfaction from physician's nonverbal communication skills. Medical Care 1980; 18: 376-87.
8. Dopheide JP, Kersten TJMT, Nijhout FP, Speld GDJ van der. Een ziekenhuis op nieuw land. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1986.

KNMG

Formulier medische informatie politie

De Algemene Vergadering heeft in 1986 het *Aanvraagformulier medische informatie ten behoeve van politie* goedgekeurd (MC nr. 38, d.d. 19 september 1986 en MC nr. 10, d.d. 6 maart 1987).

Dit formulier heeft betrekking op het gehele veld van medische informatie omtrent letsel opgelopen bij voorvallen, met inbegrip van verkeersongevallen. Het is aan de arts om uit te maken of hij met de gerichte toestemming van de betrokken patiënt de gevraagde informatie mag, kan en wil verstrekken. Daarbij dient te worden opgemerkt dat het gaat om feitelijke informatie, niet om een oordeel van de behandelend arts. Wanneer aan de hand van het ingevulde formulier alsnog een oordeel c.q. aanvullende informatie nodig is, zal een onafhankelijke forensische deskundige worden ingeschakeld.

De minister van Justitie heeft ons bericht dat het hier gereproduceerde formulier vanaf 1 januari 1988 door de politie zal worden gebruikt.

AANVRAAGFORMULIER MEDISCHE INFORMATIE

In te vullen door opsporingsambtenaar

RIJKS-/GEMEENTEPOLITIE TE/KONINKLIJKE MARECHAUSSEE:

District/Afdeling:

Groep/Bureau/Brigade:

Aan:

Post/Rayon:

Telefoon:

Bijlagen: — toelichtingen (z.o.z.)

— retourenveloppe

Verzoek om medische informatie over (naam, geboortedatum en adres volledig invullen):

die op (datum voorval):

betrokken is geweest bij:

en in:

is behandeld door:

Van dit voorval wordt proces-verbaal opgemaakt door (naam en functie verbalisant):

A*). Betrokkene heeft er geen bezwaar tegen dat door haar/zijn arts een beschrijving van het letsel wordt gegeven.

B*). De politie/Koninklijke Marechaussee is niet in staat geweest betrokkene de onder A. genoemde verklaring te laten ondertekenen, omdat:

(handtekening betrokkene)

(plaats en datum)

(i.g.v. een minderjarige handtekening ouder/voogdt)

(naam in blokletters en handtekening hulpofficier van justitie)

*) Doorhalen indien niet van toepassing.

In te vullen door geneeskundige

Medische informatie betreffende (naam betrokkene):

I. Omschrijving van het letsel. (Graag in voor een niet-medicus begrijpelijke Nederlandse termen kort omschrijven. Zo nodig gebruik maken van illustratie.)

A. Uitwendig waargenomen letsel:

Is er sprake van uitwendig bloedverlies?

— gering

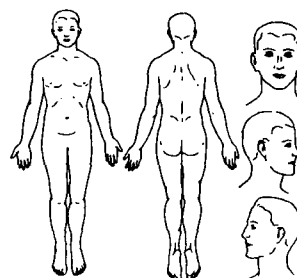
— ernstig (wel/geen shock)

B. Is er vermoeden van niet uitwendig waarneembaar letsel?

— is er vermoeden van inwendig bloedverlies?

C. Psychische stoornissen en/of storingen in het bewustzijn.

II. Bijzondere mededelingen:



(plaats en datum)

(naam en handtekening van de geneeskundige)

Dit formulier is vastgesteld in overleg met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

© 1987 SDU uitgeverij/Nadruk verboden

FM001369

Toelichting voor de opsporingsambtenaar

1. Het aanvraagformulier dient voor het inwinnen van medische informatie bij alle voorvallen waarbij letsel is ontstaan en waarbij medische hulp noodzakelijk werd geacht.

Bij letsel dient zowel rekening te worden gehouden met fysiek als met psychisch letsel.

Als achtergrondinformatie voor de arts is het van belang dat het voorval zo concreet mogelijk wordt omschreven.

OFFICIEEL

2. De aanvraag dient te worden beoordeeld en ondertekend door een hulpofficier van justitie. Het is immers gewenst dat een zorgvuldige afweging plaatsvindt over de noodzaak tot het inwinnen van medische informatie en dat de ontvangen informatie op een verantwoorde manier wordt behandeld.

3. Ondertekening door betrokkene is van belang in verband met de privacy van de patiënt en het beroepsgeheim van de arts, waarin de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt centraal staat. Voor het verlenen van medewerking aan deze aanvraag is het voor de arts van belang te weten of sprake is van 'informed consent' van betrokkene (nl. gerichte toestemming van de patiënt na vooraf gegeven informatie met betrekking tot het doel van deze aanvraag). Betrokkene dient er op te worden gewezen dat zij/hij door ondertekening instemt met het vrijgeven van informatie door de arts over het letsel. Wanneer het gaat om een minderjarige dient ondertekening (mede) te geschieden door ouder of voogd.

4. Indien de ondertekening door betrokkene niet mogelijk is, of indien betrokkene ondertekening weigert, dient de reden daarvan onder B. te worden vermeld.

Toelichting voor de geneeskundige

1. Op het formulier, ondertekend door een hulpofficier van justitie, is aangegeven of de patiënt haar/zijn gerichte toestemming (informed consent) heeft verleend. In uitzonderingsgevallen is deze gerichte toestemming niet mogelijk. De motivering daarvan is op het aanvraagformulier aangegeven. Deze motivering kan de arts van dienst zijn bij zijn beslissing of hij desondanks de instemming van de patiënt mag veronderstellen.

2. Bij psychische stoornissen en/of storingen in het bewustzijn, behoeft alleen melding te worden gemaakt van een ernstig psychisch afwijkende toestand of een gestoord bewustzijn, welke in relatie met het voorval kan worden gebracht (ernstige vormen van verwardheid, psychische shock, duur van een retrograde amnesie etc.).

3. In de ruimte bij II. Bijzondere mededelingen, heeft de arts de mogelijkheid aan te geven:

- nadere medische informatie, bijv. reeds bestaande afwijkingen;
- motivering ten aanzien van een eventuele weigering het formulier in te vullen.

KNMG

Kandidaatstelling nieuwe hoofdbestuurleden

In aansluiting op de publikatie in Medisch Contact 1988, nr. 3, deelt het hoofdbestuur mede, dat door het tussentijds aftreden van Professor Dr. P. E. Voorhoeve, hoogleraar neurofysiologie, en W. B. J. Funk, gynaecoloog de Algemene Vergadering op 28 oktober 1988 niet drie maar vijf nieuwe hoofdbestuurleden moet kiezen. De in bovengenoemde

vacatures te kiezen hoofdbestuurleden zullen op 28 oktober 1988 in functie treden en zitting hebben tot en met 31 december 1994.

Voor wat betreft de wijze van kandidaatstelling moge worden verwezen naar Medisch Contact 1988, nr. 3, blz. 96.

HRC

Nieuwe inschrijvingen

De Huisarts Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst heeft in haar register van erkende huisartsen ingeschreven in de periode van 1 oktober 1987 t/m 31 december 1987:

UHI Utrecht
18 maart 1987
Sprong, A. C.
6 april 1987
Dekkers, Mevr. J. M.
18 augustus 1987
Dijk, Mevr. B. A. J. van
15 september 1987
Balen, F. A. M. van
Goossens, J. M. S.
Graaf, J. de
Ingloot, Mevr. M. J. M.
Klein Leugemors, Mevr. M. D.
Meulesteen, P. G. C.
Schonewille, Mevr. W.
Spanje, D. J. van

UHI Amsterdam VU
1 april 1987
Mulder, H. J. A.
1 oktober 1987
Achthoven, Mevr. L.
Bekkering, R.

Berrez-Broek, Mevr. Y. M.
Boute, F. J.
Engel, Mevr. H. F.
Heeneman, E. P.
Jansen, C.
Jong, Mevr. J. Y. de
Kappert, J.
Roumen, J. M. F.
Tukker, J. W. B.
Visser, A.
Vries, H. J. M. de
Wolsky, Mevr. J. E. J.
Wolswinkel, N.
Wormer, P. M.

UHI Amsterdam UvA
1 oktober 1987
Theunissen, J. L. J. M.

UHI Groningen
1 september 1987
Hartkamp, S. F.
Vries, Mw. I. J.

Nijmegen
1 oktober 1987
Backus, J. L. M.
Blankenspoor-ten Holter, Mw. E. A.
Bree, Mw. H. M. M. van
Brekkel, Mw. E. J. van den
Bijleveld, W. P.
Domburg, P. H. M. F. van
Doormalen, A. G. M. van
Eyck, N. J. C.
Fransen, A. H.
Grooten, Mw. J. A. M.
Haeren, A. H. M.
1 oktober 1987
Hanssen, P. J. M. P.
Hezewijk, Mw. P. C. H. van
Hofs, R. T. H.
Hoogen, J. M. M. van den
Janssen, J. P. H. M.
Koch, J. N. W.
Koster, Mw. T. M. E.
Krielen, H. J. G.
Kroon, P. J. F.
Lange, R. de
Lieshout, J. van
Metz, D. M.
Molder, S. H. G. te
Mooren, H. F.

Nota, Mw. N. B. J.
Nijhoff, A. H.
Paas, J. P. J.
Sistermanns, H. H. M.
Thewissen, W. G. M.
Toxopeus-Boerstol, Mw. H. M.
Vries, H. P. E. de
Wee, R. J. M. ter

Groningen
1 augustus 1987
Hakvoort, L.
Kronenberg, Mw. E. H. A.

Amsterdam
1 oktober 1987
Belgraver, Mw. A.
Chitoe-Samson, Mw. H. I.
Koelewijn, Mw. M.
Stalborch, A. J. van
Sturris, J.

Rotterdam
1 oktober 1987
Balraadsing, D. K.
Bolling, J. R.
Haak, L. J.
Jong-Slootweg, Mw. G. C.

Jongekrijg, D.
Meulenbergh, J. J. J.
Rosier, Y.
Schellekens, J. C. F.
Spiele, R. H.
Zwarts-Ros, Mw. O. M.

Maastricht
5 oktober 1987
Eck, A. P. van
Hussaarts, Mw. C. M.

Utrecht
19 oktober 1987
Beltman, M. L. A.
Breukers, L. M. E. F.
Broeren, Mw. M. A. G.
Jong, A. W. L. de
Kielman, G. W.
Luchtenbelt, Mw. A. A.
Slob, G.

EEG Richtlijn 75/362/362
12 november 1987
Akker, L. J. H. M. van den
Gandha, Mevr. H.
Renkens, H. P. M.
Tillmans, R. J. G. H.
Tuijn, K. J. van

Leiden
18 september 1987
Bloemen, G. J. P.
Boogaart, H. R.
Colijn, A. J.
Crobach, M. J. J. S.
Deursen, Mevr. M. van
Juffermans, Mevr. C. C. M.
Klaassen, Mevr. B.
Niezink, G. M.
Poot, A. J.
Smit, Y. G.
Tuijnman, J.
Willemse, Mevr. M. R. F. M.

Utrecht
20 oktober 1987
Boer, C. den
Bouma, Mevr. M.
Bresser, M. P. M. de
Janse, Mevr. M. J. G.
Speet, P. H. A. M.

Groningen
1 november 1987
Bloembergen, H.
Cornel, M.
Fey, H. G. J.
Jongh, E. de
Peters, C. J. D.
Veentjer, H.
Wassing, Mevr. M. Y.

Amsterdam UvA
1 oktober 1987
Pelgrim, P. A.

Maastricht
1 oktober 1987
Niessen, W. J.
1 november 1987
Walder, Mevr. J. I.

Rotterdam
1 oktober 1987
Heusden, Mevr. A. I. van
Luitse, M.

Leiden
10 juli 1987
Frensen, J. C. S. M.

UHI Amsterdam UvA
1 april 1987
Mikulski, K. J.

UHI Leiden
15 juli 1987
Hasselaar-Sorgdrager, Mw. D. J.

UHI Maastricht
1 november 1987
Hessels, Mw. J. A.
1 oktober 1987
Hooff, Mw. A. G. T. H. van
1 november 1987
Lamers-Eurlings, Mw. Y. A. J.

UHI Utrecht PT
23 november 1987
Albers, J. W. B.
Bastiaanse, C. P. A.
Bloemen, E. J. J. M.
Geijer, R. M. M.
Kingma-Thijssen, Mw. J. L.
18 augustus 1987
Kirzner-Marzulla, Mw. M. J.
23 november 1987
Valckx, Mw. J. M. P.
18 augustus 1987
Visser, Mw. A.
23 november 1987
Wolffensperger, Mw. G. M.

EEG Richtlijn 75/362/363
8 december 1987
Meer, I. Ch. M. van
Paauw, Mw. M. B. G. de

UHI Maastricht
1 oktober 1987
Bastiaens, H.
Geurts, Mr. Drs. Ir. C. J. M. M.
Janssen, R. P. J.
1 november 1987
Seelen, H. S. P.

UHI Amsterdam UvA
1 oktober 1987
Beket, E. B.
Delpeut, H. C. J.
Douma, G. A.
Huber, M. G. P.
Kerstens, P. J. A.

Lesterhuis, P. A.
Neijzen, Mw. C. B. M.
Steenkist, J. J.
Struijs, G. J. van der
Tempel, G. J. van der
Witman, Mw. Y.
15 oktober 1987
Bruijne, C. de
Geus, D. E. de
Hochheimer, E. H.
Poel, H. G. van de
Weert, H. C. P. M. van
Zalinge, Mw. P. W.
Zijlstra, Mw. F. A.

EEG Richtlijn 75/362/363
21 december 1987
Michielsen, Mw. F. E. M. E. H.
Quadens, Mw. K. A. F.
Salomé, P. R.
Wouters, R. S. M. E.

UHI Amsterdam VU
1 december 1987
Bos, Mw. W. A. C.

UHI Maastricht
1 november 1987
Meulen, Mw. K. S.

EEG Richtlijn 75/362/363
18 december 1987
Keyzer, E. M. J.
Theunissen, G. M. M. H.

CHG-besluit nr 1-1984
18 december 1987
Krivokúca, D.

SGRC

Problematiek 'dubbelgepakte parttimer'

In haar vergadering van 30 november jl heeft de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie een besluit genomen met betrekking tot de problematiek van de dubbelgepakte parttimer. De problematiek betreft de ongelijkheid in opleidingsduur tussen de parttimer, die voor het volgen van de opleiding tijd en faciliteiten in het kader van zijn werk krijgt en de parttimer van wie verwacht wordt dat hij/zij alle opleidingsactiviteiten geheel in eigen – vrije – tijd volgt. Het besluit luidt, dat voor de berekening van de duur van de periode van praktijkscholing zal worden uitgegaan van de werkelijk beschikbare tijd voor het werk als sociaal-geneeskundige: dat is het percentage van het dienstverband, verminderd met maximaal 20% voor de door de werkgever

verleende faciliteiten, zoals het verlenen van studieverlof en het beschikbaar stellen van een waarnemer voor het volgen van de opleiding.

In concreto betekent dit, dat sociaal-geneeskundigen in opleiding met een dienstverband tussen de 50 en 80%, die de opleiding volledig in diensttijd volgen, rekening moeten houden met een verlenging van de opleidingsduur; bij een dienstverband van minder dan 70% zal minimaal 19 uur per week voor de praktijkscholing beschikbaar moeten zijn. Voor alle andere categorieën blijft de oude regeling ongewijzigd van kracht.

Deze regeling geldt uitsluitend voor degenen wier opleiding na 1.1.1988 start.

KNMG

Prijsvraag: opstel over bevordering geneeskunst

Ter gelegenheid van het KNMG-congres te Nijmegen (1986) is een prijsvraag uitgeschreven onder jonge en aankomende artsen. Dit als uitvloeisel van de hoofdstaakstelling van de KNMG: het bevorderen der geneeskunst in de meest ruime betekenis. Deze draad wordt nu opgepakt met een nieuwe prijsvraag. En wel als volgt.

Belangstellende artsen en studenten in opleiding tot artsen worden uitgenodigd een opstel te maken met als basisthema: 'bevordering der geneeskunst'. Het is de bedoeling binnen dit thema één aspect uit te werken uit de volgende drie: 1. (sociaal-) economisch; 2. medisch-inhoudelijk; 3. relationeel.

In dat opstel van maximaal 2500 woorden dienen vernieuwende gedachten te zijn verwoord tot bevordering van de geneeskunst. De inzendingen dienen voor 1 september 1988 op het KNMG-secretariaat ontvangen te zijn. Een deskundige jury, onder voorzitterschap van Prof. Dr. W. J. Schudel, beoordeelt de inzendingen. Voor elk der drie best uitgewerkte aspecten stelt de KNMG een geldprijs van f 1.000,— beschikbaar, alsmede een stijlvolle herinneringstrofee. Voorts is het de bedoeling de bekroonde inzendingen in Medisch Contact te publiceren.

Voor meer informatie kunt u terecht bij de secretaris public relations der KNMG, tel. 030-823911.

LSV

Stichting Voorlichting Patiënten

Patiëntenvoorlichting neemt in de Nederlandse gezondheidszorg een steeds belangrijker plaats in. Hoezeer in deze tijden de gedachten ook worden beheerst door de zaken die de positie van de medische specialist bedreigen, de LSV blijft aan dit aspect van de gezondheidszorg grote waarde toekennen. De LSV beschouwt het ook als zijn taak zijn leden op dit gebied de helpende hand te bieden.

Met het oog op het bovenstaande is in 1986 mede door de LSV de Stichting Voorlichting Patiënten (SVP) in het leven geroepen. De Stichting heeft onlangs financiële steun verworven van het Praeventiefonds. Het doel in het algemeen is de patiëntenvoorlichting in ons land te coördineren en te stimuleren. Concreet wordt op dit moment gewerkt aan de totstandkoming van audiovisuele presentaties ten behoeve

van patiënten over bepaalde ziektebeelden en hun consequenties.

Gezien de actualiteit van het onderwerp, bewegen zich echter meer en meer organisaties – ook met winst oogmerk – op het gebied van audiovisuele patiëntenvoorlichting. De LSV wil zijn leden dan ook oproepen desgevraagd medewerking te verlenen aan het werk van de SVP. Het ligt naar de mening van het Centraal Bestuur voor de hand om in voorkomende gevallen zich in eerste instantie op de mogelijkheden te oriënteren die de SVP biedt, alvorens een samenwerking met een commerciële vorm van patiëntenvoorlichting te overwegen. Indien gewenst kan men nadere inlichtingen verkrijgen bij het bureau van de LSV, telefoon 030-823301.

LHV

Salarissen apothekersassistenten

Onderstaand vindt u de salarisreeks voor apothekersassistenten per 1 januari 1988. In juli 1983 adviseerden wij u om niet de toen ingevoerde roostervrije dagen uit de CAO-apotheken, maar de procentuele verhoging van de salarisschaal voor doktersassistenten toe te kennen. Dit om problemen en ongelijkheden te voorkomen (de doktersassistent(e) heeft geen recht op roostervrije dagen). Als u dat advies heeft opgevolgd, dan dient u het laatste salaris per 1 januari 1988 met 0,6% te verhogen (schaal I). Uiteraard bestaat dan geen recht op roostervrije of ADV-dagen. Het aantal vakantiedagen behorend bij deze schaal is gelijk aan dat van de doktersassistent(e), nl. 23.

De tweede salarisschaal (II) is uit de collectieve arbeidsovereenkomst (CAO) voor apotheekpersoneel. Deze schaal is aangepast per 1 januari 1988 – dit in tegenstelling tot eerdere berichten. De aanpassing behoeft nog het oordeel van de overheid. Wij gaan ervan uit dat dat positief zal zijn. Mocht dit onverhoopt niet het geval zijn dan berichten wij u direct. Als u ten aanzien van uw apothekersassistent(e)(n) deze CAO volgt, kunt u deze schaal aanhouden.

	Schaal I LHV-advies (+ 0,6%)	Schaal II CAO apothekers- assistenten (+ 2,01% t.o.v. 1987)
1e dienstjaar	f 2.043,— (was: f 2.031,—)	f 1.892,— (was: f 1.855,—)
2e dienstjaar	f 2.138,— (was: f 2.125,—)	f 1.979,— (was: f 1.940,—)
3e dienstjaar	f 2.229,— (was: f 2.216,—)	f 2.064,— (was: f 2.023,—)
4e dienstjaar	f 2.327,— (was: f 2.313,—)	f 2.152,— (was: f 2.110,—)
5e dienstjaar	f 2.425,— (was: f 2.411,—)	f 2.245,— (was: f 2.201,—)
6e dienstjaar	f 2.521,— (was: f 2.506,—)	f 2.334,— (was: f 2.288,—)
7e dienstjaar	f 2.631,— (was: f 2.615,—)	f 2.435,— (was: f 2.387,—)
8e dienstjaar	f 2.743,— (was: f 2.727,—)	f 2.539,— (was: f 2.489,—)
9e dienstjaar	f 2.860,— (was: f 2.843,—)	f 2.648,— (was: f 2.596,—)
10e dienstjaar	f 2.974,— (was: f 2.956,—)	f 2.753,— (was: f 2.699,—)
11e dienstjaar	f 3.088,— (was: f 3.078,—)	f 2.859,— (was: f 2.803,—)
Na het 11e dienstjaar	f 3.200,— (was: f 3.181,—)	f 2.962,— (was: f 2.904,—)

Indien het op grond van bovenstaande schalen toe te kennen salaris lager is dan het minimumloon, dan moet uiteraard het minimumloon worden uitbetaald. Dit bedraagt per 1 januari 1988 voor 23-jarigen f 1.987,70.