



redactioneel

- Voor een start van intercollegiale toetsing is op de Rijksbegroting 1979 een kleine ton uitgetrokken. Over die begroting, hoofdstuk Volksgezondheid, een interview met staatssecretaris Veder-Smit; in een apart artikel de departementale filosofie. Twee principes bepalen de houding der verantwoordelijke bewindslieden: samenwerking (overheid-gezondheidszorg) en verantwoordelijkheid (plichten naast rechten).
- Melde gehorsamst: twee kandidaten voor het lidmaatschap van het hoofdbestuur der KNMG. Mw. G. S. Kraaijenbrink-de Zeeuw, verpleeghuisarts, en Dr. R. C. Schokker, internist, presenteren zich.
- Over samenwerking tussen gezondheidszorg en medische opleidingen ging een OECD-seminar in Noordwijkerhout. Volgens Prof. Dr. A. Querido lijkt het erop dat bij ons de tijd ten aanzien van de conceptontwikkeling is blijven stilstaan.
- Het gezondheidscentrum Ommoord heeft vijf jaar lang het voorschrijfpatroon van zijn huisartsen bijgehouden. Het bleek een waardevolle mogelijkheid tot toetsing en, soms, tot verandering van ingeslepen gewoonten.
- Van de (vele) diagnostische mogelijkheden die hem ter beschikking staan maakt de huisarts een (te) gering gebruik. F. W. J. Puijlaert ondervroeg de radiologen, klinisch chemici en bacteriologen in ons land.
- Een aan een huisarts voor onbepaalde tijd verleende vergunning tot het voeren van een eigen apotheek kan rechtens worden ingetrokken. De uitspraak van de Raad van State in de zaak-Huissen hier van a tot z gereproduceerd.



In augustus 1975 maakte de Rotterdamse cardioloog A. D. Erkelens de pentekening 'Schippersblokkade', groot 31 x 24 cm en tentoongesteld door 'Met pincet en penseel' in het Centraal Ziekenhuis te Alkmaar.
Foto: H. Freze, arts te Bergambacht

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven	1154
<i>Inzenders: Mr. J. W. Bins en Dr. H. Mattie + naschrift Dr. M. A. M. de Wachter, Dr. J. M. L. Phaff, Dr. H. K. Scheffer, G. H. J. A. Feijen, Dr. A. P. J. van der Burg, R. Windmeyer</i>	

Met Mw. Mr. E. Veder-Smit in gesprek over de Rijksbegroting 1979 ...	1158
--	------

De filosofie van volksgezondheid. Openingsparagraaf Volksgezondheid uit de Rijksbegroting 1979	1159
--	------

Twee nieuwe leden voor het hoofdbestuur. Mw. G. S. Kraaijenbrink-De Zeeuw en Dr. R. C. Schokker	1161
---	------

Samenwerking gezondheidszorg en medisch onderwijs. Kort verslag 'national seminar' OECD, door Prof. Dr. A. Querido	1164
--	------

Huisarts en voorschrijfgedrag. Een mogelijkheid tot toetsing, door Dr. H. Lamberts en N. L. Wolgast	1167
---	------

Versterking van de eerste lijn door raadplegen van diagnost. II: Directe contacten huisarts met radiodiagnosen, chemici en bacteriologen – een oriënterend onderzoek, door F. W. J. Puijlaert	1167
---	------

Universitaire berichten – promoties	1179
-------------------------------------	------

Raad van State spreekt zich uit over apotheekvergunning	1180
---	------

OFFICIEEL	1185
-----------------	------

Inhoudsopgave officieel	1192
-------------------------------	------



MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

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

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

Uitgeverij

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

Abonnementen

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

Advertenties

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

Adreswijziging

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

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.

BRIEVEN

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

TOESTEMMING PROEFPERSONEN

Het is verheugend dat Dr. De Wachter (MC nr. 30/1978, blz. 925) de aandacht vestigt op de toestemming van proefpersonen die medewerken aan een medisch experiment. Hij beperkt zich daarbij echter tot de zogenaamde medisch-ethische aspecten, terwijl de juridische aspecten geheel buiten beschouwing worden gelaten. Deze laatste nu zijn zo belangrijk bij elke medische ingreep, dat daardoor alleen al een uitsluitend ethisch betoog in de lucht komt te hangen. Een en ander wordt er niet duidelijker op door 'sociale controle' wél in te voeren, als argument voor onethische artsen om zich toch maar ethisch te gedragen. Tenslotte werkt het verwarrend als behalve het medisch handelen ook de ethische kwaliteit van het handelen van de proefpersoon mee in de beschouwing wordt betrokken (2e alinea).

De kern van het betoog blijft intussen, dat de Verklaring van Helsinki uitgangspunt dient te zijn. Wij onderstrepen dit. Voor een adequate informatie van de lezer zou daarom een aanhaling van de letterlijke tekst (MC nr. 24/1975, blz. 746) ten aanzien van dit punt of een adequate literatuurverwijzing naar deze tekst wel nuttig geweest zijn. Op dit punt aangekomen vragen wij ons af of de auteur zich realiseert dat de bescherming van de integriteit van de persoon respectievelijk toestemming tot aantasting hiervan de kern is van het juridische en ethische probleem. Hier zij nog eens verwezen naar de verhelderende artikelen van Prof. Leenen in Medisch Contact (MC nr. 11/1976, blz. 325). Het is daarom buitengewoon ongelukkig dat nu juist bloed- en urine-onderzoek als voorbeelden worden genoemd, omdat hier geen sprake is van aantasting van de integriteit van de proefpersoon. De aard van de ingreep is bepalend voor de noodzaak van toestemming, niet de aard van de waarneming. Wij vragen ons af of de auteur de consequenties van zijn hier neergeschreven opinie voor het medisch handelen heeft doordacht.

De overige aanbevelingen door de auteur lijken proeven van uitwerking van Helsinki te zijn. Schriftelijke informatie wordt echter door de Verklaring van Helsinki niet geëist. In sommige landen zijn er juridische

overwegingen om de informatie schriftelijk te geven, maar dat is een andere zaak. Ook de overige aanbevelingen van Dr. De Wachter volgen niet rechtstreeks uit 'Helsinki'. Het is onduidelijk of hij zelf deze richtlijnen aanhoudt en zijn handelen aan anderen ter navolging voorhoudt, of dat hij vindt dat het zo moet, als logische consequenties van het aanvaarden van 'Helsinki'. Wij vinden van niet. Tenslotte de commissies ter beoordeling van dergelijk onderzoek (de term medisch-ethische commissie lijkt hiervoor minder gewenst, gezien de veelomvattende betekenis). Elders worden deze commissies dan ook zodanig aangeduid dat duidelijk is dat zij zich speciaal met medische experimenten bezighouden. Welnu, deze commissies dienen niet om de onderzoeker te begeleiden, wat daarmee ook moge worden bedoeld. Men hoort ervan uit te gaan dat de arts die een dergelijk experiment uitvoert zich zal houden aan afspraken, tenzij men kwade trouw veronderstelt. Met andere woorden, doordat een commissie akkoord gaat met een onderzoek, steunt zij de onderzoeker en diens eventuele geldschietters tegen verwijten van onzorgvuldigheid. Als de commissie in staat is een onderzoek tegen te houden door middel van haar adviezen aan geldschietters of directies, dan is dat 'sociale dwang' en niet ethisch. Wij zouden het betreuren als dit de basis zou moeten zijn voor het invoeren van internationaal aanvaarde normen.

Leiden, 21 augustus 1978

Mr. J. W. Bins, arts

Dr. H. Mattie

Naschrift

Graag plaats ik een naschrift bij de reactie van Bins en Mattie, ten behoeve van de lezers.

1e alinea: De kritiek op de beperking van mijn artikel tot louter medisch-ethische aspecten vind ik een compliment. Ik wilde in hoofdzaak vanuit de ethiek schrijven.

doorlezen naar blz. 1156

WET ZIEKENHUIS- VOORZIENINGEN

In de Eerste Kamer der Staten-Generaal is een wijziging van de Wet ziekenhuisvoorzieningen in behandeling. Volgens de bestaande wet moeten nieuwbouw en uitbreiding van ziekenhuizen aan een landelijk plan worden getoetst. Het bleek niet mogelijk binnen afzienbare tijd zo'n landelijk ziekenhuisplan in elkaar te zetten. Bovendien is er een ontwikkeling in de richting van een regionaal georganiseerde gezondheidszorg. Het landelijke plan is dan nu ook van de baan. Er komen richtlijnen van de overheid, die bij het ontwerpen van plannen voor ziekenhuisvoorzieningen in acht moeten worden genomen. In plaats van een landelijk plan komen er door Gedeputeerde Staten uit te werken provinciale plannen die, uiteraard conform de richtlijnen, volgens een bepaalde procedure door de minister worden vastgesteld. Het is daarom van belang te vernemen wat de Memorie van Toelichting over die richtlijnen zegt.

De richtlijnen zullen, aldus de Memorie van Toelichting, betrekking moeten hebben op factoren die voor het tot stand brengen van alle plannen van betekenis zijn. Zulke factoren zijn: behoeftecriteria, samenhang tussen de verschillende voorzieningen, verhouding tussen kliniek en polikliniek, wenselijke grootte van de inrichtingen en dergelijke. Van bijzonder belang, nog steeds luidens de Memorie van Toelichting, is ook dat extramurale voorzieningen en andere dan medische instellingen in de regio in de samenwerking kunnen worden betrokken en dat bovendien rekening kan worden gehouden met andere welzijnsvoorzieningen, waardoor een evenwichtig geheel kan worden bereikt.

Nieuwbouw, uitbreiding, renovatie of functie-uitbreiding van ziekenhuizen zijn slechts mogelijk als zij passen in de goedgekeurde provinciale plannen. Maar de wetgever verwacht dat het met die plannen ook wel niet zo'n vaart zal lopen en

heeft een 'escape' ingebouwd: artikel 29. Zolang er nog geen plan is, zal bij een aanvraag voor bijvoorbeeld uitbreiding van een bestaand ziekenhuis moeten worden nagegaan of daaraan naar de mening van de minister wel behoefte bestaat. Met het oog hierop zal de minister criteria vaststellen, die de vorm zullen krijgen van een 'Handleiding bij de toepassing van artikel 29 Wet ziekenhuisvoorzieningen'. Een concept ervan ligt voor ons. Het gaat dus om een handleiding met een tijdelijk karakter: in de toekomst komen er door de minister goedgekeurde provinciale plannen, opgesteld volgens richtlijnen als boven omschreven. Het zal duidelijk zijn dat handleiding en toekomstige richtlijnen elkaar niet al te veel zullen ontlopen.

Het meest opvallende nu is, dat in deze handleiding niets is terug te

*Is het bed
in het ziekenhuis
inderdaad de spil
waar alles om
moet draaien?*

vinden van een geïntegreerd beleid inzake voorzieningen in de gezondheidszorg. Er wordt simpelweg voortgeborduurd op de bestaande praktijk en de weinig gefundeerde criteria die momenteel worden gehanteerd, bijvoorbeeld het criterium van de 4 bedden per 1.000 inwoners. Het ziekenhuisbed is weer de spil waar blijkbaar alles in de gezondheidszorg om draait. Dat intramurale voorzieningen moeten worden afgestemd op de extramurale behoefte en dus mede afhankelijk zijn van de kwantiteit en de kwaliteit van voorzieningen buiten het ziekenhuis, is nergens te vinden, al was het maar als losse gedachte. Integendeel, de handleiding vermeldt 'dat bij toekomstige richtlijnen eventueel de relatie tussen intra- en extramurale voorzieningen aandacht zou kunnen krijgen . . .' Ook over mogelijke ver-

schuivingen binnen de intramurale zorg, bijvoorbeeld naar diagnostische centra of meer poliklinische voorzieningen, is in dit lijvige boekwerk niets te vinden. Een onthullende toelichting op de tel-eenheid 'bed' vermeldt, dat weliswaar al lange tijd het inzicht leeft dat een meer op functieplanning gericht criterium zou moeten worden geformuleerd naar dat vooralsnog de functies worden afgeleid van het aantal bedden.

Bij dit alles moet worden bedacht dat de Wet ziekenhuisvoorzieningen stamt uit 1971. Men heeft zich dus al heel wat jaartjes kunnen bezinnen op de gewenste samenhangende richtlijnen. Daarenboven moet worden bedacht, dat er inmiddels een Structuurnota is verschenen waarin versterkingen van de eerste lijn zijn aangekondigd. Men leze in dit verband ook de in dit nummer (blz. 1159) gepubliceerde inleiding op de begroting Volksgezondheid 1979. Verwacht had mogen worden, dat althans een begin zou zijn gemaakt met een meer samenhangend beleid inzake ziekenhuisvoorzieningen. Het gevaar is nu, dat de tijdelijke handleiding wel eens een lang leven zou kunnen zijn beschoren. Het beheersinstrument is er nu immers, zonder dat een duidelijk beleid is aangegeven. De uitvoerende lijn van de heer Hendriks in volle glorie, maar wel een kwijnende extramurale zorg.

Toch mag niet alleen de overheid hierover een verwijt worden gemaakt. Het wordt hoog tijd dat de eerste lijn aantoonde dat een goed functionerende extramurale zorg van beslissende betekenis is voor de kwaliteit van de gezondheidszorg in ons land. Daarvoor is meer nodig dan een (LHV-) 'Aanzet voor een visie'. Nodig zijn gegevens over het effect van de huisartsgeneeskunde, gezien de morbiditeit in het veld. Er zal kortom meer beleidsonderbouwend onderzoek in het veld moeten plaatsvinden. Zodat kan blijken of het bed in het ziekenhuis inderdaad de spil is waar alles om moet draaien.

B.

Dat 'daardoor het betoog in de lucht komt te hangen', hangt nog maar af van de verwachtingen van de lezer. Het ligt voor de hand dat juridische verwachtingen on vervuld moeten blijven. Deze aanvullingen laat ik gaarne over aan terzake competente juristen die bijvoorbeeld ethische conclusies in hun vak wensen in te bouwen.

Toch begrijp ik de opmerking, en onderschrijf ze dan ook voor een deel. Artsen vinden het over het algemeen niet zo belangrijk dat alle deelaspecten van hun vraag worden uiteengesplitst en aan diverse vaklui toebedeeld. Zij hebben één globale vraag en willen graag een antwoord dat alle aspecten meteen behandelt. Hoewel ik toegeef dat de ethicus bij de geneeskunde ook in dit opzicht moet trachten aansluiting te vinden, moet hij nochtans ethiek bedrijven, geen geneeskunde, geen recht, geen verzekeringskunde. Om deze redenen bleef het artikel beperkt tot ethische aspecten.

2e alinea: Vragend om letterlijke citaten en adequate literatuurverwijzing hebben B en M wel pech. Hun verwijzing naar Helsinki verwijst in feite naar Leenen, en hun verwijzing naar Leenen verwijst naar Helsinki. Ach, wie vergist zich al niet eens! Overigens had ik Helsinki 1.9. wel ten volle geciteerd. Weliswaar niet in het Engels zoals MC nr. 11/1976, blz. 325, maar in een door mij verbeterde versie van de vertaling op blz. 328. Ik meen namelijk dat 'Each potential subject must be adequately informed' niet correct werd vertaald als: 'Iedere potentiële proefpersoon moet grondig ingelicht worden'. Grondig inlichten stelt veel hogere eisen dan *adequa*t inlichten.

De argumentatie over bloed (en urine) als 'buitengewoon ongelukkige voorbeelden' is toevallig kortgeleden weerlegd in MC nr. 33/1978, blz. 1027: de problematiek van het oneigenlijk gebruik van bloedmonsters. Met betrekking tot 'de consequenties voor het medisch handelen' ben ik graag bereid van B en M te vernemen welke consequenties zij beogen, om dan te zien of deze mij inderdaad nopen tot herzien van mijn opinie.

3e alinea: B en M schijnen te veronderstellen dat Helsinki bindend uitgangspunt is voor nieuwe richtlijnen. Wat dus niet logisch volgt uit Helsinki kan nooit een nieuwe richtlijn worden. Maar dit gaat toch in tegen Helsinki zelf. 'It must be stressed that the standards as drafted are *only a guide* to physicians all over the world. Doctors are not relieved from criminal, civil *and ethical* responsibilities under the laws of their own countries' (MC nr. 11/1976, blz. 325). Ik citeer dit keer de Engelse tekst omdat 'and ethical' niet is terug te vinden in de Nederlandse vertaling. Hoe dan ook, ethische verantwoordelijkheid is nooit restloos te vatten in voorschriften en richtlijnen. Er

zullen zich steeds weer medische situaties voordoen waarbij men over de bestaande richtlijnen heen moet. Uiteraard zal men daarna trachten nieuwe richtlijnen te formuleren. De flexibiliteit die hiervoor nodig is, mis ik volkomen in de argumentatie van B en M.

4e alinea: Deze kritiek bevestigt mijn indruk dat veel literatuurverwijzing boter aan de gal is. De door mij vermelde studies van Barber, Gray, de rapporten van de Working Group in Newcastle weerleggen overvloedig de bezwaren van B en M tegen commissies. Al de vermelde auteurs bewijzen dat een voorafgegeven akkoord van een commissie geen waarborg blijkt te zijn voor ethisch verantwoorde praktijk der onderzoekers. Het is dus onjuist dat er kwade trouw zou zijn bij onderzoekers, laat staan dat een commissie zich zou kunnen aanmatigen deze kwade trouw te veronderstellen. Er zijn een aantal andere factoren die daarvoor een plausiebele verklaring geven.

5e alinea: B en M menen dat een commissie die onderzoek kan tegenhouden in feite sociale dwang uitoefent, en dat dit niet ethisch is. Het eerste is mijns inziens juist, het tweede fout. Ik hoop dat alle commissies in staat zullen zijn wetenschappelijk en/of ethisch onverantwoord onderzoek te verhinderen. Dat zou wel een zeer ethische bijdrage zijn tot goed onderzoek.

Nijmegen, 30 augustus 1978

Dr. M. A. M. De Wachter

ONEIGENLIJK GEBRUIK VAN BLOEDMONSTERS

Het artikel van collega Dr. A. J. Swaak in MC nr. 33/1978, blz 1027 met als titel: 'Oneigenlijk gebruik van bloedmonsters?' geeft mij aanleiding het standpunt van de Geneeskundige Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid betreffende dit onderwerp uiteen te zetten.

Het onderzoek op fenylketonurie is met gebruikmaking van dezelfde organisatie en methodiek inderdaad uit te breiden tot andere aangeboren stofwisselingsziekten. In 1976 is door de staatssecretaris van Volksgezondheid advies gevraagd aan de Gezondheidsraad welke ziekten hiervoor in aanmerking komen, rekening houdende met de frequentie van voorkomen en de therapeutische mogelijkheden. Dit advies is nog niet uitgebracht.

De Geneeskundige Hoofdinspecteur stelt zich op het standpunt dat het ontoelaatbaar is de bloedmonsters voor andere doeleinden te gebruiken dan waarvoor dit in de uitvoeringsbeschikking van de AWBZ is vastgelegd en zoals dat ook aan de ouders wordt bekend gemaakt bij de

geboorte-aangifte. Met name is de Hoofdinspecteur bevreesd voor een onderzoek van een ziekte waarvoor nog geen algemeen aanvaardbare therapeutische mogelijkheden bestaan. De belangen voor epidemiologie en mogelijk voor 'genetic counseling' dienen hierbij op de achtergrond te worden gesteld.

Een uitzondering werd door de Geneeskundige Hoofdinspecteur gemaakt voor een uitbreiding met het proefonderzoek op hypothyreoïdie in de regio Rotterdam en voor het gebruikmaken van de bloedmonsters voor een beter epidemiologisch inzicht in de verspreiding van alfa-1 antitrypsine deficiëntie (onderzoek Nijmegen). In dit laatste geval kennen de onderzoekers niet de namen en adressen van de patiënten. Toestemming voor een onderzoek op toxoplasmose (Tilburg) is vooralsnog door de Geneeskundige Hoofdinspecteur geweigerd.

Leidschendam, 1 september 1978

Namens de Geneeskundige Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid, de Geneeskundige Inspecteur voor Moederschapszorg,

Dr. J. M. L. Phaff

POLIOVACCINATIEDWANG?

De reactie 'Polio vaccinatiedwang?' van collega Schuurmans Stekhoven (MC nr. 35/1978, blz. 1070) op mijn betoog 'Polio vaccinatie: geweten en volksgezondheid' (MC nr. 31/1978, blz. 952) raakt niet de kern van de zaak – het functioneren van het geweten – en bevat bovendien drie aperte onjuistheden.

1. Ik stelde niet dat 'een zelfstandige mening een vorm van geestelijke terreur' is, doch: belemmering van de zelfstandigheid in meningsvorming – door indoctrineren van jongeren met onvoldoende functioneren van het bewustzijn – is geestelijke terreur.

2. Ik pleitte niet voor polio vaccinatiedwang, doch liet de ongevaccineerde volwassene zich afvragen of dwang te aanvaarden zou zijn – bijvoorbeeld hem verlossend van twijfel – dan wel dat dwang niet meer in aanmerking behoefde te komen door wijziging van het geweten(e) na nieuw opgedane ervaringen.

3. Ik stelde niet dat 'niet-gevaccineerden een gevaar voor hun (gevaccineerde) medemensen vormen', 'doch dat de hoeveelheid rondwarend virus toeneemt naarmate het aantal gevaccineerden geringer is (derhalve: niet-gevaccineerden vormen een gevaar voor elkaar).

Mogelijk heeft het zin hieraan nog het volgende toe te voegen.

De door collega Schuurmans Stekhoven aangehaalde tekst van het 'zogenaamde Verdrag van Rome van 4.11.1950' doet vermoeden dat de samenstellers niet één gedachte hebben gewijd aan de (al of niet bewuste) belemmering van zelfstandige meningsvorming door indoctrineren. Niet verwonderlijk overigens. Waarschijnlijk ook reeds in de oudheid, doch in elk geval circa honderd jaar geleden, merkte een Italiaanse fysioloog (Luciani?) op: 'Hoe groter een commissie, hoe dommer het resultaat' (terzijde, een tweede voorbeeld uit de vijftiger jaren levert de omschrijving van 'gezondheid' door de WHO).

Te gemakkelijk wordt naar mijn mening door collega Schuurmans Stekhoven gesteld dat er 'dingen gebeuren die in strijd zijn met (het door hem) geciteerde verdragsartikel'. Wie kan garanderen dat een volgende keer het virus ook zo weinig virulent is als het huidige? Het opschrift op de rolstoel van de poliopatiënt van de vorige epidemie: 'Bedankt lieve ouders' dient in elk geval een ieder tot diep nadenken te stemmen. Behalve dat dwang is geoorloofd indien daartoe op democratische wijze, bij meerderheid van de volkswil, wordt besloten, is de hamvraag: Hebben ouders het 'recht' hun kinderen het treffen van die preventieve maatregelen te onthouden die de kans op ziekte, invaliditeit of dood verkleinen en een belasting voor de samenleving voorkomen? Beantwoording van die vraag vereist bij voortduring opnieuw bezinnen en overwegen, het zich afvragen in hoeverre men 'vrij' is in de beantwoording. Bovendien is daar de vraag: Wat is geweten?. Ik probeerde het begrip 'geweten' te ontdoen van het automatisme waardevol te zijn, probeerde aan te geven hoe tot werkelijke waarde te komen. De reactie van collega Schuurmans Stekhoven vormt – ditmaal! – naar mijn mening geen constructieve bijdrage.

Den Haag, 9 september 1978

Dr. H. K. Scheffer

DE VERZEKERINGSGENEESKUNDIGE ALS ZONDEBOK

Naar aanleiding van het snel toenemende arbeidsverzuim meen ik dat noch naar het 'leger der verzekeringsgeneeskundigen' noch naar de behandelende specialisten of huisartsen de beschuldigende vinger mag worden geheven. Ook de sociale wetten ZW, WAO en AAW moeten als een goed verworven recht worden beschouwd en niet als oorzaak van de toename van het arbeidsverzuim.

Veeleer zie ik in de democratische gezondheidszorg in Nederland de oorzaak van het toenemende verzuim. De patiënt zelf heeft immers een zeer belangrijke

stem tijdens zijn behandeling door welke arts dan ook en hij beslist mede – misschien wel voornamelijk alleen – over het tijdstip van zijn werkherhervatting. Slechts een zeer intensief voorlichtingsprogramma over de positieve invloed van arbeid op het persoonlijk welzijn zou mogelijk op den duur het arbeidsverzuim iets kunnen doen dalen. Voor het overige moeten wij ons bij de bestaande situatie neerleggen, zoals bij de dagelijkse files op de weg.

Doornenburg, 10 september 1978

G. H. J. A. Feijen, huisarts

DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (XXIII)

Het is nuttig dat de redactie van Medisch Contact het openhartige dagboek van een co-assistent publiceert omdat daarmee duidelijk wordt aangetoond hoe diep het peil van de opleiding van medische studenten is gedaald – althans in het beschreven ziekenhuis. Ook blijkt eruit hoe weinig sommige studenten van huis en van school uit nog meekrijgen aan gevoel voor menselijkheid en stijl. Medisch Nederland, in het bijzonder degenen die voor de opleiding verantwoordelijk zijn: dit dagboek is een schip op het strand en een baken in zee.

Rijswijk, 31 augustus 1978

Dr. A. P. J. van der Burg

DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (XXIV)

Als eenvoudig patiënt en lezer van Medisch Contact zou ik krachtig willen pleiten voor voortzetting van 'Dagboek van een co-assistent'.

Wat denken al die ingezonden stukken schrijvende artsen wel!

Dat zij zich gekwetst voelen door de uitlatingen van een oubollige, misschien wel rechtse student, die op voortreffelijke wijze laat zien dat het met de gevoelens van veel doktoren, inclusief hemzelf, nog steeds droevig is gesteld.

Nijmegen, 31 augustus 1978

R. Windmeyer



Trainingen eerstelijns hulpverleners — Van 9-12 oktober 1978 vindt in Huize Doornburgh te Maarssen een training in hulpverlening voor hulpverleners in eerstelijns samenwerkingsverbanden plaats. Aan de orde (kunnen) komen: gesprekken met patiënten/cliënten, onderlinge verwijzing, psychosomatiek, multidisciplinaire en geïntegreerde hulpverlening. Trainer is Jan Boswijk. Op de kosten, f 550,— per persoon inclusief verblijf, is in bepaalde gevallen reductie mogelijk. Inlichtingen bij Mw. Elita Zoer-van der Veen, Nederlands Huisartseninstituut, Mariahoek 4, Utrecht, tel. 030-319946.

Nederlands Congres voor Openbare Gezondheidsregeling — Woensdag 15 november 1978 zal in de Congreszaal van het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum, Jaarbeursplein te Utrecht het jaarlijks congres voor Openbare Gezondheidsregeling worden gehouden. Inleiders zijn: Prof. Dr. A. L. Mok, hoogleraar in de organisatie-sociologie aan de Universiteit van Antwerpen, ('Segmenteringsprocessen op de arbeidsmarkt'); Dr. R. M. Lapré, econoom, secretaris van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, ('Werkgelegenheid in de gezondheidszorg'); en Dr. W. J. de Gooijer, directeur algemene zaken van het psychiatrisch centrum St. Willibrord te Heiloo, ('Personeelsbeleid in de gezondheidszorg'). De kosten van deelname bedragen voor leden van de vereniging f 25,— per persoon en voor niet-leden f 40,—. Programma met aanmeldingskaart zijn verkrijgbaar bij het congresbureau, Jan van Nassaustraet 107 te 2596 BS 's-Gravenhage, alwaar ook nadere inlichtingen zijn te verkrijgen, tel. 070-244575 (tussen 9.00 en 12.00 uur).

Gezondheidsregeling – Het Nederlands Congres voor Openbare Gezondheidsregeling wordt dit jaar gehouden op woensdag 15 november a.s. in het Jaarbeurs-Congrescentrum te Utrecht. Het thema waaraan aandacht zal worden geschonken betreft de wisselwerking tussen gezondheidszorg en arbeidsmarkt. Nadere inlichtingen: Nederlands Congres voor Openbare Gezondheidsregeling, J. W. H. Garvelink, tel. 070-244575.

Met Mw. Mr. E. Veder-Smit, staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, in gesprek over de Rijksbegroting 1979



'Ik ben bijzonder verheugd, dat er als aanmoedigingssubsidie voor een landelijk orgaan voor intercollegiale toetsing op de begroting een post van f 96.000,— is opgevoerd. Ik stel het op hoge prijs dat de overheid kan meewerken aan kwaliteitsbeheersing en -verbetering.' Aldus de staatssecretaris van Volksgezondheid, Mw. Mr. E. Veder-Smit, in gesprek met Medisch Contact. Zij vervolgt: 'De LSV heeft een goede opzet gemaakt voor de intercollegiale toetsing. Een financiële bijdrage van de overheid houdt een waardering voor deze gang van zaken in. Wij hopen dat de intercollegiale toetsing nu snel van de grond komt.'

Principes

MC: Kunt U Uw beleidsvoornemens wat nader toelichten?

V-S: 'Eerst dan iets over de volgorde in de Memorie van Toelichting op de begroting, die afwijkt van de gebruikelijk opzet. Dat lijkt een formele zaak, maar ik hecht er toch belang aan dit op te merken omdat uit die volgorde een opvatting spreekt.

Eerst de inleiding (zie blz. 1159 van dit nummer, *Red.*), die de filosofie bevat. Daarna gezondheid, ziekte en sterfte; vervolgens de preventie, die tot nu toe achteraan stond, dan de extramurale gezondheidszorg, gevolgd door de intramurale gezondheidszorg, waarmee het hele beeld van de gezondheidszorg is geschetst. Dan komt er een hoofdstuk over de beroepsopleiding en de beroepsuitoefening. Eerst daarna de overheidstaak: beleidsontwikkeling, beleidsontwikkelend onderzoek, regionalisatie en wetgeving. Tot slot de financiering.

Het gaat in de inleiding om twee principes, te weten samenwerking tussen overheid en gezondheidszorg én verantwoordelijkheid. Onze filosofie is nu: laat de overheid de grenzen stellen en het kader aangeven,

daardoor is een zekere bewaking mogelijk: binnen die grenzen – en dat is een goede liberale opvatting – wordt zoveel mogelijk ruimte gelaten aan initiatief en ontwikkeling van en door instellingen en personen. Naast de samenwerking is er de verantwoordelijkheid. Er is een hele passage gewijd aan de plichten van de patiënt. Allemaal verwachten wij veel van de gezondheidszorg, maar wij zullen er iets tegenover moeten stellen. Verantwoordelijkheid betekent de erkenning dat er tegenover rechten ook plichten bestaan; die hebben wij opgesomd.

Tenslotte is er nóg een punt dat ik naar voren wil halen, namelijk het stellen van prioriteiten. Maar dat is nog in het prille begin.'

Prioriteiten

MC: Vindt men het stellen van prioriteiten in de begrotingscijfers terug?

V-S: 'Nog maar als een inleidende formule. Voordat je prioriteiten kunt stellen moet je eerst weten wat je allemaal wilt en wat dat gaat kosten. De algemene opzet zoals die eerder is aangegeven – versterking van de eerste lijn, meer preventie – blijft gehandhaafd.

Een van de zaken die moeten worden geregeld is het onderbrengen van het kruiswerk in de AWBZ. Ik zie dat als een belangrijke operatie.'

MC: Wat verwacht U daarvan als versterking van de eerste lijn?

V-S: 'Een opheffing van de tekorten die er zijn in het kruiswerk. Er is nog altijd een achterstand in de personeelsbezetting. Ik hoop dat er een zodanige organisatie ontstaat, dat het kruiswerk een duidelijk gezicht krijgt. In de begroting is daar nog niets van te vinden. Wel zal door het beschikbaar stellen van een extra bedrag op

de begroting 1978 het verwachte tekort bij het kruiswerk – thans geraamd op circa tien miljoen – kunnen worden opgevangen.'

Wezenlijke verandering

MC: Waarom is er in de begrotingscijfers nauwelijks iets terug te vinden van Uw filosofie?

V-S: 'Bij je eerste begroting ontvouwt je je standpunten. Die zijn niet direct te realiseren. De Kamer moet zich eerst uitspreken. Uit onze filosofie spreekt een duidelijke verandering van tendens. In het verleden ging het sterk om kostenbeheersing en beheersbaarheid. Wij geven het kader en de grenzen aan en omgeven die met een aantal waarborgen, maar laten verder meer aan de instellingen en de werkers in de gezondheidszorg over. Dat is een wezenlijke verandering. Die overigens meer tot uiting zal komen in onze Memories van Antwoord op de wetten Gezondheidszorgvoorzieningen en Gezondheidszorgtarieven dan in deze begroting.'

De filosofie van Volksgezondheid

Openingsparagraaf Volksgezondheid uit de Rijksbegroting 1979

In zijn inleiding op het hoofdstuk Volksgezondheid uit de Rijksbegroting 1979 stelt minister Dr. L. Ginjaar het volgende.

De aanbieding van deze eerste begroting van dit kabinet biedt de staatssecretaris en mij de gelegenheid tot het uiteenzetten van enkele grote lijnen van het beleid, zoals wij ons voorstellen dat te voeren. Een beleid dat de positieve waarden van de huidige gezondheidszorg behoudt, dat sommige negatieve aspecten die het stelsel behelst wegneemt en dat in zijn geheel de nodige toekomstwaarde vertoont. Juist nu de gezondheidszorg zo sterk in beweging is, een gezondheidszorg die vol dynamiek en springlevend is, bestaat er behoefte aan een lijn die gezamenlijk wordt gevolgd en die leidt tot een gezamenlijk onderschreven doel. Als *doel* stellen wij ons daarbij voor ogen een beleid, dat enerzijds de gezondheidszorg in haar waarde laat en zoveel als mogelijk tot ontplooiing doet komen, en dat anderzijds de grenzen aangeeft die noodzakelijkerwijs moeten worden gesteld aan de middelen welke voor de gezondheidszorg beschikbaar kunnen komen. Willen deze grenzen tijdig en duidelijk worden gesteld, dan dienen deze grenzen te berusten op zo scherp mogelijk gestelde prognoses voor de ontwikkeling van dat deel van het nationale inkomen dat voor de gezondheidszorg beschikbaar is alsmede voor de behoefte aan voorzieningen welke redelijkerwijs mag worden verwacht. Alleen bij het tijdig beschikbaar komen van deze prognoses wordt een afweging van belangen mogelijk en kunnen op nationaal niveau, in samenspel tussen regering en parlement, prioriteiten

worden gesteld. Wij zijn voornemens de totstandkoming van deze prognoses, voortbouwend op het werk van onze voorgangers, zoveel mogelijk te bevorderen. Wij streven er voorts naar, binnen het kader van de gestelde grenzen, een zo goed mogelijke samenwerking tot stand te brengen met al die organen, personen en instanties die de gezondheidszorg vertegenwoordigen, ten einde binnen diezelfde grenzen gezamenlijk een optimale kwaliteit van de gezondheidszorg te bereiken. In de behartiging van de Nederlandse volksgezondheid neemt het particulier en kerkelijk initiatief van oudsher een zeer belangrijke plaats in. Het merendeel van de voorzieningen in de gezondheidszorg wordt behartigd door personen en instellingen van particulier (ook steeds bedoeld kerkelijk) initiatief. De overheid neemt slechts een beperkt deel van het uitvoerende werk voor haar rekening. Zij draagt het hare bij op het gebied van de collectieve preventieve zorg, ook wel genoemd openbare gezondheidszorg, hetgeen zich onder meer manifesteert in de gemeentelijke geneeskundige diensten, de districtsgezondheidsdiensten, vormen van jeugdgezondheidszorg, en een aantal taken op centraal niveau zoals de gezondheidszorg in buitengewone omstandigheden. Daarnaast vervult de overheid in de intramurale zorg een taak in de vorm van gemeentelijke, provinciale en academische ziekenhuizen, psychiatrische inrichtingen en andere instellingen.

Taak en overheid

De voornaamste taak van de centrale overheid bestaat echter in ons land uit het aangeven van de grenzen welke

aan de gezondheidszorg moeten worden gesteld, aan het vaststellen en bewaken van een verzekeringssysteem dat de gezondheidsvoorzieningen ook voor de minst draagkrachtigen bereikbaar maakt onder dezelfde voorwaarden als voor de overige bevolkingsgroepen, aan het reguleren van de geldstroom die voor de gezondheidszorg ter beschikking komt, aan het bevorderen van de preventie, de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, het bewaken van de kwaliteit van de voorzieningen en het scheppen van kaders voor het zo doelmatig mogelijk functioneren van deze voorzieningen; daarbij ziet de overheid toe op de waarborging van een adequate rechtspositie voor al degenen die in de gezondheidszorg werken. Het spreekt vanzelf dat de overheid voor een goede vervulling van haar taak de beschikking moet hebben over de noodzakelijke instrumenten voor onderzoek en beleidsontwikkeling.

Onze ambtsvoorgangers hebben in het bijzonder aandacht besteed aan de totstandkoming van kaders, waarin de relatie tussen overheid en particulier initiatief haar vorm kon vinden. Wij zien het als onze taak om deze kaders, neergelegd in de ontwerpen van wet Gezondheidszorgvoorzieningen en Gezondheidszorgtarieven, een zodanige vorm te geven, dat dit samenspel zo vruchtbaar en zo doelmatig mogelijk kan verlopen. De overheid moet daarop haar stempel niet zwaarder laten drukken dan noodzakelijk is en de organisaties en instellingen zoveel mogelijk verantwoordelijkheid laten dragen. Wij hebben zeker oog voor de nadelen welke verbonden kunnen zijn aan een ongebreidelde ontwikkeling van het

particulier initiatief in de gezondheidszorg. De structuur die daardoor ontstaat is niet altijd overzichtelijk en vertoont onvoldoende samenhang. Bij een onbelemmerende uitbouw van de gezondheidszorg zou het beslag op het nationaal inkomen tot onaanvaardbare hoogte uitgroeien; toepassing van de reguleringsmechanismen, zoals wij die thans reeds kennen in de vorm van het vergunningenbeleid voor ziekenhuisbouw, het goedkeuren van tarieven en de vaststelling van premies door en in overleg met de overheid, heeft daarom onze instemming. Wij zijn voorts voornemens aan de verdere parlementaire behandeling van de beide genoemde wetsontwerpen zoveel mogelijk aandacht te geven, opdat in de door ons voorgestane vorm deze wetsontwerpen zo snel mogelijk hun voltooiing kunnen vinden. Deze wetsontwerpen bieden immers de gelegenheid om de invloed, welke de overheid noodzakelijkerwijs moet uitoefenen, in een vorm te gieten welke meer duidelijkheid en rechtszekerheid voor alle betrokkenen biedt.

Taak particulier initiatief

Ter afsluiting van deze algemene beschouwingen over de positie van het particulier initiatief in de gezondheidszorg willen wij thans schetsen welke taak wij in het bijzonder aan dat particulier initiatief willen toekennen. Daarbij moet onderscheid worden gemaakt tussen organisaties en instellingen enerzijds en individuele personen anderzijds. Bij de gezondheidszorg gaat het in grote trekken om de vraag naar zorg (daaronder begrepen de beïnvloeding daarvan), het verlenen van zorg en het financieren van die zorg. In nauw verband met deze drie hoofdlijnen staan uiteraard de functies van opleiding en onderzoek. De verantwoordelijkheid van degenen die bij het goed functioneren van de gezondheidszorg zijn betrokken is bijzonder groot. Zij die de zorg verlenen: de beroepsbeoefenaren – zowel in dienstverband als vrijgevestigd – en de instellingen, hebben tot taak deze zorg zorgvuldig, naar beste kunnen en zo doelmatig mogelijk te verlenen. Gesteld mag worden dat in de onderscheidene vormen van zorg een stelsel van organisatie is opgebouwd, dat weliswaar enkele overlappingsen

vertoont en het terrein niet volledig bestrijkt, maar daartegenover een hoge kwaliteit heeft bereikt. In de vele adviescolleges die de regering op dit gebied terzijde staan, wordt vanuit de gezondheidszorg met grote zorg en regelmaat een kwalitatief hoogstaande inbreng geleverd.

Hetzelfde geldt voor die instanties die de financiering, verzekering en subsidiëring van de gezondheidszorg behartigen. Een grote mate van verantwoordelijkheid berust bij de Ziekenfondsraad, het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven, de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, de KLOZ (de organisatie van particuliere ziektekostenverzekeraars), het Preaventiefonds en de vele andere instellingen die zich met verzekering, financiering en subsidiëring bezighouden. Een verdergaande nauwe samenwerking op dit gebied achten wij van bijzonder belang.

Verantwoordelijkheid patiënt

Een grote verantwoordelijkheid berust tenslotte bij degenen voor wie het grote apparaat van de gezondheidszorg is bedoeld: de patiënt en de potentiële patiënt. In onze tijd wordt, terecht, veel gesproken over de rechten van de patiënt. De patiënt voelt zich immers wel eens bedreigd door het grote professionele apparaat, met zijn indrukwekkende technische middelen en zijn ver doorgevoerde specialisatie. Dat de patiënt zich daarin soms een nummer voelt en een organisatie zoekt die hem kan bijstaan en vertegenwoordigen, spreekt in dit verband vanzelf. De ontwikkeling van de verschillende patiëntenverenigingen die de laatste jaren kan worden waargenomen is dan ook van harte toe te juichen. Ook voor de patiënt als individu ligt hier naar onze mening een taak. De patiënt in de huidige samenleving wil mondig zijn, zo lang mogelijk zelfstandig blijven, op de hoogte zijn van de behandeling die hij kan krijgen en daarin zoveel als hij kan een bewuste beslissing nemen. Bijzonder belangwekkend zijn in dit verband de beschouwingen welke Prof. J. C. M. Hattinga Verschure aan de begrippen 'zelfzorg' en 'mantelzorg' heeft gewijd. Naast de formulering van de rechten van de patiënt is thans wellicht ook de tijd aangebroken voor het formuleren van de plichten van de patiënt. Een eerste samenvatting van deze 'plichten' zou kunnen luiden als volgt:

- de plicht zich op de hoogte te stellen van de voorwaarden voor gezondheid en veiligheid;
- de plicht te streven naar gezond levensgedrag en de condities die daarvoor bevorderlijk zijn;
- de plicht bij opvoeding aandacht te besteden aan goede en verantwoorde levensgewoonten;
- de plicht een verantwoord gebruik te maken van de voorzieningen welke de gezondheidszorg biedt;
- de plicht naar vermogen die voorzieningen van gezondheidszorg te steunen die daarvoor een beroep op hem doen.

In ons beleid zullen wij streven naar een zorgvuldige en vruchtbare samenwerking met de personen en instellingen in de gezondheidszorg, met als doel dat door hen een zo grote verantwoordelijkheid wordt gedragen als de doelstelling en de grenzen van de gezondheidszorg mogelijk maken.

Ombuigingsoperatie

De afgelopen periode wordt gekenmerkt door een verhoogde activiteit – onder meer tot uiting komend in frequent overleg met de Staten-Generaal – als gevolg van de omstandigheid dat tijdens de langdurige demissionaire periode van het vorige kabinet veel zaken moesten worden aangehouden. Bovendien legde de voorbereiding van de ombuigingsoperatie een zwaar beslag op alle betrokkenen. In dit kader wordt ernaar gestreefd op het gebied van de volksgezondheid een evenwichtige bijdrage te leveren. In de eerste plaats door voortzetting van het reeds eerder op gang gebrachte beleid tot beheersing van de middelen die de gezondheidszorg ter beschikking staan. Voorts door een doorwerking op salarissen van algemene maatregelen tot matiging van lonen en salarissen van overheidspersoneel, alsmede voor wat betreft de inkomens van vrije beroepsbeoefenaren door aansluiting bij het algemene prijs/inkomensbeleid dat ontwikkeld wordt door de ministers van Economische Zaken en van Sociale Zaken, en bovendien door uitbreiding van eigen bijdragen voor verstrekkingen van de wettelijke ziektekostenverzekeringen. Omtrent het laatste punt is inmiddels advies gevraagd aan de Ziekenfondsraad.

Twée nieuwe leden voor het hoofdbestuur

Mw. G. S. Kraaijenbrink-de Zeeuw, verpleeghuisarts
en *Dr. R. C. Schokker*, internist

In de Algemene Vergadering van de KNMG, die heden wordt gehouden in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht zullen twee kandidaten worden voorgedragen ter vervulling van even zoveel vacatures die in het hoofdbestuur van de Maatschappij Geneeskunst per 1 januari 1979 ontstaan door het aftreden van de huidige KNMG-voorzitter Ch. J. Maats, arts in dienstverband te

Groningen, en E. Iwema Bakker, huisarts te Amsterdam, beiden niet herkiesbaar. De twee kandidaten zijn: mevrouw *G. S. Kraaijenbrink-de Zeeuw*, verpleeghuisarts in Naarden en wonende te Bussum, alsmede *Dr. R. C. Schokker*, internist in Velp en wonende te Arnhem. Hieronder het resultaat van de gebruikelijke vraaggesprekken ter kennismaking.

Mevrouw Kraaijenbrink kan er nog niets zinnigs over zeggen

Mevrouw G. S. Kraaijenbrink-de Zeeuw (41 jaar) vindt dat kandidaten voor het lidmaatschap van het hoofdbestuur der KNMG, zich blijkens de inmiddels gebruikelijke kennismakingsvraaggesprekken in Medisch Contact, behoorlijk weten te weren waar ze worden gevraagd naar hun motivatie . . . 'Wat weten die mensen toch precies wat ze willen gaan doen in zo'n bestuur. Ik loop daar sinds we deze afspraak hebben gemaakt al een week op te broeden en ik kan er nog steeds niets zinnigs over zeggen'.

Zij is kandidaat gesteld door het bestuur van de Afdeling Gooi- en Eemland. Haar bestuurlijke interesse stamt uit de tijd dat zij het secretariaat voerde van de Afdeling Arnhem en Omstreken. Dat heeft ze indertijd vier jaar lang gedaan en . . . 'altijd erg leuk gevonden'.

Zij bekent voorlopig nog geen specifieke ambities te hebben voor het HB-lidmaatschap: 'Wat me tot dusver



wel is opgevallen, is, dat er zo weinig contactmogelijkheden zijn vanuit de periferie met het KNMG-centrum in Utrecht. Het loopt allemaal zo traag,

zo stroef; het apparaat lijkt me te log. Behalve dat merk ik via de publiciteit dat, als de KNMG al eens een standpunt in de openbaarheid vertolkt, zij meestal niet op de maatschappelijke ontwikkelingen vooruit blijkt te lopen, eerder het tegendeel. Ik zou best een bijdrage willen leveren om daar verandering in aan te brengen, maar misschien zijn dat al te idealistische overwegingen die misschien niet of misschien maar gedeeltelijk kunnen worden waar gemaakt'.

Overigens erkent mevrouw Kraaijenbrink dat het wel erg gemakkelijk is om vanuit de periferie kritiek te leveren, ' . . . zeker als je dat doet in een positie van waaruit je op je eentje zeker niets kunt bereiken'.

'Bovendien, je moet je afvragen of je als Maatschappij Geneeskunst wel zo duidelijk kunt zijn en geprononceerde standpunten kunt vertolken. Want er is natuurlijk geen echte eenheid binnen de KNMG, die qua

opvattingen niet veel meer dan een soort grootste gemene deler kan uitdragen. Maar daarmee kun je uiteraard nooit voorop gaan lopen. Toch denk ik dat je van tijd tot tijd maar eens je nek moet durven uitsteken, ondanks de kans dat je dan klappen oploopt. Ik denk dat dat eerlijker is. Hiermee bedoel ik niet te zeggen van: wat doen ze het allemaal slecht en nu kom ik er aan, én ik zal ze eens laten zien hoe het beter kan; beslist niet, want ik zie ook wel dat je met zoveel deelbelangen rekening moet houden waardoor de zaken een traag verloop krijgen.'

'Neem bijvoorbeeld mijn kritiek op de onduidelijkheid van het KNMG-standpunt met betrekking tot abortus. Ik moet toch ook zeggen dat ik er zelf geen geprononceerd standpunt over kan innemen, daarvoor is voor mij de abortusproblematiek te moeilijk. Ik vind het zoiets persoonlijks hoe je je daar tegenover opstelt, dat ik me nauwelijks kan voorstellen dat zo'n complex vraagstuk binnen een wettelijke regeling is op te lossen.'

'Ik vind wel dat de arts vrij moet zijn al of geen medewerking te verlenen; abortus moet in die zin worden vrijgegeven dat de arts niet meer strafrechtelijk kan worden vervolgd. Iedereen moet er volgens eigen geweten over kunnen beslissen, zowel de betrokken vrouw als de arts die wordt gevraagd de ingreep te verrichten. De laatste moet ook de vrijheid gelaten worden zo'n ingreep te weigeren.'

Mevrouw Kraaijenbrink trekt hier een parallel met betrekking tot het euthanasievraagstuk: '... dat me als verpleeghuisarts natuurlijk erg aanspreekt'.

'Maar waar leg je de grens? Passieve euthanasie vindt ik niet zo moeilijk. Ik ga ervan uit dat het stervensproces niet mag worden verlengd; wel moet het een waardig gebeuren blijven, zoveel mogelijk zonder nodeloos lijden. Actieve euthanasie is voor mij een veel groter probleem. Net als bij abortus heeft ook bij euthanasie de arts recht op zijn eigen individualiteit. Ik ben zelf aan actieve euthanasie nog niet toe; misschien kom ik daar wel nooit aan toe.'

'Hoe moeilijk dit vraagstuk ook is, ik vind wel dat er een duidelijke uitspraak over moet komen, met als uitgangspunt dat over elk individueel geval moet worden beslist binnen de desbetreffende individuele

arts-patiëntrelatie. Een geloofwaardige wilsbeschikking van de patiënt dient te worden gerespecteerd, evenals de vrijheid van iedere arts wel of geen medewerking te verlenen. En zowel bij abortus als bij euthanasie dient de geraadpleegde arts de weg te kunnen wijzen.'

Ondanks deze behoefte aan duidelijkheid toont mevrouw Kraaijenbrink haar bezorgdheid met betrekking tot 'het grote grensgebied waarbinnen het niet mogelijk is een wilsbeschikking van eventueel voor euthanasie in aanmerking komende patiënten te verifiëren'.

Mevrouw Kraaijenbrink begon haar medische studie in 1955 aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam. Na haar afstuderen in 1963 volgde zij haar man, die toen in Apeldoorn verbleef als militair arts. Mevrouw Kraaijenbrink: 'Ik heb toen een tijdje consultatiebureaus gedaan in Apeldoorn en Rheden. Toen er in Arnhem een huisartspraktijk voor ons vrijkwam zijn we die samen gaan doen. Later, in 1971, heb ik in Arnhem meegewerkt aan het opzetten van een trombosedienst; na de start was ik vijf jaar medisch leidster van die dienst. Dat vond ik enig werk; iets organiseren ligt me wel. Na verloop van tijd vond ik dat werk toch niet meer zo bevredigend, het werd te veel een bureaufunctie, veel papier en ik

zag zelden nog een patiënt. In 1976 zijn we uit de praktijk gestapt en naar Bussum verhuisd. Ik ben in mei 1977 terechtgekomen in het St. Elisabeth Verpleeghuis in Amersfoort als verpleeghuisarts. Dat is het helemaal hè, dat is zulk verrukkelijk werk. Later kreeg ik hier in Naarderheem een kans om dichterbij huis te gaan werken. Ik zit sinds 1 juli van dit jaar in Naarden en werk hier op 70% basis. Dat is wel genoeg hoor, ik heb tenslotte ook nog drie kinderen. Mijn man is als bedrijfsarts verbonden aan de Rijksuniversiteit in Utrecht'.

Mevrouw Kraaijenbrink zegt zich niet al te druk te maken over de politiek '... mijn politieke voorkeur is licht rood, ik stem D'66. Ik ben niet zo gelukkig met het huidige kabinet vergeleken met het vorige. Ik denk dat de vorige staatssecretaris van Volksgezondheid, de heer Hendriks, de gezondheidszorg met zijn wetsontwerpen politiek gevoelig heeft gemaakt en ik ben bang dat mevrouw Veder-Smit dat nu weer wat wil afzwakken.

Een goed georganiseerde gezondheidszorg vindt iedereen belangrijk, zowel consument als hulpverlener. Daarom denk ik dat de gemiddelde kiezer geïnteresseerd zal zijn in dat onderdeel van de partijprogramma's'.

Dr. Schokker vindt het niet fair dergelijke taken te laten liggen

Dr. R. C. Schokker (47 jaar) is als kandidaat voor het lidmaatschap van het hoofdbestuur der KNMG voorgedragen door het bestuur van de Afdeling Arnhem en Omstreken. Tot dusver heeft hij nog geen bestuurlijke ervaring binnen de Maatschappij Geneeskunst opgedaan; wellicht dat het feit dat hij de KNMG-kadercursus heeft gevolgd dit gemis kan compenseren. Zijn motivatie:

'Inmiddels zit ik al weer zo'n zes jaar in Arnhem en ben als internist verbonden aan het ziekenhuis te Velp. Langzamerhand krijg ik wat meer gelegenheid me te verdiepen in de problematiek waarmee we als artsenberoepsgroep worden



geconfronteerd. Mede op grond van mijn belangstelling en ervaring in de gezondheidszorg hoop ik enige zinnige bijdragen te kunnen leveren aan het werk van het hoofdbestuur.'

Dr. Schokker constateert dat artsen het belang van de KNMG pas wat later gaan beseffen . . . 'omdat je als jong arts primair geoccupeerd bent met je opleiding, of promotie.

Naarmate je langer meeloopt groeit het inzicht in het KNMG-belang en in het belang dat de collegae er zich daadwerkelijk voor inzetten. Als je dergelijke taken laat liggen is dat niet fair tegenover degenen die er wel een grote hoeveelheid energie en tijd in hebben gestoken.'

Dr. Schokker begon zijn medische studie in 1949 aan de Rijksuniversiteit te Groningen. In 1957 deed hij zijn artsexamen, waarna hij van januari 1958 tot mei 1959 zijn militaire dienstplicht vervulde. Nadien startte hij met de opleiding tot specialist inwendige geneeskunde in het Gemeenteziekenhuis te Dordrecht waar hij werkzaam was van 1959 tot 1962. Van daar ging hij over naar Leiden voor zijn verdere opleiding bij Prof. Dr. A. Querido, hoogleraar inwendige geneeskunde. In 1964 werd Dr. Schokker ingeschreven in het specialistenregister.

Inmiddels werd de medische faculteit in Rotterdam opgericht. Met Prof. Querido en enkele andere stafleden uit Leiden ging hij van 1967 tot 1972 in de Maasstad een van de afdelingen interne ziekten bemannen; de laatste twee jaar gecombineerd met de functie van intern consulent voor de heelkundige afdelingen aldaar.

In 1969 promoveerde hij tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift, getiteld: 'Menselijk somatotroop hormoon in plasma onder fysiologische, experimentele en pathologische condities'. Promotor was Prof. Querido voornoemd. In 1972 ging hij naar Velp. Sindsdien kwam er niet veel meer van wetenschappelijk werk: 'De praktijk is weer een heel ander gebeuren dan het werk aan de universiteit'.

Dr. Schokker blijkt zeer genuanceerd te denken over de wijze waarop de gezondheidszorg in Nederland beleidsmatig zou kunnen worden beoordeeld: 'Ik ben de laatste twee jaar stafvoorzitter geweest in het Ziekenhuis Velp en was daardoor als adviseur van het bestuur nauw

betrokken bij de vele problemen waarmee directie en bestuur werden geconfronteerd. Reeds op zo'n beperkt gebied als dat van je eigen ziekenhuis werden mij toen wel enkele dingen duidelijk, bijvoorbeeld dat binnen de gezondheidszorg – met name voor wat betreft de ziekenhuisvoorzieningen – er geen echt uitgesproken overheidsbeleid bestond.'

Dr. Schokker: 'Het was dan ook goed te ervaren dat naar aanleiding van de wetsontwerpen Voorzieningen en Tarieven Gezondheidszorg van de vorige staatssecretaris Volksgezondheid, de heer Hendriks, de KNMG in al haar geledingen zich zo actief heeft ingezet. Nog afgezien van het resultaat van die activiteiten – de formulering van het Maatschappijstandpunt – was het bemoedigend dat de artsen als beroepsgroep bleken te kunnen getuigen van hun engagement met betrekking tot alle problemen die Hendriks te voorschijn bracht. Het mag de verdienste van Hendriks zijn, dat hij die discussie in gang heeft gezet.'

'Ondanks een kleine kentering van het politieke klimaat blijft levensgroot aanwezig de vraag naar de financiële middelen. Daarbij is het toch wel een zorgelijke ontwikkeling dat de urgenties, de prioriteiten in de gezondheidszorg politiek dreigen te worden bepaald. Het gaat er steeds meer op lijken dat men de problemen waar men niet direct uitkomt door gaat schuiven naar politieke instanties, die ongetwijfeld wel hard zullen werken maar die toch niet over voldoende 'know-how' beschikken om adequate oplossingen te kunnen bedenken.'

Dr. Schokker pleit dan ook voor een betere samenspraak tussen degenen die vanuit verschillende verantwoordelijkheden betrokken zijn bij de organisatie van de gezondheidszorg: 'Gezien onze verantwoordelijkheid, gezien onze vertrouwdeheid met de gang van zaken, gezien onze deskundigheid, moeten wij in samenspraak met de andere betrokkenen in staat worden gesteld de voorstellen bij te schaven. Tot dusver heeft het daaraan ontbroken. Het is toch wel erg merkwaardig dat ons pas inspraak kon worden toegestaan nadat de voorstellen bij de Tweede Kamer waren ingediend. En dat dan nog in een tijd waarin inspraak

als iets vanzelfsprekends geldt.'

Dr. Schokker ziet de zaken zelf nog niet direct een andere loop nemen nu er een nieuwe regering zit: 'Deze regering ziet zich zeker niet geconfronteerd met kleinere problemen dan de vorige, integendeel, maar zij blijkt wel meer open te staan voor betere contacten met de betrokken groeperingen en ernst te maken met verbetering van de werkverhoudingen. Dat alleen al is een vooruitgang ten aanzien van het geheel. De politieke samenstelling van een regering is zeker relevant voor de wijze van benaderen van de problemen. Dat zal ook doorwerken in de gezondheidszorg, waar we nu meer kansen zullen krijgen om de grote vraagstukken gezamenlijk op te lossen. Daarbij zullen we niet te lichtvaardig moeten denken dat – omdat er nu een nieuwe regering zit – we voor onze voorstellen alle instemming zullen vinden; zeker niet voor zover de voorstellen financiële consequenties hebben en daardoor moeilijk inpasbaar zullen blijken met betrekking tot de noodzakelijke bezuiniging, daar moet je reëel in zijn!'

Dr. Schokker, in dit verband gevraagd of zijn opvattingen zoals hier weergegeven medebepaald zijn door zijn persoonlijke politieke voorkeur: 'Ja, uiteraard, ik ben liberaal ingesteld, ik ben lid van de VVD en vandaar ook dat ik oog heb voor de problemen waarmee het huidige kabinet te maken heeft.'

Tot slot wil Dr. Schokker nog bepleiten: '. . . dat we met veel wijsheid de veranderingen van deze tijd moeten bekijken en genuanceerd beoordelen. Zo neemt het vanzelfsprekende gezag van de medicus af, de mondigheid van de patiënt neemt toe, is natuurlijk nog niet volledig, maar toch . . . ! We worden geconfronteerd met vragen waarvoor oplossingen moeten worden gezocht ook buiten het specifieke terrein van de arts.

Dat zijn zo enkele aspecten van deze tijd waarvoor we begrip moeten opbrengen; dat zal de komende tijd nog sterker gaan spelen. Naar mijn mening zal de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst ook bij dit soort onderwerpen haar visie vorm moeten geven en het beleid moeten sturen'

Samenwerking gezondheidszorg en medisch onderwijs

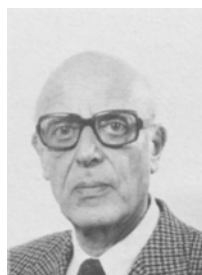
Kort verslag 'national seminar' OECD

In 1975 verscheen van de OECD/CERI een monografie getiteld: 'New Directions in Education for Changing Health Care Systems', opgesteld door een zestal experts, afkomstig uit Zweden, Engeland, de Verenigde Staten, Canada, West-Duitsland en Nederland. Deze monografie formuleert zes *actiepunten* voor lidstaten:

1. Het is noodzakelijk een duidelijk beleid ten aanzien van de gezondheidszorg te formuleren, bij voorkeur door een permanent orgaan belast met de planning ervan. In dit orgaan dienen ook verstrekkers en gebruikers van gezondheidszorg vertegenwoordigd te zijn.
2. Het nationale beleid van de gezondheidszorg dient te bevorderen dat er op regionaal niveau een nauwe samenwerking tot stand komt tussen het medisch onderwijs en de gezondheidszorg. Bovendien dient op dat niveau een uitvoerend orgaan te worden ingesteld.
3. Er dienen mechanismen te worden ontwikkeld die de coördinatie en integratie van gezondheidszorg en de opleidingen van gezondheidswerkers op nationaal niveau tot stand brengen.
4. Nationale organen, onderwijsinstellingen en beroepsorganisaties dienen vernieuwing van en experimenten in de verschillende takken van de gezondheidszorg te bevorderen en voldoende middelen ter beschikking te stellen voor onderzoek in en evaluatie van dit type onderzoek.
5. Het gezondheidszorgsysteem dient tezamen met het opleidingssysteem 'continuing education'-programma's voor alle beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, managers en



door *Prof. Dr. A. Querido*



De auteur is hoogleraar in de inwendige geneeskunde te Leiden.

opleiders te ontwikkelen en mogelijk te maken.

6. Samenwerking op internationaal niveau dient erop gericht te zijn:

- a) elkaar voor te lichten over het gevoerde beleid en het lopend onderzoek op het gebied van gezondheidszorgonderzoek; en
- b) gegevens te verzamelen over het kostenbeloop en de ontwikkeling van personeel werkzaam in de gezondheidszorg.

In juni 1976 besloot de raad van de sectie CERI van de OECD de

aanbevelingen een vervolg te geven door het stimuleren van 'national seminars' in de lidstaten over dit onderwerp, toegesneden op de belangrijkste vraagstukken ten aanzien van de samenwerking tussen de gezondheidszorg en de medische opleidingen. De begin april in ons land gehouden bijeenkomst was zo'n 'national seminar'.

Het was een uitermate belangwekkende bijeenkomst, die op uitnodiging werd bijgewoond door vertegenwoordigers van de beide ministeries, van besturen en directies van academische ziekenhuizen, van medische faculteiten en van enkele ziekenfondsen en particuliere verzekeringsorganisaties. Veel aandacht werd besteed aan de kostenallocatie voor het medisch onderwijs op verschillende niveaus, een onderwerp dat op het ogenblik in Nederland grote moeilijkheden ondervindt.

Programma

De vergadering was, na inleidende toespraken, onderverdeeld in vier delen.

Het eerste deel was gewijd aan de

organisatie en financiering van de Nederlandse gezondheidszorg en de daarin bestaande problematiek. Sprekers waren Dr. J. van Londen, directeur-generaal Volksgezondheid en Milieuhygiëne, en Drs. F. J. M. Werner, hoofd Stafafdeling Financiering van hetzelfde ministerie. In het *tweede deel* werd ons opleidingssysteem voor artsen, huisartsen en specialisten en de nascholing doorgelicht door respectievelijk Prof. Dr. P. J. Thung, Prof. Dr. B. S. Polak, Prof. Dr. A. E. van Voorthuizen en Dr. S. A. Duursma.

Het *derde deel* ging over de relaties van de gezondheidszorg met het opleidingssysteem en de zich daarin voordoende problemen. Sprekers waren hier de heer J. de Vries, secretaris Vereniging van Algemene Ziekenfondsen, Dr. P. J. van Leeuwen, hoofd afdeling Planning van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, en Prof. J. F. Mustard uit Ontario, Canada. In een tweede zitting besprak Drs. J. de Leeuw, economisch directeur St. Radboudziekenhuis Nijmegen, de wijze waarop een Nederlands academisch ziekenhuis wordt gefinancierd en vooral de problemen die zich hierbij voordoen. Prof. Dr. J. Peers, algemeen coördinator der academische ziekenhuizen te Leuven, België, gaf een uiteenzetting van de wijze waarop het Leuvense academische ziekenhuis wordt gefinancierd. Prof. T. E. Chester van de Manchester Business School te Manchester, Engeland, besprak bestuursstructuren en kostenallocatie zoals deze voor de samenwerking van de gezondheidszorg en het medisch onderwijs in Engeland worden toegepast. 's Avonds gaf Dr. L. Ekholm, verbonden aan het Zweedse ministerie van Onderwijs, een uiteenzetting hoe in de gezondheidszorg in Zweden de verantwoordelijkheden inhoudelijk en financieel verdeeld zijn ten aanzien van basis- en specialistenopleiding en nascholing.

Het *vierde deel* was verder toegespitst op technische aspecten van kostenallocatie. Drs. J. B. M. Verhey, algemeen directeur Academisch Ziekenhuis Leiden, sprak over de economische vraagstukken waarvoor academische ziekenhuizen zich geplaatst zien bij het streven naar regionalisatie. Dr. J. H. van Aert, medewerker van het College voor

Ziekenhuisvoorzieningen te Utrecht, en Prof. Dr. L. M. J. Groot, medische faculteit Rijksuniversiteit Limburg, bespraken het kostenverhogend effect van specialistenopleidingen, Dr. Meredith A. Gonyea, Director of Institutional Research te Piscataway, New Jersey, VS, besprak de technieken van kostensplitsing voor de basisopleiding en specialistenopleiding zoals deze in een aantal Amerikaanse universiteiten worden toegepast.

Het 'seminar' werd geopend door Dr. Mr. G. J. Leibbrandt, directeur-generaal Hoger Onderwijs en Wetenschappen van het ministerie van O & W, en gesloten door Dr. J. van Londen, directeur-generaal Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Vermeld zij ook dat in het gedrukte programma een 'ten geleide' was geschreven, gezamenlijk ondertekend door Dr. L. Ginjaar, minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, en Dr. A. Pais, minister van Onderwijs en Wetenschappen, waarin zij wezen op de noodzaak van intensieve samenwerking tussen het onderwijssysteem en de gezondheidszorg.

De bijeenkomst was zeer intensief en zeer verhelderend voor de Nederlandse problematiek. Het is niet doenlijk hierover een uitgebreid verslag te schrijven. Slechts een aantal onderwerpen, vooral voor Nederland van belang, zullen worden samengevat.

Structuur gezondheidszorg

In het eerste deel beschreef *Van Londen* op welke wijze gestreefd wordt naar het vorm geven aan de Structuurnota. Hiertoe is wetgeving nodig op het gebied van de voorzieningen, de wijze van financieren der activiteiten en het verzekeringsstelsel. Hij besprak een aantal complicaties die zich hierbij voordoen, zoals de verschuiving van ziekenhuisactiviteiten naar extramurale activiteiten. Voorts vestigde Van Londen de aandacht op het gebrek aan helderheid over wat onder een regio moet worden verstaan.

Werner besprak de relatie tussen de wijze van financieren en de invloed hiervan op de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg. Er is nu een discrepantie tussen de vergoeding per verrichting en de

werkelijke kosten. Een positieve uitspraak van beide sprekers was echter dat de opleiding op alle niveaus van de gezondheidszorg een belangrijk instrument is voor het structureren van die gezondheidszorg. Deze uitspraak werd krachtig ondersteund door Ekholm (Zweden), Chester (Engeland) en Mustard (Canada). Ook de Nederlandse sprekers in het tweede deel, waarin de opleidingen werden besproken, hebben hierop gewezen.

Remmende factoren

Thung vestigde de aandacht op het feit dat wij te lang hebben gemeend dat de basisopleiding in feite de opleiding tot huisarts was. Hij legde bovendien de nadruk op de noodzaak om meer dan voorheen aandacht te besteden aan de kwaliteitsaspecten van de basisopleiding en te letten op de kwaliteit van het medisch milieu waarin de studenten worden opgeleid. Dit facet, het stellen van een goed voorbeeld, werd later door Chester (Engeland) nog eens onderstreept. *Thung* wees op een aantal interne en externe factoren die remmend zijn bij het streven naar verbetering. De betogen van *Polak* en *Van Voorthuizen* gingen in dezelfde richting. Beiden signaleerden uitwendige factoren die verhinderen de kwaliteit en de kwantiteit van de professionele opleidingen tot huisarts en specialist goed te sturen. *Duursma* besprak de praktische consequenties die nascholing heeft, uitgedrukt in uren onderwijs. Hij ontwikkelde een structuur van samenwerking binnen de regio die uitvoering hiervan mogelijk kan maken.

Eensgezindheid bestond over een zeer belangrijk algemeen concept, te weten dat in de rijke geïndustrialiseerde landen de *opleiding van academici* altijd in twee trappen verloopt, respectievelijk een basisopleiding en een professionele opleiding. Voor beide fasen van de opleiding geldt dat een duidelijke vormgeving nodig is, hetgeen inhoudt dat ook de professionele opleiding een theoretische begeleiding behoeft. De diversiteit van de opleidingen vereist in onze tijd het ontwikkelen van structuren met nationale toetsen of nationale examens. Dit wordt onder meer in Zweden, Engeland, de Verenigde Staten en Canada, volledig

erkend en toegepast, zoals werd meegedeeld door de aanwezige buitenlandse sprekers. Het Zweedse systeem voor nascholing en specialistenopleiding leek vele Nederlanders aantrekkelijk voor eigen land.

Financiering

In het derde deel van de bijeenkomst beschreef *De Leeuw* in een opmerkelijke voordracht hoezeer de thans vigerende financieringswijze van een academisch ziekenhuis tot een onhoudbare toestand heeft geleid. Het budget van een academisch ziekenhuis is namelijk niet gericht op de produktie – zoals in andere ziekenhuizen – maar is een keurslijf van vooraf vastgestelde bedragen, die elke flexibiliteit verhinderen. Naar de mening van *De Leeuw* zijn er geen essentiële wettelijke voorschriften die een verandering dienaangaande in de weg staan.

Verhey noemde het ontbreken van een theoretische basis binnen de gezondheidseconomie een belemmering voor samenwerking tussen ziekenhuizen in regionaal verband.

De voordrachten over de bestuurlijke en financiële aspecten die een relatie tussen gezondheidsvoorzieningen en opleidingen voor arts en specialist mogelijk moeten maken, waren uitermate interessant. Het bleek dat in grote lijnen de wijzen van investeren en budgetteren in Engeland, Canada, Zweden en ook Leuven, onderling niet veel afwijken. Nederland is kennelijk een buitenbeentje. De algemene lijn is als volgt: investeringen ten behoeve van de bouw van academische ziekenhuizen of van ziekenhuizen waarmee de faculteit samenwerkt geschieden op dezelfde wijze als die van andere ziekenhuizen. Het ministerie van Onderwijs bekostigt daarenboven de speciële onderwijsvoorzieningen. De inkomsten van deze ziekenhuizen zijn op dezelfde wijze geregeld als die van andere ziekenhuizen. De kosten van de klinische fase van de artsen- en ook van de specialistenopleiding worden afzonderlijk vergoed, de eerste door het ministerie van Onderwijs, de tweede door het ministerie van Volksgezondheid c.q. door verzekeringen. Het viel vooral op dat ook België een doorzichtige financieringsstructuur hanteert.

Regionalisatie

Tijdens de verschillende discussies kwam het probleem van regionalisatie herhaaldelijk ter sprake, hetgeen verhelderend werkte. In Nederland wordt gedacht aan regio's met enige honderdduizenden inwoners, waarvan een aantal maatschappelijke structuren zich concentreren op een middelgrote stad. De buitenlandse experts dachten steeds in grotere eenheden van één tot drie miljoen inwoners, waarbij een universiteit dwingend in de geografische structuur was opgenomen. De conclusie was dat het regio-begrip voor de verschillende taken een verschillende inhoud heeft, welke inhouden echter niet met elkaar in tegenspraak zijn.

Aan 95% van de eisen die de gezondheidszorg stelt kan worden voldaan met de Nederlandse definitie van de regio. Zodra echter het samenwerkingsverband ten behoeve van specialistenopleiding en nascholing aan de orde is, evenals ook bijzondere voorzieningen die een uitgebreide infrastructuur vereisen (topzorg), dan gaat het om een regio (landsdeel) die een veelvoud is van de Nederlandse conceptie.

Kosten opleidingen

Een interessante discussie betrof voorts de vraag in hoeverre kosten voor opleidingen kunnen worden gescheiden van kosten voor de behandeling van patiënten. Een econometrische studie, gerapporteerd door *Van Aert*, toonde aan dat de opleidingsziekenhuizen duurder zijn dan ziekenhuizen waar geen opleiding plaatsvindt. Enige Nederlandse sprekers meenden echter dat een verdere detaillering niet goed mogelijk is. Dit standpunt werd fel bestreden door *Gonyea, VS*, waar zeer uitgebreide studies (o.a. door de National Academy of Sciences à raison van twee miljoen dollar) de grootte orde van deze kosten wel hebben geïdentificeerd: de specialistenopleiding kost evenveel of meer dan de artsenopleiding.

In dit samenvattende verslag zijn een aantal belangwekkende zaken niet ter sprake gekomen, zoals bijvoorbeeld de voordracht van *De Vries*, die pleitte voor regionale financiering der gezondheidszorg, en enige modellen voor regionalisatie door

Coebergh en Tiddens.

Prof. Mustard zei dat het zijn indruk was dat Nederland niet verder is dan Ontario (Canada) in 1965! Van belang was ook zijn opmerking dat de landen die actief aan de structurering van de gezondheidszorg en het onderwijs hebben gewerkt in staat bleken de kosten te beheersen.

Het moet schrijver dezes van het hart dat hij de indruk heeft dat in Nederland ten aanzien van de conceptuele ontwikkelingen de tijd heeft stilgestaan. De gevolgen hiervan voor de gezondheidszorg en de opleidingen zijn dagelijks in kranteberichten terug te vinden. Het is in hoge mate interessant dat voor het patroon van samenwerking tussen de onderwijssector en de gezondheidszorg, zowel wat betreft de verdeling van verantwoordelijkheid als wat betreft de verdeling van de kosten, in verschillende landen in grote lijnen een zelfde patroon blijkt te worden gevolgd. Dit is opvallend omdat de beslissingen die daartoe noodzakelijk in Nederland moeten worden genomen veelal worden verwezen naar het domein van politieke beslissingen! Dit bevreemdt, omdat blijkbaar in landen met verschillende staatkundige structuren dezelfde richtlijn is gekozen. Dit kan niet anders betekenen dan dat de oplossing van deze problemen voortkomt uit analyse en overleg.

*
* *

De volledige tekst der voordrachten en een samenvatting van de discussie worden in boekvorm gepubliceerd. Belangstellenden kunnen dit boek ontvangen door overmaking van f 20,— op postrekening nr. 467814 ten name van Prof. Dr. A. Querido, Laan van Oud Poelgeest 1, Oegstgeest, onder vermelding van naam, adres en 'OECD seminar', vóór 1 oktober 1978.

Huisarts en voorschrijfgedrag

Een mogelijkheid tot toetsing

'It seems clear that the individual who does not indulge in medicine-taking at frequent intervals is a very rare bird indeed. I suppose he is most likely to be found among strict religious or 'natural food sects'.
Margot Jefferys (1973)

'Well, Mrs. Smith, I have listened to your story and it seems to me that you are a case of diazepam. You better show some anxiety'.
M. Marinker (1973)

Samenvatting

Inzicht in het voorschrijven van geneesmiddelen door de huisarts vormt een praktisch hulpmiddel wanneer men wil komen tot toetsing van het huisartsgeneeskundig handelen.

Gekwantificeerde gegevens over het voorschrijven van geneesmiddelen gedurende vijf jaar door huisartsen van het gezondheidscentrum Ommoord worden gebruikt om een aantal aspecten van toetsing te illustreren. Toetsing blijkt tot veranderingen in het huisartsgeneeskundig handelen te kunnen leiden. De normen welke bij toetsing worden gehanteerd blijken gecompliceerd en vaak niet eenduidig te zijn.

Inleiding

Het toetsen van geneeskundig handelen en het voorschrijven van geneesmiddelen hebben iets met elkaar gemeen. Er bestaat een discrepantie tussen de reeks waardeoordelen over beide onderwerpen en de feitelijke informatie welke beschikbaar is. Een andere overeenkomst is dat beide onderwerpen in brede kring niet zelden tegenstrijdige emoties oproepen. De twee citaten in de kop van het artikel benadrukken dit waar het om geneesmiddelengebruik gaat. Naar onze mening is inzicht in het voorschrijven van geneesmiddelen door de huisarts een bijzonder praktisch hulpmiddel wanneer men wil komen tot toetsing van het huisartsgeneeskundig handelen. Het gaat immers om een aspect dat bij uitstek kwantificeerbaar is. Er is in Nederland wel informatie beschikbaar over de omvang en de kosten van het geneesmiddelenpakket waarmee de bevolking zich staande tracht te houden doch er is veel minder inzicht in de fijnere aspecten van een gecompliceerd verschijnsel: het voorschrijven en consumeren van geneesmiddelen. Voorzover er informatie is heeft deze bijna steeds

door **Dr. H. Lamberts(r.)**
en **N. L. Wolgast**



De auteurs zijn als huisarts verbonden aan de afdeling Gezondheidscentrum Ommoord van de Rotterdamse GG en GD.

van doen met de ziekenfondspatiënt.

Situatie in Ommoord

In Ommoord verkeren wij in de gelukkige omstandigheid dat de patiënten van de groepspraktijk in een geografisch klein en zeer omschreven gebied wonen terwijl er slechts één apotheek is gevestigd waarmee nauwkeurige afspraken over de standaardreceptuur zijn gemaakt. En

het intensieve contact tussen de huisartsen en de apotheker én het feit dat de kosten van de receptuur (de zogenaamde AB-receptuur) voor de ingeschreven ziekenfondspatiënten iedere maand beschikbaar komen maakt ons onderzoek mogelijk. Voorschrijven is een ingewikkelde zaak. Parish somde indertijd elf factoren op die het voorschrijfgedrag van de huisarts kunnen beïnvloeden:

- 1) het bestaan van controle, in Engeland door het Department of Health and Social Security, in Nederland door de adviserend geneeskundige van de ziekenfondsen;
- 2) regionale invloeden, geslachts- en leeftijdsopbouw van de praktijk;
- 3) de leeftijd van de huisarts, de praktijkgrootte en zijn opleiding;
- 4) het verband tussen het voorschrijven van geneesmiddelen en het bestaan van morbiditeit;
- 5) de beroepshouding en de ervaringen van de huisarts;
- 6) de werkbelasting van de huisarts;
- 7) het verzekeringssysteem;
- 8) de bron en de invloed van therapeutische kennis;
- 9) gewoontevorming bij het voorschrijven van geneesmiddelen;
- 10) de invloed van vernieuwingen en veranderingen van geneesmiddelen en van reclame;

11) houding ten opzichte van het voorschrijven van psychotrope middelen.

Om het dozijn vol te maken voegen wij daar de invloed van toetsing aan toe.

Het onderzoek

Gedurende vijf jaar (1972 t/m 1976) is het voorschrijfgedrag van de huisartsen van de groepspraktijk in Ommoord nauwkeurig geregistreerd en regelmatig besproken door de huisartsen en onze apotheker (F. J. Lancée).

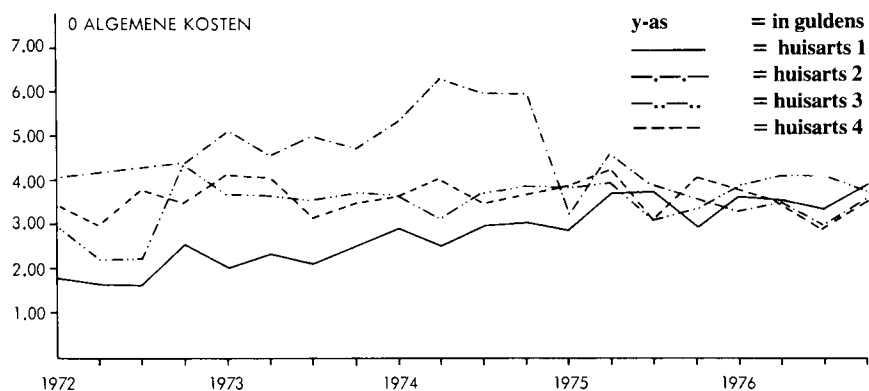
Voor een aantal geneesmiddelgroepen is berekend hoeveel geld er per ziekenfondspatiënt per maand aan een bepaalde geneesmiddelsoort is uitgegeven. Om wat meer inzicht te krijgen zijn de verkregen getaltes gemiddeld per kwartaal in de grafieken getekend. Een aantal van deze grafieken komen hier aan de orde. Eerst moeten een aantal beperkingen en ook onze bedoelingen genoemd worden.

Uitgangspunten

1) Voorschrijfgedrag heeft te maken met het handelen van de huisarts wanneer hij zijn patiënt een recept geeft. Dit is niet hetzelfde als geneesmiddelengebruik. Nog afgezien van de omvangrijke zelfmedicatie is bekend dat een beperkt aantal recepten de apotheek nooit bereikt. Maar ook een recept dat is afgehaald leidt niet vanzelfsprekend tot het slikken van het geneesmiddel.

2) Een aantal elementen geeft aan de situatie in Ommoord een eigen kleur. Het gedrag van de huisartsen wordt gezien als een te veranderen, te beïnvloeden en vooral als een gevarieerd gebeuren. Dit is ook wel gebleken uit onderzoek dat verricht is naar ziekte- en probleemgedrag, diagnosegedrag, verwijsgedrag, etc. Het voorschrijfgedrag is van het begin van het gezondheidscentrum af kritisch besproken. Enige malen is bericht over onze standaardreceptuur en over de soms niet geheel ijdele wens rationale overwegingen bij het voorschrijven van geneesmiddelen te benadrukken. Vooral dit laatste punt is een bijna onuitputtelijke bron van inspiratie voor de regelmatige farmacotherapiebesprekingen en het frequent bezoek van de apotheker aan

Tabel 1



de ochtendkoffie.

3) Wij zullen ons hier vooral bezighouden met de vraag in hoeverre in de tijd gezien het kennisnemen van informatie over het eigen voorschrijfgedrag, het bespreken daarvan en het gezamenlijk besluiten tot veranderingen ook leidt tot zichtbare wijzigingen in de manier waarop geneesmiddelen, naar hoeveelheid en aard, worden voorgeschreven.

De algemene kosten

Tabel 1 geeft gedurende vijf jaar de gemiddelde kosten weer per maand per ziekenfondspatiënt. Hierbij is steeds per kwartaal het gemiddelde voor drie maanden in de tabel ingetekend om al te sterke schommelingen (bijvoorbeeld door vakantie) glad te strijken. Het aantal per praktijk ingeschreven ziekenfondspatiënten aan het begin en aan het eind van ieder kwartaal is gemiddeld.

De keuze van de gulden als meeteenheid behoeft enige verklaring. De tijd is zeker gekomen om te onderzoeken of onze curven ook uitgezet kunnen worden met de DDD (Defined Daily Dosis) voor vergelijkbare geneesmiddelen als meeteenheid. Wij hebben dit indertijd (1975) wel geprobeerd, doch het vergelijken van bijvoorbeeld een curve met DDD voor tranquillizers of voor beta-sympaticolitica en dezelfde curve met centen als meeteenheid leidde tot onze voorkeur voor het laatste. De prijzen zoals deze voor verschillende geneesmiddelen worden vastgesteld, vormen in ons geval een goed mechanisme omdat deze voor

vergelijkbare preparaten relatief dicht bij elkaar gehouden worden. Het bezwaar van een geleidelijke prijsstijging door inflatie en door introductie van nieuwe, dure middelen is in onze meetperiode (1972 t/m 1976) slechts van ondergeschikt belang. Herhaalde berekening van de prijs van een voor ons gemiddeld pakket toonde aan dat de prijsstijging in vijf jaar slechts 3 à 4% in totaal bedraagt. Dit steekt flink af tegen de landelijke gegevens over de prijzen van geneesmiddelen (CBS-afdeling gezondheidsstatistiek). Deze laten zien dat van 1972 tot eind 1976 de prijs met 21% is gestegen. De verklaring voor het verschil is gelegen in het 'conservatieve' voorschrijfgedrag. Dit houdt in dat niet snel tot vervanging van vertrouwde preparaten door nieuwe wordt overgegaan. De 'oude' preparaten laten in de loop der jaren niet zelden een prijsdaling zien, de nieuwe zijn vaak relatief duur en blijven dat gedurende enkele jaren. Terug naar tabel 1 met de totale kosten: de grafiek vertoont grote verschillen in de hoogte van de kosten voor de vier praktijken van de vier oudste huisartsen van de groepspraktijk. Vooral in de eerste vier jaar blijft er een verschil van ongeveer 100% tussen de hoogst en de laagst voorschrijvende huisarts. In de winter van 1975 echter doet zich een bijna dramatische verandering voor. Was het zo dat huisarts 1, 3 en 4 toen reeds praktisch op één niveau voorschreven, huisarts 2 sluit zich nu bij het bedrag, dat kennelijk voor de groep als norm geldt, aan. De reden hiervoor is gelegen in wat wij het 'rust en vrede'-effect noemen. Op 1 januari 1975 staakte huisarts 2 zijn bemoeienissen met het

verzorgingstehuis Rust en Vrede waar ruim 200 bejaarden in de ambiance, compleet met hoofdverpleegster, welke een dergelijke instelling kenmerkt woonden. Het blijkt dat deze 200 bejaarden op een totaal van de \pm 1200 ziekenfondsverzekerden in praktijk 2 meer dan een slok op de borrel van de kosten van het voorschrijfgedrag uitmaken. Overigens is er in 1972 en 1973 ook nogal wat aan de hand met het voorschrijfgedrag van huisarts 3 en huisarts 4. Hier wordt later op teruggekomen. Tenslotte blijkt dat huisarts 1 ondanks de steeds weer beleden wens tot besparing en tot minder kostbaar voorschrijven geleidelijk aan ruim 50% duurder is geworden. Daar zijn enkele redenen voor te vinden in de gewijzigde samenstelling van het geneesmiddelenpakket, waarover later. Daarnaast lijkt het dat huisarts 1 zich heeft aangepast aan de mede door de toetsing vastgestelde norm, die kennelijk rond 3 à 4 gulden per persoon per maand ligt. De uniformering in het voorschrijfgedrag welke na een aantal jaren is bereikt is bij nadere beschouwing nogal merkwaardig. Uit tabel 2 blijkt dat de leeftijdsopbouw voor de verschillende praktijken sterk uiteenloopt.

Tabel 2: Percentage 65 jaar en ouder per huisartspraktijk (ziekenfonds)

Huisarts	1973	1975	1977
1	6	10	9
2	23	28	14
3	15	19	20
4	18	22	24
5	35	25	27
6	—	13	16
7	—	—	19
8	—	—	20

In tabel 3 is aangegeven dat ook de consumptie in de hogere lijnen der gezondheidszorg voor de praktijken belangrijk verschilt. Des te merkwaardiger is deze nivellering in het voorschrijfgedrag welke naar onze mening in belangrijke mate aan de toetsing kan worden toegeschreven.

De pil

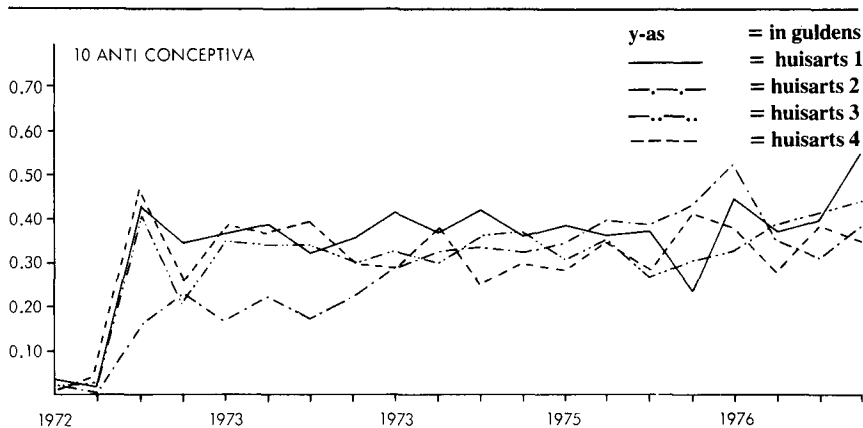
Tabel 4 schildert het effect van het

Tabel 3: Specialistische consumptie per huisartspraktijk (per 1000 ziekenfondspatiënten) 1975

Huisarts	verwijzingen	ziekenhuis-opnamen	dagen in het ziekenhuis
	%	%	%
1	428	77	1450
2	628	96	1620
3	464	94	1921
4	489	89	2061
5	534	119	2497
6	373	88	1659

De beschouwing van de verschillende geneesmiddelen zal echter moeten leren of dit een juiste conclusie is.

Tabel 4



opnemen van de pil in het ziekenfondspakket. Van de ene dag op de andere wordt 40 cent per maand per ziekenfondspatiënt extra uitgegeven. In 1972 en 1973 is nog iets te zien van het getij der anticonceptie (zes maanden). Verder blijkt dat huisarts 2 na-ijlt.

Uit de morbiditeitsanalyse 1972 blijkt het aantal pilgebruiksters per 1000 ziekenfondsverzekerden uiteen te lopen. Huisarts 1, 3 en 4 schreven voor rond 140 per 1000 patiënten (totale populatie) de pil voor terwijl 2 dit slechts voor rond 100 per 1000 deed. Gelet de praktijksamenstelling, bleek 2 de pil minder voor te schrijven dan de overige huisartsen. Hierover is nogal wat gediscussieerd en het blijkt dat huisarts 2 zich eind 1973 heeft aangepast aan de norm welke de groep kennelijk hanteert.

Overigens blijkt hier hoe moeilijk het is om te zeggen of iemand te veel of te weinig voorschrijft. In onze ogen is de pil een prima contraceptivum dat op ruime schaal toepassing verdient. Maar vindt iedereen dat?

De psychofarmaca

In tabel 5 (zie volg. blz.) – het voorschrijven van minor tranquillizers – komt een geheel ander probleem naar voren. Opnieuw zal bij het proces der toetsing sprake zijn van een min of meer moraliserende benadering. Er bestaat globale overeenstemming over dat in de meeste ontwikkelde landen 10 tot 15% van de bevolking min of meer regelmatig psychofarmaca consumeert. Zelfs de 'bare foot'-doctors in China zouden in hun rugzak psychofarmaca meedragen. Het gebruik ervan is bijna synoniem met de stress in en door onze maatschappij.

Heel anders dan bij antibiotica of antirheumatica staat het slikken van een tranquillizer in het felle en meestal moraliserende licht van de maatschappijkritiek. Ook in Ommoord hebben wij ons bezig gehouden met probleemgedrag, met het verschil tussen het medische en het sociale model en met de hulpverlening voor mensen die het

niet meer zien zitten.

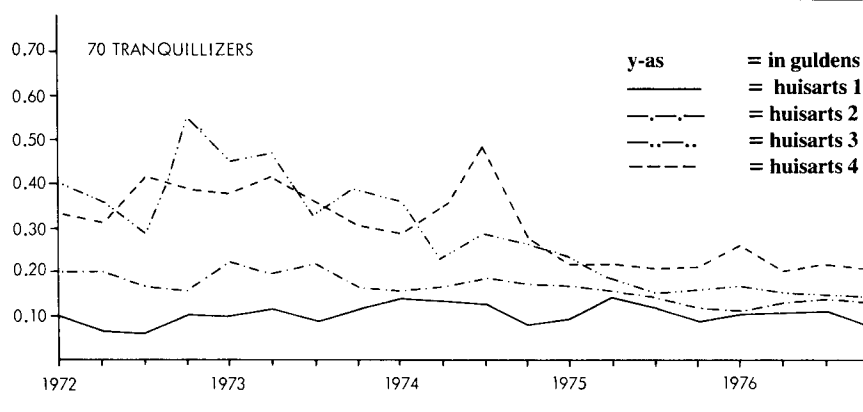
Algemeen lijkt het de opvatting te zijn dat problemen er zijn om te worden aangepakt en te worden opgelost en dat, wanneer men verdriet heeft, het slikken van een pil slechts een lapmiddel en 'daarom' verwerpelijk is.

De eerste drie registratiejaren laten zien hoe nadrukkelijk de toetsing ons waardeoordeel over het gebruik van tranquillizers aan de orde heeft gesteld. In 1972 bemerkten wij met schrik dat huisarts 3 viermaal zoveel aan tranquillizers uitgaaf als huisarts 1. In plaats van een dalende tendens bleek er bij 3 eind 1972 en begin 1973 zelfs sprake van een aanzienlijke stijging. Deze stijging kon verklaard worden door de stress welke huisarts 3 op dat moment zelf onderging.

Het is opmerkelijk dat hij eind 1973 weer op zijn oude voorschrijfniveau was teruggekeerd juist op het moment dat ook zijn eigen problemen weer aardig opgelost waren. Nu was het echter de beurt aan huisarts 4 om in het najaar van 1974 het moeilijk te krijgen. De discussie over het dienstverband met de gemeente Rotterdam lijkt in niet onbelangrijke mate door de patiënten van huisarts 4 te zijn weggeslikt. Inmiddels gelukte het huisarts 3 om onder de druk van het groepsoordeel het voorschrijven van tranquillizers geleidelijk aan te verminderen. Ook 4 komt snel weer op zijn oude niveau terug. Midden 1975 is er een bijna volmaakte uniformering in het voorschrijfgedrag tot stand gekomen. Het is nu echter de vraag in hoeverre dit juist is. Wij hebben geleidelijk aan onze moraliserende benadering ten aanzien van het gebruik van tranquillizers verlaten, vooral toen uit de evaluatie van de hulpverlening bij mensen met probleemgedrag bleek dat het effect ervan nogal tegenviel. Het merkwaardige is echter dat de grote verschillen in voorschrijfgedrag in 1972 niet los stonden van de rest van het huisarts-geneeskundig handelen.

In tabel 6 komt naar voren dat de prevalenties van verschillende psychische reactievormen en de verschillende probleemsoorten sterk uiteenlopen. Huisarts 1 blijkt de meeste omschreven leefproblemen te scoren, op deze manier zijn geringe bijdrage aan het tranquillizergebruik compenserend. Kennelijk wordt er in plaats van het voorschrijven van een tablet meer met de patiënt gepraat.

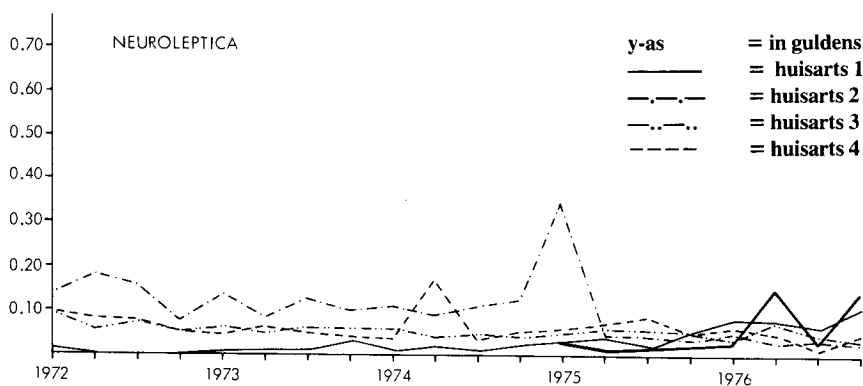
Tabel 5



Tabel 6. Prevalenties (%) van de psychische reactievormen en omschreven leefproblemen in 1972

Huisarts	'psychosen'	depressieve reactie	angstige reactie	'neurotische' reactie	neurasthene reactie surmenage	omschreven leefproblemen
1	1	17	19	12	159	366
2	11	16	3	3	98	93
3	6	9	2	56	176	133
4	5	31	9	21	149	159

Tabel 7



De neuroleptica

Met tabel 6 in de hand wordt de tabel met het neurolepticagebruik (tabel 7) interessant.

In 1972 blijkt huisarts 2 al de onbetwiste voorloper in deze sector. Het verloop van alle artsen is vrij stabiel totdat huisarts 4 in 1974 een piek maakt. De reden van deze piek is ons nooit duidelijk geworden, hij verdween voordat de groep er zich al toetsend druk over had kunnen maken. De enorme piek eind 1974-

begin 1975 bij huisarts 2 blijkt goeddeels op rekening te komen van de gang van zaken in huize Rust en Vrede. Een heel aantal bewoners van Rust en Vrede slikte neuroleptica – dat blijkt ook uit het doorzakken van de curve van 2 in 1975 en 1976 – en de hoofdzuster heeft voordat 2 zijn taak aan een nieuwe huisarts overdroeg waarschijnlijk op het komende halfjaar geanticipeerd. Daarnaast speelt ook de administratieve traagheid bij de ziekenfondsen een rol.

Dit benadrukt nog weer eens de reeks van mogelijkheden welke in de gezondheidszorg bestaan voor schijnbaar autonome consumptie. Indien er geen voortdurende toetsing is aan de hand van beschikbare informatie dan ontgaan dergelijke mechanismen ons volledig. (Deze zelfde autonomie van de hoofdverpleegster bleek ook bij nazoeken gevonden te worden in het verstrekken van taxikaarten voor het ziekenvervoer).

Tenslotte blijkt dat het zeer geringe aantal 'psychosen' (tabel 6) dat huisarts 1 in zijn praktijk vaststelt weerspiegeld wordt door een minimaal voorschrijven van neuroleptica. Dit geldt echter tot midden 1975, daarna vindt er een geleidelijke stijging in zijn praktijk plaats welke zich voortzet tot eind 1976. Deze stijging blijkt geheel op rekening te komen van de komst van een klein aantal schizofrene patiënten die continu behandeld worden met kostbare geneesmiddelen. Een tabel met het slaapmiddelengebruik wordt hier achterwege gelaten omdat deze in de loop van de jaren een constant beeld te zien geeft waarbij de variatie zich afspeelt tussen vijf cent per patiënt per maand tot vijftien cent per patiënt per maand.

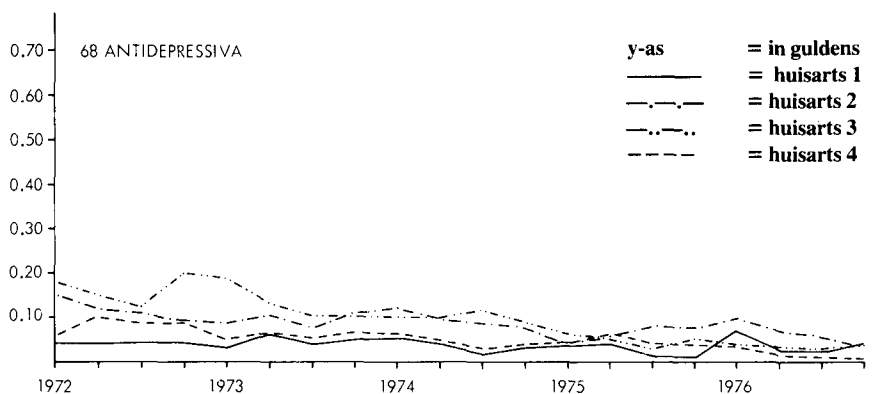
De antidepressiva

Opmerkelijker is tabel 8 met de antidepressiva. Tabel 6 heeft laten zien dat het voorkomen van depressieve reactievormen bepaald niet zeldzaam is. Alleen 3 springt er naar beneden uit terwijl hij nu juist degene is die in de eerste jaren veruit de meeste antidepressiva voorschreef. Het gebruik van antidepressiva is bij herhaling onderwerp van gesprek geweest tijdens de farmacotherapiebesprekingen. Wij zijn het er over eens dat het gebruik van antidepressiva grote zorg vereist en eigenlijk geen forse schommelingen toelaat. Het gebruik blijft stabiel en zeer beperkt, na de schommelingen in 1972 en 1973.

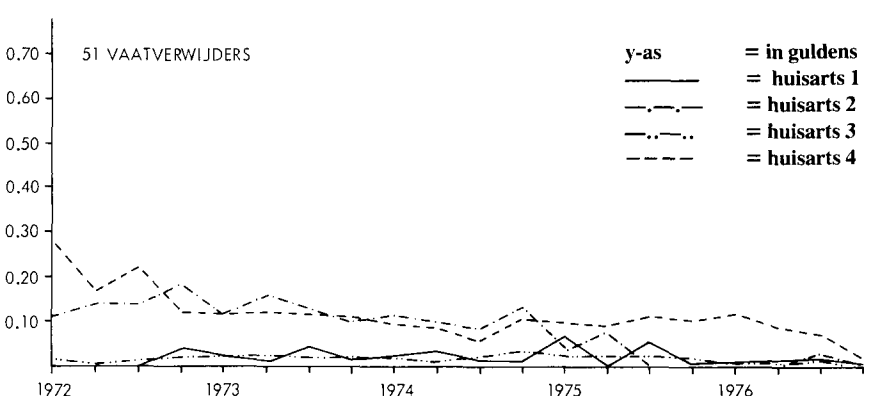
De vaatverwijders

Als er over één onderwerp van het begin af aan overeenstemming in de

Tabel 8



Tabel 9



groepspraktijk bestond dan was dit, dat het voorschrijven van vaatverwijders praktisch gesproken nimmer op rationale overwegingen kan berusten.

Huisarts 1 en 3 weerspiegelen deze opvatting in hun voorschrijfgedrag in tabel 9. Het feit dat er toch een curve te tekenen valt komt op rekening van specialistische recepten welke ook door de huisarts worden gecontinueerd.

Huisarts 2 en 4 echter blijven tot eind 1974 meer vaatverwijders voorschrijven dan met het oordeel van de groep overeenkomt. In 1975 legt 2 met het 'Rust en Vrede'-effect tenslotte het hoofd in de schoot terwijl 4 niet eerder dan eind 1976 zijn gewoonte heeft beëindigd. Het is duidelijk dat soms het 'frapper toujours' bij de toetsing van voorschrijfgedrag pas na vier of vijf jaar effect sorteert.

Cardiovasculaire middelen

De chaos, de belangenstrijd en de enorme tegenstelling in opvattingen die op het terrein van de cardiovasculaire afwijkingen bestaan vindt men in ons voorschrijfgedrag weerspiegeld.

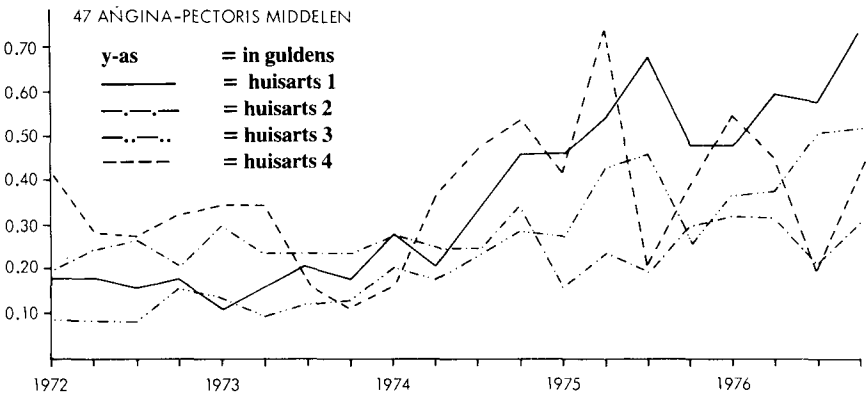
Tabel 10 (volg. blz.) – de angina pectoris-middelen – presenteert al direct veel onoverzichtelijkheid, welke in twee delen uiteen valt. In de eerste twee registratiejaren ging het eigenlijk alleen maar om het voorschrijven van prenylamine (synadrin). De apotheker wees er steeds weer op dat er voor dit middel voor ons geen goede indicaties bestaan.

Voorals huisarts 4 maakte van dit middel gebruik en bleek pas na veel discussies bereid daar vanaf te stappen zoals tabel 10 laat zien. Huisarts 3 bleek ongevoelig voor ieder argument en continueerde zijn prenylaminegebruik.

In 1973 echter begint geleidelijk aan het beta-sympaticoliticagebruik aan te zwellen. Dit aanzwellen wordt zichtbaar in tabel 10 en is des te opvallender wanneer men zich realiseert dat het prenylamine-deel van de groep angina pectoris-middelen in deze periode praktisch verdwijnt. De echte explosie vindt plaats in het voorjaar van 1974. Het is duidelijk welke gigantische kosten – oplopend tot bijna 80 cent per persoon per maand – er met dit soort geneesmiddelen is gemoeid. Evenzeer is duidelijk met hoeveel abrupte wisselingen de introductie van deze geneesmiddelen de afgelopen jaren gepaard is gegaan. Huisarts 1, die over het algemeen één van de zuinigste voorschrijvers is, past dit middel consequent toe – ook bij de behandeling van hypertensie – en zijn kosten worden wat dit betreft bijna vervijfvoudigd. Zelfs de practolol-affaire (herfst 1974) laat hem vrijwel ongemoeid. Dit laatste geldt niet voor huisarts 4 die het beta-sympaticoliticaverbruik na deze narigheden een tijdje duidelijk niet meer zag zitten. Huisarts 2 blijkt nogal traag met het introduceren van deze nieuwe middelen.

Wat is nu de moraal van het verhaal? Eind 1975 blijken de beta-sympaticolitica een zeer substantieel bestanddeel van het gehele geneesmiddelenpakket uit te maken ($\pm 15\%$). In de literatuur zijn voldoende argumenten te vinden waarmee dit verdedigd kan worden. Gelet echter de historie van de geneeskunde behoeft het ook niet te verbazen, wanneer in de komende jaren blijkt dat de ontwikkeling, welke zich de afgelopen jaren heeft voltrokken in onze groepspraktijk achteraf betreurd moet worden. In tabel 11 zijn de prevalenties van een aantal afwijkingen, zoals deze in 1972 zijn opgetekend, samengevat. De grote verschillen welke daar naar voren komen, kunnen niet volledig worden verklaard door de verschillen in praktijksamenstelling. (Overigens zijn de vier huisartspraktijken welke hier aan de orde komen relatief stabiel in de meetperiode omdat gedurende deze periode de praktijken goeddeels waren gesloten.) Vooral huisarts 4, die zich met name heeft beziggehouden met het introduceren van de elektrocardiografie in onze groep is 'coronair insufficiëntie – minded'. Ook decompensatio cordis is een

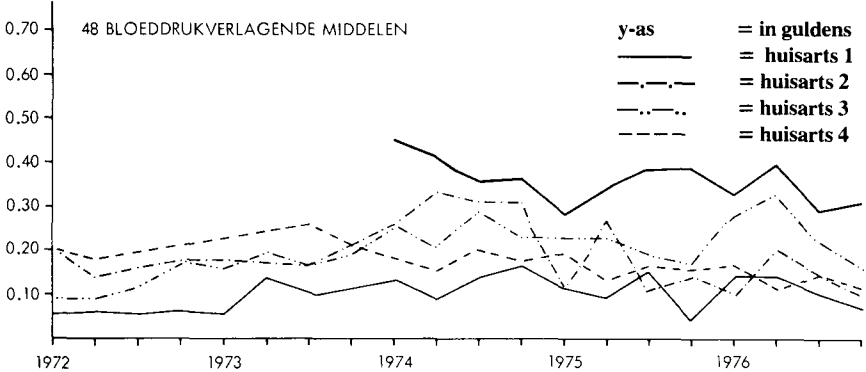
Tabel 10



Tabel 11: Prevalenties (%) in 1972

Huisarts	Coronair insufficiëntie	Hypertensie	Decompensatio cordis
1	16	17	2
2	18	45	17
3	18	25	11
4	42	47	31

Tabel 12



diagnose welke door hem relatief vaak wordt gesteld. Dat deze diagnose in de praktijk van huisarts 1 zo weinig voorkomt is natuurlijk evenzeer opvallend. Over de grote verschillen in de diagnostiek van hypertensie is de afgelopen jaren zoveel geschreven dat hier beter het zwijgen toe kan worden gedaan. Niet zwijgend is tabel 12 waarin de bloeddrukverlagende middelen (exclusief de beta-sympaticolitica en de diuretica) ten tonele zijn gevoerd. Er is sprake van een onrustig verloop dat naar

onze mening vooral moet worden verklaard als secundaire afspiegeling van primaire veranderingen in het gebruik van de angina pectoris-middelen en ook van de diuretica. De top van huisarts 2 in 1974 kan worden verklaard als zijn reactie op de bij herhaling gevoerde discussie over de betekenis van hypertensie, over het al dan niet anticiperen op deze afwijking en over de therapeutische gevolgen van één en ander. Het is opnieuw een aspect van toetsing dat op grond van de discussie,

aan de hand van vele tegenstrijdige argumenten, tenslotte voor een handelwijze wordt gekozen waarvan dan ook verwacht wordt dat de groepsleden zich er in de praktijk aan zullen houden.

In tabel 12 is ook nog de curve van één van de andere leden van de groepspraktijk ingetekend, n.l. die van huisarts 5. Deze schrijft blijvend een relatief grote hoeveelheid anti-hypertensiva voor die niet tot de groep der beta-sympaticolitica behoren. Het gaat hier vooral om alphametyldopa. Hierbij speelt met name de spreiding in het percentage bejaarden per praktijk een belangrijke rol.

De diuretica

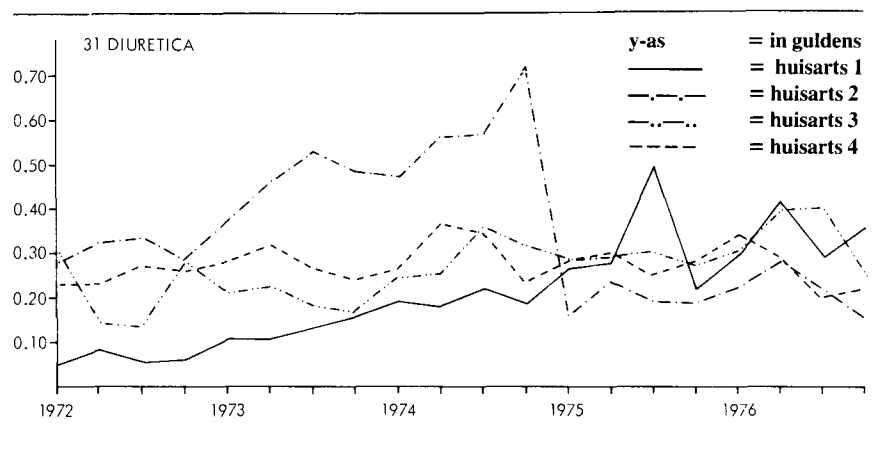
Tabel 13 geeft het diuretica-drama weer.

Huisarts 2 blijkt duur te zijn in zijn diureticagebruik, oplopend tot 50 à 60 cent per patiënt per maand. Bij meer in detail nazoeken van de declaraties van de apotheker bleek dat in 'Rust en Vrede' een beperkt aantal patiënten gebruik maakten van zeer dure diuretica (spyrolacton).

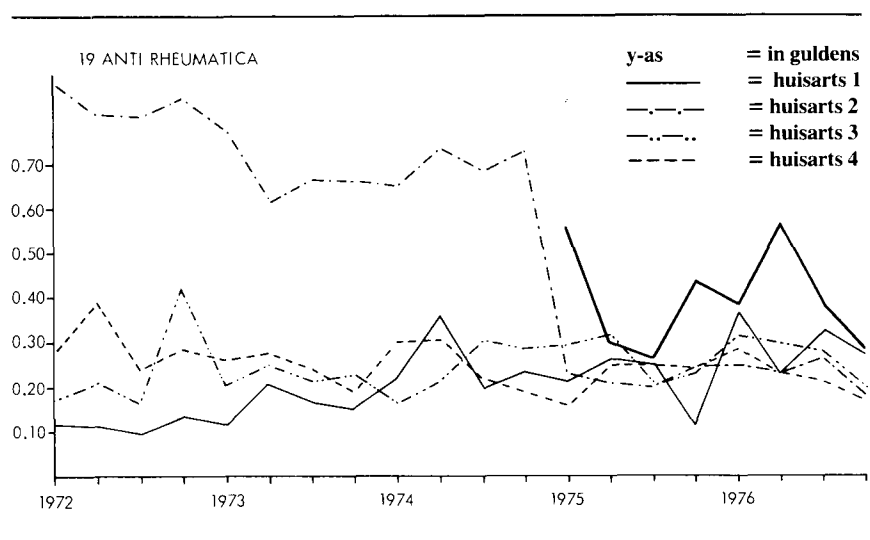
Na een anticipatietopje eind 1974 blijkt het beëindigen van de relatie met 'Rust en Vrede' tot ruim een halvering van het voorschrijfpatroon van 2 te leiden. Interessant is de top die 1 in het midden van 1975 maakte. (Overigens kunnen meerdere topjes op soortgelijke wijze worden verklaard.)

In 1975 was er een sterk offensief van verschillende farmaceutische industrieën bij de introductie van diuretica of bij het bevorderen van het gebruik daarvan. Er bestond in Ommoord al jarenlang de gewoonte om artsenbezoekers nog slechts te ontvangen samen met de apotheker en aan de hand van tevoren verstrekte informatie. In 1975 leek het erop alsof er geen kaliummijn maar een goudmijn werd aangeboord. Films, diaserie's, uitvoerige boekwerken onderstreepten alle het belang van de toepassing van andere diuretica dan wij in ieder geval tot op dat moment gewend waren te gebruiken. Huisarts 1 is tijdens de bespreking van het voorschrijfbeleid op een dwaalspoor geraakt en meende ten onrechte dat de groep geconcludeerd had over te gaan op het gebruik van in de eerste plaats triamtereen – epitizide (dytaurese).

Tabel 13



Tabel 14



Vrij consequent zette hij mensen die andere diuretica gebruikten over op dit nieuwe middel. De apotheker kwam hier snel achter en koppelde zijn informatie terug. Aan het eind van 1975 bleek het misverstand weer opgelost te zijn. *De invloed van de reclame is onmiskenbaar en bijzonder moeilijk te ontlopen.* Dat geldt ook voor de groep der anti-reumatica.

De anti-reumatica

Tabel 14 toont een aantal interessante beelden.

In de eerste drie registratiejaren valt het gigantische verschil in voorschrijfgedrag op tussen huisarts 2 en de andere huisartsen. Begin 1975 blijkt dit verschil toch op rekening te komen van een 'Rust en Vrede'-effect. Na het afstoten van het

verzorgingstehuis blijkt huisarts 2 op hetzelfde niveau voor te schrijven als de andere huisartsen. Huisarts 4 blijkt eind 1972 een zogenaamde brufen-top door te maken. Daar staat tegenover dat huisarts 3 zich in begin 1972 bij de introductie van een ander anti-reumaticum heeft laten verleiden. Interessant is ook de curve welke voor de laatste 2 jaar is ingetekend voor huisarts 7. Hij vestigde zich op 1 januari 1975 waardoor zijn zeer hoge start verklaard wordt. Het ingeschreven aantal patiënten ijlt na bij de hoeveelheid voorgeschreven geneesmiddelen. Wanneer eenmaal enige stabilisatie is verkregen blijkt hij toch een grootverbruiker van anti-reumatica te zijn. Nadat hij daar kennis van heeft genomen schroeft hij in een betrekkelijk korte periode duidelijk zijn voorschrijfgedrag wat dit betreft terug.

Tabel 15: Prevalenties (%) in 1972

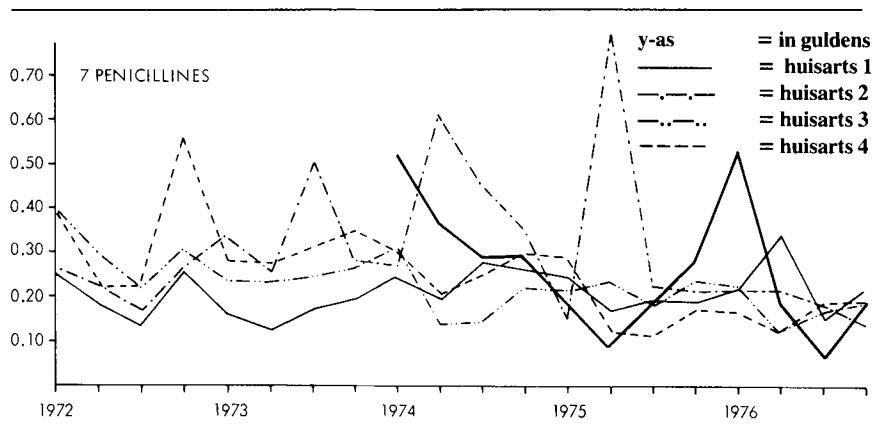
Huisarts	Reumatoïde arthritis	Perifere arthrosis
1	2	10
2	7	44
3	9	9
4	8	22

Tenslotte is in tabel 15 de diagnoseverdeling van reumatoïde arthritis en arthrose voor de vier oudste huisartsen in 1972 weergegeven. Opmerkelijk is dat 4 in dat jaar aanzienlijk meer arthrose diagnostiseert dan 3 terwijl hun voorschrijfgedrag, wat de anti-reumatica betreft sterk met elkaar overeenkomt.

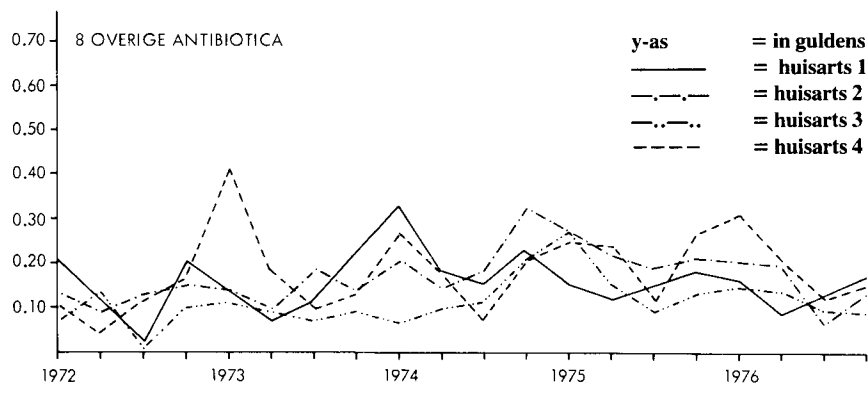
De anti-biotica

Het gebruik van anti-biotica behoort tot één van de ingewikkeldste terreinen wanneer men het voorschrijfgedrag wil toetsen. Weinig 'rationele', dat wil zeggen niet strikt klinische overwegingen spelen een grote rol. Wanneer men kijkt naar tabel 16 waarin het voorschrijven van penicillines (zowel breed- als smalspectrum) is weergegeven dan lijkt het erop dat sommige huisartsen veel strengere winters en veel meer luchtweginfecties hebben meegemaakt dan anderen. De winter van 1972 wordt duidelijk door allen meegemaakt. Midden 1973 heeft 2 in z'n eentje een piek die in 1974 en 1975 nog veel uitgesproken is en daar zelfs door een lichte neerwaartse beweging van de andere huisartsen lijkt te worden begeleid. Huisarts 1 heeft in 1976 een eenzame winter doch hij wordt daarbij iets voorafgegaan door de hier als extra huisarts ingetokende huisarts no. 5. Huisarts 5 kreeg een baby en werd door een oud-assistent vervangen. Het viel deze niet mee om juist gedurende de winter enkele maanden de praktijk van 5 te doen. In tabel 17 wordt het voorschrijven van andere anti-biotica – het gaat hier met name om de tetra-cyclines – weergegeven. Het meest opmerkelijke is de top van 4 in de winter 1972-1973 toen hij massaal overging op doxycycline. Het

Tabel 16



Tabel 17



valt op dat huisarts 1 hetzelfde doet in de winter van 1972 en van 1973 naar 1974.

Beide tabellen overziend zijn er enerzijds niet veel aanwijzingen dat beide voorschrijfvormen elkaar duidelijk substitueren en er zijn evenmin veel aanwijzingen dat de toetsing van het voorschrijfgedrag op dit punt effect heeft gehad. Eén van de effecten die wel geconstateerd zijn vindt men niet in de curve terug. Tijdens apotheekbesprekingen is herhaaldelijk de introductie van de nieuwe middelen zoals trisulfaprim (bactrimel en eusaprim) aan de orde geweest. Met de nodige moeite heeft de groepspraktijk zich verzet tegen de sterke druk welke werd uitgeoefend om deze geneesmiddelen voor te schrijven. Achteraf gezien zijn wij er redelijk gelukkig mee dat de beslissing om deze middelen niet in onze standaardreceptuur op te nemen blijkens de latere gegevens goed is opgevolgd. Wel dient opgepast te worden dat er geen 'over shoot' van

toetsing optreedt doordat nieuwe middelen blijvend en volledig tot verboden terrein worden verklaard.

Discussie

Met het toetsen van voorschrijfgedrag is een gecompliceerd verschijnsel gemoeid. Het is echter relatief gemakkelijk dit in te zien omdat er sprake is van in getal en maat uitgedrukte gegevens. Het blijkt mogelijk om een aantal duidelijk herkenbare individuele voorschrijfpatronen aan te tonen. Het blijkt eveneens mogelijk om bepaalde, als minder gewenst ervaren gewoonten na kortere of langere tijd te vervangen door een gedrag dat door de toetsende groep meer wordt gewaardeerd. Ofschoon de samenstelling van de praktijk, het morbiditeitspatroon, de omvang van het probleemgedrag en de eigen situatie van de voorschrijvende huisarts stuk voor stuk een

belangrijke invloed hebben, blijkt los daarvan het inslijpen van gewoonten belangrijk te zijn. Bij het veranderen van gewoonten kan toetsing doorslaggevend zijn. Het is echter moeilijk om uitgesproken professionele huisartsgeneeskundige oordelen niet te verwisselen met meer moralistisch gekleurde gezichtspunten. Vooral het voorschrijfgedrag bij tranquillizers laat zien dat dit een reële mogelijkheid is.

Wij komen dan ook tot een aantal conclusies:

- 1) Toetsing dient gebaseerd te zijn op duidelijk geformuleerde doelstellingen en het effect van de toetsing moet dan ook op overeenkomstige wijze meetbaar zijn.
- 2) Het is moeilijk om een onderscheid te maken tussen duidelijk wetenschappelijk gebaseerde normen en meer vanuit de conceptie, vanuit de benaderingswijze en vanuit het idealisme of zo men wil vanuit het moralisme stammende elementen. Dit is voor de huisartsgeneeskunde wezenlijk. Het is onze opvatting dat de huisartsgeneeskunde als het kruispunt tussen het geneeskundige systeem enerzijds en de maatschappij

anderzijds dient te functioneren. Op dit kruispunt vervult de huisartsgeneeskunde een culturele functie welke niet te grijpen is met elementen vanuit het pure geneeskundige begrippenkader maar waarbij ook tal van conceptuele aspecten belangrijk zijn.

- 3) Voorschrijfgedrag is één van de best toegankelijke aspecten van toetsing.
- 4) Uniformiteit kan nooit het belangrijkste doel van toetsing zijn ofschoon het er soms toe leidt. De zeer persoonlijke relatie tussen patiënten en hun huisartsen dient ook de ruimte te creëren voor een zeer persoonlijk gedrag van de huisarts binnen de grenzen van wat als goede huisartsgeneeskunde wordt beschouwd, voorzover dit overigens is omschreven. Wanneer er over deze grenzen wordt getwijfeld dan behoren de persoonlijke variaties te prevaleren.

Literatuur

Dunnell K., A. Cartwright. *Medicine takers, prescribers and hoarders.* (1972) Routledge and Kegan Paul – London.

Grimsson A, I. Idänpään – Heikkilä,

Bunde, B. Westerholm. (1977) *Nordisk Medicin* 92, 49.

Houkoff B. *Sociale farmacotherapie in Twente.* (1977) Dissertatie – Utrecht.

Jefferys M., J. H. F. Brotherston, A. Cartwright. (1960) *Brit. J. Prev. Soc. Med.* 14, 64.

Lamberts H. (1974 en 1975) *Huisarts en Wetenschap* 17, 455; 18, 7; 18, 61.

Lamberts H., N. L. Wolgast (1975) *Huisarts en Wetenschap* 18, 321.

Lancée, H. Lamberts. (1971) *Huisarts en Wetenschap* 14, 65.

Ormel J. (1976) *TNO – Project 3*, 84.

Parish P. A. (1971) *J. Roy. Coll. Gen. Practit. Supplement no. 4.*

Parish P. A., W. M. Williams, P. C. Elmes. (1973) *J. Roy. Coll. Gen. Practit. Supplement no. 2*

Prescribing in general practice. (1976) *J. Roy. Coll. Gen. Practit. Supplement no. 1.*

Self-education in general practice – Report Birmingham Research Unit. (1977) *J. Roy. Coll. Gen. Practit.* 27, 265.

Skegg D. C. G., R. Doll, J. Perry. (1977) *B. M. J.* 1, 1561.

Trethowan W. H. (1975) *B. M. J.* 3, 749.

PRAKTIJKPERIKELLEN

Wasserman-reactie

Dat onze medische terminologie nogal eens verwarring kan scheppen is genoegzaam bekend. Het volgende perikel is mogelijk een fraaie illustratie.

Onze polikliniek geslachtsziekten, in een grote stad gelegen, wordt door een bont gezelschap (gelukkig) druk bezocht. Haast specifiek wordt bij iedereen, ook al is daar geen directe aanwijzing voor, serologisch onderzoek naar lues verricht. Zowel bij het eerste onderzoek als bij de herhaling na zes weken wordt hierbij gebruik gemaakt van de Wasserman- en VDRL-reactie. Het probleem bij dit onderzoek is, ons toch wel geselecteerde en amoreus actieve patiëntenbestand te overtuigen van de noodzaak van de tweede serologische controle.

Onlangs verscheen een fors uit de kluiten gewassen recidivist die, zoals bleek, vorig jaar ook na herhaalde oproep niet van een herhaling serologisch onderzoek gediend was. Bij navraag naar de reden van zijn weigering deelde hij mede de vorige keer nauwkeurig te hebben geluisterd en zodoende tot de conclusie was gekomen: 'Ze mogen met me doen wat ze willen, maar in mijn 'Wasserman' laat ik me niet prikken'.

Niet acceptabel

Moeder verblijft tijdelijk bij mij. Ik woon buiten het gebied waarin haar ziekenfonds werkzaam is. Ter ontlasting van haar huisarts schrijf ik enige recepten uit voor medicamenten die moeder regelmatig gebruikt. Ik laat de medicijnen halen in moeders eigen apotheek. De assistente accepteert – wellicht terecht – de recepten niet als ziekenfondsreceptuur. Onder het motto: 'We krijgen het niet vergoed, de huisarts zit toch op het ogenblik en het is niet ver hier vandaan', eist zij een recept van de eigen huisarts dan wel zijn stempel op mijn recept.

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

Versterking van de eerste lijn door raadplegen van de diagnost

II: Directe contacten huisarts met radiodiagnosten, chemici en bacteriologen – een oriënterend onderzoek

In 1974 schreven wij alle radiologen, klinisch chemici en bacteriologen in ons land aan om hun meningen te peilen over diagnostiek voor de huisarts. De resultaten van dat eigen onderzoek, waarvan de gegevens dus betrekking hebben op de toestand van enige jaren terug, vatten wij hieronder kort samen.

Diagnostische radiologie

Respons. Maart 1974 verzonden wij 569 enquêteformulieren aan alle leden van de Nederlandse Vereniging voor Radiologie. In ons land werkten toen ruim 370 radiologen; van hen antwoordden er 237, een respons van circa tweederde. Van de 9 academische ziekenhuizen, elk met een röntgenafdeling onder leiding van een radioloog, en de 167 algemene ziekenhuizen met röntgenafdelingen onder leiding van een röntgenoloog (er zijn daarnaast dertig algemene ziekenhuizen waar de leiding van de röntgenafdeling bij een ander berust) antwoordden er respectievelijk 5 en 115. (De 18 categorale ziekenhuizen van de 48 met een röntgenafdeling onder leiding van een radioloog waren niet bereikbaar voor de huisarts; zij antwoordden niet.) Er kwam antwoord van 115 van de 175 door een radioloog geleide afdelingen, of wederom een respons van circa tweederde. Voorts zonden 29 (op 120) radiologen in opleiding en 38 (op 77) buitengewone leden, ereleden, radiotherapeuten of radiologen met emeritaat opmerkingen in.

Contactfrequentie. De honderd op een desbetreffende vraag antwoordende afdelingen hadden gemiddeld met rond 15 huisartsen veelvuldig contact. In de grote steden, met name

door **F. W. J. Puijlaert**



De auteur is huisarts te Sas van Gent.

Rotterdam, lag dit gemiddelde zeker op 20. Kleinere ziekenhuizen bereikten een gemiddelde van 11,7 frequente contacten. Het totale aantal huisartsen met wie de honderd röntgenafdelingen frequent contact onderhielden bedroeg 1.267; met 750 huisartsen waren er incidentele contacten. Gaan we ervan uit dat deze cijfers kunnen worden gegeneraliseerd, dan komen we voor de 175 röntgenafdelingen in ons land waarvan de leiding berust bij een radioloog en die bereikbaar zijn voor de huisarts op een frequent contact met ruim 2.200 huisartsen, incidentele contacten met ruim 1.300 huisartsen en geen contact met circa 1.000 huisartsen – dat wil zeggen ongeveer 22% gemiste contacten of in 55% van de gevallen zelden of nooit contact.

Aandeel huisarts. Van het totale werk van de Nederlandse radiologen bleek 10,6% te zijn verricht in samenwerking met of op verzoek van huisartsen. De getallen per instelling waren zeer uiteenlopend. Opvallend was het geringe percentage van de academische ziekenhuizen.

Onderzoekpakket. Veel aangevraagd

werden, in volgorde van belangrijkheid: traumatologie, maag, galblaas, wervelkolom, thorax, colon, IVP, sinus, schedel, mammografie. De meest verrichte onderzoeken leken de radiologen ook het meest geschikt als directe hulp aan de huisarts. Kennelijk heeft men in de tot nu toe bestaande samenwerking de zekerheid ingebouwd, dat specialistische onderzoeken aan anderen worden overgelaten. Hobbies of speciale interesses van huisartsen worden niet gehonoreerd als ze tot dure of tijdrovende onderzoeken leiden.

Samenwerking. Het samenwerken met huisartsen wordt wel gewaardeerd. Samenwerking werd op prijs gesteld door 92% van de respondenten, 1% oordeelde op dit punt negatief, 7% had geen mening. De radiologen met meer dan 20% werk voor de huisarts stelden unaniem samenwerking op prijs; van degenen met 10-19% werk voor de huisarts 92%; 2-9%: 97%. Wie minder dan 2% van zijn werk verrichtte op verzoek van de huisarts was slechts in 78% van de gevallen voor samenwerken geporteerd. Kortom: wie weinig of niet met huisartsen samenwerkt, is van zo'n samenwerking ook minder gediend (en vice versa?).

Wie interpreteert? In dit verband is de kennis van de huisarts belangrijk. Kan hij de uitslag evalueren? Ja, zegt 37% van de respondenten-radiologen; nee, zegt 33%; 29% laat ons in het ongewisse. Maar, zo vat een van hen het vraagstuk samen, 'de radioloog moet genoeg van zijn vak kennen om de uitslag diets te kunnen maken aan de huisarts'.

Instructie. Om de onderzoekresultaten te kunnen waarderen behoeft de huisarts duidelijk instructie. Die moet hij

vooraf ontvangen op de universiteit en als bij- en nascholing op de röntgenafdeling. Dit alles kan de radiodiagnost hem bieden; 84% van de respondenten sprak daartoe de bereidheid uit. Wel vind 72% (en 16% niet) dat tijdens de medische opleiding meer aandacht moet worden besteed aan de radiodiagnostiek. Een stage van enkele weken leek hen daartoe de aangewezen weg. Het merendeel (59%) van de antwoordende radiologen was van mening dat het in het belang van de patiënt is dat de huisarts meer onderzoek kan (laten) doen, 28% vond dat de huisarts niet frequenter hoeft aan te vragen, 13% had hierover geen uitgesproken mening.

Beschikbaarheid. De deuren van de afdeling staan voor huisartsen voldoende open, vond 91% van de respondenten; slechts 4% was hierover somber gestemd. Medewerking van de ziekenfondsen werd door 59% ondervonden, 10% ervoer juist tegenwerking.

Chemische diagnostiek

De chemische diagnostiek – onze betiteling van wat doorgaans ‘klinische chemie’ wordt genoemd – heeft drie onderdelen.

Haematologisch onderzoek (d.w.z. een volledig bloedonderzoek) doet de huisarts zelf niet, wel gedeelten ervan, zoals bezinking, haemoglobine-bepaling (Hb), eventueel een ‘leuco-diff’. Aan zulk eigen onderzoek door de huisarts kleven de nadelen van onnauwkeurigheid, tijdrovendheid en te geringe frequentie. Bloedchemisch onderzoek (nader onderzoek van het serum) wordt voor de huisarts verricht in de klinisch-chemische laboratoria van de ziekenhuizen, die echter voornamelijk intramuraal gericht zijn, alsmede in de huisartsenlaboratoria (HAL's). Een derde soort onderzoeken vindt plaats op urine en faeces.

Van de 254 ziekenhuizen in ons land anno 1974 waren er 244 met een eigen laboratorium. Op deze laboratoria zijn 3.000 huisartsen aangewezen (waar een HAL aanwezig is, worden de huisartsen verondersteld daarvan gebruik te maken). Het labje bij de huisarts thuis is thans achterhaald. Uiteraard kan men de bezinking, die zonder al te veel werk snel belangrijke informatie verschaft, en de uristix

en/of haemostix in de praktijk blijven uitvoeren.

Respons. In 1974 werden er van de 244 ziekenhuislaboratoria 180 geleid door een klinisch chemicus. Deze laboratoria bevonden zich in de 197 algemene ziekenhuizen, de 9 academische ziekenhuizen en de 48 categorale ziekenhuizen. Alleen de 180 erkende klinisch chemici-laboratoriumhoofden werden door ons aangeschreven; 120/180 diagnosten uit 80/244 laboratoria antwoordden.

Workload. Er kon een verdeling worden gemaakt in drie groepen, al naar de hoeveelheid werk die men op verzoek van huisartsen verricht: 60 diagnosten (van 44 laboratoria) deden meer dan 1% van hun werk voor huisartsen, gemiddeld 5,7%; 30 deden minder dan 1% op verzoek van huisartsen, 30 helemaal niets.

Contactfrequentie. De vraag naar de frequentie van de contacten met huisartsen in de omgeving bleek meteen de moeilijkste. Na enige rangschikking komen we op: frequent gebruik circa 35%, incidenteel gebruik circa 40%, geen contact circa 25%. De 64 laboratoria die onderzoek deden voor huisartsen konden berekenen dat zij in totaal met 725 huisartsen frequent en met 764 huisartsen incidenteel in contact stonden, alles bij elkaar dus met circa 1.500 huisartsen. Met 500 huisartsen bestond er geen contact.

Pakket. De 44 veel voor huisartsen werkende laboratoria en enkele andere waarvan duidelijke uitspraken kwamen (in totaal 50 laboratoria) meldden de volgende onderzoeken die veel door huisartsen worden aangevraagd, in volgorde van belangrijkheid: Hb, bezinking en leuco-diff, verder rode bloedbeeld, stolling (erg weinig); Bloedchemie: leverfunctie, diabetes (2x: te weinig!), nierfunctie, vetmetabolisme en cholesterol, ‘hartenzymen’, verder middenposities voor rhesus, urine, faeces. Frequent aangevraagd bleken voorts T4, reumareacties en urinezuur, pregnosticon/Paul Bunell/monosticon.

In beginsel zouden in de toekomst alle niet te specialistische onderzoeken voor aanvraag in aanmerking komen. Nog te weinig bekend, maar het meest genoemd, zijn: serumijzer, ‘hartenzymen’, vetspectrum, verder lever, nieren, glucose. Volgens de klinisch-chemici zijn de meest nuttige onderzoeken die naar ‘hartenzymen’

en vetspectrum. Juist deze onderzoeken worden het minst frequent aangevraagd. Een passend gebruik zou zijn gemaakt van onderzoeken met betrekking tot lever, nieren en glucose. Wenselijk bleken ook: eiwitspectrum, Na en K, T4, pregnosticon, monosticon, amylase. **Samenwerking.** De groep die het meeste werk voor de huisarts doet, bleek die samenwerking unaniem – soms zelfs zéér – op prijs te stellen. Ook de tweede groep, die veel minder voor de huisarts doet, bleek unaniem vóór samenwerking. Moet de huisarts in het belang van zijn patiënten meer gaan aanvragen? Ja, zeggen 65 diagnosten van 37 laboratoria (op circa 90 diagnosten van 64 laboratoria). Een betere selectie vooraf zou leiden tot een geringer aantal ‘blinde’ verwijzingen. Wel zou de interpretatie van de uitslagen adequaat dienen te geschieden. Een intensief persoonlijk contact tussen huisarts en klinisch chemicus (overleg vooraf en achteraf) blijkt voor vele diagnosten een voorwaarde.

Kennis huisarts. Wat betreft de benodigde kennis, beoordeelt 50% (!) van 90 klinisch chemici op 64 laboratoria de huidige kennis van huisartsen op klinisch-chemisch gebied als onvoldoende, al vond 25% van hen de kennis bij jongeren in het algemeen wel voldoende; 25% der diagnosten was content met de kennis van de huisarts. Menig respondent verwijst hier naar het bestaan van het ‘Laboratoriumboek voor de huisarts’ (heruitgegeven 1976). Er is nog veel te doen, met name aan de nascholing, zodat de huisarts kan vernemen hóé aan te vragen maar ook wát aan te vragen. Anderzijds dient de chemisch diagnost, wiens belangstelling nu grotendeels wordt opgeëist door technische problemen, zich te bekwamen in de medische achtergronden van het onderzoek. **Instructie.** Ten tijde van ons onderzoek gaven maar 20 van de 64 responderende laboratoria instructie aan de huisarts, 15 niet, 1 onvoldoende naar eigen mening, 28 incidenteel (klinische middagen) en ‘als men er om vraagt’ (13x !). Daar haast alle respondenten best instructie wilden doen, lijkt ook hier de bij- en nascholing dicht bij huis te bekomen. Op onze vraag aan de chemisch diagnosten of zij niet meer mede wilden bepalen welke onderzoekingen er moesten gebeuren en mede waarde wilden bepalen aan de uitkomsten van

het onderzoek, antwoordde circa driekwart van hen: ja (circa 12,5% zei nee, nog eens 12,5% was voorzichtig); Het merendeel zou dus graag bij de patiënt of toch zeker bij het probleem worden betrokken.

Nu is er het probleem, dat er officieel geen relatie bestaat tussen de klinisch chemici en de huisartsen noch tussen de klinisch chemici en welke andere artsen ook: de klinisch chemicus is geen

ziekenfondsmedewerker, d.w.z. wordt door de ziekenfondsen niet erkend. Overigens meldde ongeveer 50% der ondervraagde chemisch diagnosten goede medewerking van het ziekenfonds te ondervinden; tegenwerking ondervond ongeveer 25%. Wij zouden willen aanbevelen de huisarts de keus te laten. Per slot zijn 3.000 huisartsen met 8.000.000 patiënten op een

ziekenhuislaboratorium aangewezen . . . Anderzijds zijn de HAL's hun tijd vele jaren vooruit! Parallelprobleem: het 'prikken'. Wil men het eerste echelon versterken, dan is het van belang dat thuis liggende patiënten kunnen worden geprikt. Deze service wordt verleend door de HAL's, de ziekenhuislaboratoria krijgen er geen vergoeding voor. Je zult maar in een HAL-loze regio wonen . . .

Thuisbehandeling, een meer gerichte overdracht en een sneller ontslag uit het ziekenhuis worden door het bestaan van een prikservice bevorderd. Het lijkt daarbij de beste oplossing de prikdienst te combineren met de trombosedienst, zoals in Groningen, waar sprake is van een bijna perfect functionerende HAL. Aard aanvragen. Over de inhoud van de lijst van aanvragen waarvoor geen machtiging is vereist – een lijst die (op papier) ieder jaar wordt herzien – sprak opvallend genoeg geen enkele klinisch chemicus zich uit. Deze lijst wordt kennelijk niet als beperkend ervaren. Dit bevestigt onze indruk dat de ziekenfondsen in de praktijk een soepel standpunt innemen. (In december 1976 werd de lijst na drie jaar onderhandelen – ruim – uitgebreid.)

Enige losse opmerkingen nog, die duidelijk maken dat waar het gaat over een te gering onderling contact huisarts-chemisch diagnost, de eerste naar de opinie van de laatste zelf ook niet geheel vrijuit gaat: Maar zelden neemt een huisarts contact met de klinisch chemicus op. Klinische

demonstraties worden – helaas – door te weinig huisartsen bezocht. 'Er is geen direct contact huisarts-klinisch chemicus, terwijl dat juist van het grootste belang is.' 'Jonge huisartsen hebben voldoende kennis, maar die kan afvlakken omdat ze niet wordt toegepast.' 'Huisartsen hebben 't zo druk (vinden ze . . .) en de meesten menen het toch wel te weten.'

Microbiologie en immunologie (Bacteriologie)

De rol die wij de microbioloog-immunoloog als raadplegend diagnost willen toebedelen vervult hij reeds lang als bacterioloog. Eigenlijk is hij nog (en steeds geweest) de enige die door de huisarts 'in consult geroepen' kan worden. Een afspiegeling van zijn functie zien we in de streeklaboratoria. De weg daarheen is de huisarts bekend. Weliswaar verminderde het wettelijk verplichte contact huisarts-bacterioloog met het veranderende morbiditeitspatroon, maar de Wet bestrijding infectieziekten en opsporing ziekteoorzaken (1975) zal daarin naar verwachting verbetering brengen. Intussen groeide de bacteriologie uit tot de microbiologie (parasitologie, mycologie en virologie kwamen erbij). De microbiologie is niet slechts van belang voor de preventie en de hygiëne, maar vooral ook voor de diagnostiek van de huisarts. Naast de microbiologie ontwikkelde zich de immunologie/serologie, van belang voor preventie en diagnostiek alsmede voor het geven van therapeutische adviezen en van hulp bij het bereiden van vaccins tegen resistente stafylococcen. Wij achten de microbioloog-immunoloog aldus de meest ideale raadsman van de huisarts (én van de ziekenhuisarts uiteraard). *Respons.* Voor onze rondvraag schreven wij alle 90 bacteriologen aan. Van slechts 40 van hen kregen wij bericht terug; zij werkten op 28 laboratoria. Daar blijkt dat het de streeklaboratoria of de als depot functionerende ziekenhuislaboratoria zijn die de huisarts moeten helpen aan gegevens die hij voor het stellen van de juiste diagnose nodig heeft, vermelden we apart dat van de 19 streeklaboratoria er 12 reageerden alsmede 4 depots. Wij beschouwen dit als een respons van om en nabij

tweederde. Het zijn deze laboratoria alsook twee ziekenhuislaboratoria die reageerden, die voor ons belangrijke gedetailleerde gegevens leveren over hun contacten met huisartsen.

Contactfrequentie. Frequent contact bleek er te zijn met 950 huisartsen (circa 35%), incidenteel contact met 800 huisartsen (circa 29%), geen contact met 1.000 huisartsen (circa 36%). – N.B. Sommige respondenten gaven een schatting. – Meetellend dat circa 450 huisartsen (10%) frequent contact hebben met HAL of CAL, kan men stellen dat er in 45% van de gevallen sprake is van een frequent contact van huisartsen met microbiologen-immunologen, dat er in 29% van de gevallen incidenteel contact is en in 26% van de gevallen nooit. Kortom: 55% der huisartsen mist (bijna) elk contact met de microbiologie-immunologie.

Workload. Gemiddeld tegen de 10% van het werk werd verricht op verzoek van de huisarts.

Aard aanvragen. In volgorde van frequentie werden aangevraagd op de 19 laboratoria én de HAL Amstelveen en het CAL Utrecht: bacteriurie-onderzoek, faeceskwiek, monosticon/Paul Bunell, pregnosticon, Go.-onderzoek, rubella, lues, AST en reuma.

Samenwerking. Alle respondenten schreven samenwerking met de huisarts op prijs te stellen. Niettemin maken maar weinig huisartsen van hun diensten gebruik. Ziet de huisarts wel een diagnost in de microbioloog-immunoloog van het streeklaboratorium, zoekt hij het persoonlijke contact eigenlijk wel? Dat de patiënt is gebaat bij meer diagnostiek door de huisarts, vonden weer alle respondenten. Hun contacten met huisartsen omschreven achttien van hen als goed. Daarnaast maakten zij wel duidelijk, dat die contacten volgens hen zeldzaam zijn. Driekwart van de respondenten vond de deuren van zijn laboratorium ver genoeg open staan voor huisartsen.

Instructie. Duidelijk werd, dat de al te geringe contactfrequentie juist door de diagnosten wordt betreurd. Van hun kant zijn zij – allen – best bereid de huisarts te instrueren. Toch missen wij in de antwoorden de georganiseerde instructie van de huisarts door de microbioloog-immunoloog zelf, in het rechtstreekse contact. Na- en bijscholing, mogelijk en nodig, worden nog te weinig waargenomen.

In dit licht zijn belangrijk de suggesties een instructieklapper op te stellen, speciale cursussen te houden en/of een praktijkrubriek in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde in te richten.

Conclusie

Het voorgaande kan aan de volgende 'kapstukken' worden opgehangen:

Van de (vele) diagnostische mogelijkheden die hem ter beschikking staan maakt de huisarts een (te) gering gebruik. De diagnosten die al veel met huisartsen samenwerken staan er positief tegenover meer te worden geraadpleegd.

Wel zal met name de oudere huisarts zijn kennis dan moeten bijschaven. Hij moet immers met de door raadpleging verkregen informatie ook kunnen werken. Intensief persoonlijk contact met diagnosten is daartoe een voorwaarde. Opleiding, bij- en

nascholing zullen moeten worden aangepast. De huisarts voelt slechts behoefte aan onderzoeksmethodieken als hij erop attent is gemaakt; de universitaire opleiding moet hiervoor borg staan. Bij- en nascholing kan ter plaatse plaatsvinden!

Het verdient aanbeveling, dat van overheidswege in navolging van het 'Geneesmiddelenbulletin' een 'Diagnostisch bulletin' wordt uitgegeven, met aandacht voor radiodiagnostiek, diagnostische chemie en microbiologie-immunologie evenals voor pathologische anatomie, ECG, endoscopie en wellicht audiometrie, oogboldrukmeting en longfunctieonderzoek.

Wij beschouwen de beschikbaarheid van diagnostische faciliteiten voor de huisarts als een recht, het gebruik ervan als een noodzaak voor een goede praktijkvoering. Het gebruik van de diagnostische faciliteiten zou om zinvol en efficiënt te zijn, moeten worden tot een bewust raadplegen van diagnosten. Als *voordelen* die het raadplegen van diagnosten door de

huisarts met zich brengt zien wij een fijnere praktijkvoering voor de huisarts en een betere diagnosevorming door:

- uitbreiding van de diagnostische vaardigheden van de huisarts, met hulp van de diagnosten;
- een toenemend vertrouwen in de huisarts, die dan vaak terecht kan geruststellen, waar mogelijk gericht en sneller kan overdragen en waar nodig doelmatiger (thuis) behandelen.

Het belangrijkste lijkt ons dat door een toenemend zelfvertrouwen, vanwege een betere opleiding en een goed gebruik van diagnostische hulpmethodieken, én door een mentaliteitsverandering – in één woord: door een *herwaardering* – de huisarts weer meer zelf ter hand neemt en zijn taak als centrale figuur in de volksgezondheid waarmaakt. Hetgeen onder meer zal inhouden, dat hij pas 'verwijst' als de patiënt er beter van wordt.

UNIVERSITAIRE BERICHTEN

Gepromoveerd tot doctor in de geneeskunde:

M. G. J. Arts, aan de Rijksuniversiteit Limburg. Proefschrift: 'A mathematical model of the dynamics of the left ventricle and the coronary circulation'. Promotores: Prof. Dr. R. S. Reneman en Prof. Dr. P. C. Veenstra.

Mw. A. L. Bootsma, aan de Rijksuniversiteit Utrecht. Proefschrift: 'Stralingsgevoeligheid van spermatogoniale stamcellen in de muis'. Promotor: Dr. M. F. Kramer.

Mw. G. Bouwsma, aan de Universiteit van Amsterdam. Proefschrift: 'Spinale spieratrofie, verloop en prognose'. Promotor: Prof. Dr. J. Bethlem.

A. B. Bijnen, aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Proefschrift: 'Donor selection for renal transplantation'. Promotor: Dr. D. L. Westbroek.

F. J. ten Cate, aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Proefschrift: 'Asymmetric Septal Hypertrophy (ASH): Echocardiographic manifestations'. Promotor: Prof. P. G. Hugenholtz.

Mw. P. C. Creemers, aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Proefschrift:

Immunity against the mouse mammary tumor virus'. Promotor: Prof. Dr. D. W. van Bekkum.

M. F. W. Dubois, aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Proefschrift: 'Optokinetische oogbewegingen tijdens selectieve retinale stimulatie bij konijn en mens'. Promotor: Dr. H. Collewyn.

E. Doornenbal, aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Proefschrift: 'Zelfontmoeting en vervreemding'. Promotor: Prof. Dr. C. J. B. J. Trimbos.

E. Engelsman, aan de Universiteit van Amsterdam. Proefschrift: 'Oestrogeen receptoren en hormonale behandeling van mammacarcinoom'. Promotor: Prof. Dr. F. J. Cleton.

J. A. Grootegoed, aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Proefschrift: 'Hormones and the control of biochemical processes in spermatogenesis'. Promotor: Prof. Dr. H. J. van der Molen.

A. H. van Hattum, aan de Universiteit van Amsterdam. Proefschrift: 'Wondgenezing in de galwegen; experimenteel onderzoek'. Promotores: Prof. Dr. P. J. Kloppe en Prof. Dr. J. James.

C. van Hardeveld, aan de Rijksuniversiteit

Leiden. Proefschrift: 'Thyroid hormone interactions with skeletal muscle of the rat'. Promotor: Prof. Dr. A. A. H. Kassenaar.

P. van Hoogdalem, aan de Rijksuniversiteit Groningen. Proefschrift: 'Saralasin'. De invloed van een angiotensine II-analoog op de bloeddruk, het renine-angiotensine-aldosteron-systeem en de nierfunctie van patiënten met verschillende vormen van hypertensie.

J. H. Kingma, aan de Rijksuniversiteit Groningen. Proefschrift: 'Process of development of a new antiarrhythmic drug, the aminosteroid org 6001'. Promotor: Dr. H. Wesseling.

J. Koning, aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Proefschrift: 'De behandeling van leverletsels met isobutyl-2-cyanoacrylaat'. Promotor: Prof. Dr. G. den Otter.

Mw. J. Kreuning, aan de Rijksuniversiteit Leiden. Proefschrift: 'Chronic non-specific duodenitis: a clinical and histopathological study'. Promotor: Prof. Dr. A. J. Ch. Haex.

Raad van State spreekt zich uit over apotheekvergunning

Rechtspositie apotheekhoudende huisartsen verzwakt

De vraag of een voor onbepaalde tijd verleende vergunning aan een huisarts om een eigen apotheek te voeren kan worden ingetrokken is in een recente uitspraak in het kader van de AROB door de Afdeling rechtspraak van de Raad van State bevestigend beantwoord. In eerste instantie was deze beslissing genomen door de Provinciale Commissie voor Gebiedsaanwijzing op grond van artikel 6 lid 4 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, waarin staat dat een vergunning voor onbepaalde tijd verleend kan worden ingetrokken wanneer de grond voor de verlening is vervallen. Het betrof een drietal huisartsen waarvan er twee waren gevestigd in een plaats waar zich sinds kort een apotheker had gevestigd. Vanaf de inwerkingtreding van de wet heeft het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne zich op het standpunt gesteld dat met het oog op de rechtszekerheid van de betrokken arts de toepassing van dat artikel – er staat 'kan' en niet 'zal' – ongewenst is. Deze opvatting steunde op een schrijven van de directeur-generaal dd. 30 oktober 1968, waarin nadrukkelijk wordt gesteld dat een voor onbepaalde tijd verleende vergunning niet wordt ingetrokken indien zich een apotheker vestigt binnen het in de vergunning aangewezen gebied van de arts en een brief van de toenmalige staatssecretaris dd. 29 mei 1964. Kennelijk is de vorige staatssecretaris, de heer Hendriks, van opvatting veranderd, waarschijnlijk op grond van het toenemend aantal afstuderende apothekers. In de praktijk betekent dit dat de rechtspositie van ruim 500 apotheekhoudende huisartsen aanmerkelijk is verzwakt.

Aldus een MC-commentaar in het nummer van 28 juli jl. naar aanleiding van de uitspraak van de Raad van State, Afdeling rechtspraak, die hier integraal wordt gereproduceerd.

Uitspraak in het geschil tussen: M. A. Berntsen te Huissen (appellant), vertegenwoordigd door Mr. C. M. G. Vermeulen (advocaat te Zwolle) en de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (verweerder), vertegenwoordigd door Jhr. Mr. J. A. E. van der Does (advocaat te 's-Gravenhage).

Bij besluit van 2 december 1975 heeft de Commissie voor gebiedsaanwijzing in de provincie Gelderland de op 29 december 1966 aan appellant voor onbepaalde tijd verleende vergunning tot uitoefening van de artsenijsbereidkunst in de gemeente Huissen alsmede in de gemeente Bemmelen, voor zoveel betreft de dorpskern van Angeren en de straten, die uitwegen op het gedeelte van de Bergerdensestraat, dat de gemeentegrens vormt van Huissen met Bemmelen, met ingang van 1 januari 1977 ingetrokken.

Tegen deze beslissing heeft appellant bij schrijven van 4 februari 1976 beroep op grond van artikel 6, zesde lid, van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening ingesteld bij verweerder.

Bij besluit van 19 april 1977 heeft verweerder dit beroep ongegrond verklaard. Tevens heeft hij daarbij besloten de beslissing van de commissie in diër voege te wijzigen, dat de aan appellant verleende vergunning met ingang van 1 november 1977 wordt ingetrokken.

Verweerder heeft dit besluit doen steunen op de volgende overwegingen:

dat blijkens artikel 6, eerste lid, eerste volzin, en vierde lid, van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening het stelsel van die wet inhoudt dat binnen een gebied, gevormd door gemeenten als bedoeld in het

eerste lid, eerste volzin, van dat artikel de uitoefening van de artsenijsbereidkunst in beginsel is voorbehouden aan de apotheker, op welk beginsel slechts een uitzondering kan worden gemaakt indien het belang van de geneesmiddelenvoorziening zulks noodzakelijk maakt;

dat de commissie bij haar beslissing van 29 december 1966, ondanks het feit dat de afstand tussen Huissen en de dichtstbijzijnde apotheek in Arnhem-Zuid slechts 4 à 4½ km bedraagt, aan appellant voor onbepaalde tijd vergunning heeft verleend tot uitoefening der artsenijsbereidkunst in de gemeente Huissen en in de gemeente Bemmelen voor zover betreft de dorpskern van Angeren en de straten, die uitwegen op het gedeelte van de Bergerdensestraat, dat de gemeentegrens vormt van Huissen met Bemmelen, omdat de apotheker te Arnhem-Zuid de voor de farmaceutische verzorging van de patiënten van appellant benodigde outillage miste en bovendien de weg tussen Huissen en Arnhem-Zuid gevaarlijk was voor fietsers en bromfietzers;

dat ingevolge artikel 6, vierde lid, laatste volzin, van voornoemde wet een commissie voor gebiedsaanwijzing de bevoegdheid heeft een door haar voor onbepaalde tijd verleende vergunning in te trekken, indien de grond voor de verlening ervan is vervallen;

dat, nu zich met ingang van 13 januari 1975 een apotheker gevestigd heeft in de onmiddellijke nabijheid van het praktijkhuis van appellant, de geneesmiddelenvoorziening van de patiënten van appellant thans door die apotheker in ieder geval gewaarborgd is;

dat, gelet op het vorenstaande, de commissie terecht heeft geoordeeld dat de grond voor de verlening van voornoemde vergunning is komen te vervallen en zij derhalve op basis van artikel 6, vierde lid, laatste volzin, van genoemde wet de

vergunning kon intrekken;

dat, gelet op voornoemd beginsel en het bepaalde in artikel 6, vierde lid, laatste volzin, van voornoemde wet, er geen sprake is van een onjuiste interpretatie van die wet, zoals door appellant in zijn beroepschrift is aangevoerd;

dat financiële belangen in beginsel buiten beschouwing dienen te blijven en zeker, indien, zoals in het onderhavige geval, de omvang van de geneeskundige praktijk (ongeveer 4.000 patiënten) groter is dan die van de gemiddelde huisartsenpraktijk en door de apotheker aan appellant een bedrag is aangeboden dat 20% uitgaat boven het bedrag dat ingevolge de zogenaamde Baco-overeenkomst – inhoudende een vergoedingsregeling met betrekking tot de goodwill van de farmaceutische praktijk en de overname van geneesmiddelen – aan een geneeskundige pleegt te worden vergoed.

Tegen dit besluit heeft appellant bij schrijven van 17 mei 1977, ingekomen bij de Raad van State op 18 mei 1977, beroep op grond van de Wet administratieve rechtspraak overheidsbeschikkingen ingesteld bij de Afdeling rechtspraak van de Raad van State. Appellant voert daarbij aan:

De kernvraag in het onderhavige geschil is de navolgende: kan casu quo behoort de vergunning om de artsenijsbereidkunst uit te oefenen die – krachtens het bepaalde in artikel 6, vierde lid, van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening – aan appellant, een in een niet apothekrijp verklaard gebied gevestigde arts, voor onbepaalde tijd is verleend, te worden ingetrokken, nu zich na het tijdstip van vestiging van appellant en van de verlening van de vergunning voor onbepaalde tijd een apotheker heeft gevestigd in het gebied waarvoor aan appellant vergunning is verleend?

De Commissie voor gebiedsaanwijzing in de provincie Gelderland en de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne beantwoorden deze vraag bevestigend en appellant ontkennend.

Het onderhavige geschil is een principieel geschil, met name omdat de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne in zijn te dezen bestreden beschikking terugkomt op de visie die het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne voordien als juist en rechtvaardig huldigde.

Vanaf de inwerkingtreding van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening heeft het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne zich op het standpunt gesteld, dat – hoewel artikel 6, vierde lid, van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening de mogelijkheid tot intrekking van een voor

onbepaalde tijd verleende vergunning biedt indien de grond voor de verlening is vervallen – toepassing van die bepaling in het geval dat zich een apotheker vestigt binnen het in de vergunning aangewezen gebied, met het oog op de rechtszekerheid van de betrokken arts ongewenst is en achterwege behoort te blijven. Blijkens de beschikking van 19 april 1977 is het ministerie thans van opvatting veranderd.

In het systeem van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening is in de eerste plaats de apotheker en in de tweede plaats in een aantal gevallen de apothekhoudend geneeskundige aangewezen als degene die met uitsluiting van anderen bevoegd is om de artsenijsbereidkunst uit te oefenen.

Om de geneesmiddelenvoorziening voor de bevolking te verzekeren is de functie van de apothekhoudend geneeskundige een noodzakelijk complement van die van apothekers.

Het in de artikelen 6 en 7 van de wet neergelegde systeem kan aldus worden samengevat:

a. Op grond van artikel 6 van de wet kan onderscheid gemaakt worden tussen:

1. gemeenten, waarin een apotheker is gevestigd, de zogenaamde A-gemeenten;
2. gemeenten grenzend aan A-gemeenten, de zogenaamde B-gemeenten; en
3. overige gemeenten, de zogenaamde C-gemeenten.

b. Een arts die zich vestigt in een C-gemeente is van rechtswege bevoegd de artsenijsbereidkunst uit te oefenen voor elk gebied liggende buiten een A- of B-gemeente.

c. Bij vestiging in een A- of B-gemeente is de geneeskundige bevoegd de artsenijsbereidkunst uit te oefenen indien hem een daartoe strekkende vergunning is verleend.

d. Volgens artikel 7 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening is de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne bevoegd B- of C-gemeenten dan wel gedeelten van A-, B- of C-gemeenten waar geen apotheker is gevestigd aan te wijzen als een zogenaamd apothekrijp verklaard gebied, dat is een gebied waar geneeskundigen die zich na de datum van de aanwijzing daarin vestigen de bevoegdheid tot uitoefening van de artsenijsbereidkunst (van rechtswege of krachtens vergunning) slechts hebben zolang in dat gebied geen apotheker is gevestigd.

e. Voor aanwijzing tot apothekrijp verklaard gebied komen in aanmerking gebieden waar de geneesmiddelenvoorziening door een apotheker mogelijk wordt geacht, doch

waar geen apotheker is gevestigd en de geneesmiddelenvoorziening is overgelaten aan apothekhoudend geneeskundigen.

De geneeskundigen die in het wettelijk systeem in een aantal gevallen een noodzakelijke complementaire functie hebben op het gebied van de geneesmiddelenvoorziening mogen er aanspraak op maken, dat er zekerheid is omtrent hun rechtspositie.

Deze rechtszekerheid is in de wet voorzien, blijkens de wetsgeschiedenis door de wetgever beoogd en door het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne bij de uitvoering van het op de wet gebaseerde beleid tot aan de te dezen bestreden beschikking, bewaakt en gewaarborgd.

Het waarborgen van deze rechtszekerheid brengt met name mee, dat een geneeskundige aan wie voor onbepaalde tijd vergunning is verleend en die op het tijdstip van apothekrijpverklaring krachtens artikel 7, eerste lid, van de wet reeds binnen dat gebied is gevestigd, zijn bevoegdheid tot uitoefening van de artsenijsbereidkunst behoudt zolang hij daarvan gebruik blijft maken, ook wanneer zich in dat gebied een apotheker vestigt. Krachtens artikel 7, tweede lid, kan in zodanig geval een dergelijke vergunning niet worden ingetrokken, behoort althans intrekking niet plaats te vinden.

In dit wettelijk systeem past het en behoort het zo te zijn, dat een arts die zich vestigt in een niet apothekrijp verklaarde A- of zoals in casu B-gemeente buiten het verzorgingsgebied van een bestaande apothek dezelfde rechtszekerheid wordt geboden en wel de zekerheid dat hij erop mag rekenen dat hij de voor onbepaalde tijd gegeven bevoegdheid behoudt om de artsenijsbereidkunst uit te oefenen zolang hij in de betreffende gemeente gevestigd blijft. In zodanig geval behoort intrekking van een voor onbepaalde tijd verleende vergunning – ook al is zulks krachtens artikel 6, vierde lid, van de wet formeel mogelijk wanneer zich een apotheker vestigt en het behoud van de vergunning vanuit een oogpunt van de geneesmiddelenvoorziening dus niet noodzakelijk is – niet plaats te vinden.

In dit verband zij erop gewezen, dat intrekking van de vergunning geen plicht is doch slechts een bevoegdheid voor de betrokken commissie voor gebiedsaanwijzing casu quo de minister van Volkhuysvesting en Milieuhygiëne oordelende in administratief beroep.

Appellant is derhalve van oordeel dat:

- a. de beschikking van de staatssecretaris in strijd is met de wet en/of
- b. de staatssecretaris bij afweging van de

betrokken belangen, te weten het belang dat de geneesmiddelenvoorziening in beginsel wordt overgelaten aan een apotheker enerzijds en het belang van de rechtszekerheid van appellant anderzijds, in redelijkheid niet tot deze beslissing had kunnen komen en/of

c. de beschikking van de staatssecretaris in strijd is met de in het algemeen rechtsbewustzijn levende beginselen van behoorlijk bestuur, meer in het bijzonder de beginselen van gelijkheid, de rechtszekerheid en het opgewekte vertrouwen en/of

d. de beschikking niet althans onvoldoende is gemotiveerd, omdat de door de staatssecretaris gegeven motivering de beslissing niet kan dragen.

Tevens heeft appellant bij schrijven van 17 mei 1977 de voorzitter van de Afdeling rechtspraak verzocht het voornoemde besluit van 19 april 1977 te schorsen, daarbij toepassing gevend aan artikel 80 van de Wet op de Raad van State.

Bij beschikking van 28 september 1977 heeft de voorzitter van de Afdeling rechtspraak van de Raad van State het besluit van verweerder van 19 april 1977 en de beslissing van de Commissie voor gebiedsaanwijzing in de provincie Gelderland van 2 december 1975 geschorst.

Desgevraagd heeft verweerder op 28 november 1977 een verweerschrift ingediend.

Op 31 januari 1978 hebben appellant en de Landelijke Huisartsen Vereniging memories ingezonden.

Het geschil is op 6 juni 1978 behandeld in een openbare vergadering van de Afdeling, waarin appellant en verweerder, bij monde van hun vertegenwoordigers, hun standpunten nader hebben uiteengezet. Voorts zijn ter zitting als belanghebbende gehoord de vertegenwoordiger van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Pharmacie, Mr. E. J. Dommering, de vertegenwoordiger van de Commissie voor gebiedsaanwijzing in de provincie Gelderland, R. Kniestedt, en de vertegenwoordiger van de Landelijke Huisartsen Vereniging, Mr. C. M. G. Vermeulen.

In rechte:

Ingevolge artikel 6, eerste lid, van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening is de tot uitoefening der geneeskundige praktijk bevoegde geneeskundige, behoudens het bepaalde in het tweede en vierde lid en het bepaalde in artikel 7, eerste lid, daarnevens bevoegd tot uitoefening der artsenijsbereidkunst in een uitsluitend aan hem toebehorende apotheek ten behoeve

van de tot zijn geneeskundige praktijk behorende personen, indien zijn vestiging niet geschiedt in een gemeente waar een apotheker is gevestigd of in één der aan zodanige gemeente grenzende gemeenten. Deze bevoegdheid geldt voor elk gebied liggende buiten de gemeenten, waar een apotheker gevestigd is op het tijdstip dat de geneeskundige zich vestigt en de aan zodanige gemeenten grenzende gemeenten. Krachtens artikel 6, vierde lid, van deze wet zijn de commissies voor gebiedsaanwijzing genoemd in artikel 28, eerste lid, elk voor haar gebied bevoegd in geval van vestiging van een geneeskundige binnen een als in het eerste lid bedoelde gemeente – waar een apotheker is gevestigd of welke grenst aan een zodanige gemeente – op diens verzoek een vergunning te verlenen tot uitoefening van de artsenijsbereidkunst in de gemeenten of gedeelten van gemeenten welke in de vergunning zijn aangewezen, indien voormelde commissies dit in het belang van de geneesmiddelenvoorziening noodzakelijk oordelen. Deze vergunning kan voor bepaalde of onbepaalde tijd worden verleend.

Artikel 6, vierde lid, bepaalt voorts dat de voor onbepaalde tijd verleende vergunning kan worden ingetrokken, wanneer de grond voor de verlening ervan is vervallen.

Appellant heeft zich met ingang van 1 september 1966 als arts gevestigd in de gemeente Huissen, in welke gemeente op dat tijdstip geen apotheker was gevestigd doch welke gemeente grenst aan de gemeente Arnhem waar wel een apotheker was gevestigd.

Aan appellant is bij besluit van 29 december 1966 door de Commissie voor gebiedsaanwijzing in de provincie Gelderland voor onbepaalde tijd een vergunning verleend, als bedoeld in artikel 6, vierde lid, voornoemd, geldend voor de gemeente Huissen en de in genoemd besluit aangegeven gedeelten van de gemeente Bemmelen.

Met ingang van 13 januari 1975 heeft zich in de gemeente Huissen een apotheker gevestigd. In verband hiermede heeft evengenoemde commissie de aan appellant verleende vergunning met toepassing van artikel 6, vierde lid, voornoemd, ingetrokken.

Appellant stelt in de eerste plaats, dat het bestreden besluit is genomen in strijd met de wet.

Appellant heeft in dit verband uiteengezet, dat uit het systeem van de wet en de geschiedenis van haar totstandkoming blijkt dat de in artikel 6, vierde lid, vervatte bevoegdheid tot intrekking van een voor onbepaalde tijd verleende vergunning niet is bedoeld voor een geval als het onderhavige, waarin zich een apotheker vestigt in een gebied waarin reeds een arts krachtens vergunning bevoegd is tot uitoefening van de artsenijsbereidkunst. Appellant heeft gewezen op de

rechtszekerheid die de wet de apotheekhoudend arts blijkens haar bepalingen en de geschiedenis van haar totstandkoming heeft willen bieden, zoals onder meer tot uitdrukking komt in het in artikel 7 van de wet neergelegde stelsel van de zogenaamde apotheekrijpverklaring.

Hieruit blijkt, aldus appellant, dat het de bedoeling van de wetgever is geweest dat in geval van een latere vestiging van een apotheker in een gebied waar een arts van rechtswege of krachtens vergunning bevoegd is tot uitoefening van de artsenijsbereidkunst, deze bevoegdheid onverlet dient te worden gelaten, behoudens het in artikel 7, eerste lid, voorziene geval. De omstandigheid dat zich inmiddels in Huissen, ten aanzien van welke gemeente geen aanwijzing geldt als bedoeld in artikel 7, eerste lid, een apotheker heeft gevestigd, zou derhalve geen grond kunnen opleveren voor intrekking van de aan appellant verleende vergunning.

Met een beroep op de wetsgeschiedenis acht appellant zodanige grond slechts aanwezig indien de plaatselijke omstandigheden welke destijds tot verlening van de vergunning hebben geleid zich hebben gewijzigd. Aan appellant is destijds vergunning verleend omdat de in Arnhem-Zuid gevestigde apotheker de outillage miste om ook de patiënten van appellant van geneesmiddelen te voorzien en omdat de weg tussen Huissen en Arnhem-Zuid gevaarlijk was voor fietsers en bromfietzers. Slechts indien deze omstandigheden zich in die zin zouden wijzigen dat de bereikbaarheid van vorenbedoelde, bestaande apotheek wordt verbeterd, zou er, aldus appellant, grond zijn om de aan hem verleende vergunning in te trekken. Op dit punt is evenwel geen wijziging opgetreden.

Met betrekking tot het vorenstaande overweegt de afdeling het volgende:

Uit de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening en de geschiedenis van haar totstandkoming blijkt, dat aan deze wet de doelstelling ten grondslag ligt dat de geneesmiddelenvoorziening, in het belang van de volksgezondheid, in de eerste plaats en bij voorkeur door een apotheker dient te geschieden. Voorts blijkt uit de wetsgeschiedenis, dat is beoogd de arts een aanvullende taak op het gebied van de geneesmiddelenvoorziening toe te kennen, en wel in die gevallen waarin die voorziening door een apotheker niet of onvoldoende is gewaarborgd. Met het oog hierop is artikel 6, vierde lid, in de wet opgenomen.

Als grond voor verlening van een vergunning aan een arts tot uitoefening van de artsenijsbereidkunst noemt artikel 6, vierde lid, het belang van de geneesmiddelenvoorziening. De vergunning kan volgens artikel 6, vierde

lid, worden ingetrokken indien de grond voor verlening ervan – het belang van de geneesmiddelenvoorziening – is vervallen. Tussen partijen geldt als niet of onvoldoende betwist, dat in het onderhavige geval de grond voor verlening van de vergunning met de vestiging van een apotheek in de gemeente Huissen is vervallen.

Zowel uit de tekst van de wet, als uit de geschiedenis van haar totstandkoming, waarin op dit punt geen voorbehoud is gemaakt, blijkt naar het oordeel van de afdeling dat deze vestiging van een apotheek grond kan opleveren voor intrekking van de vergunning krachtens artikel 6, vierde lid. Ook valt uit de in artikel 7 van de wet genoemde mogelijkheid van apotheekrijpverklaring en de daarvoor in de wetgeschiedenis gegeven motivering niet af te leiden dat met het opnemen van dit artikel is beoogd uitsluitend langs deze weg de doelstelling van de wet – de geneesmiddelenvoorziening in de eerste plaats en bij voorkeur te doen geschieden door een apotheek – te verwezenlijken en daarmee de bevoegdheid tot intrekking van een vergunning te beperken in de door appellant bedoelde zin.

Bij de behandeling van het ontwerp van deze wet is weliswaar tot uitdrukking gebracht dat in verband met de rechtszekerheid rekening moet worden gehouden met de positie van de apotheekhoudende arts, doch hieruit kan naar het oordeel van de afdeling niet worden afgeleid dat bedoeld is aan deze rechtszekerheid een zodanige prioriteit toe te kennen dat de verwezenlijking van de doelstelling van de wet, waartoe de mogelijkheid van intrekking van een vergunning op grond van artikel 6, vierde lid, een middel vormt, in een geval als het onderhavige hiervoor zou moeten wijken. Daarbij dient voorts in aanmerking te worden genomen, dat bij hetgeen met betrekking tot voornoemde rechtszekerheid naar voren is gebracht bij de behandeling van het wetsontwerp is uitgegaan van het aanvankelijk in artikel 6 neergelegde stelsel, hetwelk onder andere inhield dat het gebied binnen een straal van 5 km van een apotheek gerekend werd tot het verzorgingsgebied daarvan, waarbinnen een arts voor de uitoefening van de artsenijsbereidkunst vergunningplichtig was.

Het thans in artikel 6, eerste lid, vervatte stelsel brengt met zich, dat op ruimere schaal vergunningen worden verleend dan het geval zou zijn geweest bij toepassing van het aanvankelijk voorgestelde artikel 6. In verhouding tot dit laatste stelsel betekent het huidige stelsel bovendien, dat de kans op vestiging van een apotheek in een gebied waarvoor een vergunning is vereist aanmerkelijk is vergroot.

De afdeling ziet voorts niet in, dat wanneer de bevoegdheid tot intrekking van een vergunning slechts zou zijn beperkt tot de door appellant bedoelde gevallen, het

gebruik maken van die bevoegdheid in mindere mate een inbreuk zou betekenen op de rechtszekerheid van de betrokken arts dan een intrekking welke het gevolg is van de vestiging van een apotheek. In verband met het vorenstaande verwerpt de afdeling de opvatting dat de intrekking van een vergunning welke heeft plaatsgevonden omdat in verband met de vestiging van een apotheek de grond voor verlening daarvan is vervallen, ofschoon in overeenstemming met de duidelijke bewoordingen van artikel 6, vierde lid, niettemin op grond van de wetgeschiedenis daarmee in strijd zou moeten worden geacht.

De afdeling zal vervolgens nagaan of verweerder bij het nemen van dit besluit enig algemeen beginsel van behoorlijk bestuur heeft geschonden. Aansluitend aan zijn voorgaande stelling heeft appellant aangevoerd, dat het bestreden besluit is genomen in strijd met het beginsel dat opgewekte verwachtingen dienen te worden geëerbiedigd.

Appellant heeft erop gewezen, dat de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne tot op heden steeds het beleid heeft voorgestaan dat de latere vestiging van een apotheek in een gebied waarin een arts van rechtswege of krachtens vergunning bevoegd is tot uitoefening van de artsenijsbereidkunst, buiten het geval genoemd in artikel 7, eerste lid, van de wet, geen invloed behoort te hebben op de bevoegdheid van de apotheekhoudend arts.

Dit beleid is kenbaar gemaakt in een schrijven van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid van 29

mei 1964, gericht aan de voorzitter van de Centrale Adviescommissie voor gebiedsaanwijzing te 's-Gravenhage, alsmede in een schrijven van de directeur-generaal van de Volksgezondheid van 30 oktober 1968, gericht aan de voorzitters van de Commissies voor gebiedsaanwijzing in de provincies.

Appellant is, naar hij stelt, op grond van deze brieven er steeds van uitgegaan dat de hem verleende vergunning niet zou worden ingetrokken indien zich in de gemeente Huissen een apotheek zou vestigen.

De afdeling overweegt dienaangaande, dat het gestelde in voornoemde brieven was gegrond op de situatie welke zich destijds voordeed met betrekking tot de geneesmiddelenvoorziening ten gevolge van de schaarste aan apothekers. Inmiddels is deze situatie in dier voege gewijzigd, dat thans in ruime mate apothekers beschikbaar zijn die de geneesmiddelenvoorziening ter hand kunnen nemen.

Bovendien is het gestelde in voornoemde brieven binnen de commissies voor gebiedsaanwijzing steeds een punt van discussie geweest en hebben verschillende commissies een tegengestelde opvatting kenbaar gemaakt.

Ofschoon het in voornoemde brieven omschreven beleid bij appellant de verwachting kan hebben gewekt dat de hem verleende vergunning niet zou worden ingetrokken in geval van vestiging van een apotheek, is de afdeling van oordeel dat verweerder er op grond van voornoemde ontwikkeling in redelijkheid toe heeft kunnen komen aan het zwaarwegende belang van een goede

Nieuwe stempelbanden Medisch Contact 1977

Het wordt weer tijd de boekbinder in te schakelen, want de nieuwe stempelbanden voor Medisch Contact 1977 zijn inmiddels beschikbaar. Evenals vorig jaar kan de jaargang 1977 worden gebundeld in twee delen. Daarvoor zijn twee banden nodig, waarbij ervan wordt uitgegaan dat dan tevoren de advertentiepagina's uit de losse nummers zijn gescheurd.

Deze stempelbanden MC 1977 I en MC 1977 II, wederom uitgevoerd in linnen met goud-opdruk, kunnen worden besteld door overmaking van f 30,— per jaar (incl. BTW) per postgiro op rekeningnummer 5 80 83 van de KNMG onder vermelding van 'Stempelbanden MC 1976'.



geneesmiddelenvoorziening, hetwelk ermee wordt gediend dat deze voorziening geschiedt door apothekers, een overwegende betekenis toe te kennen en in verband daarmee een toepassing te geven aan artikel 6, vierde lid, voornoemd, welke afwijkt van het in 1964 en 1968 voorgestane beleid.

Voorts dient in aanmerking te worden genomen, dat aan appellant door de in de gemeente Huissen gevestigde apotheker een vergoeding zal worden geboden op de voet van de tussen de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Pharmacie en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst gesloten zogenaamde Baco-overeenkomst voor de overname van de apothekerspraktijk van appellant.

Genoemde apotheker is zelfs bereid gebleken het daarvoor normaal geldende bedrag te verhogen. Ter zitting is van de zijde van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Pharmacie, welke als belanghebbende is gehoord, naar voren gebracht dat deze erop zal toezien dat de overname door de betrokken apotheker overeenkomstig de Baco-overeenkomst ten uitvoer zal worden gebracht.

In verband met het vorenstaande ziet de afdeling geen grond voor vernietiging van het bestreden besluit in verband met het algemeen beginsel van behoorlijk bestuur, dat opgewekte verwachtingen dienen te worden geëerbiedigd.

De afdeling is op grond van het vorenstaande tevens van oordeel, dat niet kan worden staande gehouden dat verweerder bij afweging van de bij deze aangelegenheid betrokken belangen niet in redelijkheid tot zijn bestreden besluit heeft kunnen komen.

Aangezien hetgeen appellant in de stukken en ter zitting heeft gesteld de afdeling ook overigens geen aanleiding geeft om het bestreden besluit te vernietigen op een der gronden genoemd in artikel 8, eerste lid, van de Wet administratieve rechtspraak overheidsbeschikkingen, dient het beroep van appellant te worden verworpen.

Uitspraak:

De Raad van State, Afdeling rechtspraak;

Gezien de Wet administratieve rechtspraak overheidsbeschikkingen en de Wet op de Raad van State;

Recht doende in naam der Koningin: verwerpt het beroep.

Aldus vastgesteld te 's-Gravenhage op 15 juli 1978, door Mr. J. van der Hoeven, voorzitter, Mr. K. van Rijkevorsel, lid, en Mr. J. M. Polak, lid, in tegenwoordigheid van Mr. H. C. Cusell, ambtenaar van Staat.

Uitgesproken in het openbaar, overeenkomstig artikel 74, eerste lid, van de Wet op de Raad van State.



Botheid en een botfractuur

Het wordt tijd dat ze in het zonnige Zuiden wat meer aan anticonceptie gaan doen, want voor de zoveelste maal kreeg ik een gastarbeider op de poli, een Spanjaard. Het viel mij op dat er op één van de revers van zijn colbert een zwarte knoop zat. 'Ah', dacht ik, 'dat zal wel een overtuigd Carlist zijn. Laat ik maar vriendelijk tegen hem wezen, want zijn leider is met één van onze prinsessen getrouwd.' Maar ik had het mis. Zijn mollige zus, die als (slechte) tolk fungeerde, legde mij uit, dat haar broer al een jaar in de rouw was. Eén van hun broers was verongelukt en die twee waren erg op elkaar gesteld (ik dacht, dat broers per definitie altijd rotzooi met elkaar hadden.) Vanaf de dood van zijn broer klaagde mijn patiënt over maagpijn, hoofdpijn, het opgeven van slijm, buikkrampen, pijn bij het plassen, een pijnlijke knie en tintelingen in zijn vingers. Kortom, die verongelukte broer heeft post-mortaal nogal wat ravage aangericht.

Bij het onderzoek voelde ik een verschrikkelijk grote lever. Dr. Wouters controleerde het en wat bleek: de lever was helemaal niet vergroot. Ik zat er letterlijk en figuurlijk naast. Gelukkig had mijn patiënt ook bloed bij zijn faeces; deze ontdekking werd door Dr. Wouters bij een tweede toucher bevestigd. Dat werd dus een sigmoidoscopie na een rondleiding op de prikdienst, de ECG-kamer en de röntgenafdeling.

Voor het eerst vond zelfs Dr. Wouters mij bot. Toen ik het verhaal van de Spanjaard vertelde, zei ik op een gegeven moment: 'Die man was blijkbaar nogal onder de indruk van de dood van zijn broer', met een onderton van: 'Het zal wel weer zo'n neurastheen type zijn'. Maar Dr. Wouters reageerde hierop met de woorden: 'Nou, ik zou ook onder de indruk zijn wanneer mijn broer zou overlijden', hetgeen natuurlijk niet uitsluit dat ook Dr. Wouters neurastheen kan zijn.

Dr. De Wael bracht vanochtend een patiënt tijdens de patiëntenbespreking. Het betrof een wat oudere man, die door de assistent

van Dr. De Wael aanvankelijk aan mij was toegewezen omdat 'het iets interessants was'. De patiënt was gevallen en met pijn naar het ziekenhuis gezonden. De chirurg trof een labiele, bejaarde man aan; zonder een foto te maken stuurde hij hem door naar de internist. Bij het routine lab-onderzoek werd een ureumgehalte van 45 mmol/l gevonden dus bijna tienmaal zo hoog als normaal. Onder de diagnose van een vermoedelijke nierinsufficiëntie kwam de man linea recta in ons paviljoen terecht. Nog voordat ik de man had onderzocht, kreeg ik een tweede bepaling van zijn ureum: 4,59 mmol/l. Wat bleek? Men had de komma bij de eerste ureumbepaling vergeten te zetten en daarom was de man met spoed opgenomen!

DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (47)

Maar het verhaal wordt nog interessanter. Eenmaal bij ons bleef de loodzware man enige dagen in bed. Het was een patiënt van 'Pietje lacht en Pietje huilt', al wist je nooit of Pietje zou gaan lachen of gaan huilen. Na een weekje werd mijnheer gemobiliseerd en de gang opgesleept. Ineens kreeg hij weer verschrikkelijke pijn. Op verzoek van de verpleging vroegen wij een röntgenfoto aan van zijn femur links en rechts. Toen kwam de aap uit de mouw: de chirurg had een enclavatiefractuur over het hoofd gezien.

Dr. De Wael eindigde de bespreking van deze patiënt met de woorden: 'Het leert ons 'artsen' in ieder geval wat nederigheid'. Meestal of zeg gerust altijd na iedere bespreking volgt een discussie, maar nu hield iedereen zijn mond. Zelfs Dr. Van Leyden en Dr. Wouters, die altijd wel met een vraag klaar staan, zeiden ditmaal niets. Het bleef angstwekkend stil.

Alexander van Es



officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Dagelijks Bestuur

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

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

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

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

Mw. E. M. Dekker-Meelker, secretaresse.

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

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

Stichting Beroepspensioenfonds Artsen (SBA)

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



van het hoofdbestuur

Rechtspraak van de KNMG

Uitspraken districtsraden in 1977

In Medisch Contact 1977 blz. 1100-1110 gaven wij voor het eerst een korte samenvatting van, in principe, alle zaken die gedurende de jaren 1975 en 1976 door de 20 districtsraden van de KNMG, als rechtspraak in eerste aanleg, waren behandeld. Zoals toen in de inleiding reeds uiteengezet, gaat de KNMG daarmee veel verder dan de rechtspraak op basis van de Medische Tuchtwet, waarvan slechts sporadisch publicatie plaatsvindt en waaromtrent alleen de Hoofdinspecteur voor de Volksgezondheid een beknopt jaaroverzicht het licht doet zien.

Toch is de respons die onze publicatie heeft gekregen teleurstellend geweest. Slecht geïnformeerde en slecht gedocumenteerde publicisten bleven elkaar verhalen omtrent geslotenheid en moeilijke kenbaarheid van de KNMG-rechtspraak naschrijven, terwijl zelfs werd beweerd dat de districtsraden geen 'rechtsnormen' zouden hanteren! Een enkele blik op de uitspraken over 1975 en 1976 zou anders hebben geleerd! Met te meer reden menen wij nu derhalve met dit soort analytische overzichtspublikaties te moeten voortgaan en hieronder volgt de publicatie over 1977, wederom gebaseerd op de aan het Hoofdbestuur door de districtsraden uitgebrachte jaarverslagen. Ter toelichting moge nog het volgende dienen:

a. De formulering van de korte samenvattingen is, behoudens enkele retouches, woordelijk overgenomen uit de verslagen van de districtsraden. Met andere woorden: deze teksten zijn en blijven voor verantwoordelijkheid van de rechtsprekende organen, de districtsraden.

b. De selectie en groepering is voor verantwoordelijkheid van ondergetekende. Naast de volstreekte anonimiteit die ook al door de districtsraden zelf werd betracht, is bij de selectie geen enkele volgorde, noch in tijd noch per districtsraad, aangehouden.

Voor een cijfermatige analyse van de werkzaamheden van de districtsraden in 1976 moge worden verwezen naar het jaarverslag van de Raad van Beroep over 1977, afgedrukt in Medisch Contact nr. 30/1978, blz. 943 e.v.

Namens het Hoofdbestuur,

Mr. B. Schultsz, secretaris

I Klacht heeft betrekking op niet of te laat komen, al dan niet in weekenddienst

1. Klacht van een vrouw tegen een huisarts, inhoudende, dat deze het vertrouwen in de medische stand had ondermijnd doordat

- beklagde zou hebben geweigerd aan een verzoek om huisbezoek te voldoen, doch slechts afgaande op telefonische mededelingen en zonder naar behoren te informeren naar de toestand van de betrokken patiënt, een telefonisch advies zou hebben gegeven en vervolgens de telefoonverbinding zou hebben verbroken; beklagde, toen hem kort nadien opnieuw telefonisch werd verzocht een huisbezoek af te leggen, wederom zou hebben geweigerd daaraan te voldoen en zou hebben volstaan met een nieuw telefonisch advies en vervolgens onder het doen van een voor klagster's vader grievende uitlating het telefoongesprek eenzijdig zou hebben verbroken;
- beklagde, toen klagster's vader zich vervolgens diezelfde nacht naar zijn woonhuis had begeven, op diens aanbellen geen gehoor zou hebben gegeven.

Beklaagde's verweer luidde, dat hij een drukke weekenddienst had gehad, dat hij op grond van de hem telefonisch verschaft inlichtingen de situatie niet als ernstig en spoedeisend beoordeelde, dat hij zijn telefonische adviezen juist en verantwoord achtte en nog acht, dat hij niet heeft geweigerd een huisbezoek af te leggen en zelfs van plan was een dergelijk bezoek af te leggen toen hem daarom voor de tweede maal werd verzocht, doch aan dat voornemen geen uitvoering heeft kunnen geven bij gebreke van gegevens omtrent het adres van de patiënte en dat hij noch zijn huisgenoten diezelfde nacht de huisbel hebben gehoord.

De districtsraad was van mening, dat een huisarts niet onder alle omstandigheden een huisbezoek behoeft af te leggen indien hem daarom wordt verzocht, wanneer hij op grond van verkregen informatie tot de overtuiging is gekomen, dat het afleggen van een huisbezoek voor een adequate medische behandeling niet noodzakelijk is. Ten aanzien van het eerste onderdeel van de onderhavige klacht was de districtsraad van mening, dat beklagde's handelwijze niet onverantwoord was te noemen.

De feitelijke gang van zaken met betrekking tot het tweede onderdeel van de klacht is voor de districtsraad wegens de verschillende door klagster en beklagde verstrekte lezingen, onduidelijk gebleven. Wel heeft beklagde zich bij het tweede telefoongesprek in minder wellevende bewoordingen uitgedrukt, doch deze waren niet zodanig grievend en kwetsend, dat, mede in verband met de begrijpelijke irritatie van beklagde bij het tweede telefoongesprek, deze tot gegrondverklaring van dit onderdeel van de klacht zouden kunnen leiden.

Omtrent het derde onderdeel van de klacht stelt de districtsraad vast dat weliswaar door klagster's vader aan beklagde's deur is gebeld, doch dat zulks op een niet erg aanhoudende en uitdrukkelijke wijze is geschied, zodat de districtsraad meent het er voor te moeten houden, dat beklagde de deurbel niet heeft gehoord. Ook ten aanzien van dit onderdeel van de klacht komt de districtsraad tot het oordeel, dat deze ongegrond dient te worden verklaard.

2. Klacht contra huisarts. Klager verweet beklagde nalatigheid in de behandeling van zijn vader. Kort weergegeven waren de feiten de volgende:

Patiënt was 's nachts om 0.15 uur in zijn slaapkamer door onbekende oorzaak op iets hards gevallen (wastafel of rand van bed). Patiënt zou direct uit het oor zijn gaan bloeden en tijdelijk het bewustzijn hebben verloren. De huisarts werd gewaarschuwd, waarbij deze zou hebben gevraagd of het bloed uit de oorschelp kwam. Er werd door de echtgenote van patiënt medegedeeld dat het bloed uit het oor kwam. Desondanks weigerde de arts te komen.

In het verweer deelt de arts het volgende mede: 'Ik werd om 0.30 uur opgebeld waarbij Mevr. X mij mededeelde dat haar man gevallen was en uit het oor bloedde. Na verder vragen mijnerzijds bleek dat hij niet misselijk was, niet bewusteloos was

geweest en niet duizelig was. Ik kende Mevr. X als een zeer nerveuze vrouw en gezien het geringe trauma adviseerde ik haar om het uur met de patiënt te praten en mocht hij niet te wakken zijn, mij direct te bellen. Ik verzocht haar mij de volgende morgen te bellen, indien patiënt niet op het spreekuur kon komen'. De volgende morgen na het ochtendspreekuur bezocht de arts de heer X waarna hij deze direct in het ziekenhuis liet opnemen, aannemende dat er toch een schedelbasisfractuur aanwezig moest zijn. De arts bezocht de heer X enkele malen in het ziekenhuis waaruit hij na \pm 14 dagen weer werd ontslagen. De arts heeft vóór de behandeling van deze klacht, waarvoor de Kamer reeds was samengesteld, de praktijk neergelegd. Van klager ontving de districtsraad hierop een schrijven, waarin hij mededeelde de klacht in te trekken, omdat de arts met pensioen was gegaan en derhalve op medisch gebied geen nalatigheden meer kon begaan.

3. Klacht, ingebracht tegen een waarnemend huisarts, die verzocht werd bij patiënt te komen met hevige pijn in de nek. Na informatie ingewonnen te hebben kwam men overeen dat de patiënt samen met zijn echtgenote bij de dokter langs zou gaan. Kort daarna volgde een spoedbericht dat de huisarts snel zelf moest komen, hetgeen geschiedde. Daar aangekomen moest de arts door het inmiddels gearriveerde ambulancepersoneel in bescherming worden genomen tegen de zeer geëmotioneerde en agressief zich voordoende familie; patiënt was plotseling overleden. Na verweerschrift, re- en dupliek is de klacht door indiener vervallen verklaard.

4. Klaagster verwijt de waarnemend huisarts van haar moeder dat deze, op een vrijdagavond bij die patiënte geroepen, niet is gekomen. Klaagsters moeder was twee dagen eerder thuis gekomen uit het ziekenhuis, na een kankeroperatie. Op vrijdagavond kreeg zij pijn in rug en zijde. Haar echtgenoot heeft toen de waarnemer van haar huisarts opgebeld met de vraag om te komen. Deze huisarts heeft van de echtgenoot van de patiënte begrepen dat diens vrouw was geopereerd en pijn leed. Hij heeft gevraagd urine voor onderzoek te brengen en voorts begrepen dat medicijnen zouden worden gehaald tegen de pijn. Hoewel de echtgenoot van de patiënte daarop met onbegrip reageerde, stelt de arts over wie is geklaagd dat hem niet met zoveel woorden is gevraagd om naar de patiënte te komen zien. Hij laat echter de mogelijkheid open dat de echtgenoot van de patiënte dat wel heeft bedoeld. Bij de behandeling ter zitting heeft de beklagde arts desgevraagd verklaard dat hij ook niet naar de patiënte kon gaan omdat hij haar huisnummer niet had genoteerd. De volgende ochtend is de echtgenoot van de patiënte bij de beklagde huisarts aan de deur verschenen, waarop zich tussen hen beiden een twistgesprek heeft afgespeeld. De beklagde huisarts heeft de echtgenoot van de patiënte toen verwezen naar de op die dag waarnemend huisarts. Deze heeft op zondag een ziekenhuisopname van de patiënte geregeld, waarna bleek dat deze een longembolie had.

Ter zitting zijn verschenen klaagster en haar vader, de echtgenoot van patiënte. Laatstgenoemde gaf te kennen dat hij eigenlijk reeds bevredigd was door de wijze waarop de zaak was behandeld en door het feit dat de beklagde huisarts in zijn verweerschrift reeds had toegegeven dat zijn optreden als hulpverlener eigenlijk niet goed te praten was. De dochter van patiënte, formeel klaagster, heeft vervolgens medegedeeld dat zij en haar vader eigenlijk geen tuchtrechterlijke vervolging hadden beoogd, doch meer een waarschuwing wilden zien gegeven ter voorkoming van herhaling, dat zij volkomen tevreden was met de wijze waarop de zaak is behandeld en dat zij de klacht introk. Na deze behandeling ter zitting heeft de districtsraad geen aanleiding gevonden tot het ambtshalve opleggen van een maatregel.

5. Klacht van een vrouw tegen haar huisarts, die nagelaten zou hebben klaagster, ondanks dringende telefonische verzoeken in de avonduren, haar onmiddellijk te haren huize te bezoeken. Klaagster's echtgenoot had bij deze telefonische verzoeken mel-

ding gemaakt van klachten omtrent kortademigheid en benauwdheid, welke van dezelfde aard waren als zich reeds enige dagen eerder bij klaagster hadden voorgedaan (en waarvoor zij door de arts naar tevredenheid was behandeld). De klacht strekte zich mede uit tot de echtgenote van beklagde, eveneens huisarts, die de telefonische mededelingen in ontvangst had genomen en per telefoon aan haar echtgenoot had doorgegeven.

Bij het onderzoek door de districtsraad ter zitting kwam vast te staan, dat klaagster's echtgenoot bij zijn telefoongesprekken nimmer had gezegd, dat klaagster in een toestand verkeerde die ernstiger was dan de eerdere situatie (waarin de arts al was opgetreden). Voorts kwam vast te staan, dat de vrouw van de arts de telefonische meldingen onmiddellijk aan haar echtgenoot had doorgegeven. De districtsraad kwam tot het oordeel, dat de aard van de door de arts ontvangen mededelingen niet zodanig was, dat een onmiddellijke visite ten huize van klaagster was geboden. De klacht van de klaagster had voorts betrekking op een mededeling van de vrouw van de arts aan klaagster's echtgenoot tijdens het laatste, op de bewuste avond gevoerde telefoongesprek, luidende 'Strijk haar maar een keer over haar bol, want zo gauw gaat ze niet dood'. De districtsraad achtte een dergelijke mededeling op z'n minst genomen weinig adequaat, doch achtte haar overigens niet van dien aard, dat de klacht daaromtrent gegrond moest worden geacht, temeer daar dit advies voor klaagster kennelijk ook niet de eigenlijke aanleiding voor haar klacht heeft gevormd. De klacht werd in haar beide onderdelen ongegrond verklaard.

6. De derde klacht was afkomstig van de moeder van een anderhalfjarig kind dat op een zondagochtend hete koffie over zich heen had gekregen en verbrand was. De echtgenote van de dienstdoende huisarts gaf telefonisch te kennen dat haar echtgenoot niet aanwezig was dat men het kind 20 minuten in water moest houden en vervolgens naar deze huisarts kon toekomen. Het vervoer naar de plaats van vestiging van de huisarts kostte klaagster, die zelf geen auto bezit, enige moeite, doch met behulp van burens kwam zij ter plaatse aan. Daar heeft zij 15 à 20 minuten in de wachtkamer gezeten alvorens de huisarts het kind kwam zien. Deze heeft het kind in een ziekenhuis doen opnemen, waar het verder is behandeld.

In zijn verweerschrift stelt de arts over wie geklaagd is dat hij een vermoeiende nacht met enkele bevallingen had gehad en dat zijn vrouw hem enige rust wilde gunnen. Daardoor was hij niet direct bij de hand toen klaagster met haar kind kwam. Aangezien klaagster ook melding maakte van een ouder voorval, betrekking hebbende op het niet voldoen aan een verzoek om een visite door dezelfde huisarts, besloot het bureau van de districtsraad de zaak ter zitting te behandelen. Partijen werden daartoe opgeroepen. Daarop heeft klaagster laten weten dat zij de zaak verder wilde laten rusten en dat zij deze achteraf beschouwde als een gevolg van onduidelijke communicatie, waarin de echtgenote van de huisarts een minder goede schakel vormde. Aangezien de districtsraad geen termen aanwezig vond voor een ambtshalve behandeling van de bekend geworden feiten, werd de zaak, na intrekking van de klacht, als afgedaan aangemerkt.

7. Een patiënt roept op zaterdagmorgen ongeveer 9.00 uur de hulp van de dienstdoende huisarts in wegens keelpijn en moeilijk slikken. Hij krijgt het advies om om \pm 12 uur op het spreekuur van de betreffende arts te komen. Patiënt vraagt en krijgt echter eerder op de morgen hulp van een andere huisarts die patiënt naar een KNO-arts verwees voor incisie van een abces. Tijdens het vooronderzoek kwam vast te staan dat de dienstdoende huisarts redelijkerwijs niet kon vermoeden dat het hier om meer dan een gewone angina ging en de klacht werd ongegrond verklaard.

8. De districtsraad kwam ter ore dat een patiënt na een ziekbed van enige dagen thuis zou zijn overleden nadat o.a. gedurende een weekend enige malen tevergeefs de hulp van een huisarts zou zijn ingeroepen. Deze feiten leken het bureau – indien zij op waarheid berustten – voldoende ernstig om een onderzoek

ambtshalve naar de gang van zaken in te stellen. Het bleek dat patiënt op een zaterdagmiddag de hulp inroept van de dienstdoende huisarts wegens koorts, beklemming op de borst en pijn bij het doorademen. De betreffende huisarts laat na enkele telefonische vragen gesteld te hebben een recept afhalen. Op maandagmorgen wordt een visite van de eigen huisarts aangevraagd. Naar later blijkt is de communicatie tussen de dienstdoende weekendarts en de eigen huisarts onvoldoende duidelijk zodat de eigen huisarts in de veronderstelling verkeert dat patiënt 's zaterdags door een arts is gezien. Hij stelt wegens tijdgebrek de aangevraagde visite dan uit tot dinsdag. Hij schrijft dan andere medicijnen voor en verwijst patiënt voor een hart- en longonderzoek naar het consultatiebureau. In de loop van de dag gaat de toestand van patiënt echter achteruit en 's avonds laat moet de dan dienstdoende huisarts, die na geroepen te zijn terstond aanwezig is, de dood constateren.

Tijdens de bespreking van de gang van zaken met de betreffende collegae werd uiteraard ingegaan op de gevaren van het afgeven van medicamenten voor patiënten die men niet zelf heeft gezien. Hoewel deze handelwijze in de huisartspraktijk niet altijd te vermijden is en ook niet altijd laakbaar hoeft te zijn is voorzichtigheid toch zeker geboden. Ook op het belang van een goede communicatie bij het overdragen van een weekenddienst werd gewezen. Het bureau van de districtsraad was van mening, dat er geen feiten aan het licht waren gekomen die een verdere behandeling ambtshalve of een verwijzing naar de tuchtrechtspraak noodzaakten.

II Klacht heeft betrekking op onjuiste of ontoereikende medische behandeling

1. Klacht tegen internist die na een negatieve colon-inloophfoto naar de mening van de dochter van patiënte te lang gewacht zou hebben met herhaling van de foto, waarbij later een carcinoom werd gevonden. Ter zitting bleek medisch gezien het gevoerde beleid door de internist geheel verdedigbaar, temeer daar patiënte zelf er weinig voor voelde veel onderzoeken te ondergaan. Wel bleek duidelijk dat arts en dochter zeer moeilijk gecommuniceerd hadden, de schuld hiervoor lag echter duidelijk niet bij de medicus alleen. De klacht werd dan ook ongegrond verklaard.

2. Een patiënte beklagde zich over twee plastisch chirurgen (van wie één gevestigd was in het ressort van de onderhavige districtsraad), die achtereenvolgens haar neus hadden behandeld. Uit het verslag van de betrokken chirurg bleek dat de behandeling lege artis had plaatsgevonden. Klaagster is mededeelde dat het enkele feit dat het resultaat van een plastisch-chirurgische ingreep de patiënt teleurstelt, op zichzelf geen reden is tot een klacht omtrent de behandeling. De klacht werd ongegrond verklaard.

3. Klacht van een vrouw tegen een huisarts, die een verkeerde diagnose zou hebben gesteld, een verkeerde therapie zou hebben voorgeschreven en een naar klaagster's inzicht rampzalige behandeling indiceerde, namelijk uitrukking van een nagel door een chirurg. Bij een bezoek aan een dermatoloog bleek verwijdering van de nagel niet nodig. Een aanwezige nagelriemontsteking werd met zelf behandeld, waarna volledige genezing werd verkregen. Naar aanleiding van het schriftelijk verweer van de beklagde arts werd de klacht ingetrokken.

4. Klacht tegen huisarts die een patiënte met een trombosebeen post partum niet had doen opnemen. Vermoedelijk – zo bleek wel bij de behandeling van de klacht – was hier een beoordelingsfout gemaakt. Aangezien beklagde ook geen enkele maatregel voor thuisbehandeling (voorschrijven van bedrust etc.) had aangewezen, was de raad van mening dat betrokkene toch duidelijk in zijn hulpverlening tekort was geschoten en legde de maatregel van waarschuwing op.

5. Patiënte klaagt huisarts aan omdat zij meent (zij was tien jaar lang particulier patiënt geweest) dat hij haar anders behandelde nu zij fondspatiënte is geworden. Zij volhardt na vooronderzoek in de klacht. Ter zitting komt er echter zeer weinig naar voren. Weliswaar heeft gedaagde erkend dat hij zijn beleid ten aanzien van patiënte enigszins heeft moeten verstrakken, doch de redenen daarvoor aangevoerd kwamen de raad niet onvoldoende voor. De klacht werd ongegrond verklaard.

6. Klacht hield het volgende in. Toen klager zich na een ongeval tot de arts (verweerder) wendde met pijnklachten, zou deze hebben geweigerd klager te onderzoeken. Verweerder stelde dat, mede onder invloed van contacten met familieleden van klager in het verleden, een twistgesprek ontstond dat verweerder ten zeerste betreurt, en dat vervolgens klager uit eigen beweging is weggegaan. De districtsraad, na mondelinge behandeling, oordeelde dat onderhavige verstoring van de arts/patiëntrelatie meer aan verweerder moet worden geweten dan aan de patiënt en verklaarde de klacht gegrond, doch vond geen aanleiding een maatregel op te leggen.

7. Een schoonzoon klaagt namens zijn schoonouders over de huisarts van deze laatsten, met name over een gebrek aan begeleiding toen de schoonmoeder een mamma-amputatie moest ondergaan wegens een carcinoom en later toen zij pijnklachten in de benen kreeg, waarschijnlijk veroorzaakt door botmetastasen. Ook aan de toestand van de schoonvader, die reeds lang behandeld werd op een psychiatrische polikliniek, zou de huisarts te weinig aandacht hebben geschonken. Reeds in zijn verweer kon de betreffende huisarts zijn feitelijke handelwijze aannemelijk maken en toen ter zitting een en ander nog eens uitgebreid was doorgesproken werd de klacht ingetrokken. De huisarts erkende, dat zijn houding achteraf gezien waarschijnlijk wat te koel en afstandelijk was geweest.

8. Een klacht tegen een huisarts die pas na herhaalde telefonische boodschap bereid is te komen bij een patiënt die in de vroege morgenuren op een feestje onwel is geworden en pijn achter het borstbeen heeft gekregen. De huisarts heeft patiënt zonder hem te onderzoeken en zonder de bloeddruk op te meten gerustgesteld. Toen hem later werd gemeld dat de pijn toenam heeft de arts een zetpil laten halen. Enige uren later werd de patiënt buiten de betreffende arts om opgenomen in een ziekenhuis waar een hartinfarct werd geconstateerd.

In zijn verweer stelde de huisarts o.a. dat hij die avond gepreoccupeerd was door een drukke weekenddienst en doordat hij bij een van zijn gezinsleden symptomen had ontdekt die mogelijk op een ernstige ziekte zouden kunnen wijzen. Tijdens de diverse die nacht gevoerde telefoongesprekken zou de ernst van de toestand van de patiënt niet voldoende aan hem zijn duidelijk geworden. De districtsraad oordeelde dat de arts door het zelf stellen van vragen meer informatie had moeten inwinnen alvorens in eerste instantie te besluiten dat een visite niet noodzakelijk was. Ook het niet verrichten van een lichamenlijk onderzoek en het geen aandacht schenken aan het verergeren van de pijn enige uren later werden door de districtsraad als onvoldoende zorgvuldigheid gekenmerkt. De klacht werd gegrond verklaard en de maatregel van waarschuwing werd opgelegd.

9. Een klacht tegen een huisarts door de ouders van een overleden baby. Het kind was 's zondagsochtends vroeg geboren, de bevalling werd gedaan door een der dienstdoende huisartsen. De kraamverpleegster constateerde reeds \pm 6 uur na de geboorte dat het kind geel begon te zien. 's Middags werd dit bevestigd door de arts die de bevalling had gedaan, die zei dit aan de eigen huisarts te zullen doorgeven. Maandagmorgen werd de eigen huisarts direct geroepen omdat de kraamverpleegster zich ongerust maakte. De huisarts kwam aan het eind van de morgen en onderzocht de baby. Hij verwerpt de mogelijkheid van een rhesusantagonisme als oorzaak van de icterus van het kind omdat hij wist dat de moeder rhesus positief was. Enige uren

later ging de toestand van het kind achteruit waarna de huisarts opname in een ziekenhuis regelde. Helaas is het kind na de ziekenhuisopname overleden.

Hoewel de districtsraad meende dat de huisarts in dit geval niet kon worden verweten de diagnose niet te hebben gesteld daar het hier een zeldzaam geval van rhesusantagonisme betrof, dat ook bij rhesus positieve vrouwen kan voorkomen, werd toch de maatregel van waarschuwing opgelegd omdat het de huisarts bekend had moeten zijn dat een zo vroeg optredende en sterke icterus bij een pasgeborene praktisch altijd duidt op ernstige pathologie. Dit laatste werd door de betreffende huisarts ook erkend.

Reeds uit het klaagschrift en ook later bij de zitting bleek dat de ouders niet alleen door de tragische afloop tot het formuleren van een klacht waren gekomen, doch dat zij vooral verstoord waren over het feit dat zij meenden dat de huisarts reeds eerder op de betreffende maandagmorgen bij bureu een visite had gemaakt. Deze bewering kon echter niet door getuigen worden bevestigd zodat dit onderdeel van de klacht door de districtsraad niet gegrond werd geacht. Ook het feit, dat de huisarts enigszins geprikkeld was geweest tegen de kraamverzorgster heeft waarschijnlijk een rol gespeeld. Immers, tegen de arts die de bevalling had gedaan en die eveneens de abnormaal vroeg optredende icterus had geconstateerd en het kind dus eveneens naar het ziekenhuis had behoren te verwijzen werd geen klacht ingediend.

III Klacht houdt verband met de organisatie van de praktijk of in het ziekenhuis

1. Een patiënte beklagde zich over het feit dat de assistente van een specialist haar verhinderde met die specialist in contact te komen. Zij klaagde uitdrukkelijk niet over de specialist zelf. Bij onderzoek bleek dat de betrokken assistente de echtgenote was van de associé van de specialist en dat zij met straffe hand de praktijk administreerde. Voorts bleek dat de specialist zelf deze assistente reeds had medegedeeld dat hij van haar diensten geen gebruik meer wenste te maken.

Het bureau van de districtsraad verklaarde zich onbevoegd van de klacht kennis te nemen, nu deze was gericht tegen een assistente, niet-medicus. Aan de specialist werd medegedeeld dat hij passende maatregelen diende te nemen om te zorgen dat zijn patiënten hem konden bereiken en dat hij over hun medische gegevens kon beschikken.

2. Klacht van een vrouw tegen een chirurg, die wegens onverwachte drukte op de afgesproken operatiedag de bij klagster noodzakelijke neusoperatie niet kon uitvoeren. Klagster heeft op de bewuste dag in grote spanning op de operatie moeten wachten, welke vervolgens niet doorging, zonder dat haar daaromtrent enige uitleg werd verstrekt. De beklagde chirurg heeft hierover tegen klagster schriftelijk zijn spijt betuigd, gelijktijdig vragende om begrip voor de ommissie. Naar aanleiding van het schriftelijk verweer van de beklagde chirurg werd de klacht ingetrokken.

3. Klagster verweet arts haar een te hoge nota te hebben gestuurd. Zij was door een hond gebeten en om deze reden naar het ziekenhuis gegaan om zich te laten behandelen. Op advies van een assistent van de betreffende arts was haar een tetanus profylaxe toegediend, een wondinspectie verricht en door de dienstdoende verpleegkundige een nat verband aangelegd. Van het ziekenhuis ontving klagster een nota voor gebruik polikliniek ad f x,—. Groot was echter haar verbazing toen zij later van de arts een nota voor heelkundige poliklinische behandeling ontving ad f 2 x,—.

Na onderzoek door de arts bleek zijn assistent, die reeds vertrokken was, een verkeerde notitie over deze behandeling ge-

maakt te hebben. Deze klacht werd, nadat de nota was aangepast, ingetrokken.

IV Zaken voortvloeiend uit een klacht van een arts tegen een andere arts

1. Klacht van een huisarts tegen een met hem geassocieerde collega terzake dat beklagde de waardigheid en de belangen van de geneeskundige stand in ernstige mate zou hebben ondermijnd, doordat beklagde aan een patiënte, die hem voor een keuring bezocht, zou hebben meegedeeld dat klager terzake van twee gevallen voor het Medisch Tuchtcollege was gedaagd en doordat beklagde aan een andere patiënte een patiëntenkaart zou hebben getoond en haar daarbij attent zou hebben gemaakt op het op deze kaart gestelde woord 'a-sociaal', zeggende 'zo denkt mijn collega over U, ik denk er anders over', waarna klager het woord in het bijzijn van deze patiënte zou hebben doorgestreepd.

De beklagde arts verweerde zich met betrekking tot het eerste onderdeel van de klacht met de stelling, dat de betrokken patiënte hem slechts had bezocht in haar hoedanigheid als lid en secretaresse van een vereniging van patiënten, welk verweer door de districtsraad werd verworpen omdat mededelingen omtrent het geneeskundig handelen van klager, al dan niet vergezeld van een kwalificatie van zulk handelen, door beklagde achterwege hadden moeten worden gelaten.

Met betrekking tot het tweede onderdeel van de klacht verstrekke beklagde een andere weergave van de toedracht van het feitelijk gebeuren terzake de aantekening op de patiëntenkaart, doch voor de districtsraad kwam vast te staan dat de patiëntenkaart door beklagde in ieder geval aan de betrokken patiënte was getoond.

In meer algemene zin overwoog de districtsraad, dat het overigens zeer wel denkbaar is dat de arts op een dergelijke kaart ook andere dan niet strikt medische gegevens vermeldt, welke hij voor een goede en adequate behandeling en begeleiding van de desbetreffende patiënt van belang acht. Wel dient ervoor te worden zorggedragen, dat de patiënt zelf de betrokken kaart niet kan inzien, terwijl er voorts zorg voor dient te worden gedragen, dat bij eventuele overdracht van zulk een kaart aan andere artsen, zulke mededelingen daarvan worden verwijderd dan wel worden vergezeld van een nadere uitleg. Terzake beide onderdelen werd de klacht gegrond verklaard met oplegging aan beklagde van de maatregel van waarschuwing.

2. Een klacht tegen een huisarts, die zich wil vestigen in een kleinere plaats als associé in een huisartsenpraktijk waar hij als assistent heeft gewerkt. In deze periode had hij ook gedurende korte tijd de praktijk van een der andere plaatselijke collegae waargenomen. Op grond hiervan diende deze de klacht in om te pogen de voorgenomen associatie te verhinderen. Al enige maanden eerder was de aandacht van de districtsraad gevraagd voor de problemen tussen de huisartsen ter plaatse in een gezamenlijke brief van verschillende van deze huisartsen. De districtsraad had toen met instemming van alle betrokkenen getracht de intercollegiale problemen op te lossen door het arrangeren van een aantal gesprekken tussen de betrokken collegae.

Nadat deze poging om de collegiale verhoudingen te verbeteren was mislukt werd hetzelfde conflict aan de districtsraad gepresenteerd in de vorm van een klacht tegen de collega, die één der 'regels' uit het boekje 'Medische ethiek en gedragsleer' had overtreden, hoewel de animositeit zich eigenlijk voornamelijk richtte tegen de reeds gevestigde collega waarmee hij zich wilde associëren. De districtsraad heeft na ampele overwegingen de klacht ongegrond verklaard.

(NB. Het zou zeker beter zijn geweest wanneer deze kwestie niet in de vorm van een klacht, doch in die van een *geschil* aanhangig was gemaakt. Sch.)

3. Klacht van een collega, die bezwaar maakte tegen vestiging van een nieuwe arts in een naburig dorp. De beklagde arts was voordien als waarnemer bij klager opgetreden, terwijl in het

bedoelde dorp een deel van de bewoners behoorde tot de praktijk van klager. Na vooronderzoek door een lid van de districtsraad werd aan deze zaak een zitting gewijd. De uitspraak luidde, dat de klacht gegrond was en aan de beklaagde arts werd de maatregel van berisping opgelegd.

V Zaken van belang in verband met de door de districtsraad gevolgde procedure

1. Klacht tegen verpleeghuisarts die bij een chronische reuma-patiënte de corticosteroïdbehandeling abrupt had gestopt bij opname. Een familielid, lijdende aan dezelfde aandoening had de verpleeghuisarts gewezen op de abstinentieverschijnselen die zij uit ervaring kende en bij patiënte ook meende waar te nemen. De verpleeghuisarts bleef bij zijn standpunt en patiënte overleed snel daarna. Het familielid diende een klacht in maar werd door de districtsraad verwezen naar het Medisch Tuchtcollege. Klaagster stemde hiermede in.

(NB. De districtsraad handelde hiermee in overeenstemming met art. 635 HR dat de mogelijkheid biedt om klagers met klachten die zich ernstig laten aanzien, in overweging te geven zich tot het Medisch Tuchtcollege te wenden. Geschiedt dit laatste evenwel toch niet, dan behandelt de districtsraad zelf. Sch.)

2. Weinig duidelijk gestelde klacht van een vrouw tegen een chirurg, inhoudende dat zij door zijn toedoen na een ziekenhuis-opname onzorgvuldig zou zijn behandeld en ten onrechte niet naar een uroloog was doorverwezen. Mede gelet op de hoge leeftijd van klaagster adviseerde het bureau van de districtsraad haar schriftelijk de in haar desbetreffende schrijven genoemde problemen en wensen niet persoonlijk te behartigen, maar deze in de vertrouwde handen te geven van een haar behandelende arts, bij voorkeur haar huisarts, met wie de relatie kennelijk goed was. Na dit advies werd niets meer vernomen, op grond waarvan de zaak als afgedaan werd beschouwd.

3. Een klacht kwam via het centrale secretariaat van de KNMG te Utrecht binnen tegen een chirurg die in 1973 een plastische operatie aan de borst van klaagster heeft verricht. Deze klacht was door haar al eerder bij het Medisch Tuchtcollege te X ingediend. Tijdens een gesprek voorafgaande aan de zitting van dat Medisch Tuchtcollege had klaagster haar klacht ingetrokken, omdat zij confrontatie met de heren van het college uit de weg wilde gaan. Het bureau van de districtsraad lichtte klaagster schriftelijk in over de procedure, die na het indienen van een klacht, door de districtsraad wordt gevolgd. Klaagster schreef hierop een brief, waarin zijn informeerde naar de plaats van de zitting en vroeg of bij de zitting een lid van het bestuur van de Vereniging Patiëntenbelangen aanwezig kon zijn. Haar werd medegedeeld dat een eventuele zitting in Y zou worden gehouden en dat als raadslieden slechts kunnen optreden een arts, lid van de KNMG of een advocaat. Daarna werd van klaagster niets meer vernomen en werd aangenomen dat zij haar klacht had ingetrokken.

4. Een klaagster deelde mede dat zij in 1964, 1965 en 1977 slechte ervaringen met diverse artsen had opgedaan. Zij noemde vijf namen. Zij stelde lichamelijke klachten te hebben en graag medische hulp te willen inroepen. Het zou haar echter niet mogelijk zijn om naar een arts te gaan. Bij onderzoek bleek dat zij wel een huisarts had, doch deze bleek in een verre provincie te wonen. Klaagster is uitgenodigd haar klacht nader te preciseren, doch hierop is geen nadere reactie ontvangen. De klacht is vervolgens, als zijnde onvoldoende gepreciseerd, niet in behandeling genomen.

5. Een specialist geeft de districtsraad kennis van het feit, dat één van zijn patiënten in onderzoek en behandeling genomen is door een huisarts zonder hem of de eigen huisarts om inlichtingen te vragen. Bovendien zou de in te stellen behandeling op zijn minst als omstreden beschouwd moeten worden. Nu de laatste

tijd ook patiënten van collegaespecialisten zich tot voornoemde huisarts blijken te wenden, wordt dit als een ongewenste ontwikkeling gekenschetst. De brief met de kennisgeving werd doorgezonden naar de districtsraad, waaronder de afdeling valt waarvan de vorenvermelde huisarts lid is.

6. Een buitenlands echtpaar verwijt de huisarts, ondanks uitdrukkelijk en herhaald verzoek daartoe, een onderzoek naar het bestaan van zwangerschap bij de echtgenote te hebben nagelaten en te hebben volstaan met de mededeling, dat de gedachte aan zwangerschap kon worden uitgesloten. Als gevolg hiervan kon de reeds bij de aanvang gewenste opzettelijke onderbreking van de zwangerschap pas in de vierde maand plaatsvinden. Nu de ingreep op advies van een andere collega in verband met de duur van de zwangerschap slechts in het buitenland kon worden verricht, eiste het echtpaar van de huisarts vergoeding wegens de daaraan verbonden extra-kosten.

De districtsraad adviseerde het echtpaar in eerste instantie een civiele procedure te overwegen, nu de raad zich gewoonlijk beperkt tot het regelen van geschillen tussen artsen onderling.

(NB. Het advies waarmee de districtsraad deze zaak (een geschil) van zich afgeschoven heeft, roept, minst gesproken, enige vraagtekens op. Hoe begrijpelijk het wellicht ook is dat de districtsraad voor een schadevergoedingsprocedure terugdeinst, de bepalingen van het Huishoudelijk Reglement geven aan dit advies geen steun. Integendeel, art. 658 bepaalt: 'De districtsraden behandelen en beslissen in bij hen aangebrachte geschillen van burgerrechtelijke aard, welke tussen leden of tussen leden en derden zijn gerezen en welke betrekking hebben op of samenhangen met de uitoefening van de geneeskunst'.

De bovenstaande claim tot vergoeding voor extra-kosten valt stellig onder deze omschrijving. De geschilsregeling is voorts zeker niet beperkt tot zaken tussen artsen. Sch.)

VI Diversen

1. Een 59-jarige klager beklaagt zich over het feit dat een bedrijfsarts hem zou hebben uitgenodigd voor het ondergaan van een zogenaamd leeftijdsonderzoek. Klager vreesde dat dit tegen hem zou worden gebruikt teneinde hem in de WAO onder te brengen. Aan klager is medegedeeld dat een onderzoek als door hem bedoeld op vrijwillige basis geschiedt en dat dit slechts anders is indien de betrokken functionaris, op grond van zijn medische gesteldheid, niet of niet volledig zijn normale werk verricht. Klager werd geadviseerd aan zijn werkgever mede te delen dat hij aan een leeftijdsonderzoek geen behoefte had. De klacht werd ongegrond verklaard.

2. Klager wijt het aan de schuld van de beklaagde arts, dat klager zijn werk niet meer heeft kunnen hervatten, zulks terwijl bij de beklaagde arts geen andere dan esthetische bezwaren voorzaten om werkhervatting van klager af te wijzen. De esthetische bezwaren betreffen met name het als receptionist dragen van een door de behandelde geneesheer voorgeschreven zogenaamde halskraag. Door aldus te handelen heeft de beklaagde arts de belangen van klager geschaad.

De districtsraad komt tot de conclusie dat het niet aan de beklaagde arts te wijten is dat klager later niet meer te werk is gesteld. De districtsraad verklaart de ingediende klacht ongegrond.

3. Klacht tegen huisarts die privé-zaken en medische zaken niet wist te scheiden en, – hoewel niet haar huisarts zijnde – na een dinertje met een dame een nota bij het ziekenfonds indiende, omdat zij zóveel over moeilijkheden had gesproken dat de arts hier een consult voor berekende. In aanmerking nemende dat de arts, zelf huisarts zijnde in het gebied, zich aanvankelijk voordeed als waarnemer, maar vervolgens wel een declaratie aan het ziekenfonds stuurde terwijl hij de eigen arts geheel onkundig liet, bracht de districtsraad ertoe betrokkene te berispen omdat hij

zich had gedragen in strijd met de waardigheid van de geneeskundige stand.

4. Een in 1974 afgestudeerd vrouwelijk arts heeft zich aanvankelijk in Indonesië beziggehouden met geboortenregeling en in de USA met medische check-ups. Begin 1976 heeft zij zich als arts te X gevestigd, waarbij zij noch als huisarts noch als specialist is ingeschreven. De betrokkene legt zich toe op het verrichten van preventief periodiek onderzoek en van keuringen voor verzekeringsmaatschappijen, zulks in samenwerking met een cardioloog. De betrokken arts heeft zich tot een verzekeringsmaatschappij gewend ten einde er de aandacht op te vestigen dat zij zich specialiseert op preventief geneeskundig onderzoek en op keuringen voor verzekeringen. Daarbij gaf zij tarieven op voor diverse verrichtingen, welke tarieven globaal overeenstemmen met de kosten welke daarvoor door huisartsen plegen te worden berekend. De betrokken arts verklaarde haar handelwijze met de stelling dat zij een van het gebruikelijke afwijkende praktijk voert, dat zij door haar verblijf in het buitenland niet zeer goed op de hoogte was met de ten deze in Nederland bestaande gebruiken en dat zij meende aan belanghebbende verzekeringsmaatschappijen, waarvan haar gebleken was dat deze behoefte hadden aan diensten als door haar worden verricht, mededeling te mogen doen van het bestaan van haar praktijk. De districtsraad behandelde de zaak ter zitting en kwam tot de conclusie dat de betrokken arts minder juist gehandeld doch geen inbreuk heeft gemaakt op één der in artikel 627 HR omschreven normen. Daarbij nam de districtsraad in aanmerking het geheel eigen karakter van de door haar uitgeoefende praktijk, waarbij niet dezelfde maatstaven kunnen worden gelegd als aan de uitoefening van een traditionele huisartsen- of specialistenpraktijk.

(NB. Kennelijk gaat het in deze zaak om een klacht wegens het overtreden van het reclameverbod. Wie die klacht had ingediend is uit de samenvatting niet te lezen. Wellicht behandelde de districtsraad deze zaak ambtshalve. Sch.)

VII Geschillen

1. Een huisarts diende een klacht in tegen vijf plaatselijk gevestigde huisartsen dat hij op onjuiste gronden uit hun samenwerkingsverband was gezet. De klacht werd als ongegrond afgewezen. Dezelfde huisarts diende een eis tot schadevergoeding in, te betalen door de vijf huisartsen als bijdrage in de kosten van de waarneming in de praktijk van eiser onmiddellijk na de door gedaagden gedane opzegging der samenwerkingsovereenkomst. In dit geschil werd als bindend advies vastgesteld dat elk van de gedaagden aan eiser zal hebben te voldoen een bedrag van f 250,—.

2. Op een zitting werd een geschil behandeld van een patiënte tegen een chirurg. De patiënte meende niet tijdig door de chirurg doorgezonden te zijn naar een neurochirurg. Tengevolge hiervan meende patiënte een invaliditeit te hebben overgehouden die haar financieel nadeel heeft berokkend, aangezien zij niet tijdig invaliditeitsrente had aangevraagd, daar de betrokken chirurg haar volledig herstel in het vooruitzicht zou hebben gesteld. Bij de uitspraak werd de vordering van patiënte afgewezen. Na hoger beroep bevestigd.

Kandidaatstelling bestuur PMS

Voor de vervulling van vacatures ontstaan door periodiek aftreden doet het CB aan de Ledenvergadering der LSV van 28 oktober 1978, gehoord de Deelnemersraad, de volgende voordracht:

Bestuursleden

1. Dr. P. J. A. van Voorst Vader te Eindhoven; 2. C. Kuypers te Haren (Gr.)
1. Dr. F. G. C. Buyse te Vlaardingen; 2. J. M. van der Minne te Vlaardingen

Plaatsvervangend bestuurslid

1. A. M. de Vlaam te Aalst/Waalre; 2. Dr. J. J. P. van Gils te Vught



van het hoofdbestuur

Kort verslag HB-vergadering dd. 29 augustus 1978

Alternatieve geneeswijzen

Het hoofdbestuur bespreekt de discussienota van de commissie Alternatieve Geneeswijzen van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, mede op basis van adviezen van de maatschappelijke verenigingen. Besloten wordt een redactiecommissie in te stellen die met inachtneming van de voorlopige standpuntbepaling van het hoofdbestuur en gelet op de discussie in deze vergadering een commentaar op de discussienota zal opstellen.

'Bestek '81'

Terzake van de regeringsnota 'Bestek '81' wordt met name gesproken over de zogenaamde eigen bijdrage. Hieromtrent zijn ook adviezen van de maatschappelijke verenigingen ontvangen. Besloten wordt op basis van de discussie een concept-standpunt op te stellen dat de leden van het hoofdbestuur ter commentariëring zal worden toegezonden in de verwachting dat op korte termijn een reactie op de eigen bijdrageregeling namens het hoofdbestuur kan worden gegeven.

Maatschappelijke Vereniging van Sociaal-Geneskundigen

Van de Commissie van voorbereiding LVSG is een advies ontvangen dat in aanwezigheid van enkele commissieleden wordt besproken. Besloten wordt aan de Algemene Vergadering van 22/9/78 de principe-uitspraak te ontlokken tot oprichting van een Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneskundigen (LVSG).

Samenspel overheid en professie

Ten behoeve van de Algemene Vergadering van 22/9/78 is een nota opgesteld over het samenspel tussen overheid en medische professie. De notitie wordt met enkele wijzigingen aanvaard en zal onder toevoeging van enkele discussiepunten naar de afgevaardigden worden gezonden.

J. Diepersloot, arts, secretaris-generaal



Nieuwe inschrijvingen

23-6-1978 Universitair Huisartsen Instituut, Groningen
 Harms, A. J., Zwartwaterseweg 13, Assen
 Maltha, L. C., Miedweg 1, Holwerd
 Nijhoff, Mw. A. A., A-Kerkstraat 29, Groningen
 Oppewal, F., Hottingabûr 13, Sexbierum
 Pijpers, F. I. M., Goudenregenstraat 18, Lutten
 Röben, B. A. J., Skeperij 20, Ee
 Ruiter, J. H. H., Rubensstraat 67, Deventer
 Schuth, B. G. W., Oosterstraat 5, Witmarsum
 Uildriks-Kroesen, Mw. E., Petrus Campersingel 115a, Groningen
 Wijbenga, C., Witsenborgstraat 4, Hoogeveen
 Zwieten, F. G. van, Koeweg 2, Hattum

23 juni 1978 Universitair Huisartsen Instituut, Amsterdam VU
 Buijze-den Hollander, Mw. M. H. J., Carillonstraat 18^{II}, Amsterdam

23 juni 1978 Universitair Huisartsen Instituut, Rotterdam
 Bulthuis, P. J., Z.Z. Haven 8, 3252 BZ Goedereede
 Geen-Gallee, Mw. A. M. M. Th. van, Schoonderloostraat 21 C, Rotterdam
 Grimbergen, C. M. A., Spruytstraat 10b, Rotterdam
 Klop, M. J. C., Gaffelstraat 84 a, Rotterdam
 Klop, P. H. J., Palestinastraat 77 b, Rotterdam
 Krapels, F. X. C., Bentincklaan 27 a, Rotterdam
 Muller, G. F., Singel 85, Dordrecht
 Schoenmaeckers, J. H. A. M. C., Fazantplein 67, Zwijndrecht

22 juni 1978 Universitair Huisartsen Instiuit, Nijmegen
 Domburgh-Postma, Mw. M. W. B. van, Styn Buysstraat 39, Nijmegen
 Feijen, W. A. J. H., St. Annastraat 91, Nijmegen
 Harms, L. M., Jan van Galenstraat 26, Nijmegen
 Hombergh, P. van de, Jacob Canisstraat 58, Nijmegen
 Janssen, M. A. J., Zwaluwstraat 165, Horst
 Jong, V. C. E. J. de, Tolhuis 32-29, Nijmegen
 Manschot, Mw. J. M. H., Pontanusstraat 8, Nijmegen
 Mocking, T. F. C., Styn Buysstraat 39, Nijmegen
 Peters, Mw. C. P. J. M., Zwanenveld 21-37, Nijmegen
 Schuurs, R. J. D., Styn Buysstraat 39, Nijmegen
 Wildt, Y. A. M. de, Polkastraat 3, Nijmegen

23 juni 1978 Universitair Huisartsen Instituut, Amsterdam VU
 Bremerkamp, C. L., Haarlemmermeerstraat 145^{II}, Amsterdam
 Vries, M. L. de, Hertog Albrechtstraat 1, Bovenkarspel



Nieuwe inschrijvingen

De Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft de volgende artsen ingeschreven in het register van erkend sociaal-geneeskundigen.

Tak arbeids- en bedrijfsgeneeskunde

per 1 januari 1978 (m) – Ph. H. Koster van Groos
 per 4 februari 1978 (m) – P. van Genderen Stort

Tak jeugdgezondheidszorg

per 23 augustus 1977 (vr) – A. van Wanroy-Schueler
 per 1 januari 1978 (vr) – I. Hens-Unger
 per 1 januari 1978 (vr) – W. Sijbesma-Gorter
 per 28 januari 1978 (vr) – T. Duyvendak
 per 31 januari 1978 (vr) – M. S. A. C. Bouvy-Verbeeten
 per 26 februari 1978 (vr) – M. S. Christoffels-Speelman
 per 14 maart 1978 (vr) – E. K. N. Postma-Lim
 per 22 mei 1978 (vr) – J. Scherpbier-Besijn

Tak verzekeringsgeneeskunde

per 13 maart 1978 (vr) – N. C. M. Schellart-Hokkeling
 per 20 maart 1978 (m) – W. Ouwehand
 per 1 april 1978 (m) – A. W. Saenger
 per 12 april 1978 (vr) – H. A. Smit-Bouwman
 per 13 april 1978 (m) – A. H. Bekkering
 per 15 mei 1978 (m) – W. F. J. Kruisinga
 per 29 mei 1978 (vr) – M. B. E. Wassink

Tak algemene gezondheidszorg

per 20 januari 1978 (m) – E. Smit
 per 26 juni 1978 (m) – Dr. J. van der Meer

Tak bijzondere vormen van sociale geneeskunde

per 24 februari 1978 (m) – P. Stuifbergen
 per 8 maart 1978 (m) – H. L. Oei
 per 8 maart 1978 (m) – W. F. Schot
 per 8 maart 1978 (m) – H. Tan
 per 20 maart 1978 (m) – Prof. Dr. R. L. Zielhuis

INHOUD OFFICIEEL

KNMG, van het hoofdbestuur:	
Rechtspraak van de KNMG. Uitspraken districtsraden in 1977	1186
Kort verslag HB-vergadering dd. 29 augustus 1978	1191
HRC:	
Nieuwe inschrijvingen	1192
SGRC:	
Nieuwe inschrijvingen	1192

Nr. 38 – 22 september 1978