

MEDISCH CONTACT

Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nummer 7 – 19 februari – 43e jaargang

Een samenhangende en doelmatige, decentraal en democratisch bestuurde gezondheidszorg: dat is het waar met de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) naar wordt gestreefd. Wat is er in dit licht terechtgekomen van de vestiging van huisartsen in de regio Kennemerland? Dr. M. I. M. Schuurman en Drs. A. B. Wessels van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde TNO te Leiden laten er zich gematigd optimistisch over uit.

Door middel van een vestigingsbeleid wil de overheid de groei van het aantal huisartsen beheersen en een betere spreiding van de huisartsen over het land bereiken. Wil het lukken? Dr. L. Hingstman, verbonden aan het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, bekeek het beginjaar: 1986. De volumegroei lijkt inderdaad te zijn ingedamd, de spreiding echter nauwelijks verbeterd. Samen met collega-onderzoeker Drs. H. Boon bevond Hingstman tevens dat het langzaam van de grond gekomen vestigingsbeleid bepaald niet in het voordeel van de vrouwelijke praktijkzoekende huisartsen werkt en dat de reeds gevestigde huisartsen vooralsnog de meest aangewezen ingang zijn gebleven om een vestiging te realiseren.

Dankzij bemoeienissen van de Beleidsadviescommissie Werkloze en Praktijkzoekende Huisartsen van de LHV zijn de opvattingen van nog niet gevestigde huisartsen over het wettelijk vestigingsbeleid en wat daaraan vastzit nu ook bekend. De uitkomsten van een ter zake gehouden enquête worden gepresenteerd door twee leden van de commissie. Cave!

Welke beleidsruimte hebben gemeenten bij het vestigingsbeleid voor huisartsen? Belangrijk in dit opzicht is een beschikking van de voorzitter van de afdeling Rechtspraak van de Raad van State in de zaak Oud-Beijerland.

De LHV – die overigens nog een kans krijgt van (de voorzitter en de secretaris van) de Initiatiefgroep voor Progressieve Huisartsen – kreeg de kans het themablok af te sluiten.

INHOUD

Het huisartsenvestigingsbeleid in de praktijk

Dr. M. I. M. Schuurman en Drs. A. B. Wessels – 199

Eén jaar vestigingsbeleid voor huisartsen. Wat zijn de effecten?

Dr. L. Hingstman – 203

Eén jaar vestigingsbeleid voor huisartsen. Ervaringen van praktijkzoekende huisartsen

Drs. H. Boon en Dr. L. Hingstman – 206

Opvattingen van praktijkzoekende huisartsen over het wettelijk vestigingsbeleid

Mw. B. D. Bovenberg-Smalbraak en Th. J. M. Verhey – 209

De LHV en de belangen van praktijkzoekende huisartsen

J. Dopper en F. Schreuder – 211

Gevraagd: huisarts (V/V). Over de beleidsruimte van de gemeente in het vestigingsbeleid voor huisartsen

P. Vanderheyden – 213

De LHV en het wettelijk vestigingsbeleid voor huisartsen

Mr. J. C. de Hoog – 216

Ouderenzorg, of hoe het anders kan. Een experiment in Almere (3)

C. P. Schouwstra en Mw. G. J. van Piggelen-Voskuilen – 219

Preventie van hart- en vaatziekten.

R. F. Westerman – 221

Colofon 194 – Colofon officieel 194 – Hoofdre-
dactioneel commentaar 195 – Voorzittersko-
lom KNMG 196 – Brieven 197 – Agenda 205 –
Boeken 221 – Uit de Verenigingen 223

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

Dr. C. Spreeuwenberg, hoofdredacteur
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris

Mw. Drs. W. G. Juffermans, redactrice
Mw. C. R. van der Sluys, redactrice
Mw. G. W. van Straten, redactrice
Mw. Drs. M. C. A. van Wandelen, redactrice
R. A. te Velde, eindredacteur

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

De redactie is gevestigd: Lomanlaan 103
3526 XD Utrecht, telefoon 030-823384
Telefoonnummer KNMG: 030-823911

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

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG binnen de Benelux, op de Nederlandse Antillen en in Suriname f 136,99 (inclusief BTW); overige landen f 242,—
Administratie: Tijl Tijdschriften BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
telefoon 020-5182.828, telex 15230.
Een abonnement kan op elk gewenst tijdstip ingaan: het wordt automatisch verlengd, tenzij het tenminste twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd.

Advertenties

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

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

Bij de voorplaat:

'Ciencia y caridad' (1897) van Pablo Picasso;
Museo Picasso, Barcelona.

KNMG LHV LSV LAD LVSG KNMG

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

Dagelijks bestuur

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

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)

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

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

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

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)

Mw. Mr. P. A. van Tilburg-Hadders, secretaris; Mw. A. v. Zwol-Oostveen, secretaresse. Bureau-tijden ma, di, do en vr van 9.00 tot 16.00 uur.

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

Bibliotheek

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

Stichting Dienstverlening Medici

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

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

Twee jaar wettelijk vestigingsbeleid

Sinds twee jaar is het vestigingsbeleid voor huisartsen wettelijk van kracht. De op 1 maart 1983 voor de leden van de LHV ingevoerde vestigingsregeling was niet bevredigend, omdat niet-leden hieraan niet waren onderworpen en zich ongesteund konden vestigen. De toenmalige staatssecretaris van WVC, Van der Reijden, had zich in het Convenant met de LHV verplicht mee te werken aan de totstandkoming van een wettelijke vestigingsregeling. Dit geschiedde door invulling van het hoofdstuk 'Personen werkzaam op het terrein van de gezondheidszorg' van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) via een Algemene Maatregel van Bestuur.

Doel van de regeling was onder meer te komen tot een beheersing van het volume aan huisartsenhulp en het voeren van een spreidingsbeleid ten aanzien van zich nieuw vestigende huisartsen. De maatregel stamt duidelijk uit de jaren zeventig, jaren waarin de overheid beleidsdoeleinden hanteerde als structuurdenken, democratisering en decentralisatie. Het was dan ook consequent de uitvoering in handen te leggen van de gemeenten: zij werden geacht de huisartsenhulp als een van de kernvoorzieningen uit de eerstelijnsgezondheidszorg in samenhang te kunnen brengen met de overige eerstelijnsvoorzieningen.

De LHV zag zelf ook het belang in van de noodzaak van ordening. Zoekende noch zittende huisartsen hebben belang bij onderlinge concurrentie en een betere spreiding van de praktijken kan ertoe bijdragen dat waarnemgroepen gaan fungeren als de kleinste organisatorische eenheid van de huisartsenzorg. Door een overzichtelijker structuur kan de continuïteit van de zorgverlening bij afwezigheid van een huisarts gemakkelijker worden verzekerd, kunnen huisartsen afwezig zijn voor nascholing en kunnen ze eerder activiteiten als onderlinge toetsing ondernemen. Er zijn dus zowel kwalitatieve als organisatorische voordelen.

Een zo forse ingreep in de mogelijkheden van de huisarts zelf de plaats van praktijkuitoefening, de praktijkomvang en de opvolging te bepalen, is een uitermate moeilijke operatie. De LHV-bestuurders verdienen alle lof voor de tact waarmee ze hebben bereikt dat de Ledenvergadering zich positief heeft opgesteld tegenover een wettelijke regeling.

Jammer is, dat onduidelijkheden en lacunes in de tekst een goede uitvoering van

de maatregel belemmeren¹. Wanneer is een huisarts bijvoorbeeld gevestigd? De verduidelijkingen die de staatssecretaris via circulaire probeert te geven, dragen niet altijd bij tot het bereiken van het doel dat ermee wordt beoogd en lenen zich soms voor herinterpretatie door de Arob-rechter.

Al zou de wettekst wel eenduidig zijn, toch kan niet worden verwacht dat een regeling waar zoveel verschillende partijen met uiteenlopende doelstellingen bij zijn betrokken, naar ieders tevredenheid functioneert. Er is dan ook alle aanleiding om in dit nummer van MC na te gaan hoe de vestigingsregeling voor de verschillende betrokkenen uitwerkt.

Gemeenten maken op heel verschillende manieren van de hun toegekende bevoegdheden gebruik. Als een gemeenteraad dat wil, kan ze grote invloed op de taak en samenstellingen van de vestigingscommissie hebben. Zolang alleen huisartsen onder het wettelijk vestigings-

gevraagd en dat de vrouwen hierbij relatief zijn achtergebleven.

Het is begrijpelijk dat een aantal praktijkzoekende huisartsen graag zou zien dat de omvang van de normpraktijk afneemt. Het probleem is echter dat er alleen bij een substantiële verkleining van de praktijkgrootte ruimte komt voor pakketuitbreiding en kwaliteitsverbetering. Nog afgezien van het gegeven dat verlaging van de normpraktijk niet gelijk een verkleining van de reële praktijkomvang kan inhouden, levert een verkleining met stapjes van 50 patiënten nog geen 10 minuten winst per dag op. Een huisarts merkt niets van zo'n gering verschil in werkdruk en wordt niet gestimuleerd om meer te doen dan voorheen.

Bevoordeelt het vestigingsbeleid de zittende huisartsen? Pas afgestudeerde huisartsen worden ongetwijfeld in hun vestigingsmogelijkheden beperkt. Het beroepsperspectief voor een groot aantal onder hen is afschuwelijk. Toch is het redelijk dat de zittende groep wordt beschermd, nu een huisarts met 2.350 patiënten in principe hetzelfde inkomen heeft als een vergelijkbare ambtenaar. De beroepsgroep heeft echter de plicht jegens de wachtende collegae er zorg voor te dragen dat de praktijkgrootte de norm nauwelijks te boven gaat. Het is dan ook een goede zaak dat de staatssecretaris en de LHV op korte termijn gaan overleggen over maatregelen om te bereiken dat de reële praktijkomvang de norm per 1 januari 1991 met niet meer dan 400 patiënten overschrijdt.

Nu is aangekondigd dat het vestigingsbeleid voorlopig van kracht blijft, dient de maatregel te worden aangepast aan bijzondere situaties; ik denk hier aan de universitaire huisartspraktijken. Tevens dient de beroepsgroep ervoor te zorgen dat zij een duidelijke inbreng heeft in de vestigingscommissies en dat deze commissies kandidaten niet beoordelen op allerlei esoterische kwalificaties, maar op hun professionele vaardigheden als huisarts. □

Dr. C. Spreeuwenberg

beleid vallen, kan er weinig terecht komen van het voornemen samenhang aan te brengen in de gezondheidszorgvoorzieningen. Mede door aanhoudende onzekerheid over het op grond van het advies van de commissie-Dekker intrekken van de maatregel, blijkt het tempo van uitvoering zelfs in een proefregio van de WVG laag te zijn geweest.

De doelstelling, de omvang van het volume aan huisartsenhulp te beheersen, mag, gezien de slechts 73 nieuwe vestigingen in 1986, geslaagd worden genoemd. De maatregel heeft niet geleid tot het terugdringen van de regionale verschillen in gemiddelde praktijkomvang; deze zijn zelfs iets toegenomen. Wel blijkt praktijkverkleining te hebben plaatsgevonden in de minder verstedelijkte gebieden, waar theoretisch de meeste ruimte was.

Van de praktijkzoekende huisartsen geven de meesten aan geen goede ervaringen te hebben met het vestigingsbeleid. Toch stelt de meerderheid van de huisartsen die een praktijk zoeken prijs op een wettelijke regeling. Opvallend is overigens dat slechts een beperkt aantal van hen een vestigingsvergunning heeft aan-

¹ Salemink GW. De vestigingsregeling: verworvenheid of anachronisme? Praktijkmanagement voor de huisarts januari 1988, 14-7.

KNMG-voorzitter W. H. Cense:

Seropositiviteit op AIDS: een risico?

Er zijn de laatste tijd hevige discussies losgebarsten over de vraag of het geoorloofd is seropositiviteit op AIDS te onderzoeken in het kader van keuringen en om risico's voor hulpverleners in de gezondheidszorg te verkleinen.

Bij een keuring gaat het om het afwegen van individuele belangen ten opzichte van een ander belang. Soms lopen belangen van keuring en opdrachtgever parallel. Wie heeft er belang bij te worden goedgekeurd voor een baan die hij niet aankan of deel te nemen aan het verkeer op een wijze die hemzelf en anderen in gevaar brengt?

Wanneer de belangen niet gelijklopen liggen de zaken vanzelfsprekend minder eenvoudig. Het oordeel van de keurend arts lijkt steeds zwaarder te zijn gaan wegen en zelfs van doorslaggevende betekenis te worden.

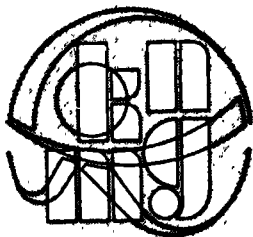
Keuren is in de toekomst kijken. Een prognose maken is een van de moeilijkste gebieden van de geneeskunde. Zelfs bij ernstig zieken kan een zeer ervaren arts zich nog lelijk vergissen, ook al kent hij zowel het ziektebeeld als de patiënt al lang en grondig. Een prognose stellen bij een onbekende gezonde gedurende een eenmalig kortdurend en weinig diepgaand contact, hetgeen eigen is aan een keuring, is des te moeilijker. De epidemiologie en de statistiek komen ons weliswaar te hulp, maar het blijft een inschatten van kansen. Voor de opdrachtgever een goed kompas om op te varen, want hij heeft te maken met grote getallen, voor het individu telt alleen zijn persoonlijke situatie.

Het is een goede zaak dat artsen hun voorspellingen met behulp van wetenschappelijke methoden zo goed mogelijk trachten te onderbouwen. Het is eveneens begrijpelijk dat opdrachtgevers risico's zo klein mogelijk trachten te houden. De mogelijkheden van de geneeskunde in een vroeg stadium te diagnosticeren zijn de laatste jaren enorm toegenomen en daarmee de ethische dilemma's.

De beroering die onlangs is ontstaan over de vraag of seropositieven op AIDS al of niet met succes door een keuring

kunnen komen en de prognostische mogelijkheden die een genenpaspoort biedt, hebben de discussie pas echt in gang gezet. Een discussie waarbij de arts de maatschappelijke gevolgen van zijn medisch handelen onder ogen moet zien. En die gevolgen zijn bij testen op seropositiviteit bij een aanstellingskeuring van een andere orde dan bij het keuren voor een levensverzekering.

Iedereen heeft een fundamenteel recht op arbeid. Seropositiviteit maakt niet arbeidsongeschikt, zelfs niet altijd op de lange termijn. Toch is het niet eerlijk het risico van voortijdige uitval uit het arbeidsproces op de werkgever af te wendelen, noch om seropositieven het recht op arbeid te onthouden. Als de samenleving kiest voor recht op arbeid voor allen moet die samenleving daar ook de garanties voor bieden. Bijvoorbeeld door een verplichte verzekering voor allen,



een acceptatieplicht voor de verzekeraars en voor de extra zware risico's een volksverzekering volgens het model van de AWBZ. De kosten daarvan zijn wellicht niet hoger dan de kosten, verbonden aan het feit dat alle afgekeurden niet van de wind kunnen leven.

Bij hoge levensverzekeringen gaat het om andere belangen: niet een fundamenteel recht van allen, maar een voorrecht voor enkelen, waarbij de opdrachtgever, ook namens andere verzekerden, het aanmerkelijke risico dat hij loopt zo klein mogelijk moet houden. Testen is dan, met uiteraard volledig 'informed consent', ook over de mogelijke consequenties (fout-positieven!), mijns inziens geoorloofd.

Nog moeilijker wordt het als de arts zelf risico's loopt. Ik doel hier op de roep om een test op seropositiviteit bij opera-

tiepatiënten. Het hoofdbestuur heeft hier in grote lijnen het advies van de Gezondheidsraad gevolgd: in beginsel nee, doch zonder het altijd bij voorbaat uit te sluiten. De tijd van zeer besmettelijke en dodelijke infectieziekten, die ook de arts bedreigden en waarbij die risico's door artsen bijna heroïsch werden getrotseerd, is voorbij. Een arts hoeft tegenwoordig dergelijke risico's niet meer te lopen: de mogelijkheden ze te beperken zijn thans ruimschoots aanwezig. Maatregelen moeten berusten op grondig medisch-inhoudelijke overwegingen en niet op vooroordelen en irrationele angsten. Uit onderzoek is gebleken dat het risico van hulpverleners zeer klein is en dat een zich 100% indekken tegen de risico's maatregelen vergt die maatschappelijk en economisch onverantwoord zijn. Een haalbaarder alternatief is dat de arts bij een redelijk vermoeden op het lopen van extra risico's, van zijn patiënt vraagt, in het belang van andere patiënten en hulpverleners, mee te werken aan het verkleinen van die risico's; want van de mondige patiënten mogen wij ook verantwoordelijkheid verwachten en de mogelijkheid hen daarop aan te spreken.

Als we de discussie over de zin en onzin van testen en keuren niet aangaan en als wij niet met voor allen aanvaardbare oplossingen komen, valt te voorzien dat het probleem wordt verschoven, niet opgelost. Immers, dan zal de keuring worden overgeslagen en de mondige patiënt die zelf zijn dossier beheert, dit bij verzekeraars en werkgevers moeten overleggen. Wat kunnen wij dan nog aan het papier toevertrouwen?

W. H. Cense,
voorzitter KNMG

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

BEROEPSGEHEIM

In de naoorlogse jaren leerden wij aan de universiteit dat al het medische wat je als medicus van mensen wist of te weten kwam onder het beroepsgeheim viel, patiënt van je of niet.

In december jl. heeft nu een toneelspeler een kidnapping geënceneerd met dreigbrieven en al. Persoonlijk vind ik dit een klap in het gezicht van andere gekidnapten (en hun familie) en van andere vervolgd, zoals de joden. Maar in de media hebben twee gerenommeerde psychiaters onlangs hun mening hierover den volke kond gedaan: hoe die man tot zijn daad was gekomen, met een voor iedereen begrijpelijke pathogenese, diagnose en het therapeutische advies de man op te nemen in een psychiatrische inrichting!

Is dit de goede wijze van omgaan met het beroepsgeheim? Ik betwijfel of dit wel medisch verantwoorde ethiek is.

Drachten, januari 1988

Dr. J. M. Mees, rustend huisarts

Naschrift

Voor zover wij weten fungeerden de beide collegae in dit geval niet als behandelend arts, en dan was er ook geen sprake van schending van het beroepsgeheim. *Red.*

OUD EN JONG IN DE GEZONDHEIDSZORG

Verkeerd gerichte aandacht

In zijn artikel in Medisch Contact van 30 oktober jl. (MC nr. 44/1987, blz. 1402) gaat J. M. de Mos in op het toenemende beslag dat ouderen doen op de gezondheidszorg, speciaal op het gebruik van ziekenhuis- en verpleeghuisbedden. Als mogelijke verklaring voor het toenemende aantal opnemingen van ouderen in het ziekenhuis wordt de capaciteit van verpleeghuizen genoemd; dit mede naar aanleiding van de 'verkeerde bed'-problematiek. Vervolgens wordt berekend tot welke omvang de verpleeghuizen moeten toenemen om hieraan tegemoet te komen.

Dat dit slechts een klein onderdeel is van de problematiek van ouderen in het ziekenhuis, moge blijken uit de volgende gegevens van LMR en SIG: in 1986 werden in totaal 1.544.219 patiënten in het ziekenhuis opgenomen; van hen was 26,3% ouder dan 65 jaar (circa 390.000 patiënten). De Mos geeft aan dat circa 15.000 patiënten per jaar uit het ziekenhuis naar het verpleeghuis gaan; dit is

BRIEVEN

dus 4% van de totale groep van oudere patiënten in het ziekenhuis. Hieruit blijkt dat het overgrote deel van de patiënten na ontslag naar huis terugkeert.

Ik ben van mening dat ten onrechte de aandacht uitsluitend op de 'verkeerde bed'-problematiek is gevestigd. Immers, met het stijgen van de jaren neemt de kans op het ontstaan van (chronische) ziekten toe; tevens stijgt het aantal aandoeningen per patiënt. Ook herstel van een ziekte of behandeling (bijvoorbeeld een operatie) kost meer tijd. Bovendien kunnen problemen van medische aard invloed hebben op iemands psychisch en/of sociaal functioneren (en vice versa). Gezien de ontslagbestemming van meer dan 90% van de patiënten blijken de meeste problemen (grote deels) te herstellen. Toch zou, gezien de interactie van medische, psychische en sociale problemen, juist in het ziekenhuis meer aandacht aan al deze facetten van het functioneren moeten worden geschonken. Deze holistische wijze van werken heeft hier echter nog nauwelijks ingang gevonden. Uit onderzoek van Rubenstein c.s. is echter gebleken dat vooral van de kwetsbaarste groep, de hoogbejaarden, meer patiënten naar huis kunnen terugkeren en dat zij daar ook langer en in een betere situatie blijven¹. Ervaringen uit de geriatrie afdelingen van algemene ziekenhuizen in Nederland wijzen in dezelfde richting. Op deze wijze wordt de opnameduur bekort en kan verpleeghuisopname in een aantal gevallen worden voorkomen.

Hoewel de ouderen door de aard van hun problematiek een groot beslag op de uitgaven van de gezondheidszorg zullen leggen, kan op deze wijze, zeker op den duur, een besparing worden gerealiseerd. Het is jammer dat deze aspecten in het artikel onbesproken zijn gebleven.

Arnhem, februari 1988

Mw. Dr. E. Bruijns, klinisch geriater

Literatuur

1. Rubenstein LZ et al. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. *New Engl J Med* 1984, 311. 1664-70

Naschrift

Het centrale thema van mijn artikel was de toename van het verschil in 'consumptie' tussen jongeren en ouderen. De gesignaleerde ontwikkelingen zijn gebaseerd op feitelijke gegevens, aangevuld met enkele mogelijke verklaringen.

Een feit is dat het aandeel van de bejaarden in de totale consumptie van verpleegdagen in ziekenhuizen naar verhouding sterk is gestegen, enerzijds doordat de consumptie van jongeren is gedaald en anderzijds doordat het aantal bejaarden in absolute en relatieve zin is toegenomen en bejaarden bovendien steeds vaker in een ziekenhuis worden opgenomen.

Bij de weergegeven ontwikkeling per diagnosegroep voor de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder is toegelicht dat de gestegen opnemingsfrequentie voor een niet onbelangrijk deel het gevolg zal zijn van de toegenomen behandelingsmogelijkheden door technologische ontwikkelingen. Het is derhalve niet juist te stellen dat de aandacht uitsluitend is gevestigd op de 'verkeerde bed'-problematiek.

Het is goed te vernemen dat door een holistische wijze van werken de gemiddelde verpleegduren voor bejaarden kan worden bekort, maar dit valt enigszins buiten het kader waarin mijn artikel is geschreven. Overigens is het wel zo dat de gemiddelde verpleegduren voor bejaarden thans al een sterk dalende tendens vertoont. In de particuliere sector valt in de periode 1980-1986 tegenover de stijging van de opnemingsfrequentie (+33%) zelfs een iets grotere daling van de gemiddelde verpleegduren waar te nemen, zodat het gemiddeld aantal verpleegdagen per saldo met 2% is gedaald. De opmerking van Mw. Bruijns geeft eens te meer aan dat er kennelijk nog voldoende elasticiteit in de vraag aanwezig is, waardoor een belangrijk deel van het te verwachten vergrijzingseffect zou kunnen worden opgevangen.

Utrecht, februari 1988

J. M. de Mos

DE LAT-RELATIE TUSSEN HUISARTS EN EHBO

Een toenemend aantal patiënten wendt zich met klachten en aandoeningen die onder huisartsgeneeskunde vallen tot een eerste-hulpafdeling in een ziekenhuis. Collega J. L. Engelenburg heeft berekend om welke aantallen op jaarbasis het gaat in de regio Den Haag gedurende de tijd dat een doktersnachtsdienst functioneert, dat is van 19.00 tot 07.00 uur (MC nr. 1/1988, blz. 17).

Wanneer men de cijfers van Engelenburg aanvaardt, kan men concluderen dat in 1980 zich 6.462 patiënten met 'huisartsgeneeskundige aandoeningen' bij een ziekenhuis meldden en in 1982 bij de post van de doktersnachtsdienst 7.032. Engelenburg vermeldt verder nog dat in 1982 9.285 huisbezoeken werden afgelegd en een waarschijnlijk tenminste even groot aantal telefonische adviezen gegeven.

Deze bezigheden, hoe omvangrijk ook, beho-

ren tot de normale taak van een huisarts, doch de behandeling van de 6.462 patiënten behoort daar ook toe. In feite functioneert het ziekenhuis voor deze categorie als een huisartspost. Engelenburg laat cijfermatig buiten beschouwing het aanzienlijk aantal patiënten dat zich overdag, in het bijzonder 's zaterdags en 's zondags op een eerste-hulpafdeling voegt voor huisartsgeneeskunde. Om de grootte van het probleem, althans voor de ziekenhuizen, te bepalen moet men deze patiënten voegen bij de 6.462.

Het is duidelijk dat de ziekenhuizen genoodzaakt zijn (personeel) voorzieningen te treffen om deze patiënten te helpen. De directies hebben voorgesteld huisartsen 's avonds en 's nachts bij toerbeurt dienst te laten doen op een afdeling Eerste Hulp, doch dit is door de huisartsen afgewezen; de huisartsen adviseerden de hulpvragers naar de doktersnachtdienst door te verwijzen. Dit advies is niet uitvoerbaar, omdat een patiënt het niet begrijpt of accepteert dat hij wordt doorverwezen terwijl toch hulp ter plaatse zou kunnen worden geboden, terwijl het ziekenhuis het risico niet kan nemen een patiënt zonder onderzoek weg te sturen; bovendien zou het ziekenhuis door een dergelijke handelwijze een slechte naam kunnen krijgen, terwijl een ander ziekenhuis door het advies niet op te volgen juist extra patiënten zou kunnen trekken. De oplossing zal dan ook van de kant van de huisartsen moeten komen. Wanneer gedacht wordt over versterking van de eerste lijn, is ook dit een aspect dat zal moeten worden bezien.

Onderzocht wordt (en dat had al meer dan vijftien jaar geleden moeten gebeuren, toen het probleem werd gesignaleerd) wat de oorzaak is van deze ontwikkeling. Is het slechte informatie of gemakzucht van de patiënt? Heeft de patiënt meer vertrouwen in het ziekenhuis? Is de bereikbaarheid van de huisarts niet optimaal? Onder andere naar dit laatste stelt Engelenburg ook een onderzoek in; het resultaat daarvan wordt met belangstelling afgewacht en zeer speciaal ook de maatregelen die naar aanleiding daarvan al of niet zullen worden voorgesteld. Er zijn dan twee mogelijkheden denkbaar: of de huisartsen slagen erin hun patiënten te motiveren voor huisartsgeneeskunde zich uitsluitend tot hen te wenden en bieden daartoe ook ruimschoots gelegenheid of, en dat zou betreurenswaardig zijn, de toestand blijft zoals deze nu is gegroeid en ontwikkelt zich eventueel nog verder in de richting van een soort poliklinische ('huisarts-') geneeskunde. Maar dan zal dat wel voor het ziekenhuis budgettaire en voor de patiënt financiële consequenties moeten hebben.

Wassenaar, februari 1988
Dr. H. L. Kalsbeek

Naschrift

Collega Kalsbeek beschrijft het probleem voor de ziekenhuizen: een continue huisarts-

geneeskundige hulpvraag aan de EHBO's, ondanks de beschikbaarheid van alle huisartsen overdag en van de doktersnachtdienst plus een deel van de huisartsen 's nachts. Zonder budgettaire voorzieningen kan het ziekenhuis deze hulpvraag niet opvangen. Afwijzen wil het ziekenhuis niet graag, ten eerste om zijn goede naam niet te verliezen (klantenbinding), ten tweede om geen fouten te maken.

Dat is een alleszins aanvaardbare redenering. Onjuist is het te stellen dat de oplossing van de huisarts dient te komen.

Het vasthouden aan de eigen visie door alle partijen lijkt oorzaak te zijn van de jarenlange patstelling in het acute-hulp-overleg in Den Haag. Het werkelijke probleem werd door mij beschreven in Medisch Contact van 28 december jl. (MC nr. 51-52/1987, blz. 1611): accepteren we het consumentisme of niet? Dit basale probleem dient in samenspraak van alle betrokkenen te worden opgelost; de stem van de hulpvragers dient daarbij beslissend te zijn. Welke consequenties dit kan hebben voor EHBO's en huisartsen wordt door mij besproken in een nog te volgen artikel omtrent 'oneigenlijk' EHBO-gebruik.

Den Haag, februari 1988
J. L. Engelenburg

DE HETE ADEM VAN JUSTITIE

In MC nr. 2/1988 blijkt tot tweemaal toe, hoe groot de angst is van artsen voor 'de hete adem van justitie' bij het aanmelden van euthanasie.

– Collega W. H. Cense, schrijft in zijn voorwoord 'Doodsoorzaakverklaring' (blz. 36) het volgende: 'Veel artsen nemen zich na één keer

melden voor, in het vervolg een ander de kastanjes uit het vuur te laten halen.'

– Mr. H. R. G. Feber, citeert in 'Euthanasie en verklaring van overlijden' (blz. 41) een advocaat die rechtsbijstand had verleend aan enkele artsen welke in aanraking waren geweest met Justitie in verband met euthanasie-ingrepen met het gevolg dat van deze artsen, op één enkele uitzondering na, geen toekomstige meldingen meer te verwachten zijn.

Wil men de aangiftebereidheid van euthanasie plegende artsen vergroten, dan moet men beginnen deze angst zoveel mogelijk weg te nemen. De euthanasie plegende arts voelt zich alleen, kwetsbaar en bedreigd tegenover het justitiële apparaat, nog daar gelaten het risico dat hierdoor ontstaat, dat terminale patiënten niet de hulp krijgen die zij verwachten. De euthanasie plegende arts zou zich meer gesteund moeten voelen in deze ingrijpende moeilijke situaties.

Wanneer nu, gedurende de voorbereidingen bij euthanasie, een niet-medebehandeld arts dient te worden geraadpleegd voor verdere oordeelsvorming, waarom dan niet de arts die eventueel later zal optreden als de gemeentelijke lijkschouwer? Hij kan de behandelend arts vooraf toetsen en zo nodig adviseren en verkleint hiermee tevens het imago van justitieel opsporingsambtenaar. Misschien bereikt men hier mee in de toekomst een situatie dat, na een gedegen toetsing vooraf, de behandelende arts zijn eigen patiënten mag schouwen, zonder de soms pijnlijke inmenging van de gemeentelijke lijkschouwer in de emotionele privé-sfeer van de nabestaanden. Tevens voelt men zich als arts gesteund en zal de angst voor aanmelden van euthanasie verdwijnen.

Amsterdam, februari 1988
H. Groenevelt, huisarts

Nadere rectificatie

De redactie heeft een reactie ontvangen van de Stichting Vrije Universiteit voor Progressieve Geneeskunde en het Progressief Medisch Centrum naar aanleiding van het Praktijkperikel 'Progressief Gebieven' (MC nr. 3/1988, blz. 86). Beide hebben er op gewezen dat zij niet een en de zelfde zijn en dat zij bezwaar maken tegen de inhoud van het genoemde Praktijkperikel. Het Progressief Medisch Centrum dat de betreffende patiënt heeft behandeld wijst erop dat het Centrum bij de behandeling van ernstige kankerpatiënten de behandelend arts informeert en dat er in casu geen sprake van was dat de patiënt hoop op beterschap is gegeven. En de patiënt is verzocht tevoren contact met het ziekenfonds op te nemen en niet achteraf, zoals in het artikel is vermeld. De medicijnenverstrekking liep niet via het Centrum maar via de apotheek. Zoals reeds in Medisch Contact van 12 februari j.l. vermeld, is het geen gebruik namen te noemen in een Praktijkperikel. Het spijt ons dat dit hier wel is gebeurd.

Redactie Medisch Contact

Het huisartsenvestigingsbeleid in de praktijk

De situatie in de regio Kennemerland

Sinds 1 februari 1986 is het Besluit Vestiging en Praktijkomvang Huisartsen van kracht. Hiermee is de huisartsenzorg na de basisgezondheidszorg de eerste voorziening die onder de werking van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) werd gebracht. Voldoende reden om eens nader te bezien hoe het vestigingsbeleid huisartsen in de praktijk functioneert.

Een andere reden is de toekomst van het vestigingsbeleid. Het is geenszins zeker dat de nu opgezette regeling zal blijven bestaan. Immers, het lijkt erop dat het voorstel van de commissie-Dekker, om de WVG – en daarmee de vestigingsregeling huisartsen – in te trekken, zal worden gehonoreerd. In een (regionaal) marktmodel is voor een vestigingsbeleid huisartsen, naar het zich laat aanzien, geen plaats.

Door evaluatie van de huidige regeling kan naar onze mening worden nagegaan wat er met het intrekken van de vestigingsregeling eventueel aan waardevoels wordt weggegooid en of in zo'n marktmodel wellicht, afhankelijk van de wijze waarop het wordt ingevuld, toch niet bepaalde onderdelen van de regeling bruikbaar zijn.

Het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO (NIPG), dat de integrale invoering van de WVG in de proefgebieden Kennemerland en Eindhoven/Kempenland evalueert, heeft in een recent uitgebracht rapport over Kennemerland aandacht besteed aan de werking van het vestigingsbeleid voor huisartsen in de praktijk¹. De tamelijk gedetailleerde beschouwing van de situatie in deze regio kan een goede aanvulling zijn op de meer globale evaluatie van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, waarover in juni 1987 door de staatssecretaris werd gerapporteerd².

In dit artikel worden de belangrijkste bevindingen over het vestigingsbeleid voor huisartsen in Kennemerland besproken. Eerst wordt de situatie met betrekking tot dit beleidsinstrument in de regio beschreven. Vervolgens wordt het vestigingsbeleid geëvalueerd aan de hand van criteria die zijn ontleend aan de doelen van de WVG. Tenslotte volgt een korte afsluitende discussie.

**Dr. M. I. M. Schuurman
en Drs. A. B. Wessels**

Een samenhangende en doelmatige, decentraal en democratisch bestuurde gezondheidszorg: dat is het doel waarnaar wij streven met de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG). Wat is er in dit licht terechtgekomen van de vestiging van huisartsen in de regio Kennemerland? Dr. M. I. M. Schuurman en Drs. A. B. Wessels, beiden als wetenschappelijk onderzoeker verbonden aan het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde TNO te Leiden, laten er zich gematigd optimistisch over uit.

STAND VAN ZAKEN

De regio Kennemerland bestaat uit Zuid- en Midden-Kennemerland. Zuid-Kennemerland omvat de gemeenten Bennebroek, Bloemendaal, Haarlem, Haarlemmerliede/Spaarnwoude, Heemstede en Zandvoort. Tot Midden-Kennemerland behoren de gemeenten Beverwijk, Castricum, Heemskerk, Uitgeest en Velsen. Het gaat om een gebied van in totaal ongeveer 375.000 inwoners.

Vanaf begin 1986 wordt in Kennemerland aan de in het Besluit Vestiging en Praktijkomvang Huisartsen neergelegde regelingen uitvoering gegeven. Veel tijd en inspanning is geïnvesteerd in de discussie over de schaal van de uitvoering (lokaal dan wel regionaal) en de aard van de vestigingscommissie (gemeentelijk dan wel intergemeentelijk). In Zuid-Kennemerland is gekozen voor één regionale commissie, in Midden-Kennemerland hebben Heemskerk en Beverwijk een gezamenlijke commissie, de overige gemeenten elk een lokale.

Wat de samenstelling van de vestigingscommissies betreft is in Kennemerland in op één na alle gevallen voldaan aan de eisen die het besluit stelt, namelijk dat de volgende vier groeperingen moeten zijn vertegenwoordigd: huisartsen, aanver-

wante beroepsgroepen, personen of organisaties die de belangen van de gebruikers behartigen en de ziektekostenverzekeraars. Het aantal leden van de commissies wisselt van vijf tot twaalf. De commissie van Zuid-Kennemerland bestaat uit een te variëren aantal leden. Dit is een gevolg van het feit dat naast de acht vaste commissieleden er per gemeente zogenaamd ad hoc-leden worden aangewezen, die uitsluitend participeren wanneer het om een vestiging in die gemeente gaat. Het betreft één of twee huisartsen en ten hoogste twee vertegenwoordigers van de gebruikers. Hierdoor kunnen de afzonderlijke gemeenten sturen in de stemverhouding tussen huisartsen en overigen. Men kan de huisartsen zelfs een meerderheidspositie geven (waar door de beroepsgroep in principe de mogelijkheid wordt geboden aan voorselectie te doen). Kenmerkend voor de commissies van Midden-Kennemerland is dat een portefeuillehouder Volksgezondheid voorzitter is. In Zuid-Kennemerland zijn noch gemeentelijke bestuurders noch ambtenaren in de commissie opgenomen.

In *schema 1* is van de vestigingscommissies in Kennemerland een overzicht gegeven. Uit dit schema blijkt dat de commissies niet alleen verschillen in aard, aantal leden, samenstelling, datum van instelling en de feitelijke mogelijkheid van voorselectie door de beroepsgroep, maar ook in de formeel toegewezen taken. Advisering over vergunningsaanvragen is een taak van alle commissies. Twee van de vier commissies van Midden-Kennemerland is daarnaast tot taak gegeven te adviseren over allerlei andere zaken rond het vestigingsbeleid (zoals ruimte voor nieuwe vestigingen en toetsing van praktijkoverdrachten). Dat beide andere commissies geen ruimere taakstelling is gegeven, hangt samen met het beperkte aantal inwoners van de betrokken gemeenten (dat een uitgebreid vestigingsbeleid niet nodig maakt) en in één geval met de politieke opvattingen van het betrokken college van burgemeester en wethouders. De commissie van Zuid-Kennemerland heeft als toegevoegde taak het adviseren over toetsingscriteria en werkwijze van de commissie.

Schema 1. Overzicht van de vestigingscommissies voor huisartsen in Kennemerland.

| gemeente(n) | aantal inwoners* | aard commissie | aantal leden | aantal huisartsen | samenstelling aanverwante beroepsgroep | datum van instelling | taken | formele mogelijkheid tot voorselectie door de beroepsgroep |
|-------------------------------|------------------|--|--------------|-------------------|--|----------------------|--|--|
| Zuid-Kennemerland | 219.289 | intergemeentelijk voor gehele subregio | 9-12 | max. 5 | vertegenwoordiger eerste lijn, apotheker | oktober 1986 | 1. advisering vergunningsaanvragen 2. advisering toetsingscriteria/ werkwijze commissie | nee, wel indirect (afhankelijk van aantal huisartsen in commissie) |
| Midden-Kennemerland Velzen | 56.801 | gemeentelijk | 10 | 2 | apotheker, fysiotherapeut, kruiswerk, maatsch. dienstverlening | juni 1986 | 1. advisering vergunningsaanvragen 2. advisering verdere uitvoering vestigingsbeleid | indirect (ad hoc-commissie beroepsgroep adviseert aan vestigingscommissie) |
| Heemskerk/ Beverwijk | 67.297 | intergemeentelijk | 12 | 2 | apotheker, fysiotherapeut, kruiswerk, maatsch. dienstverlening | januari 1987 | 1. advisering vergunningsaanvragen 2. advisering verdere uitvoering vestigingsbeleid | nee |
| Castricum | 22.658 | gemeentelijk | 9 | 3 | fysiotherapeut, kruiswerk, maatsch. dienstverlening | december 1986 | advisering over vergunningsaanvragen | nog geen afspraak over gemaakt. |
| Uitgeest | 9.688 | gemeentelijk | 5 | 1 | fysiotherapeut | september 1986 | advisering over vergunningsaanvragen | nee, wel zware inbreng |

* per januari 1987 (bron: CBS).

Over de tot najaar 1987 verrichte werkzaamheden kan het volgende worden gezegd: In Zuid-Kennemerland komt de vestigingscommissie éénmaal in de drie weken bijeen. De werkzaamheden lagen met name in de voorbereidende sfeer (onder andere: komen tot een vaststelling van de werkwijze van de commissie). Men is sinds kort een aantal malen bijeen geweest om een college volgens de formele regels over een af te geven vergunning te adviseren. Daarvoor is een aantal malen een zogenaamde noodprocedure toegepast. Dit houdt in dat de vertrekkende huisarts zelf een kandidaat aanwijst en aan de gemeente doorgeeft. Deze laatste vraagt vervolgens aan de commissie of zij met deze kandidaat akkoord gaat. De vestigingscommissie in Velsen is een aantal malen bijeen geweest; zij heeft twee adviezen aan de gemeente uitgebracht. De commissie Heemskerk/Beverwijk hield zich eveneens met twee vacatures bezig (maken van een profielschets en vaststelling van de plaats van vestiging). In Castricum heeft de commissie tweemaal vergaderd om de werkwijze te bespreken. In Uitgeest tenslotte kwam men eveneens tweemaal bijeen, de eerste maal ter introductie, de tweede maal voor het horen van sollicitanten.

EVALUATIE

De ruim anderhalf jaar dat men in Kennemerland aan het vestigingsbeleid voor huisartsen uitvoering geeft, vormt een te korte tijd om een volledig antwoord te kunnen geven op de vraag of dit een adequaat instrument is om achterliggen-

de beleidsdoelen te bereiken. De evaluatie die wij hebben uitgevoerd moet dus worden gezien als een tussentijdse, voorlopige evaluatie. Zoals gezegd, zijn de criteria van deze evaluatie ontleend aan de doelen van de WVG: het verkrijgen van een gezondheidszorg die doelmatig en samenhangend is en op een decentrale en democratische wijze wordt bestuurd; de waarde van het vestigingsbeleid wordt dus verbonden aan de mate waarin de regeling, en de werking ervan in de praktijk, een bijdrage levert tot het bereiken van juist deze doelen.

Vooraf moet hierbij wel worden beseft dat het eventueel niet werken in de praktijk het gevolg kan zijn van die praktijk (hoe men de regeling invult, bepaalde omstandigheden) maar ook van de regeling zelf. Deze laatste kan elementen in zich hebben die de kans op een succesvolle toepassing al bij voorbaat gering doen zijn. Vandaar dat in het onderzoek onderscheid is gemaakt tussen de mogelijkheden van de formele regeling en haar feitelijk functioneren.

Vanzelfsprekend is het in dit artikel slechts mogelijk de hoofdlijnen van de

onderzoekresultaten te vermelden. Een samenvatting van de resultaten is weergegeven in *schema 2*.

Decentraal

De vraag naar de bijdrage van het vestigingsbeleid voor huisartsen tot het verkrijgen van een meer decentrale gezondheidszorg laat zich vertalen in de vraag of er door de regeling sprake is van het toekennen aan de gemeenten van bevoegdheden om in een zekere onafhankelijkheid en op grond van een eigen belangenafweging besluiten te nemen over de vestiging van huisartsen, alsmede van de uit die toekenning voortvloeiende bevoegdhedenstructuur. Met andere woorden: hebben de gemeenten op dit punt werkelijk wat te vertellen?

Uitgaande van de formele regeling, kan deze vraag bevestigend worden beantwoord: de gemeenten hebben tal van bevoegdheden gekregen. Deze hebben betrekking op het verlenen van vergunningen, het instellen van een vestigingscommissie en het, binnen de door het Rijk gestelde normen, reguleren van praktijkomvang en spreiding. De gemeenten zijn ook zeker het meest aangewezen overheidsniveau om dergelijke zaken te regelen.

In Kennemerland is dit decentrale karakter duidelijk zichtbaar. Wel wordt in de praktijk de reikwijdte van de bevoegdheden in twee opzichten als beperkt ervaren. In de eerste plaats kan de toetsing van een vergunningsaanvraag van een huisarts slechts plaatsvinden aan het criterium van de spreiding van de zorg; andere criteria, bijvoorbeeld kwaliteits-

Schema 2. Samenvatting van de evaluatie van het instrument vestigingsbeleid huisartsen in Kennemerland.

| evaluatie-criterium | mogelijkheden formele regeling vestigingsbeleid | functioneren vestigingsbeleid in Kennemerland |
|-----------------------|---|---|
| decentralisatie | + | ± |
| democratisch | + | ± |
| samenhangend | - | - |
| doelmatig | ± | - |

eisen, mogen niet worden toegepast. In de tweede plaats worden formele bevoegdheden gemist om van huisartsen informatie te verkrijgen die verder gaat dan de praktijkgrootte, om op te treden bij (het vermoeden van) onjuiste opgaven en om de vergunning in te trekken bij het niet nakomen van afspraken.

Democratisch

De vraag bij dit criterium is of de wijze waarop het vestigingsbeleid huisartsen gestalte heeft gekregen, aan allerlei betrokkenen mogelijkheden biedt om op inhoud, totstandkoming en effecten van de beleidsvoering invloed uit te oefenen. Bij 'betrokkenen' moet dan enerzijds worden gedacht aan politiek representatieve organen (*interne democratie*), anderzijds aan verstrekkers, gebruikers en verzekeraars van de zorg (*externe democratie*).

Ook hier kan de regeling op zich positief worden beoordeeld. De gemeenteraad is formeel bij het vestigingsbeleid betrokken doordat hij op voorstel van het college van B&W de vestigingscommissie instelt. De mogelijkheid tot invloed van verstrekkers, gebruikers en verzekeraars is gegarandeerd doordat hun deelname aan de vestigingscommissie wettelijk is vastgelegd.

Hoe is de praktijk in Kennemerland in dit opzicht?

Wat de politiek representatieve organen betreft: in de gehele regio hebben gemeenteraadsleden, met name via de raadscommissies, zich met het vestigingsbeleid beziggehouden. Veel raden hebben wijzigingen aangebracht in de samenstelling en werkwijze van de vestigingscommissie.

Voor een beoordeling van de invloed van verstrekkers, gebruikers en verzekeraars kan worden gekeken naar hun vertegenwoordiging in de vestigingscommissie, de wijze waarop zij werden benaderd, de invloed van de commissie en haar functioneren. Alle drie genoemde groeperingen zijn in de commissies vertegenwoordigd. De benadering van de commissieleden vond plaats via lokale belangenorganisaties en koepelorganisaties. De invloed van de commissie kan zich, indien het college van B&W dat wenst, echter beperken tot de voordracht van kandidaten en zich verder niet uitstrekken tot andere beleidsaspecten. Voorts werd al vermeld dat in Midden-Kennemerland de commissies een gemeentebestuurder als (niet-stemhebbende) voorzitter hebben; achtergrond hier-

van is het feit dat de gemeenten zich voor het feitelijk functioneren van de vestigingscommissie verantwoordelijk voelen. Met het oog op de onafhankelijkheid van de commissie ten opzichte van de gemeente (hetgeen een voorwaarde is voor het democratisch functioneren) lijkt een dergelijke constructie echter niet gewenst.

Ten aanzien van het feitelijk functioneren van de vestigingscommissies zelf kan worden opgemerkt dat in de vergaderingen de delegatie van de huisartsen, vooral de waarnemgroep en de overdragen-de arts, veel invloed heeft. Met name de vertegenwoordigers van de gebruikers blijken veelal een geringe ervaring in het vergaderen te hebben, te weinig informatie over praktijken te krijgen en in bepaalde gevallen te weinig menskracht te kunnen inzetten.

De conclusie is overeenkomstig die bij het criterium 'decentraal': de formele regeling vormt een goed uitgangspunt voor het verkrijgen van een democratische beleidsvoering, in de uitwerking van de regeling in de praktijk zijn echter nog verschillende verbeteringen mogelijk.

Samenhangend

In hoeverre draagt het vestigingsbeleid huisartsen ertoe bij dat binnen de gezondheidszorg zaken procedureel en inhoudelijk op elkaar zijn afgestemd?

De formele regeling van het vestigingsbeleid is weinig gericht op het verkrijgen van méér afstemming. In de eerste plaats beperkt de regeling zich tot de beroepsgroep van de huisartsen. De regulering van de vestiging van bijvoorbeeld tandartsen en fysiotherapeuten vindt nog steeds plaats via de Ziekenfondswet; de mogelijkheden tot het voeren van een samenhangend beleid voor alle eerstelijnsvoorzieningen zijn hierdoor zeer beperkt. In de tweede plaats sluit de regeling slecht aan op sommige andere beleidsinstrumenten. Zo staat artikel 61 van de WVG de gemeenten toe eisen te stellen aan de samenhang in de gezondheidszorg. Dit artikel is nog niet in werking getreden en kan dus niet door de gemeenten worden gebruikt. Het besluit over het vestigingsbeleid voor huisartsen schenkt aan dit artikel echter geen aandacht, evenmin als de Memorie van Toelichting, hetgeen wel mocht worden verwacht. Een ander punt is de aansluiting van de regeling op de Gemeentewet, en wel ten aanzien van de instelling van de vestigingscommissie. Het artikel van de WVG dat dit regelt spreekt van instelling

door het college van B&W. De Gemeentewet (art. 62) daarentegen stelt dat het college een voorstel doet aan de gemeenteraad en dat deze laatste de commissie instelt. In de derde plaats schiet de regeling in het bereiken van samenhang te kort doordat ze de gemeenten niet verplicht in het voeren van het vestigingsbeleid samen te werken.

Dit alles zorgt er uiteraard voor dat de mogelijkheden van het vestigingsbeleid om in de praktijk een instrument voor samenhang te zijn, beperkt zijn. Zo kan in Kennemerland de vestiging van huisartsen niet worden afgestemd op die van andere eerstelijnsvoorzieningen. Voorts zijn er vooral in Midden-Kennemerland gemeenten die erg vasthouden aan hun autonomie en kiezen voor een lokaal gebied en een lokale vestigingscommissie. Afstemming op het beleid van andere gemeenten vindt daar nauwelijks plaats. De bestuurders informeren elkaar over de ontwikkelingen in de eigen gemeente in het Portefeuillehouderscontact Volksgezondheid, het reguliere overleg van de portefeuillehouders, zodat waar nodig afstemming kan plaatsvinden. Najaar 1987, nadat de gemeenten voor een groot gedeelte hun eigen weg waren ingeslagen, nam het vestigingsbeleid zowel tijdens dit overleg als tijdens het eraan voorafgaande ambtelijk overleg niettemin een marginale plaats in. In Zuid-Kennemerland is wél sprake van een min of meer regionaal vestigingsbeleid; bestuurlijke afstemming vindt daar eveneens plaats in het overleg van de portefeuillehouders Volksgezondheid.

Doelmatig

De vraag luidt hier in hoeverre in het voeren van het vestigingsbeleid voor huisartsen met een zo gering mogelijk gebruik van beschikbare middelen beleidsdoeleinden worden bereikt. De *doeleinden* waar het om gaat zijn: beheersing van het volume van de huisartsenhulp, optimalisering van de spreiding en beheersing van praktijkomvang en instroom. De *middelen* betreffen het geheel van voorschriften, procedures en werkwijzen, hetzij neergelegd in het Besluit vestigingsbeleid, hetzij door gemeenten ontworpen bij de uitvoering van dit besluit.

De bijdrage van de formele regeling tot het voeren van een doelmatig vestigingsbeleid ligt allereerst in de middelen die in de regeling worden aangereikt. Van zo mogelijk nog groter belang is het inzicht dat in doelen en middelen van het beleid

wordt geboden. Hoewel er van inzichtelijkheid sprake is, blijkt de regeling in de praktijk nog wel eens ingewikkeld te zijn; dit doet zich in het bijzonder gelden in conflictsituaties (bijvoorbeeld bij Arob-procedures).

Over de doelmatigheid van het vestigingsbeleid in de praktijk kan het volgende worden gezegd. De eerste anderhalf jaar is in Kennemerland het een en ander gerealiseerd: de overlegstructuur is aangebracht, met name door de instelling van de vestigingscommissies; de ruimte voor vestiging is bepaald, de praktijk-grootte wordt, althans naar beneden toe, beheerst; de werkwijze van de vestigingscommissies is voor het merendeel vastgesteld; in een aantal gemeenten heeft de commissie adviezen over te kiezen kandidaten volgens de formele procedure uitgebracht; ook met betrekking tot de spreiding van huisartsen is in sommige gevallen al resultaat geboekt. De wijze waarop dit alles tot stand werd gebracht kan echter weinig doelmatig worden genoemd. Zo is het tempo van de uitvoering van het vestigingsbeleid over het algemeen laag geweest. Voor een groot deel kwam dit voort uit de aanhoudende onzekerheid over de regeling. Steeds was onduidelijk of de regeling op langere termijn wel zou blijven bestaan en ook of deze regeling dan wel de Ziekenfondswet zorg moest gaan dragen over het huisartsenvestigingsbeleid. Andere redenen van de vertraging liggen binnen de regio zelf. De gemeenten hebben veel overleg gevoerd, intern en extern, over de meest gewenste invulling van het beleid (schaal, samenstelling commissie en dergelijke). Daarnaast werden bij de uitwerking van het vestigingsbeleid de achtergrond en consequenties van bepaalde overwegingen en besluiten van bestuurders niet altijd even helder geformuleerd: duidelijke overwegingen, gebaseerd op zakelijke argumenten, werden soms niet op papier gezet; afwegingen van voor- en nadelen van de keuzen ontbraken wel eens. Tenslotte werd het voeren van een doelmatig beleid zeker ook in de weg gestaan door de huisartsen. Zo kon opvulling van geconstateerde ruimte door middel van extra praktijken nog niet vaak plaatsvinden. Zittende huisartsen trachtten deze opvulling op directe of indirecte wijze te voorkomen. Zij anticipeerden daarbij op het mogelijk intrekken van de regeling. Ook werden overlegsituaties wel eens belemmerd doordat de huisartsen wilden vasthouden aan in het verleden onderling gemaakte afspraken over vestiging in

hun gebied. Overigens hebben de gemeenten onvoldoende gebruik gemaakt van hun mogelijkheden het opvullen van ruimte af te dwingen.

DISCUSSIE

Het vestigingsbeleid voor huisartsen heeft tot dusver zeker het een en ander opgeleverd.

De formele regeling biedt goede mogelijkheden tot een *meer decentrale en democratische beleidsvoering* in de eerste lijnsgezondheidszorg. In de wijze waarop het vestigingsbeleid tot dusver in Kennemerland functioneert wordt het decentrale en democratische karakter van het beleidsinstrument bevestigd. Niettemin is de uitvoering nog voor verbetering vatbaar. Hierbij kan gedacht worden aan:

- het geven aan de gemeenten van méér bevoegdheden, in het bijzonder bevoegdheden tot het afbouwen van boven-tallige praktijken, het verkrijgen van informatie van huisartsen, het uitoefenen van controle op door huisartsen verstrekte gegevens en het toezicht op de kwaliteit van de zorgverlening;
- het uitsluiten van de mogelijkheid dat gemeentebestuurders lid van een vestigingscommissie kunnen worden (gemeenten zouden kunnen volstaan met een ambtelijke vertegenwoordiger als waarnemer/secretaris);
- streven naar een meer evenredige invloed van de verschillende partijen in de vestigingscommissie. Middelen hierbij zijn onder andere het formeel regelen van de informatieverstrekking, voorselectie van kandidaat-huisartsen door de beroepsgroep niet toe te laten en het zo nodig extra ondersteunen van de gebruikersorganisatie om een eventuele achterstand in kennis en ervaring zo snel mogelijk in te lopen.

Tot het verkrijgen van een *samenhangende beleidsvoering* levert het instrument, vooral gezien het isolement van de regeling ten opzichte van die welke de vestiging van andere eerstelijnsvoorzieningen regelt en de onduidelijkheid over de plicht tot intergemeentelijke samenwerking, slechts een zeer beperkte bijdrage. De mogelijkheden van het instrument in dit opzicht zouden kunnen worden verbeterd wanneer:

- voor andere eerstelijnsvoorzieningen een soortgelijke vestigingsregeling als die voor huisartsen zou gelden;
- de autonomie van de kleinere gemeenten in het voeren van een vestigingsbeleid zou worden doorbroken. Gestreefd

wou moeten worden naar een (sub)regionaal vestigingsbeleid met een (sub)regionale commissie. Het zou dan ook goed zijn een norm te stellen voor het aantal inwoners dat een gemeente minimaal dient te hebben om een eigen vestigingsbeleid te kunnen voeren.

Of het vestigingsbeleid leidt tot een *doelmatiger beleidsvoering* is een vraag die vooral in de praktijk is te beantwoorden. In Kennemerland is van doelmatigheid rond de uitvoering van het vestigingsbeleid tot dusver nog maar weinig sprake. Verwacht mag echter worden dat de doelmatigheid in de loop der tijd zal toenemen.

Naar onze mening kan op basis van de onderzoekresultaten worden gesteld dat intrekking van de vestigingsregeling voor huisartsen, behalve teleurstelling bij hen die zich de afgelopen jaren voor de toepassing ervan in de praktijk inspanden, ook inhoudelijke verliesposten oplevert met het oog op het bereik van de doelen van de WVG. Een instrument zou worden weggeworpen dat een aantoonbare bijdrage levert tot het verkrijgen van een meer decentrale en democratische beleidsvoering in de gezondheidszorg. Mits aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan, zou dit instrument in de toekomst zeker ook een bijdrage kunnen leveren om te komen tot een meer samenhangende en doelmatige beleidsvoering.

Tenslotte de vraag naar de bruikbaarheid van (bepaalde onderdelen van) de vestigingsregeling voor huisartsen in een marktmodel zoals door de commissie-Dekker voorgesteld. De staatssecretaris heeft enkele maanden geleden naar voren gebracht dat het vestigingsbeleid en het model van de commissie-Dekker niet te verenigen zijn³: onderdeel van dit model is immers de afschaffing van de contracteerplicht; bij handhaving van de vestigingsregeling zou de situatie kunnen ontstaan dat de gemeente een vestigingsvergunning verleent, terwijl betrokkene geen contract heeft met een ziektenkostenverzekeraar. Op dit moment is nog onzeker in welke mate voor het model-Dekker zal worden gekozen. Voor sommige politici is de koppeling tussen afschaffing van de contracteerplicht en afschaffing van het vestigingsbeleid echter niet zo vanzelfsprekend. Afschaffing van de contracteerplicht zou volgens hen wel degelijk kunnen samengaan met een globale vestigingsregeling voor huisartsen. Naar onze mening is het inderdaad voorstelbaar dat afsluiting van contracten tus-

sen huisartsen en verzekeraars plaatsvindt binnen bepaalde randvoorwaarden, bijvoorbeeld met betrekking tot omvang en spreiding van praktijken en met betrekking tot de afstemming van de zorgverlening op behoeften en wensen van de bevolking. Gemeenten zouden

over deze voorwaarden kunnen waken en tegenover de 'marktpartijen' een toetsende rol kunnen vervullen.

We zullen zien. Het woord is aan de politiek. □

1 Schuurman MIM, Wessels AB Integrale invoering WVG in Kennemerland. Evaluatie van voortgang en beleidsinstrumenten Periode juli 1986-juni 1987. Hoofdstuk 6.

2 Brief van de staatssecretaris van WVC aan Tweede Kamer d d 11 juni 1987 Vergaderjaar 1986-1987, 19287, nr 4

3 Verslag van de vergadering van de Vaste Kamercommissie Volksgezondheid d.d. 3 september 1987 Tweede Kamer, vergaderjaar 1987-1988, 19287, nr 6

Eén jaar vestigingsbeleid voor huisartsen

Wat zijn de effecten?

Op 1 februari 1986 is het wettelijk geregeld vestigingsbeleid voor huisartsen van kracht geworden. Sinds die datum is het voor huisartsen alleen mogelijk zich zelfstandig te vestigen wanneer daartoe een vergunning van B&W is verkregen. In het jaar daarna hebben tal van groepen en instanties in meerdere of mindere mate bemoeienis gehad met de uitvoering van het Vestigingsbesluit. Zo zijn de zittende huisartsen, de gemeenten alsmede de praktijkzoekende huisartsen aan het rekenen gegaan in hoeverre er nog ruimte is voor een nieuwe vestiging. Verder zijn in de loop van 1986 in tal van gemeenten vestigingsadviescommissies geformeerd of waren nog bezig zich te formeren. Ook de eerste AROB-procedures zijn toen gevoerd. En ondanks de vele problemen zijn in 1986 ook de eerste vestigingsvergunningen verleend.

Met het opstellen van een vestigingsbeleid werd door de overheid een aantal doelstellingen nagestreefd. De belangrijkste zijn, in de eerste plaats, een beheersing van de volumegroei en, in de tweede plaats, een betere spreiding. In dit artikel willen we bezien in hoeverre na één jaar vestigingsbeleid deze twee doeleinden zijn gehaald. De in dit artikel genoemde gegevens stammen uit het jaarlijks door het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) gepubliceerde 'Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg'¹.

GROEI AANTAL HUISARTSEN

Op 1 januari 1987 tellen we in Nederland 6.208 zelfstandig gevestigde huisartsen.

Dr. L. Hingstman

Door middel van een vestigingsbeleid wil de overheid de groei van het aantal huisartsen beheersen en een betere spreiding van de huisartsen over het land bereiken. Wil het lukken? Dr. L. Hingstman, als wetenschappelijk onderzoeker verbonden aan het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, bekeek het beginjaar: 1986. De volumegroei lijkt inderdaad te zijn ingedamd, de spreiding echter nauwelijks verbeterd.

Dit betekent dat in het jaar van het vestigingsbeleid het totale aantal huisartsen met 73 is toegenomen. Vergeleken met voorgaande jaren is dit een opmerkelijk geringe toename. In 1984 bijvoorbeeld nam het aantal huisartsen met 161 toe; in 1985, het jaar vóór het Vestigingsbesluit, was er zelfs sprake van een toename van 236. Deze verschillen zien we terug in de jaarlijkse groeicijfers (figuur 1). Vanaf 1981 is er sprake van een toenemende groei van het aantal huisartsen, met als hoogtepunt het jaar 1985; daarna zien we in 1986 een scherpe daling van het groeicijfer. Uit de figuur kunnen we echter afleiden dat de scherpe daling van het groeicijfer in 1986 deels wordt veroorzaakt door een nog steeds dalend vertrekcijfer, maar voor een veel groter deel het gevolg is van een dalend vestigingscijfer. Het totale aantal huisartsen dat in 1986 met een zelfstandige vestiging (vrij-

gevestigd of in associatie) is begonnen, bedroeg 196; in het jaar daarvoor waren er nog 388 nieuwe vestigingen.

Welke conclusies kunnen uit bovenstaande resultaten worden afgeleid?

In de eerste plaats laat het zich aanzien dat de invoering van het Vestigingsbesluit ertoe heeft geleid dat aan de sterke groei van het aantal huisartsen voorlopig een eind is gekomen. We moeten echter voorzichtig zijn met deze conclusie, omdat de periode na het Vestigingsbesluit waarschijnlijk nog te kort is om het effect van deze maatregel goed te kunnen meten. Immers, in tal van gemeenten van ons land zijn de vestigingsadviescommissies laat van start gegaan²; dit zou kunnen betekenen dat een aantal potentiële vestigingsplaatsen nog niet is ingevuld.

Een tweede belangrijke conclusie is, dat er in het jaar vóór de invoering van het Vestigingsbesluit sprake is geweest van een opmerkelijke sterke groei van het aantal huisartsen. Ongetwijfeld heeft een groot aantal praktijkzoekende huisartsen geanticipeerd op het komende Vestigingsbesluit en hebben velen met dit voor hen sombere beeld in het vooruitzicht de kans gegrepen om vóór 1 februari 1986 een vestigingsplaats te realiseren. Aan de andere kant zullen ook de gevestigde huisartsen waarschijnlijk op deze toekomstige ontwikkeling hebben ingespeeld. Vóór 1 februari 1986 kon de huisarts nog zonder tussenkomst van derden (vestigingsadviescommissies) de praktijk of een deel van de praktijk overdragen. Daarnaast zal het afschaffen van de goodwill per 1 januari 1987 (met terugwerkende kracht tot 1 januari 1986) voor een aantal gevestigde huisartsen onge-

twijfeld een reden zijn geweest om (een deel van) de praktijk eerder over te dragen. We verwachten echter dat dit laatste niet in groten getale is voorgekomen, gezien het feit dat aan de ene kant het vertrekcijfer over 1985 geen sterke stijging laat zien en aan de andere kant het aantal huisartsen dat in 1985 in een associatie is gestart ook niet spectaculair is toegenomen.

Het effect van het vestigingsbeleid is dus een sterke groei van het aantal huisartsen in de periode vlak vóór de invoering van het Vestigingsbesluit en een scherpe daling van die groei na de invoering. In antwoord op de vraag wat de invoering van het besluit tot op heden heeft opgeleverd, zouden in principe de gegevens over 1985 en 1986 moeten worden samengenomen en moeten worden vergeleken met de gegevens over de periode 1983-1984. Op basis van deze vergelijking moeten we concluderen dat de volumegroei in de periode 1983-1984 gelijk is aan de volumegroei in de jaren rond de invoering van het wettelijk vestigingsbeleid (1985 en 1986).

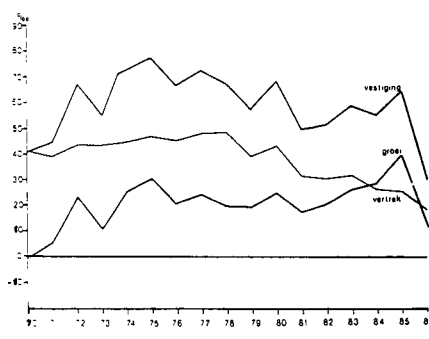
De conclusie is dan ook dat het effect van het Vestigingsbesluit is dat de groei van het aantal huisartsen na het van kracht worden van het besluit op 1 februari 1986 weliswaar sterk is gedaald, maar dat door de sterke toename van het aantal huisartsen in de periode vlak vóór het besluit in totaal gezien het aantal huisartsen nog aanzienlijk is toegenomen. Of een daling van de volumegroei daadwerkelijk doorzet, zullen we weten zodra de definitieve cijfers over 1987 binnen zijn.

SPREIDING VAN HUISARTSEN

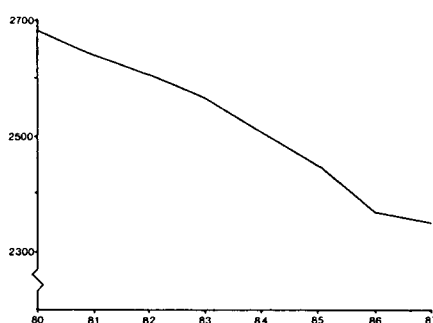
De tweede belangrijke doelstelling van het vestigingsbeleid, naast een beperking van de volumegroei, is een betere spreiding van huisartsen over Nederland. In hoeverre deze doelstelling is gerealiseerd zal worden onderzocht aan de hand van gegevens over regionale verschillen in gemiddelde praktijkomvang.

Sinds 1980 is in Nederland de gemiddelde praktijkomvang (het aantal inwoners per zelfstandig gevestigde huisarts) gedaald van 2.680 in 1980 tot 2.350 per 1 januari 1987; zie *figuur 2*, waarin we het effect van de grote verschillen in groei van het aantal huisartsen in 1985 en 1986 terugzien: het jaar 1985 wordt gekenmerkt door een snelle daling van de gemiddelde praktijkomvang, terwijl in 1986 de daling veel geringer is.

Om er een indruk van te krijgen of de spreiding van huisartsen in 1986 gelijk-



Figuur 1. Vestiging, vertrek- en groeicijfers van zelfstandig gevestigde huisartsen vanaf 1970.



Figuur 2. Gemiddeld aantal inwoners per huisarts vanaf 1 januari 1980.

matiger is geworden, hebben we gekeken of de verschillen in gemiddelde praktijkomvang tussen de WGR-regio's kleiner zijn geworden. De regio-indeling in het kader van de Wet Gemeenschappelijke Regelingen is in dit verband relevant, omdat ze in beginsel als uitgangspunt dient voor de gebiedsindeling bij het berekenen van de capaciteit³. Overigens blijkt aan de hand van onderzoekresultaten van de geneeskundige inspectie van de Volksgezondheid in de provincie Gelderland, dat deze regio-indeling bij het uitvoeren van het vestigingsbeleid in veel gevallen niet wordt aangehouden². In tal van grote, maar ook kleinere gemeenten wordt het vestigingsbeleid zelfstandig

uitgevoerd of in samenwerking met een deel van de gemeenten binnen een WGR-regio.

Als we allereerst kijken naar gemiddelde praktijkomvang over de 61 WGR-regio's, dan moeten we constateren dat in vergelijking tot 1985 (2.407) in 1986 de gemiddelde omvang is gedaald: tot 2.389. De standaardafwijking is in 1986 (188) in vergelijking tot 1985 (187) iets toegenomen; dit duidt er op dat de regionale verschillen in gemiddelde praktijkomvang na het vestigingsbeleid niet kleiner zijn geworden maar zelfs iets zijn toegenomen. Het vestigingsbeleid heeft dus nog niet direct geleid tot een verdere afname van de ongelijke spreiding van huisartsen.

De volgende vraag die zal worden beantwoord is of de praktijkverkleining ook in die gebieden heeft plaatsgevonden waar volgens de capaciteitsberekening de meeste ruimte was. Daartoe is per WGR-regio de huisartsendichtheid op 1 januari 1986 gecorreleerd met de omvang van de praktijkverkleining over het jaar 1986. Hieruit blijkt dat er weliswaar een zwak verband is tussen beide variabelen ($-0,016$) maar dat dit niet significant is. Dit wijst erop dat voor de WGR-regio's de praktijkverkleining lang niet altijd daar heeft plaatsgevonden waar theoretisch gezien de meeste ruimte zou zijn.

Deze conclusie wordt overigens *niet* bevestigd als we de praktijkverkleining naar type gemeente uitsplitsen (zie *tabel*). Dan blijkt dat de praktijkverkleining wel degelijk heeft plaatsgevonden in die type gemeenten waar de huisartsendichtheid op 1 januari 1986 het hoogst was, dat wil zeggen in de minder verstedelijkte gebieden van ons land. In de grote steden, waar per 1 januari 1986 de gemiddelde praktijkomvang ver beneden de rekenormpraktijk van 2.350 lag, is de praktijkverkleining vrijwel tot staan gebracht; de gemiddelde praktijkomvang bedraagt daar nu 2.154 inwoners per huisarts.

Welke conclusies kunnen nu worden getrokken?

Allereerst hebben we kunnen constateren dat er aan de hand van de verschillen in typen gemeenten duidelijke aanwijzingen waren dat de praktijkverkleining daar heeft plaatsgevonden waar ruimte zou zijn. Als we dit verder gaan analyseren op basis van de 61 WGR-regio's, dan blijkt dat er geen significant verband bestaat tussen de gemiddelde praktijkomvang per 1 januari 1986 en de daling van de praktijkgrootte in het jaar 1986. Dit is een eerste aanwijzing dat het vestigings-

Tabel. Aantal inwoners per huisarts naar urbanisatiegraad per 1 januari 1986 en 1987.

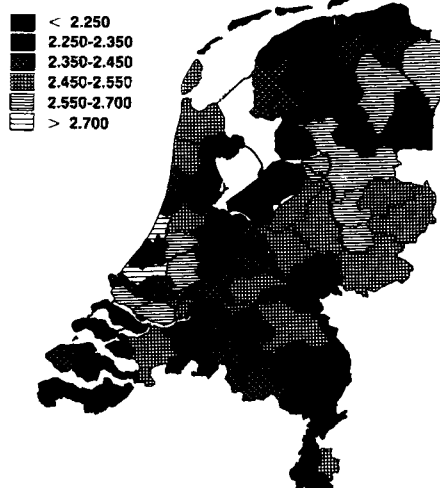
| | 1986 | 1987 |
|-------------------------------|-------|-------|
| platteland | 2.475 | 2.447 |
| verstedelijk platteland | 2.436 | 2.412 |
| forensengemeenten | 2.470 | 2.436 |
| kleine steden | 2.477 | 2.450 |
| middelgrote steden | 2.383 | 2.377 |
| grote steden | 2.157 | 2.154 |

beleid niet direct heeft bijgedragen tot een verkleining van de regionale verschillen in huisartsendichtheid. Deze veronderstelling wordt nog versterkt doordat de afwijking van de gemiddelde praktijkgrootte van de WGR-regio's op 1 januari 1987 zelfs iets hoger is dan op 1 januari 1986.

We kunnen dus concluderen dat een van de doelstellingen van het vestigingsbeleid, namelijk het terugdringen van de ongelijke spreiding van huisartsen in Nederland, nog nauwelijks effect heeft gehad. Deze conclusie wordt goed geïllustreerd aan de hand van de regionale verschillen in huisartsendichtheid per 1 januari 1987. We zien dat in grote steden van Overijssel, de kop van Noord-Holland en delen van de provincie Gelderland en Zuid-Holland de gemiddelde praktijkgrootte nog ver boven de 2.500 ligt, terwijl in andere delen van ons land (rond Amsterdam, in 't Gooi en de IJsselmeerpolders) de gemiddelde praktijkgrootte onder de 2.250 ligt.

CONCLUSIE

Eén van de effecten van één jaar vestigingsbeleid is dat er na het van kracht worden van het Vestigingsbesluit op 1 februari 1986 voorlopig een eind is gekomen aan de sterke groei van het aantal huisartsen. Daarentegen is er in het jaar voorafgaande het Vestigingsbesluit sprake



Figuur 3. Huisartsendichtheid (aantal inwoners per huisarts) per WGR-regio op 1 januari 1987.

ke geweest van een erg sterke groei van het aantal huisartsen. Beide ontwikkelingen zijn dus direct het gevolg van het in werking treden van het vestigingsbeleid. Het resultaat van beide ontwikkelingen is dan ook dat de groei van het aantal huisartsen in de periode 1985-1986 vrijwel gelijk is aan de volumegroei in de jaren daarvoor. Hoewel de gegevens

over 1986 erop wijzen dat er sprake is van een daling van de volumegroei, moeten we de definitieve gegevens over 1987 afwachten om deze ontwikkeling te kunnen bevestigen.

Wat de tweede doelstelling van het vestigingsbeleid betreft, namelijk een betere spreiding van huisartsen, moeten we constateren dat na één jaar vestigingsbeleid hierin nauwelijks verbetering is gekomen. Overigens blijkt dat met name in de grote steden van ons land een einde is gekomen aan een verdere daling van de gemiddelde praktijkgrootte, waarbij in sommige steden zelfs sprake is van een toename van de gemiddelde praktijkgrootte. Het zijn voornamelijk de minder verstedelijkte gebieden van ons land waar de praktijkverkleining heeft plaatsgevonden. □

Literatuur

- 1 Hingstman L, Boon H. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht: Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, 1986.
- 2 Huisman CH. Het eerste jaar vestigingsbeleid voor huisartsen. Een vergelijkend overzicht van de invoering van het Besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen (WVG) door de gemeenten in Gelderland in 1986. Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid door de provincie Gelderland, 1987.
- 3 Groenewegen PP, Hingstman L. Een wettelijk geregeld vestigingsbeleid en vestigingsmogelijkheden voor huisartsen. Medisch Contact 1986; 41: 469-73.

27 februari – Erasmus Universiteit Rotterdam: symposium 'Seksualiteit; grenzen en grensoverschrijding in de arts-patiënt relatie. Inlichtingen: bureau PAOG Rotterdam, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam, tel. 010-408 7881.

29 februari tot en met 4 maart – Sophia Kinderziekenhuis te Rotterdam: Zestiende herhalingscursus klinische kindergeneeskunde. Inlichtingen: bureau PAOG Rotterdam, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam, tel. 010-408 7879.

3 en 4 maart – Nederlands Congresgebouw te Den Haag: symposium 'Voorwaarden voor verandering'. Inlichtingen: Project 'samenwerking 1e-2e lijn', VU Ziekenhuis, de Beolalaan 1117, 1081 HV Amsterdam, tel. 020-5485088.

4 maart – De Reehorst te Ede: Studiedag Ouderwordende Geestelijk Gehandicapten', eerder gehouden op 7 november 1987. Inlichtingen: NGBZ, Postbus 415, 3500 AK Utrecht, tel. 030-321131.

4 maart – Universiteit van Leiden: Boerhaave Cursus 'Kindergeneeskunde voor de huisarts'. Inlichtingen: Bureau van de Boerhaave Commissie voor Postacademisch Onderwijs in de Geneeskunde, mw. D. Hage, Rijnsbur-

AGENDA

gerweg 10, 2333 AA Leiden, tel. 071-275293.

4 maart – Academisch Ziekenhuis Rotterdam Dijkzigt: cursus Klinische audiometrie. Inlichtingen: Bureau PAOG van de Erasmus Universiteit Rotterdam, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam, tel. 010-4087880/7881.

4 maart – Erasmus Universiteit Rotterdam: 'Serotonin and Psychiatric Disorders'. Inlichtingen: TGO, Postbus 20, 9200 AD Drachten, tel. 05128-1485.

5 maart – Utrecht: 'Homoseksualiteit binnen het verpleegkundig en (para)-medisch onderwijs'. Inlichtingen: Bert-Jan de Boer, huisarts, Zilverzorg Spechtenkamp, tel. 03465-60063.

8 maart en 12 april – NZI te Utrecht: 'Databases en vierde generatiehulpmiddelen voor de gezondheidszorg'. Inlichtingen: E. Boerhorst, Unisys, tel. 020-5657398 en H. Hilderink, VIZ, tel. 033-11643.

8, 9, 22, 23 maart en 11, 12, 25 en 26 oktober – Nederlands Centrum voor Advies, Training en Begeleiding te Vlaarding: training 'Lei-

dinggeven en samenwerken in de gezondheidszorg'. Inlichtingen: NCATB, Postbus 550, 3130 AN Vlaarding, tel. 010-4348755.

10, 11 maart – Universiteit van Leiden: Boerhaave Cursus 'Metabole encephalopathieën'. Inlichtingen: Bureau van de Boerhaave Commissie voor Postacademisch Onderwijs in de Geneeskunde, de heer J. J. L. Muller, Rijnsburgerweg 10, 2333 AA Leiden, tel. 071-275294.

11 maart Slotervaartziekenhuis te Amsterdam: Cursus 'Duieligheid'. Inlichtingen: Mw. Y. Spuy-Jansen, tel. 020-5124146 of Mw. L. Romer en Mw. W. Bevert, tel. 020-5124418.

11 maart – Psychiatrisch Centrum Joris te Delft: symposium 'Start en finish – de finish een start?'. Inlichtingen: Psychiatrisch Centrum Joris, Postbus 5016, 2600 GA Deift, tel. 015-607503.

11 maart – Jaarbeurscongrescentrum te Utrecht: symposium 'Health Maintenance Organizations (HMO's) in de Nederlandse gezondheidszorg'. Inlichtingen: Secretariaat Symposium HMO's, G. Roumans, RIVM, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven, tel. 020-742062/742560.

Eén jaar vestigingsbeleid voor huisartsen

Ervaringen van praktijkzoekende huisartsen

Op 1 februari 1986 werd het wettelijk geregeld vestigingsbeleid voor huisartsen van kracht. De vestiging van huisartsen is sedertdien gebonden aan een vestigingsvergunning, die wordt verleend door B&W in de gemeente van vestiging; dit geldt zowel voor huisartsen die een nieuwe praktijk willen opzetten ('vrije vestiging') als voor overnames en associaties.

Een van de doelstellingen van het vestigingsbeleid, zoals uiteengezet in 'het besluit van 12 oktober 1985'¹, luidt: objectieve en billijke afweging van belangen van gevestigde en nog niet gevestigde huisartsen. Met betrekking tot deze doelstelling is er nogal wat discussie tussen de Initiatiegroep van Progressieve Huisartsen (IPH) en de LHV, getuige de briefwisseling in Medisch Contact². Waar de initiatiegroep op het standpunt staat dat het vestigingsbeleid vooral dient ter bescherming van de belangen van de gevestigde huisartsen, stelt de LHV dat zij opkomt voor zowel de zittende als de praktijkzoekende huisartsen.

In dit artikel willen we er een eerste indruk van geven hoe de belangen (in casu de vestigingskansen) van één van beide partijen, te weten de nog niet gevestigde huisartsen, tot hun recht komen in het vestigingsbeleid. We doen dat door antwoord te geven op de vraag: 'Wat zijn de ervaringen van de praktijkzoekende huisartsen met één jaar vestigingsbeleid? Het vestigingsbeleid wordt in dit artikel dus gezien door de bril van de praktijkzoekende huisartsen.

GEGEVENSVERZAMELING

Jaarlijks worden door het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) gegevens verzameld over gevestigde en nog niet gevestigde huisartsen. Onder de nog niet gevestigde huisartsen worden verstaan de huisartsen die per 1 januari 1986 nog op zoek waren naar een praktijk, aangevuld met degenen die in 1986 de huisartsenopleiding hebben voltooid. In het kader van de registratie van de nog niet gevestigde huisartsen zijn op de peildatum, 1 januari 1987, behalve de gebruikelijke vragen ten behoeve van het registra-

**Drs. H. Boon
en Dr. L. Hingstman**

Het vestigingsbeleid voor huisartsen is maar langzaam van de grond gekomen en het werkt bepaald niet in het voordeel van de vrouwen onder de praktijkzoekende huisartsen. Aldus bevonden Drs. H. Boon en Dr. L. Hingstman met betrekking tot het jaar 1986. De reeds gevestigde huisartsen lijken vooralsnog de meest aangewezen ingang te zijn om een vestiging te realiseren: dat was zo bij het vestigingsbeleid van de LHV, dat is zo bij het wettelijk geregelde vestigingsbeleid voor huisartsen, concluderen de beide bij het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg werkzame wetenschappelijke onderzoekers.

tieproject, vragen opgenomen met betrekking tot het vestigingsbeleid.

Van de 1.408 nog niet gevestigde huisartsen die een vragenlijst hebben ontvangen heeft na één rappel 84% de vragen over het vestigingsbeleid ingevuld. Daar het hier een populatieonderzoek betreft met een hoge respons, kunnen we ervan uitgaan dat de resultaten een redelijk betrouwbaar beeld schetsen van de ervaringen van de praktijkzoekende huisartsen met het vestigingsbeleid.

In de enquête is allereerst gevraagd of men in 1986 één of meer vergunningsaanvragen heeft ingediend en, zo ja, hoeveel men er heeft ingediend en wat ermee is gebeurd. Vervolgens zijn vragen gesteld over de (eventuele) gehonoreerde aanvraag, de twee eerst ingediende nog lopende aanvragen en de laatste twee aanvragen die in 1986 zijn afgewezen.

In onze enquête zijn we uitgegaan van de aanvragen die door de nog niet gevestigde huisartsen zelf als zodanig worden beschouwd. We hebben ons dus niet beperkt tot de formele vergunningsaanvragen die aan artikel 10 van het Vestigingsbesluit voldoen. Overigens kunnen we aannemen dat de gehonoreerde aanvragen wel formele aanvragen zijn die voldoen aan het artikel.

AANVRAGEN

Ruim een kwart (27,4%) van de respondenten heeft in de periode februari-december 1986 één of meer vergunningsaanvragen ingediend. Dit is een relatief gering aantal, als men bedenkt dat 57%* van de nog niet gevestigde huisartsen op de peildatum praktijkzoekend was. Blijkbaar hebben lang niet alle praktijkzoekende huisartsen (een) vergunningsaanvra(a)g(en) ingediend. Waarschijnlijk spelen onbekendheid met en onduidelijkheid in het vestigingsbeleid hierbij een rol. Voorts kan worden gewezen op de beperkte vestigingsruimte die er bij het in werking treden van het vestigingsbeleid bestond³. Deze ruimte was mede zo beperkt doordat er een aanzienlijk aantal vestigingen was gerealiseerd in de periode vlak voor het invoeren van het vestigingsbeleid. Het is waarschijnlijk dat in 1985 een stuk potentiële vestigingsruimte 'vervroegd' is opgevuld, bijvoorbeeld door het omzetten van assistentschappen in associaties⁴.

Van de 324 respondenten die één of meer aanvragen hebben ingediend, hebben er 116 een vestigingsvergunning verkregen in 1986. Zijn er nu verschillen tussen de artsen die vergunningsaanvragen hebben ingediend en degenen die dit niet hebben gedaan? Bij deze vraag zullen we ons beperken tot verschillen tussen mannen en vrouwen. Het streven naar meer vrouwelijke huisartsen wordt door gemeenten met een beleidskader ten behoeve van het vestigingsbeleid namelijk vaak genoemd als beleidsdoelstelling met betrekking tot de uitvoering van het Vestigingsbesluit⁵.

Als we kijken naar het percentage mannen respectievelijk vrouwen dat één of meer vergunningsaanvragen heeft ingediend, dan blijkt dat relatief minder vrouwen een vergunning hebben aangevraagd (tabel 1). Deze 'scheve' verhouding zou kunnen zijn gecorrigeerd doordat op aanvragen van vrouwen door de vestigingscommissie vaker positief is gereageerd door het verlenen van een vergunning.

* De overige 43% betreft degenen die het zoeken naar een praktijk in de loop van 1986 hebben opgegeven, zich in 1986 hebben gevestigd dan wel van wie in 1986 de registratie als huisarts is vervallen

Kijken we echter naar de artsen van wie een aanvraag werd gehonoreerd, dan blijkt dat slechts 19,8% onder hen van het vrouwelijk geslacht is, een percentage dat lager ligt dan het percentage vrouwen onder de aanvragers (26,2%) én dat lager ligt dan het percentage vrouwen onder alle respondenten (34,1%). Dit betekent dat de relatieve ondervertegenwoordiging van vrouwen bij de 'gehonoreerde' artsen nog groter is dan bij de groep 'aanvragers' als geheel. Relatief weinig vrouwen hebben dus een vestigingsvergunning verkregen in 1986. Om na te gaan in hoeverre dit te wijten is aan het vestigingsbeleid zelf, moeten we kijken naar de ingediende aanvragen (tabel 2). Uit de tabel laten zich twee dingen aflezen. In de eerste plaats: de vrouwen die (een) vergunningsaanvraag(en) hebben ingediend, hebben dit gemiddeld beduidend minder gedaan dan hun mannelijke collegae (3,9 ten opzichte van 1,8!). Nu wil dit echter niet zeggen dat mannen hierdoor automatisch meer kans hebben om te worden 'gehonoreerd'. Het aantal ingediende aanvragen zegt immers niets over de aard ervan ('serieuze aanvragen', waar men een goede kans heeft een vergunning te krijgen, ten opzichte van aanvragen die zijn ingediend zonder vooraf te weten of er wel ruimte is). Deze cijfers zeggen mogelijk wel iets over het verschil in manier van zoeken tussen mannelijke en vrouwelijke praktijkzoekende huisartsen. Mannelijke aanvragers dienen frequenter vergunningsaanvragen in dan vrouwen, die waarschijnlijk meer 'op safe' spelen, dat wil zeggen pas een aanvraag indienen als er een reële kans op honorering is. Deze constatering wordt bevestigd als we kijken naar de resultaten: van de aanvragen ingediend door vrouwen is 15,1% gehonoreerd, van de aanvragen ingediend door mannen daarentegen 9,9%. Bezien in het licht van het gemiddeld aantal aanvragen per aanvrager, is het verschil tussen het percentage 'mannelijke' en 'vrouwelijke' gehonoreerde aanvragen (5,2%) betrekkelijk gering; dit lijkt erop te wijzen dat door het 'bredere zoekgedrag' van mannen hun vestigingskansen toch wat groter zijn dan die van vrouwen.

WEL OF NIET GEHONOREERD

In totaal zijn er 1.092 aanvragen ingediend, waarvan de meerderheid per 1 januari 1987 nog lopend is (zie tabel 2). Daar de respons niet 100% is, zal dit getal in werkelijkheid wat hoger liggen. We zullen de gehonoreerde en afgewe-

Tabel 1. Nog niet gevestigde huisartsen naar geslacht en al dan niet aanvragen van een vestigingsvergunning in 1986.

| | 'aanvragers' | | 'niet-aanvragers' | | totaal | |
|---------|--------------|------|-------------------|------|--------|-------|
| | abs | % | abs | % | abs | % |
| mannen | 239 | 30,6 | 541 | 69,4 | 780 | 100,0 |
| vrouwen | 85 | 21,1 | 318 | 78,9 | 403 | 100,0 |
| totaal | 324 | 27,4 | 859 | 72,6 | 1.183 | 100,0 |

Tabel 2. Ingediende aanvragen naar resultaat en geslacht van de 'aanvrager'.

| | mannen (N=239) | | vrouwen (N=85) | | totaal (N=324) | |
|---------------|-------------------|-------|-------------------|-------|-------------------|-------|
| | abs | % | abs | % | abs | % |
| gehonoreerd.. | 93 | 9,9 | 23 | 15,1 | 116 | 10,6 |
| afgewezen .. | 197 | 21,0 | 36 | 23,7 | 233 | 21,3 |
| lopend .. | 650 | 69,1 | 93 | 61,2 | 743 | 68,1 |
| totaal ... | 940 | 100,0 | 152 | 100,0 | 1092 | 100,0 |
| X | 3,93 | | 1,79 | | 3,37 | |

N = aantal 'aanvragers'. \bar{X} = gemiddeld aantal ingediende aanvragen per 'aanvrager'

Tabel 3. Eerste contact (in percentage van de aanvragen)*.

| | gehonoreerd | afgewezen |
|-----------------------------|-------------|-----------|
| zittende huisarts | 61,9 | 10,2 |
| gevestigde huisartsen | 27,6 | 24,1 |
| vestigingscommissie | 8,6 | 25,0 |
| B&W | 17,3 | 47,2 |
| overige | 8,6 | 2,8 |

* Het gesommeerde kolompercentage is wat groter dan 100%, omdat in enkele gevallen meer dan één antwoordcategorie is aangekruist

zen vergunningsaanvragen vergelijken aan de hand van de vragen over de gehonoreerde aanvraag en de laatste twee aanvragen die in 1986 zijn afgewezen. De 'aanvragers' hebben vragen beantwoord over in totaal 116 gehonoreerde en 106 afgewezen aanvragen. De per 1 januari 1987 nog lopende aanvragen laten wij hier buiten beschouwing; een beslissing over deze aanvragen moet immers nog vallen, zodat de gegevens hierover op dit moment moeilijk te plaatsen zijn. Een moeilijkheid bij het vergelijken van de afgewezen en gehonoreerde aanvragen is het feit dat we uit privacy-overwegingen niet hebben gevraagd in welke plaatsen ze zijn ingediend. Om dit probleem te ondervangen hebben we bij de afgewezen aanvragen alle aanvragen buiten beschouwing gelaten die zijn afgewezen op grond van het getalscriterium (dat is: 37 van de 106 afgewezen aanvragen), dus in gebieden waar geen vestigingsruimte was. We kunnen er derhalve van uitgaan dat de overige 69 aanvragen zijn ingediend in gebieden waar wel ruimte

was voor vestiging, hetgeen uiteraard ook geldt voor de gehonoreerde aanvragen. Hoewel we nu nog steeds niet weten op welke plaatsen/vacatures beide groepen exact betrekking hebben, zijn beide groepen nu beter vergelijkbaar. Het eerste wat onze interesse heeft, is de duur van de vestigingsprocedure. Het moment tussen aanvraag en uiteindelijk beslissing door B&W dient op grond van het besluit (artikel 8) tien weken of minder te bedragen, hoewel de commissie de termijn voor het geven van een advies aan B&W met maximaal twee maanden kan verlengen. De maximale duur bedraagt dus achttien tot negentien weken. Bezien wij de looptijd van de aanvragen, dan blijkt dat veel commissies van de uitstelbaarheid gebruik hebben gemaakt: van de gehonoreerde en de afgewezen aanvragen bedroeg de looptijd in 54,8% respectievelijk 47,1% van de gevallen tien weken of meer, en in 28,7% respectievelijk 30,7% van de gevallen zelfs meer dan achttien weken. Concluderend kan dan ook worden gesteld dat het tijdsbestek tussen het aanvragen van de vestigingsvergunning en de uiteindelijke beslissing van B&W aanzienlijk is. Het lijkt waarschijnlijk dat dit vooral kan worden toegeschreven aan het recente karakter van het vestigingsbeleid. Zo is het denkbaar dat in veel gemeenten op het moment van aanvraag nog geen vestigingscommissie was ingesteld, iets wat duidelijk uit andere onderzoeken is gebleken^{6,7}. Welke factoren hangen nu samen met het honoreren/afwijzen van een vergunningsaanvraag? In de eerste plaats zijn er duidelijke verschillen te constateren wat betreft de personen/instanties met wie men in eerste instantie contact heeft gezocht (tabel 3). Bij de gehonoreerde aanvragen heeft het grootste gedeelte contact gezocht met de zittende huisarts. Wanneer we kijken naar de vestigingswijze, dan blijkt dat degenen die een (gehonoreerde) aanvraag hebben ingediend voor vestiging door middel van overname/associatie (88,4% van de gehonoreerde aanvragen) sterker zijn gericht op de zittende huisarts dan de 'gehonoreerde groep' als geheel: 72,9% wendt zich in eerste instantie tot de zittende huisarts. Dit komt doordat er in het geval van vrije vestiging uiteraard geen sprake is van een zittende huisarts. Degenen die een (gehonoreerde) vergunningsaanvraag hebben ingediend tot vrije vestiging hebben zich grotendeels (69%) gewend tot de ter plaatse gevestigde huisartsen. Bij de afgewezen aanvragen

zocht men daarentegen vooral als eerste contact met B&W.

Deze gegevens wijzen erop dat de zittende huisarts (bij overname/associatie) nog steeds een cruciale rol speelt bij de instroom van huisartsen, evenals (bij vrije vestiging) de ter plaatse gevestigde huisarts. Overigens is de rol van de gevestigde huisartsen ook in geval van overname/associatie belangrijk. Het hebben van een waarneemregeling blijkt namelijk een factor van belang bij het honoreren van een vergunningsaanvraag. Bij vrijwel alle (96,6%) gehonoreerde aanvragen heeft de desbetreffende arts voor het indienen van de aanvraag overeenstemming bereikt over een waarneemregeling met de ter plaatse gevestigde huisartsen; bij de afgewezen aanvragen is dit slechts in 24,6% het geval.

ZITTENDE HUISARTS

De invloed van de zittende huisarts komt eveneens naar voren als we kijken naar de personen/instanties die volgens de respondenten de kandidaten hebben geselecteerd en uiteindelijk de belangrijkste stem in de goedkeuring hebben gehad (tabel 4). Bij de selectie van kandidaten wordt de zittende huisarts bij de gehonoreerde aanvragen het meest genoemd, gevolgd door de waarneemgroep. Ten aanzien van de vraag wie uiteindelijk de belangrijkste stem heeft in de goedkeuring is het beeld minder duidelijk: de zittende huisarts, de waarneemgroep en de vestigingscommissie worden hier ongeveer even vaak genoemd. Hoewel bij de afgewezen aanvragen juist de vestigingscommissie relatief vaak wordt genoemd als de instantie die de kandidaat selecteert, alsmede de belangrijkste stem heeft in de afwijzing door B&W, is men juist in deze groep wat minder bekend met de samenstelling van de commissie: bijna eenderde van deze groep is onbekend met de samenstelling van de commissie; daarentegen is van de artsen wier aanvraag werd gehonoreerd 90% bekend met de samenstelling van de commissie. In hoeverre is men nu ook daadwerkelijk gehoord door de vestigingscommissie? Bij de afgewezen aanvragen is 30,4% van de betrokken praktijkzoekende huisartsen gehoord. Voor de gehonoreerde artsen ligt dit percentage op 47,4%. In het licht van artikel 8 lid 3 van het Vestigingsbesluit, dat voorschrijft dat de commissie advies uitbrengt na in elk geval de verzoeker te hebben gehoord, mogen deze percentages opmerkelijk laag worden genoemd.

Tabel 4. Selectie van kandidaten en belangrijkste stem in goedkeuring/afwijzing vergunningsaanvraag volgens respondenten (in percentage van de aanvragen)^{1, 2}.

| | selectie | | belangrijkste stem | |
|--------------------------------|-------------|-----------|--------------------|-----------|
| | gehonoreerd | afgewezen | gehonoreerd | afgewezen |
| zittende huisarts | 64,9 | 16,2 | 34,2 | 20,6 |
| vestigingscommissie | 10,5 | 47,0 | 27,2 | 42,6 |
| waarneemgroep | 21,9 | 19,1 | 36,0 | 20,6 |
| sollicitatiecommissie GC | 7,9 | — | 3,5 | — |
| ambtenaar gemeente | — | 2,9 | 4,4 | 4,4 |
| geen selectie | 3,5 | — | — | — |
| onbekend aan aanvrager | — | 16,2 | 3,5 | 14,7 |

1 Exclusief niet ingevulde vragen. N gehonoreerd = 114, N afgewezen = 68

2 Het gesommeerde kolompercentage is wat groter dan 100%, omdat in enkele gevallen meer dan één antwoordcategorie is aangekruist

CONCLUSIE

Welke conclusies kunnen we nu trekken uit de in dit artikel geschetste ervaringen van de praktijkzoekende huisartsen met één jaar vestigingsbeleid?

In de eerste plaats, dat relatief weinig vrouwelijke praktijkzoekende huisartsen een vergunningsaanvraag indienen en dat degenen onder hen die dit wel doen beduidend minder aanvragen indienen dan hun mannelijke collegae. In verhouding tot hun aandeel in het aantal praktijkzoekende huisartsen hebben in 1986 weinig vrouwen dan ook een vestigingsvergunning gekregen.

In de tweede plaats: het vestigingsbeleid is langzaam van de grond gekomen, gezien de lange looptijd van de ingediende vergunningsaanvragen.

Tenslotte: de beroepsgroep, *in casu* de gevestigde huisartsen, lijkt vooralsnog de meest aangewezen ingang te zijn om een vestiging te realiseren. In dit opzicht verschilt het wettelijk geregelde vestigingsbeleid weinig van dat van de LHV van maart 1983, blijkens hetwelk de uitvoering van het vestigingsbeleid in handen ligt van de PHV-vestigingscommissies, geadviseerd door direct betrokken huisartsen (bijvoorbeeld uit de waarneemgroep).

We zullen de resultaten van de 'lopende' aanvragen moeten afwachten om het hier geschetste beeld te kunnen bevestigen. Bovendien is het wettelijke vestigingsbeleid pas kort in werking; de uitwerking ervan zal zeker nog enige tijd vergen. Misschien dat het steeds frequenter in de pers verschijnen van personeelsadvertenties waarin B&W sollicitanten oproepen voor een vacante huisartsenplaats de richting aangeeft waarin het vestigingsbeleid zich ontwikkelt, namelijk die van een open sollicitatieprocedure waarin de

vestigingsadviescommissie als sollicitatiecommissie fungeert. We zullen tenslotte moeten afwachten in hoeverre de belangen van de nog niet gevestigde huisartsen in een dergelijk beleid tot hun recht komen. □

Literatuur

- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Besluit van 12 oktober 1985, houdende vestiging en praktijkomvang huisartsen. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1985
- Medisch Contact 1987, 42, 165, 649
- Groenewegen PP, Hingstman L. Een wettelijk geregeld vestigingsbeleid en vestigingsmogelijkheden voor huisartsen. Medisch Contact 1986, 41, 469-73
- Hingstman L. Eén jaar vestigingsbeleid voor huisartsen, wat zijn de effecten? Medisch Contact 1988; 43 203-5
- Bakker D de. Gemeentelijk beleid voor de eerstelijns (gezondheids)zorg. Utrecht NIVEL, 1987
- Both GP, Horemans MJ, Seffelaar JH. Uitvoering van de vestigingsregeling huisartsen; verslag van een enquête onder gemeenten 's-Gravenhage. Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 1987
- Huisman CH. Het eerste jaar vestigingsbeleid voor huisartsen. Een vergelijkend overzicht van de invoering van het besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen (WVG) door de gemeenten in Gelderland in 1986. Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor de provincie Gelderland, 1987.

Opvattingen van praktijkzoekende huisartsen over het wettelijk vestigingsbeleid

Een enquête

In februari 1986 werd de Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) die de vestiging van huisartsen wettelijk regelt, van kracht. Deze maatregel confronteerde de gevestigde huisartsen, de praktijkzoekende huisartsen en de gemeentelijke overheid met een regeling die veel interpretatieruimte bood aan de betrokkenen. Bovendien werd de inwerkingtreding van enkele belangrijke artikelen van de AMvB vooralsnog uitgesteld¹. Het uitvoeren van de maatregel op lokaal niveau verliep dan ook moeizaam en traag. Uiteindelijk wist men op sommige plaatsen een redelijk functionerende structuur tot stand te brengen. In andere plaatsen ontstonden problemen, die niet zelden tot gevolg hadden dat een van de betrokken partijen een AROB-procedure startte.

Een jaar nadat de AMvB van kracht was geworden, werd de regeling door verschillende groeperingen geëvalueerd.

De *staatssecretaris* concludeerde dat daar waar de regeling werd uitgevoerd, dit had geleid tot de beoogde beheersing van het volume en spreiding van de huisartsenhulp².

De *Vereniging van Nederlandse Gemeenten* wees op drie knelpunten in de regeling³:

- De regeling schrijft voor dat er een gemeentelijke adviescommissie wordt geformeerd, die het college van B & W onder andere moet adviseren over de vraag aan wie de aan de orde zijnde vestigingsvergunning dient te worden verstrekt. De samenstelling van die commissie en de procedurele gang van zaken eromheen hebben op veel plaatsen discussie opgeroepen.

- In gemeenten die volgens de in de regeling gestelde normen een overcapaciteit aan huisartsen hebben, bleken de al eerder genoemde beleidsuitgangspunten met betrekking tot regulering en spreiding van de huisartsenhulp erg moeilijk realiseerbaar te zijn.

- Ook werd erop gewezen dat zolang het artikel met betrekking tot de gedwongen afbouw van te grote praktijken nog niet van kracht is, sommige nieuwe vestigingen maar weinig uitzicht hebben op een rendabele praktijkvoering³.

De LHV constateerde dat de beroeps-

B. D. Bovenberg-Smalbraak
en Th. J. M. Verhey

Dankzij bemoeienissen van de Beleidsadviescommissie Werkloze en Praktijkzoekende Huisartsen van de LHV zijn de opvattingen van nog niet gevestigde huisartsen over het wettelijk vestigingsbeleid nu ook bekend. De uitkomsten van een desbetreffend onderzoek worden gepresenteerd door twee leden van de commissie.

groep te weinig formeel gestructureerde inbreng heeft in de huidige regeling. Zowel in de gemeentelijke adviescommissie als daarbuiten via de vestigingscommissie van de betrokken plaatselijke huisartsenvereniging zou de beroepsgroep een zwaardere stem in het geheel moeten hebben, aldus de LHV⁴.

Voorts wezen alle hierboven genoemde partijen onder andere op de problemen die zich voordoen met betrekking tot de vraag wie er in een bepaalde regio tot de groep patiënten moet worden gerekend en met betrekking tot de vraag wie er als gevestigd huisarts dient te worden beschouwd.

Bij al die evaluaties is de mening van een belangrijke groep belanghebbenden tot nu toe onderbelicht gebleven, namelijk die van de praktijkzoekende huisartsen. Wel lieten praktijkzoekende huisartsen in enkele publikaties weten de regeling ondoorzichtig te vinden en het vooralsnog niet van kracht zijn van het artikel over de afbouw van bovenmaximale praktijken als onbillijk te ervaren^{5,6}. Een systematische evaluatie van de opvattingen van niet-gevestigde huisartsen over de AMvB ontbrak echter nog.

De LHV, die zich ten doel stelt ook de belangen van niet-gevestigde huisartsen te behartigen, besloot enig nader onderzoek te laten verrichten naar de onder niet-gevestigde huisartsen levende opvattingen omtrent de Algemene Maatregel van Bestuur die de vestiging van huisartsen regelt. Tevens was de LHV geïn-

teresseerd in het aantal praktijkzoekende huisartsen dat werkzaam is als (part-time) huisarts en het aantal artsen dat geheel zonder werk is. Eén manier om registratieverlies te voorkomen is het doen van regelmatige waarnemingen. Deze lijken steeds schaarser te worden. Om hier hardere gegevens over te krijgen werden ook hierover vragen gesteld. De antwoorden hierop worden in een volgend artikel verwerkt.

Methode

In de zomer van 1987 werd een telefonische enquête gehouden waarbij 275 huisartsen werden opgebeld. Deze 275 personen vormden een aselechte steekproef uit het totale bestand van praktijkzoekende huisartsen dat door het NIVEL wordt beheerd; dit bestand bevatte op dat moment in het totaal 570 praktijkzoekende huisartsen.

Er werden enkele vragen over de huidige werkzaamheden van de respondent gesteld en vervolgens onder andere zes vragen over de huidige vestigingsregeling.

Resultaten

Van de 275 geënquêteerde huisartsen was 88,7% afgestudeerd tussen 1 januari 1982 en 1 januari 1987. Ruim 47% van hen zei werkzaam te zijn als huisarts: 30% full-time, 70% part-time. Dat werkzaam zijn als huisarts hield in: waarneming (61%), assistent van een gevestigd collega (22%), of recent zelfstandig gevestigd (16% = 7,6% van de totale groep). Iets meer dan de helft van de praktijkzoekenden (52,4%) werkte niet als huisarts. Geheel werkloos waren 11 respondenten (= 4% van de totale groep). De overigen vervulden zeer verschillende functies, zoals sociaal-geneeskundige, verpleeghuisarts, bedrijfsarts, consultatiebureau-arts; enkelen waren in opleiding tot specialist. Op het moment van onderzoek (zomer 1987) was ruim de helft (54,9%) van de ondervraagden daadwerkelijk actief op zoek naar een praktijk.

Hoe de praktijkzoekende huisartsen hun ervaringen met het wettelijk vestigings-

beleid kwalificeerden is weergegeven in tabel 1.

Van de 159 huisartsen die ervaring hadden met de vestigingsregeling bestempelden 106, dat is 67%, die ervaringen als slecht.

Als *negatieve punten* werden het meest genoemd: de te langdurige procedure, de grote plaatselijke verschillen in uitvoering en het vóórkomen van schijnprocedures (kandidaat al bekend). Als *positieve punten* van de AMvB werden door een minderheid genoemd dat de procedure objectiever is geworden, dat andere groepen uit de eerste lijn ook een stem hebben gekregen en dat wilde vestigingen onmogelijk zijn geworden. Dit laatste werd door anderen juist betreurd.

Gezien de cijfers uit tabel 1 is het niet verwonderlijk dat slechts 29% van alle respondenten van mening was dat de huidige regeling dient te worden gehandhaafd. Van de geënquêteerde huisartsen vindt 61% dat de AMvB moet worden afgeschaft terwijl 10% hierover geen mening heeft (tabel 2).

De antwoorden op de vraag waar men voor zou kiezen indien de huidige regeling zou worden afgeschaft, zijn weergegeven in tabel 3.

Het mag opmerkelijk worden genoemd dat, ondanks alle negatieve ervaringen met een wettelijke regeling, 43% van de geënquêteerde huisartsen te kennen gaf toch een of andere wettelijke regelgeving op dit gebied te wensen. Slechts 18% zou het liefst helemaal geen regeling willen.

Een volgende vraag betrof de volgens de LHV meest wenselijke gang van zaken in een vestigingsprocedure. Volgens de LHV zou de gemeentelijke adviescommissie mogen bepalen of er een vestigingsplaats is en eventueel een profielschets mogen opstellen. De selectie van de kandidaten zou verder in handen moeten zijn van de plaatselijke huisartsen, waarna de gemeentelijke adviescommissie een definitief advies dient uit te brengen. Van de respondenten bleek 66,5% het met dit LHV-standpunt eens te zijn. De bezwaren ertegen van de andere groep (31,3%) zijn tweemaal: de ene subgroep vindt de invloed van de huisartsen dan te groot, de andere juist te klein! Tenslotte werd onder meer gevraagd naar de mening over de aandacht die de LHV heeft voor de praktijkzoekende huisarts. Van de ondervraagden vindt 60% deze aandacht onvoldoende, 20% vindt de aandacht van de LHV voor praktijkzoekende collegae voldoende en 20% heeft geen mening. De LHV zou

Tabel 1. Ervaringen van praktijkzoekende huisartsen met het wettelijk vestigingsbeleid.

| kwalificatie ervaring | praktijkzoekende huisartsen (N = 275) | |
|--------------------------|--|------|
| | abs. | % |
| goed | 5 | 1,8 |
| redelijk | 48 | 17,5 |
| slecht | 106 | 38,5 |
| geen ervaring | 116 | 42,2 |
| totaal | 275 | 100 |

Tabel 2. Mening over het handhaven van het wettelijk vestigingsbeleid.

| | praktijkzoekende huisartsen (N = 275) | |
|----------------------|--|------|
| | abs. | % |
| handhaven | 79 | 28,7 |
| niet handhaven | 167 | 60,7 |
| geen mening | 29 | 10,6 |
| totaal | 275 | 100 |

Tabel 3. Genoemde alternatieven voor de huidige wettelijke vestigingsregeling.

| soort regeling | praktijkzoekende huisartsen (N = 275) | |
|----------------------------------|--|------|
| | abs. | % |
| geen regeling | 49 | 17,8 |
| via de LHV | 90 | 32,7 |
| via ziekenfonds | 16 | 5,8 |
| andere wettelijke regeling | 118 | 42,9 |
| niet geantwoord | 2 | 0,8 |
| totaal | 275 | 100 |

volgens de ondervraagden in haar beleid prioriteit moeten geven aan praktijkverkleining en arbeidstijdnormalisering. Voorts geeft 80% van de ondervraagden aan behoefte te hebben aan meer specifieke informatie voor praktijkzoekende huisartsen.

BESPREKING

Uit de resultaten van deze enquête komen enkele opmerkelijke zaken naar voren.

Een heel kleine minderheid van de praktijkzoekende huisartsen blijkt *helemaal zonder werk* te zitten. Slechts de helft heeft echter passend werk: werk waarvoor hij of zij is opgeleid.

Verder laten de cijfers zien dat ruim de helft van de praktijkzoekenden op het moment van het onderzoek (zomer 1987) *actief op zoek* is naar een eigen praktijk. Daarmee is nog niet duidelijk waarom de andere helft niet zoekt: zoekt men in een

later stadium alsnog een eigen praktijk of heeft men definitief afgehaakt? Voor het uitstellen van het zoeken kunnen verschillende redenen bestaan: meer ervaring willen opdoen, militaire dienst, zwangerschap, al zicht op een praktijk, etc. Uit cijfers van het Nivel blijkt dat enkele jaren na de opleiding 20%-30% zijn of haar vestigingsplannen opgeeft⁷. Hieruit mogen wij concluderen dat een aantal 'niet-zoekers' later alsnog actief naar een vestigingsplaats zal zoeken. De meerderheid van de praktijkzoekende huisartsen blijft geruime tijd, soms met onderbrekingen, actief zoeken naar een eigen vestigingsplaats. Ondertussen is men niet te beroerd om allerlei niet direct passende arbeid te verrichten.

Over de *procedure bij vestiging* zijn de praktijkzoekende huisartsen het er in meerderheid met de LHV en de overheid over eens dat een en ander volgens bepaalde vastgestelde regels dient te verlopen. Aan de huidige vestigingsregeling kleven voor de meeste praktijkzoekenden echter forse bezwaren. Er lijkt onder hen met name behoefte te bestaan aan meer uniformiteit en meer inzichtelijkheid met betrekking tot de AMvB, waarbij de belangen van praktijkzoekenden en gevestigde huisartsen evenwichtig worden behartigd. In dit kader is het zeer wenselijk dat de afbouw van bovenmaximale praktijken zo spoedig mogelijk verplicht wordt gesteld. De LHV zou zich waar het gaat over de vestigingsproblematiek ons inziens meer dan voorheen dienen te profileren als belangenbehartiger van praktijkzoekende huisartsen. □

Literatuur

1. Staatssecretaris WVC. Besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen. Staatsblad 1985, no. 574
2. Staatssecretaris WVC. Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d d 11-6-1987. Tweede Kamer, vergaderjaar 1987-1987, 19 287, no. 4
3. Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Samenvatting VNG-brief aan haar leden d d 2 juni 1987.
4. Landelijke Huisartsen Vereniging. Evaluatie Wettelijke Vestigingsregeling voor huisartsen. No. 87/2108.
5. Stichting Bemiddelingsbureau Huisartsenwaarneming Arnhem en omstreken. Brief aan de leden van de Vaste Kamercommissie voor de Volksgezondheid d d 3 juni 1987.
6. Berg JD. Praktijkzoekende huisarts en vestigingsbeleid. Medisch Contact 1986, 41: 1583-6
7. Dam F van. Registratie Adspirant Huisartsen, peiling 1987. Utrecht: Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, 1987

De LHV en de belangen van praktijkzoekende huisartsen

In dit nummer van Medisch Contact wordt door NIVEL-onderzoekers Boon en Hingstman gewag gemaakt van een discussie tussen de LHV en de Initiatiefgroep voor Progressieve Huisartsen (IPH)¹: 'Waar de IPH op het standpunt staat dat het vestigingsbeleid functioneert als bescherming van de belangen van de gevestigde huisartsen, stelt de LHV dat zij opkomt voor zowel de zittende als de praktijkzoekende huisartsen'. Inderdaad is er alle aanleiding voor discussie over deze aanspraken van de LHV. De IPH volgt al een aantal jaren alles wat met vestiging en praktijkverkleining te maken heeft. Daarbij is ons gebleken dat in veel gevallen de belangen van praktijkzoekende huisartsen, maar ook de bijna alom noodzakelijk geachte praktijkverkleining, voor de LHV ondergeschikt blijken te zijn aan de veiligstelling van de financiële belangen van de zittende beroepsgroep. Het is echter niet alleen de IPH die het niet eens is met een dergelijke prioriteitenstelling. Blijkens een enquête die de LHV in 1987 zelf onder praktijkzoekende huisartsen heeft uitgevoerd was 61% van de ondervraagden van mening dat de LHV onvoldoende aandacht besteedt aan praktijkzoekenden².

Het is niet verwonderlijk dat een vereniging die zich zo duidelijk als belangenbehartiger opstelt niet in staat is de zo duidelijk tegengestelde belangen van zittende en zoekende huisartsen te zelfder tijd te behartigen. In een artikel over de werkeloosheid onder huisartsen in Nederland stelt Schadé³: 'Terugdringen van de werkeloosheid onder artsen kan ingrijpende veranderingen vragen in praktijkuitoefening en in inkomsten van deze groep. Men moet zich dan ook afvragen of de KNMG de meest aangewezen instantie is om de belangen van werkeloze artsen te behartigen.'

**

In het navolgende nemen wij het LHV-beleid onder de loep ten aanzien van het vestigingsbeleid en praktijkverkleining. Eerst zullen wij beide onderwerpen in het algemeen behandelen om vervolgens meer in detail aan te geven waar en hoe de LHV ons inziens kansen had moeten benutten om de belangen van praktijkzoekenden te behartigen.

J. Dopper
en F. Schreuder

De LHV pretendeert de belangen van praktijkzoekende huisartsen te behartigen. De voorzitter en de secretaris van de Initiatiefgroep voor Progressieve Huisartsen onderzochten de zuiverheid van die pretentie: het houdt niet over, maar de LHV krijgt nog een kans.

VESTIGINGSBELEID

Sinds januari 1986 is er een wettelijke regeling betreffende het vestigingsbeleid voor huisartsen, genaamd: 'Besluit Vestiging en Praktijkomvang Huisartsen'. Opmerkelijk genoeg wordt het onderwerp 'praktijkomvang' in de meeste aanduidingen al weggelaten. De IPH heeft er geen bezwaar tegen dat het vestigingsgebeuren wettelijk is geregeld; wel heeft zij op de inhoud van de regeling veel aan te merken.

Nu de regeling er is kan ze worden gebruikt om de arbeidsmarkt af te scherpen of om de werkgelegenheid te bevorderen via geregleerde praktijkverkleining. Het eerste lijkt het LHV-beleid te zijn, het tweede wordt door de IPH voorgestaan. Terzijde dient te worden opgemerkt dat de vestigingsregeling ook de sporen draagt van het door dereguleringswoede gemangelde verlangen uit vervlogen tijden, de plaatselijke bevolking bij de invulling van deze gezondheidszorgvoorziening invloed te geven. De IPH betreurt het dat van het democratiseren en openbaar maken van de vestiging van huisartsen zo weinig terecht komt; dát daar zo weinig van terecht komt is ook uit het onderzoek van het NIVEL gebleken. Het is opmerkelijk hoe weinig duidelijk de LHV zich uitlaat over de plaats en invloed die zij de patiënten bij de vestiging zou willen geven. Maken wij thans de balans op van de gevolgen van het functioneren van de wettelijke vestigingsregeling, dan kunnen wij deze uit het oogpunt van praktijkzoekenden niet anders dan bedroevend noemen⁴: de praktijkverkleining is gestagneerd, van de verkleining van boven-

maximale praktijken is nog niets terechtgekomen, de toch al zo beperkte vestigingsruimte is nog niet eens opgevuld, kandidaten worden afgeschrikt al voor ze hebben gesolliciteerd met de financiële onhaalbaarheid van volgens de norm reële vestigingsmogelijkheden. Zelfs worden om dezelfde reden uitgereikte vestigingsvergunningen niet benut. Vele huisartsen geven de maximale capaciteit op, ook al is dat niet reëel, om nieuwe vestigingen te voorkomen. En meer en meer afgestudeerde huisartsen raken de registratie kwijt, omdat zij zich niet binnen de termijn hebben kunnen vestigen. Wie de belangen van praktijkzoekenden wil behartigen kan dus zeker aan de slag.

PRAKTIJKVERKLEINING

De noodzaak de gemiddelde praktijkomvang te doen afnemen wordt gelukkig in brede kring onderkend. De LHV gaf in 1981 in haar rapport 'Naar een nieuwe honorering' het streven aan: 'De huidige rekennorm 2.600 zal in de komende jaren moeten dalen tot ± 2.000 '. Ook de uitvoering van het basistakenpakket werd aan dit getal gekoppeld. Tijd voor nascholing, tijd voor samenwerking, arbeidsduurverkortung, en wie weet nog eens normalisering, zijn evenzeer argumenten om ernst te maken met de praktijkverkleining. Ook WVC is voorstander van fasegewijze praktijkverkleining⁵. Verkleining van praktijken kan grofweg op twee manieren tot stand komen:

- terugbrengen omvang normpraktijk;
- verkleinen bovenmaximale en boven-'normale' praktijken.

Kijken we naar de ontwikkeling van de praktijkomvang sinds 1975, dan zien we een jaarlijkse toename van het aantal huisartsen met omstreeks 2% (zie *figuur 1*). Daarmee nam de gemiddelde praktijkomvang jaarlijks af met omstreeks 50 patiënten. Had deze 'natuurlijke' ontwikkeling zich kunnen voortzetten, dan was in 1993 het in 1981 genoemde streefgetal gehaald. Echter, deze trend is in 1986 - met de invoering van het wettelijk vestigingsbeleid - gestopt (zie *figuur 2*). Of deze wending blijvend zal blijken te zijn, moet duidelijk worden uit de cijfers over 1987; tot nu toe lijkt het er in elk geval op dat het wettelijk vestigingsbe-

leid kwantitatief gezien vooral functioneert als 'anti-vestigingsbeleid'.

Vervolgens gaan we in op het beleid van de LHV ten aanzien van vestiging en praktijkverkleining.

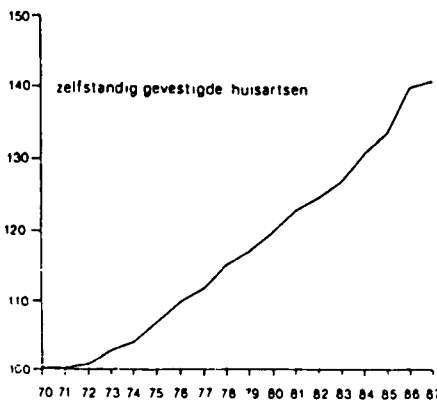
Verkleining bovenmaximale praktijken

In de Algemene Maatregel van Bestuur vestiging en praktijkomvang huisartsen zijn artikelen opgenomen waarin het huisartsen met praktijken van meer dan 2.750 patiënten op enkele uitzonderingen na, wordt verboden nieuwe patiënten in te schrijven. Voor invoering van deze artikelen was overleg nodig tussen de LHV en de staatssecretaris; dit overleg heeft tot een vertraging van twee jaar geleid. Zoals wij reeds eerder in Medisch Contact schreven is de LHV medeschuldig aan deze vertraging⁶. In het kader van de acties rond de honorering heeft de LHV gemeend genoemd overleg te moeten boycotten: een duidelijke illustratie van de werkelijke prioriteitsstelling binnen de LHV.

Gaan we iets verder terug in de geschiedenis, dan zien we dat er in feite binnen de LHV nooit een effectief beleid is gevoerd, gericht op verkleining van te grote praktijken. De LHV voerde in 1983 een eigen vestigingsbeleid in. Daarin kwam de regel voor dat praktijken zouden worden gebonden aan een maximum van 3.250 patiënten, maar van kracht werd deze regel niet: er zou eerst een financiële schadevergoeding moeten komen voor de gevolgen van deze regel – let wel: voor huisartsen die beduidend meer dan het norminkomen verdienden.

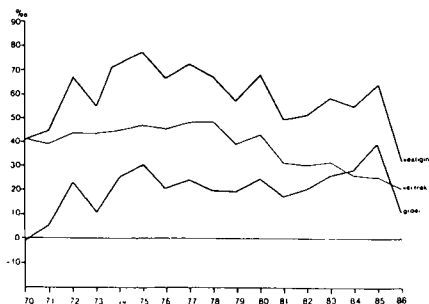
In 1985 kwam het Convenant tot stand, een samenstel van afspraken tussen overheid en LHV. Ook hier kwam de verkleining van grote praktijken aan de orde. Onder het hoofdje 'Normpraktijk' werd vermeld: 'De LHV dient in overleg met de betrokken financiers verdere initiatieven te ontwikkelen ter bevordering van de feitelijke verkleining van praktijken groter dan de normpraktijk'. Drie jaar later is nog geen enkel initiatief of resultaat van genoemde aard zichtbaar. Op een vraag, onlangs gesteld aan LHV-bestuurders, naar dergelijke initiatieven vroegen dezen zich zelfs verbaasd af of het nemen daarvan wel de taak van de LHV was. De LHV zou de afspraak uit het Convenant kunnen nakomen door bijvoorbeeld met de Vereniging voor Nederlandse Ziekenfondsen af te spreken per praktijk voor niet meer dan 2.350 patiënten honorarium te betalen.

In de nabije toekomst zullen eindelijk de



Bron: NIVEL, 1987.

Figuur 1. Verloop van het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen vanaf 1970 (1970=100)



Bron: NIVEL, 1987.

Figuur 2. Vestiging, vertrek- en groei cijfers van zelfstandig gevestigde huisartsen vanaf 1970.

wettelijke artikelen van kracht worden ter verkleining van bovenmaximale praktijken. Nu is de wijze waarop dit zal worden geregeld beslist niet waterdicht. Jaarlijks dienen de huisartsen aan de gemeente op te geven hoeveel patiënten per praktijk zijn ingeschreven. Het is noodzakelijk dat een uniforme methodiek wordt gehanteerd voor de vaststelling van het aantal particuliere patiënten. De LHV zou deze methodiek kunnen ontwikkelen en propageren. Tevens zouden de plaatselijke huisartsenverenigingen de opgaven kunnen totaliseren en ze bij afwijkingen groter dan 2% van de bevolkingsomvang van de betrokken regio of gemeente nader kunnen controleren. Onderzoek van de praktijkadministratie in geval van twijfel over de juiste opgave, in te stellen door de inspecteur voor de Volksgezondheid, dient door de LHV te worden ondersteund.

Verlaging normpraktijk

Zoals reeds eerder is aangegeven, is de

voortgang van de praktijkverkleining gestagneerd sinds de invoering van de wettelijke vestigingsregeling. Wij nemen aan dat op korte termijn de beschikbare vestigingsruimte – door het NIVEL in 1986 geschat op 120-240 plaatsen⁷ – zal zijn benut. Bij handhaving van de huidige norm van 2.350 patiënten zijn dan nauwelijks meer vrije vestigingen mogelijk; alleen op kleine schaal zal via associatie nog een verruiming van de werkgelegenheid mogelijk zijn.

Verlaging van de vestigingsnorm is dus noodzakelijk als het gaat om uitbreiding van de werkgelegenheid. Het is echter consequent LHV-beleid iedere praktijkverkleining te laten volgen door een evenredige rekennormpraktijkverlaging, met als gevolg een verhoging van het inkomen per patiënt. Bij de onderhandelingen over de AMvB heeft de LHV de volgorde zelfs kunnen omkeren: de vestigingsnorm gaat pas omlaag als de rekennorm verlaagd is! Onvoorwaardelijk hieraan vasthouden betekent dat de praktijkverkleining wordt stopgezet, want de overheid zal op haar beurt vasthouden aan de afspraak in het convenant dat 'verdere verkleining van de normpraktijk eerst aan de orde komt indien de evaluatie van de praktijkverkleining aan de hand van een redelijke toepassing van meet- en controlepunten een bevredigend resultaat heeft opgeleverd'. Dat een dergelijke evaluatie praktisch onuitvoerbaar en de afspraak dus dwaas was, had de LHV moeten weten. Het is voorspelbaar dat er geen simpel verband is aan te geven tussen verwijscijfers en (norm)-praktijkverkleining. Wie de zelfwerkzaamheid van huisartsen wil vergroten zal meer maatregelen moeten nemen; slechts een daarvan is praktijkverkleining. Om met Van der Meulen en Spreewenbergh te spreken⁸: 'Als overheid en beroepsorganisaties werkelijk willen dat de huisarts het basistakenpakket geheel uitvoert, dan zullen drastische maatregelen genomen moeten worden ten aanzien van zowel de praktijkverkleining als de structuur van de praktijkorganisatie en de honorering.'

Wat de LHV zou kunnen doen is: terugkomen op genoemde afspraak, zodat deze niet meer als blokkade functioneert. Vervolgens zou, als men het werkelijk wil opnemen voor praktijkzoekenden en als men de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde laat prevaleren boven de handhaving van het huidige inkomensniveau, een jaarlijkse verlaging met 50 patiënten kunnen worden afgesproken tot een normomvang van 2.000 patiënten is

bereikt. Helaas bijvert de LHV zich meer om het aantal opleidingsplaatsen voor huisartsen te beperken en zo, samen met de specialisten, de werkloosheid af te wentelen op de basisartsen.

OVERIGE MAATREGELEN

Het is ons bekend dat huisartsen elkaar ertoe aanzetten een hogere capaciteit op te geven dan zij in werkelijkheid ambiëren, om nieuwe vestigingen te voorkomen. De LHV zou onderzoek kunnen doen naar de schaal waarop deze ontduiking plaatsvindt; tevens zou zij via de PHV's kunnen manen tot een correcte opgave in dezen.

Een ander initiatief dat de LHV zou kunnen nemen is de ontwikkeling van een beleid vrijgevestigde huisartsen actief te ondersteunen. Bekend is dat praktijkzoekende huisartsen afzien van naar de bevolkingsaantallen gezien reële vesti-

gingsmogelijkheden vanwege de financiële problemen die een te traag groeiende vestiging met zich meebrengt. Mogelijkheden om nieuwe vestigingen actief te steunen liggen in de niet-dwingende verwijzing van nieuwe inwoners naar een dergelijke nieuwe vestiging, het door waarneming mogelijk maken van het aanhouden van nevenfuncties en het aanbieden van associatiemogelijkheden in gebieden waar uitbreiding mogelijk is.

*
**

Wij hebben getracht aan te geven waarom een discussie met de LHV over haar vermeende belangenbehartiging voor praktijkzoekende huisartsen noodzakelijk is. Wij hebben aangeduid waar en wanneer de LHV heeft verzuimd een actieve bijdrage te leveren aan praktijkverkleining en bevordering van de werkgelegenheid. En wij hebben aangegeven op welke wijze de LHV nog kansen heeft

om aan de belangenbehartiging voor praktijkzoekenden gestalte te geven. De Initiatiefgroep voor Progressieve Huisartsen hoopt op een open, substantiële en concrete discussie. □

Literatuur

1. Boon H, Hingstman L. Een jaar vestigingsbeleid voor huisartsen. Ervaren van praktijkzoekende huisartsen. Medisch Contact 1988; 43: 206-8.
2. Bovenberg-Smalbraak BD, Verhey ThJM. Opvattingen van praktijkzoekende huisartsen over het wettelijk vestigingsbeleid. Een enquête. Medisch Contact 1988; 43: 209-10.
3. Schadé E. Werkloosheid onder huisartsen in Nederland. Bijblijven 3/87.
4. Sollicitatieoproep Berkel en Rodenrijs. Ned Tijdschr Geneesk 16 januari 1988.
5. Eerste evaluatie vestigingsregeling huisartsen. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, juni 1987.
6. Medisch Contact 1987; 42: 165, 649.
7. Groenewegen PP, Hingstman L. Een wettelijk geregeld vestigingsbeleid en vestigingsmogelijkheden voor huisartsen. Medisch Contact 1986, 41: 469-73.
8. Meulen P. van der, Spreuwenberg C. Praktijkverkleining en de tijdsbesteding van de huisarts. Een literatuurstudie. Huisarts en Wetenschap nr 3/1987.

Gevraagd: huisarts (V/V)

Over de beleidsruimte van de gemeente in het vestigingsbeleid voor huisartsen

In 1986 waren in Nederland 548 vrouwelijke en 5.641 mannelijke huisartsen werkzaam (1:10,3). Het jaar daarvoor vond 30% van de afgestudeerde vrouwelijke huisartsen een baan, tegenover 70% van de mannen (1:2,3). Tevens studeerden er 465 vrouwen en 1.020 mannen af in de geneeskunde (1:2,2). Tenslotte: per 1 januari 1986 zochten 140 vrouwelijke huisartsen en 383 van haar mannelijke collega's een baan (1:2,7). (Bronnen: CBS, NIVEL en Landelijke Projekt-groep Vrouwenhulpverlening.)

EMANCIPATORISCHE WIND

Deze feiten, plus de hun sinds 1 februari 1986 toekomende bevoegdheid een vestigingsbeleid voor huisartsen te voeren, zijn voor veel gemeenten aanleiding geweest om te pogen een emancipatorische wind te laten waaien door het huisartsenwereldje. Maar verder dan het obligate 'nadrukkelijk uitnodigen' en het 'bij gelijke geschiktheid de voorkeur geven aan' wagen zich de gemeentebesturen in de profielschets voor de vacante plaats meestal niet. De reden daarvan is in de eerste plaats gelegen in de twijfel omtrent de juridische haalbaarheid van de V/V-constructie, dat wil zeggen van het ge-

P. Vanderheyden

Welke beleidsruimte hebben gemeenten bij het vestigingsbeleid voor huisartsen? Belangrijk in dit opzicht is een beschikking van de voorzitter van de afdeling Rechtspraak van de Raad van State. Die beschikking betrof Oud-Beijerland: tegen de zin van de wettelijk verplichte adviescommissie en de zittende huisartsen aldaar besloten B & W een vacante vestigingsplaats bij voorkeur open te stellen voor een vrouwelijke en bovendien homeopathische huisarts. Uit 'hun' sollicitanten, met wie de adviescommissie (die tot een eigen voordracht kwam) niet had willen praten, kozen B & W vervolgens een vrouw. P. Vanderheyden analyseert de gang van zaken. De auteur is beleidsmedewerker volksgezondheid bij de gemeente Heerlen en uit dien hoofde secretaris van de gemeentelijke adviescommissie vestigingsbeleid huisartsen.

heel en al buiten beschouwing laten van de groep mannelijke huisartsen: de jurisprudentie op dit terrein ligt nu niet direct voor het oprapen, laat staan dat daarin een lijn zou zijn te ontdekken. Inventieve advocaten zullen ongetwijfeld vlammen-de pleitnotities kunnen destilleren uit het in de Grondwet en diverse internationale verdragen neergelegde non-discriminatiebeginsel.

De bestuurlijke behoedzaamheid in dezen is – zeker in niet al te grote gemeenten – naar mijn idee echter ook terug te voeren op een heel eenvoudige, pragmatische reden, te weten de behoefte aan een goede verstandhouding met de gevestigde huisartsen. Deze beroepsgroep stelt naar mijn stellige overtuiging – vestigingsbeleid of geen vestigingsbeleid – over het algemeen nog steeds veel in het werk om door middel van laten we zeggen coöptatie de vrijgekomen plaatsen zelf op te vullen – hetgeen vanuit het perspectief van de beroepsgroep natuurlijk volstrekt begrijpelijk is, want de belangen zijn voor iedere gevestigde arts groot: heden jij, morgen ik. Niet dat de gevestigde medische stand per se tegen positieve actie voor vrouwelijke collega's is. Zijn verzet heeft veeleer te maken

met het feit dat door deze drastische inperking van het aantal potentiële kandidaten de eigen zelfbeschikkings- en sturingsmogelijkheden grotendeels te loor gaan. Niet voor niks wordt in een NIVEL-onderzoek uit 1985 gepleit voor openheid in sollicitatieprocedures ('Vrouwelijke huisartsen belemmerd bij vestiging', NIVEL 1985).

De huisartsen zullen zich moeten realiseren dat het door henzelf zo sterk gewenste wettelijke vestigingsbeleid (wilde vestigingen!) met zich meebrengt dat tegenwoordig de bestuurlijke verantwoordelijkheid, en daarmee de beslissingsbevoegdheid, toekomt aan de gemeentelijke overheid c.q. aan burgemeester en wethouders. Het zijn kortom de gemeenten die het beleid bepalen.

De basis voor dit beleid bieden in eerste instantie de getalsmatige criteria en de eis van redelijke bereikbaarheid, beide neergelegd in het Vestigingsbesluit huisartsen. Maar, één van de uitgangspunten van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (waarop het besluit stoelt) luidt dat zorgaanbod en zorgvraag op elkaar dienen te worden afgestemd. Onder meer aan dit uitgangspunt ontleen burgemeester en wethouders van de gemeente Oud-Beijerland de bevoegdheid op basis van de lokale situatie ook inhoudelijke factoren te betrekken in hun vestigingsbeleid. Per advertentie stelden zij daarom een vacante vestigingsplaats bij voorkeur open voor een vrouwelijke en bovendien homeopathische huisarts.

De aanvaring met zowel de wettelijk verplichte adviescommissie als de zes reeds gevestigde huisartsen die hieruit voortvloeide, heeft onlangs geleid tot een van de interessantste beschikkingen van de voorzitter van de afdeling Rechtspraak van de Raad van State sinds de inwerkingtreding van het Vestigingsbesluit op 1 februari 1986.

Wat was er aan de hand? Bedoelde advertentie leverde zeventig reflectanten op, maar de adviescommissie ging haar eigen weg. Zij weigerde al deze gegadigden in haar selectieprocedure te betrekken en voerde met vier andere geïnteresseerden gesprekken. Van hen bleek er één het meest geschikt: een man. De hele beroepsgroep kon zich vinden in deze arts, wiens geslacht weliswaar niet helemaal viel te rijmen met de profielschets – zo erkende ook de commissie – maar die toch werd voorgedragen voor vergoedingverlening, omdat hij:
– de meeste verloskundige ervaring heeft;

Positieve actie voor vrouwelijke huisartsen

Positieve actie voor vrouwelijke huisartsen is toegestaan, mits burgemeester en wethouders hun besluit daartoe kunnen baseren op een daadwerkelijk in de gemeente bestaande behoefte. Aldus luidt de essentie van een recente beschikking van de voorzitter van de afdeling Rechtspraak in de zaak betreffende de gemeente Oud-Beijerland. Dat er voor deze positieve actie (voorheen: positieve discriminatie) ook alle aanleiding is blijkt uit onderzoekresultaten en uit de beleidsvoornemens van de Rijksoverheid, welke hieronder in het kort de revue passeren.

In 'Nota 2000' wijst de regering op de noodzaak van een grotere instroom van vrouwen in de medische specialistenopleiding (inclusief het huisartsenspecialisme) in relatie tot bevordering van de vrouwenhulpverlening. In die nota wordt tevens gewezen op het belang van een evenredige verdeling van vrouwelijke huisartsenvestigingen en stimulering van het voor vrouwen belangrijke werken in dienstverband en in deeltijd.

De 'Emancipatienota' van het kabinet-Lubbers voegt hieraan toe het 'streven naar gelijke uitoefening – ook wat betreft het aantal uren – door vrouwen en mannen van de medische en dienstverlenende beroepen op alle niveaus en bevordering van een grotere instroom in de medische specialistenopleidingen en de toename van het aantal vrouwelijke huisartsen'.

Wie anders dan burgemeester en wethouders kunnen deze voornemens daadwerkelijk in praktijk brengen nu de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en het Besluit Vestiging en Praktijkomvang Huisartsen de bevoegdheid op dit terrein attribueren aan dit college? Gemeenten die het Rijksbeleid tot het hunne maken weten zich daarbij voorts gesteund door een tweetal onderzoeken, één van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL): 'Vrouwelijke huisartsen belemmerd bij vestiging?' (1985) en één van de Rijksuniversiteit Limburg: 'Voorzien in hulp aan vrouwen' (1986).

Het NIVEL-onderzoek signaleerde een aantal belemmeringen in de sociale omgeving en in voorkuren van gevestigde huisartsen; deze obstakels leidden tot een viertal aanbevelingen voor beleidsmaatregelen: een bepaald percentage vrouwelijke huisartsen in een gebied verplicht stellen; vergroting van de mogelijkheid tot het werken in deeltijd; stimulering van samenwerking; en sollicitaties in openheid doen verlopen.

Een jaar later publiceerde de Rijksuniversiteit Limburg de resultaten van een onderzoek naar de knelpunten in de hulp aan vrouwen in de gemeente Haarlem. Knelpunt bleek de ondervertegenwoordiging van vrouwelijke huisartsen te zijn. Het merendeel van de hulpvraagsters heeft geen expliciete voorkeur voor een mannelijke of vrouwelijke huisarts. De minder tevreden vrouwen die veel knelpunten ervaren in het hulpverleningsproces geven bij een nieuwe keuze wel de voorkeur aan een vrouw. Voorts oordelen vrouwen die door een hulpverlener van haar eigen sekse zijn geholpen hier positief over en prefereren zij bij een nieuwe keus wederom een vrouw, omdat een vrouwelijke huisarts als minder afstandelijk en meer involend wordt gezien. Het tekort aan vrouwelijke hulpverleners, met name huisartsen en gynaecologen wordt door hulpverleners zelf en ook door een aantal hulpvraagsters als een belangrijk knelpunt ervaren. Geconstateerd wordt dat het, gezien de tevredenheid die er heerst onder vrouwen met een vrouwelijke huisarts, het geringe aantal vrouwelijke artsen en het grote aantal vrouwelijke hulpvraagsters, belangrijk is dat er meer vrouwen in deze beroepsgroep worden aangetrokken. Het onderzoek mondt op dit punt uit in een tweetal aanbevelingen: in haar vestigingsbeleid dient de gemeente het beginsel van positieve actie toe te passen teneinde een evenrediger verdeling van huisartsen naar sekse te bewerkstelligen; tevens zal – aldus de onderzoekers – moeten worden nagegaan welke factoren de vestiging van vrouwelijke huisartsen stimuleren.

Ongetwijfeld gaat de grootste stimulans uit van een profielschets waarin burgemeester en wethouders alleen vrouwelijke huisartsen uitnodigen een vergunningaanvraag in te dienen.

- de voorkeur heeft van de huisartsen in de gemeente; en
- een goede bereikbaarheid kan garanderen.

De commissie overwoog daarbij verder het volgende: hoewel van de bovengenoemde kandidaten Mw. . . . het best aan deze profielschets voldoet, hebben de volgende bezwaren de balans doen overslaan naar de voorgedragen kandidaat:

- a. Ze heeft geen optimale achterwacht-regeling getroffen.
- b. De waarneming met de overige artsen in Oud-Beijerland kan niet worden gereënciseerd.
- c. De verloskundige ervaring over de laatste drie jaar is vrijwel nihil.

- d. Concrete ideeën ten aanzien van een vestigingsplaats in Oud-Beijerland ontbreken.

Desondanks krijgt de vrouwelijke huisarts op wie deze overwegingen betrekking hebben de vergunning: zij voldoet als enige van de in het advies van de commissie betrokken personen aan de profielschets. (Wat er met de zeventig overige kandidaten intussen is gebeurd blijft onduidelijk.) Voor dit afwijkende B & W-besluit wordt, samengevat, de volgende *motivatie* gegeven:

- De profielschets speelde een te marginale rol in de afweging.
- De bezwaren tegen Mw. . . . wegen niet zodanig zwaar dat haar daarom vergunning zou moeten worden geweigerd.

– De weigering van de beroepsgroep betrokkene te laten participeren in de waarnemingregeling doet dat evenmin, want zij is verloskundig bevoegd en bereid haar vaardigheden op te frissen. Bovendien zal zij zich bij een landelijke dokterscentrale aansluiten ter verzekering van haar bereikbaarheid c.q. achterwacht.

– De kandidaat van de commissie voldeet niet alleen niet aan het profiel, hij staat zelfs afwijzend tegenover niet-traditionele geneeswijzen.

Tot slot, ik citeer:

– ‘De plaatselijke beroepsgroep stelt met betrekking tot de achterwachtregeling in de waarneming zodanige eisen aan een kandidaat, dat hiermee in strijd met het recht op gelijke behandeling (nondiscriminatiebeginsel) wordt gehandeld’ (sic).

De plaatselijke huisartsenvereniging (PHV) en een aantal belanghebbenden komen hiertegen in het geweer en tekenen Arob-bezwaar aan tegen de vergunningverlening. Tegelijkertijd wordt de voorzitter van de afdeling Rechtspraak gevraagd het besluit te schorsen in een artikel 107-procedure. Het betreft VARRS, 23 juni 1986, nos. R03.87.3196/S5775 en R03.87.3198/S5776, Kort Geding 1987, nr. 351. De voorzitter van de afdeling Rechtspraak ziet zich gesteld voor twee cruciale vragen:

1. Mogen B&W afwijken van een advies van de commissie?
2. Hebben B&W ‘de grenzen van de hun krachtens de vestigingsvoorschriften toekomende bevoegdheid’ overschreden door ‘ook plaats in te ruimen voor overwegingen van inhoudelijke aard, betrekking hebbende op de beoordeling of de betrokkene onder de gegeven omstandigheden als de meest geschikte kandidaat kan worden aangemerkt’?

De eerste vraag wordt – ik zou bijna zeggen: hoe kan het ook anders – bevestigend beantwoord, met dien verstande dat de afwijking ‘toereikend’ moet worden gemotiveerd. De voorzitter acht de stelling van verzoekers dat slechts aan de commissie een inhoudelijk oordeel toekomt, waaraan B&W zich volledig dienen te conformeren, onhoudbaar: een dergelijke benadering valt niet te rijmen met de adviserende taak van de commissie, maar is bovenal uit een oogpunt van rechtsbescherming onjuist: ‘De omstandigheid immers, dat in de geschetste gedachtengang de vergunning verlenende instantie niet kan worden aangesproken op bepaalde onderdelen van het aan haar beslissing ten grondslag liggend advies van de commissie, zo dit advies door

haar wordt gevolgd, zou tot gevolg hebben dat ter zake van die onderdelen bij gebreke van de mogelijkheid van administratiefrechtelijke voorziening geen verantwoording in rechte kan worden gevraagd. Het doel waartoe de commissie is ingesteld, de wijze van samenstelling daarvan noch de daarin aanwezige deskundigheid staan er naar Ons voorlopig oordeel aan in de weg dat van voorstellen, door deze commissie gedaan, wordt afgeweken mits de afwijking toereikend is gemotiveerd.’ Waarmee de eerste hobbel was genomen.

Bij de toetsing of in het onderhavige geval sprake is van een toereikende motivatie wordt ook de tweede vraag – al of niet bevoegdheidsoverschrijding – aan de orde gesteld. Daarbij blijkt dat burgemeester en wethouders naar het oordeel van de voorzitter inderdaad bevoegd zijn omwille van een gedifferentieerd zorgaanbod vast te houden aan de gewraakte profielschets, omdat er al zes mannelijke traditioneel werkende huisartsen zijn. Naast het hanteren van de getalsmatige criteria is er naar zijn mening plaats voor een inhoudelijke afweging ‘inzoverre het inhoudelijke factoren betreft welke bij het maken van een keuze uit de personen die voor zodanige vergunning in aanmerking wensen te komen als ter zake dienend kunnen worden aangemerkt’.

Uit de beschikking blijkt dat de voorzitter instemt met de opvatting van burgemeester en wethouders van Oud-Beijerland dat hun gedragslijn op drieërlei wijze wordt gesanctioneerd. In de eerste plaats door de nota van toelichting bij het besluit, die de gemeente toestaat al naar de ter plaatse levende behoefte en wensen accenten te leggen en te verschuiven. In de tweede plaats door de beantwoording van Kamervragen waarin aandacht was gevraagd voor de positie en de mogelijkheden van de niet-reguliere en de vrouwelijke huisartsen; de staatssecretaris antwoordde destijds als volgt: ‘De gemeente heeft op het punt van de toewijzing beslissingsbevoegdheid en niet de plaatselijke huisartsenvereniging. Ook niet-reguliere vrouwelijke huisartsen hebben hierdoor kansen . . .’ En in de derde plaats door de WVC-circulaire van 31 december 1985, waarin gewag wordt gemaakt van het inspelen op de plaatselijke behoefte aan huisartsen met een specifieke filosofie of levensovertuiging.

Niettemin werd het Oudbeijerlandse besluit geschorst vanwege het feit dat *in casu* die plaatselijke behoefte niet was

onderzocht én omdat er een formeel gebrek aan de vergunningverlening kleefde (geen aanwijzing van een praktijkadres). Maar aan het algemene belang van deze beschikking doet dit natuurlijk niets af: gemeenten kunnen hun specifieke wensen inzake het huisartsenaanbod via het vestigingsbeleid gestalte geven, vooropgesteld dat deze wensen in een reële behoefte voorzien.

Opvallend is dat de voorzitter van de afdeling Rechtspraak op voorhand verwacht dat de gemeente Oud-Beijerland erin zal slagen door onderzoek tot de gewenste nadere onderbouwing van haar voornemens te komen, waardoor dus alsnog aan de eis van toereikende motivatie kan worden voldaan.

In de Haagsche Courant van 15 augustus 1987 merkte een woordvoerder van de LHV, welke vereniging uiteraard niet de vergunningvraagster maar de gevestigde Oudbeijerlandse huisartsen ondersteunt, op: ‘Oud-Beijerland is bijzonder, omdat daar aan de orde is hoever de gemeente haar gang kan gaan in de selectie. We volgen dat op de voet.’

Over ruwweg anderhalf jaar zullen we weten of de afdeling Rechtspraak het aanvankelijke oordeel van haar voorzitter deelt, want aangenomen mag worden dat het in deze ‘testcase’ tot een *bodemprocedure* zal komen. □

POSTSCRIPTUM

Inmiddels heeft in deze casus een tweede ‘administratief kort geding’ gediend, waarvan partijen pas recentelijk (13 januari 1988) de uitspraak ontvingen: Landelijke onderzoeken tonen een algemene behoefte aan vrouwelijke en/of niet-traditionele huisartsen aan. ‘Niet is Ons gebleken dat de gemeente Oud-Beijerland wat betreft bevolkingssamenstelling, ligging en dergelijke zo bijzonder dan wel uitzonderlijk is dat verweerders in redelijkheid niet van deze landelijke gegevens hadden mogen uitgaan.’ Bovendien was er naar het oordeel van het commissielid namens de gebruikers en dat van de adviescommissie zelf een reële behoefte in de gemeente, reden waarom het schorsingsverzoek ditmaal werd verworpen en de betrokken vrouwelijke homeopathische arts haar vergunning behoudt.

In dit verband mag tenslotte niet onvermeld blijven dat de Arob-rechter inmiddels in een Tilburgse zaak (VARRS, 5 nov. 1987, no. R03.87.5728/S6399) het ‘alleszins aanvaardbaar’ heeft geacht dat in het kader van positieve actie een voorkeur wordt uitgesproken voor voldoende geschikte vrouwelijke huisartsen. Daarmee is de beleidsruimte van de gemeente weer iets verder vergroot.

De LHV en het wettelijk vestigingsbeleid voor huisartsen

De LHV is reeds een tiental jaren bezig met het ontwikkelen van een beleid waarin aan kwantitatieve en functionele aspecten van de huisartsenzorg behoorlijk vorm kan worden gegeven. De belangen van gevestigde artsen zowel als van hun praktijkzoekende collega's dienen daarin een plaats te hebben. Een van de uitlopers van dit beleid is de vaststelling geweest, in 1979, dat de vestiging van huisartsen een door de beroepsgroep gemeenschappelijk aan te pakken probleem is. Via het opstellen van een aantal 'Uitgangspunten' (onder meer inzake de taken van de huisarts, samenwerking, praktijkverkleining, goodwill, de arts-patiëntrelatie en verantwoordelijkheid ten aanzien van aankomende huisartsen) is een 'Nota Vestigingsregelingen' ontwikkeld en in december 1982 vastgesteld. Vervolgens is de LHV per 1 maart 1983 met het voeren van een vestigingsbeleid van start gegaan.

De LHV is dus een vestigingsbeleid gaan voeren op een moment dat het wettelijk kader daarvoor nog niet voorhanden was. De LHV heeft altijd gesteld dat haar vestigingsbeleid te zijner tijd zou moeten passen binnen een wettelijke regeling. Daar zo'n regeling al maar op zich liet wachten, werd besloten met een eigen vestigingsregeling van start te gaan. Die keus werd ook gemaakt omdat op deze wijze alvast ervaring met het voeren van vestigingsbeleid zou kunnen worden opgedaan, mede ten behoeve van de ontwikkeling van een goede wettelijke regeling en de uitvoering daarvan. De LHV was en is namelijk van mening dat haar regeling als een, noodzakelijke, inhoudelijke en kwalitatieve *aanvulling* op de wettelijke regeling moet worden beschouwd; daarbij wordt in het bijzonder gedacht aan het scheppen van waarborgen in het kader van een goede onderlinge samenwerking tussen huisartsen, mogelijk te maken via een zorgvuldige selectieprocedure, en aan een toetsing van de financiële kanten van de praktijkoverdracht. Bij dit laatste gaat het, sinds het van kracht worden van de goodwill-regeling per 1 januari 1987, in het bijzonder om de prijs van het onroerend goed en de praktijkinventaris; deze financiële toets voorkomt dat vermogen of kredietwaardigheid een doorslaggevende rol vervullen in de selectieprocedure.

Omdat de LHV veel belang hechtte aan

Mr. J. C. de Hoog

Verder werken aan de versterking van de kwalitatieve basis van de huisartsenzorg. In dit licht werkt men binnen de LHV ook mee aan het vestigingsbeleid, naar uit deze bijdrage mag blijken.

een wettelijke regeling, heeft ze vanaf het begin intensief meegewerkt aan de totstandkoming daarvan. Dit was ook als punt opgenomen in het met de overheid gesloten Convenant. In het Convenant werden voorts afspraken gemaakt over praktijkverkleining door rekennormverlaging (in ruil voor kwaliteitsverbetering) en over afschaffing van de goodwill. Daarmee kreeg de discussie over vestigingsregulering een duidelijk kwalitatieve verdieping en kon de regeling in zeker opzicht een bouwsteen vormen in een beleid, gericht op versterking van de positie van de huisarts in het stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen. Vastgesteld moet evenwel worden dat de nu gerealiseerde regeling onvoldoende garanties biedt voor een formele, gestructureerde inbreng van de beroepsgroep. Weliswaar is in de Memorie van Toelichting bij de Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) opgenomen dat aan de vergunningverlening gesprekken met de beroepsgroep ter plaatse moeten voorafgaan, maar een formele verbinding tussen de wettelijke regeling en die van de beroepsgroep is in de tekst van de regeling zelf niet neergelegd.

INHOUD WETTELIJKE REGELING

Met de op 1 februari 1986 van kracht geworden Algemene Maatregel van Bestuur 'Vestiging en Praktijkomvang Huisartsen' werd het wettelijk vestigingsbeleid een feit en werd de vestiging van huisartsen aan gemeentelijke vergunningverlening gebonden; ook werd de praktijkomvang op een wettelijk maximum gesteld.

Bij de aanvraag van een vergunning moeten verklaringen worden overgelegd door de beroepsgroep en moet inzicht worden gegeven in de waarneemrege-

ling. Burgemeester en wethouders nemen hun beslissingen na overleg met een adviescommissie, waarin naast huisartsen andere hulpverleners, representatieve patiëntengroeperingen en verzekeringsinstanties zitting hebben, alsmede, met een adviserende stem, de inspecteur van de Volksgezondheid. In beginsel brengt de vestigingsadviescommissie binnen een maand na de aanvraag advies uit aan het college van B&W. Dit college beslist vervolgens binnen zes weken. Tegen deze beslissing staat een beroepsmogelijkheid open bij de afdeling Rechtspraak van de Raad van State (Aroberoep). Eerste stap in zo'n procedure is het indienen van een bezwaarschrift bij B&W. In veel gevallen wordt tegelijkertijd een voorlopige voorziening of een schorsing van het besluit gevraagd van de voorzitter van de afdeling Rechtspraak van de Raad van State. Bij het aanvragen van de vergunning kan de huisarts opgeven dat hij of zij genoeg wil nemen met een beperkte praktijkomvang, dat wil zeggen een praktijk kleiner dan de normpraktijk van 2.350 patiënten. Wordt zo'n opgave niet gedaan, dan worden huisartsen voor de capaciteitsberekening geacht tenminste een normpraktijk na te streven. Bedoeld onderscheid is van belang in verband met de vraag of er in een gebied ruimte is voor nieuwe huisartsen. De LHV acht het daarom ook van belang dat opgaven conform de werkelijkheid worden gedaan.

Is het inwoneraantal minimaal 1.250 hoger dan de capaciteit, dan is er in dat gebied ruimte voor een nieuwe vestiging of overdracht. Deze ruimte moet vervolgens ook worden opgevuld, hetgeen overigens ook al een verplichting was die de LHV-leden zich via het eigen vestigingsbeleid hadden opgelegd. In uitzonderingsgevallen, namelijk wanneer bijzondere kenmerken van de populatie dat noodzakelijk maken, kan het college van B&W meer huisartsen in een gebied toelaten dan volgens deze methode is toegestaan. Het aantal huisartsen zal dan echter nooit hoger mogen zijn dan ten tijde van de inwerkingtreding van de AMvB.

De maximum-praktijkomvang is in de AMvB gesteld op de normpraktijk (thans 2.350 patiënten) plus 400 patiënten (ziekenfonds en particulier). Voor praktijken die bij de invoering van de AMvB

groter zijn dan dit maximum, geldt dat deze uiterlijk 1 januari 1991 tot het maximum moeten zijn teruggebracht volgens een in overleg met de LHV op te stellen regeling. Deze regeling zal voorzien in een afbouw via natuurlijk verloop. Wel mogen er dan nog (conform het ziekenfondssysteem) patiënten worden ingeschreven als gevolg van gezinsuitbreiding en dergelijke. Heeft een huisarts op 1 januari 1991 nog steeds meer dan het maximum-aantal patiënten, dan zal het overschot moeten overgaan naar andere praktijken.

De artikelen betreffende de maximum-praktijkomvang en de verplichte 'afbouw' van de praktijken boven dat maximum werden echter niet meteen van kracht. Inwerkingtreding is namelijk afhankelijk van een door de minister, gehoord de representatieve beroepsorganisatie, te stellen nadere regeling. Ten behoeve van het tot stand komen van zo'n regeling heeft reeds medio 1986 voorbereidend ambtelijk overleg plaatsgevonden. Vervolgens rees het conflict inzake de huisartsenhonorering, waarbij vooral het verrichtingengetal aan de orde was. In het kader van de besprekingen rond deze honoreringskwestie is op enig moment van de zijde van de overheid de suggestie opgekomen dat de huisartsen het hun toegedachte inkomen ook zouden kunnen verwerven wanneer de normpraktijk zou worden vergroot. Deze stelling was volledig contrair aan het tot dan toe zowel door de overheid als door de LHV voorgestane beleid. In verband met de onduidelijkheid die hierdoor ontstond heeft de LHV gemeend op dat moment niet van gedachten te moeten wisselen over een afbouwregeling voor grote praktijken. In juni ontstond vervolgens duidelijkheid over de honoreringskwestie, via de aanwijzing aan het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) inzake het particuliere verrichtingengetal. Wat de LHV betreft was op dat moment de blokkade om tot een afbouwregeling te komen opgeheven.

Omdat de LHV groot belang hechtte aan de totstandkoming van bedoelde regeling, die zowel functionele/kwalitatieve voordelen biedt alsook de instroommogelijkheden voor afstuderende huisartsen vergroot, is nadrukkelijk alle medewerking aangeboden om een snelle invoering mogelijk te maken. Naar verwachting zal de regeling per 1 maart a.s. van kracht worden.

De minimum-praktijkomvang is gesteld op 800 patiënten. Huisartsen hebben twee jaar de tijd om op dit minimum te

komen. B&W kunnen deze termijn met maximaal drie jaar verlengen.

KARAKTER LHV-REGELING

In de ogen van de LHV gaat het bij de AMvB om kwantitatieve regelgeving. Om deze reden is de LHV-regeling gehandhaafd. Immers, slechts langs deze weg kan een *kwalitatief* element in de regulering van huisartsenvestigingen worden ingebracht.

De gemeentelijke bevoegdheid ten aanzien van vestigingsregulering wordt beperkt doordat de normering volledig vastligt. De zogeheten rekennormpraktijk is bepalend voor het aantal huisartsen per gebied. In zoverre sluit de wettelijke regeling uitstekend aan bij de uitgangspunten van de LHV, die er altijd van is uitgegaan dat het vestigingsbeleid ertoe moet leiden dat de huisarts gemiddeld een norminkomen kan verdienen. Immers, een dergelijk norminkomen met bijbehorend kostenvergoedingspakket schept een waarborg voor een redelijke 'living', maar ook voor een behoorlijke wijze van praktijkvoering. Praktijkverkleining moet worden bereikt door rekennormverlaging; ook dit is bij het Convenant met de overheid overeengekomen. De rekennorm ligt nu op 2.350 patiënten en moet nog verder omlaag.

Mogelijkheden voor gemeentelijk beleid zijn aanwezig bij het vormgeven van de gemeentelijke huisartsenzorg: wensen kunnen worden geformuleerd ten aanzien van bepaalde vormen van huisartsgeneeskunde, aldus de Arob-rechter. Men zou bijvoorbeeld de vestiging van vrouwelijke huisartsen kunnen bevorderen, of van huisartsen met een bepaalde signatuur, bijvoorbeeld samenwerkers, of van alternatief werkende huisartsen dan wel huisartsen met een bepaalde levensovertuiging. Daar is niets op tegen, mits een dergelijk profiel tot stand komt in nauw overleg met de beroepsgroep. Daarbij is ook de LHV voorstander van een gelijkmaking van de vestigingsmogelijkheden van vrouwelijke en mannelijke huisartsen.

WIJZE VAN SELECTEREN

Over de wijze van selecteren staat niets in de AMvB. In de regeling zijn wel enkele aanknopingspunten voor afspraken die tussen beroepsgroep en gemeente tot stand dienen te komen. De commissies hebben bijvoorbeeld de verplichting van vergunningvragers na te gaan of het serieuze kandidaten zijn met reële moge-

lijkheden ter plaatse tot beroepsuitoefening te komen. In het kader daarvan moeten vergunningaanvragers een aantal gegevens aan de commissie verschaffen. Zo moet men opgave doen van de wijze waarop men het beroep wil gaan uitoefenen: zelfstandig, zo ja: op welk adres?; in associatie, zo ja: met wie?, etc. Verder zal de vergunningaanvrager moeten aangeven op welke wijze hij of zij in de waarneming denkt te kunnen voorzien.

De Memorie van Toelichting bij de AMvB vermeldt verder nog: 'Bij een huisarts die zich wenst te vestigen zal in ieder geval door de gemeente inzage moeten worden verkregen in de resultaten van de gesprekken die deze met de beroepsgroep ter plaatse heeft gevoerd'. Hieruit is af te leiden dat het systeem van de wettelijke vestigingsregeling ervan uitgaat dat een vergunningaanvraag niet de eerste stap is die wordt gezet: praktijkzoekenden maken, zoals dat gebruikelijk is, afspraken met vertrekkende huisartsen of collegae die zich willen associëren, dan wel zij solliciteren bij een samenwerkingsverband; zij gaan na waar zij zich zouden kunnen vestigen en op welke wijze de waarneming zou kunnen worden geregeld; pas als deze afspraken zijn gemaakt heeft het zin een vergunning aan te vragen.

Het geheel wordt in de ogen van de LHV bij voorkeur geregistreerd door de PHV-vestigingscommissies, die daarbij de LHV-vestigingsregeling hanteren. In de praktijk zien we wel dat huisartsen zich rechtstreeks bij de gemeentelijke commissie melden. Op zichzelf is ook dit een begaanbare weg, maar efficiënter is het direct contact te leggen met de plaatselijke huisartsen, met wie immers toch afspraken tot stand zullen moeten komen.

JURISPRUDENTIE

De wettelijke regeling kent een aantal, al dan niet bewust ingebouwde, onduidelijkheden. Om ter zake meer duidelijkheid te krijgen heeft de LHV een aantal (Arob-)proefprocedures geëntameerd. Voor de begeleiding hiervan is een landelijk gespreid netwerk van advocatenkantoren opgezet. Bij de LHV is op dit moment een dertigtal procedures bekend; dertien daarvan worden beschouwd als proefproces, waarbij het gaat om vragen als:

- Hoe deugdelijk moet de motivering van B&W zijn om te kunnen afwijken van het advies van de adviescommissie?
- Kan een huisarts in opleiding wel zelf-

standig gevestigd zijn? (Arob-rechter: neen.)

– Kan het spreidingsartikel van de Algemene Maatregel van Bestuur zodanig worden uitgelegd dat daarmee de instandhouding van bepaalde samenwerkingsverbanden kan worden bevorderd? (Arob-recht: neen, spreiding kan alleen geografisch worden opgevat.)

– In hoeverre dienen inwoners niet onder huisartsenzorg (verpleeghuispatiënten, studenten, militairen, etc.) bij de capaciteitsberekening te worden meegeteld? (De Arob-rechter heeft ter zake uitgesproken dat hiermee bij de capaciteitsberekening geen rekening kan worden gehouden, omdat de AMvB hiervoor nu eenmaal geen ruimte biedt. Deze aperte onevenwichtigheid kan slechts via wijziging van de AMvB worden hersteld. Tijdens een recente evaluatie van de regeling – waarover hierna meer – is evenwel gebleken dat de staatssecretaris van WVC hiertoe niet bereid lijkt te zijn. Gezien de omvang van het (ook door de Vereniging van Nederlandse Gemeenten als zodanig ervaren) probleem zal de LHV evenwel opnieuw met kracht op een oplossing aandringen.

– Wat is een gevestigd huisarts? De AMvB zegt: dat moet in het maatschappelijk verkeer maar blijken. Dit geeft toch veel problemen. De LHV heeft een aantal criteria ontwikkeld die in samenhang moeten worden bekeken: doet betrouwbare het Basistakenpakket?; bord op de deur?; eigen receptenpapier?; medewerkererschap ziekenfonds?, etc. In de jurisprudentie is op dit punt nog geen duidelijkheid ontstaan.

– Tot hoever mag een gemeente gaan bij de selectie van kandidaten voor een vestigingsplaats? Ons inziens betreft het hier een functionele zaak, die primair binnen de beroepsgroep moet worden afgewikkeld (LHV-vestigingsbeleid, PHV-vestigingscommissie, ad hoc-groepen, etc.). Verder gaat de AMvB uit van individuele vergunningsaanvragen, zodat het zelden of nooit nodig is tot actieve werving over te gaan; een voorliggende vergunningsaanvraag dient volgens de wettelijke procedure en met inachtneming van de wettelijke termijnen te worden afgewikkeld, aldus de Arob-rechter.

– Wat is precies een vergunningaanvraag? In ieder geval niet een simpele brief aan de gemeente met het verzoek zich te mogen vestigen. Overgelegd moeten immers worden verklaringen door de beroepsgroep c.q. het samenwerkingsverband of de maatschap en aangegeven moet worden hoe de waarneming zal

worden geregeld en wat de vestigingsplaats zal zijn. Uit de enquête van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten – waarover hierna meer – blijkt dat dit nog steeds de gebruikelijke gang van zaken is, zeker waar het praktijkoverdracht of associatie betreft.

In gevallen van 'vrije' vestiging wordt wel de weg van het aanvragen van een vergunning rechtstreeks bij B&W gevolgd. Dat een dergelijke aanpak op problemen kan stuiten is te lezen in het artikel van Vanderheyden over de zaak 'Oud-Beyerland' (blz. 213; *Red.*). Hierbij zij overigens opgemerkt dat de LHV zich in deze kwestie zeker niet tegen de persoon van de desbetreffende huisarts heeft gekeerd: ieder lid van de LHV heeft op dezelfde wijze aanspraak op steun en advies. Wel had de LHV er behoefte aan, de handelwijze van de gemeente langs juridische weg te laten toetsen om daarmee de grenzen tussen enerzijds de gemeentelijke beleidsruimte en anderzijds de mogelijke inbreng van de beroepsgroep duidelijk in beeld te krijgen. In deze procedure kwam naar voren dat een gemeente een zekere beleidsruimte heeft waar het gaat om de *soort* huisartsenzorg die men ter plaatse wenst (hetgeen uiteraard los staat van de vraag of individuele huisartsen in een sollicitatieprocedure zorgvuldig zijn behandeld).

EVALUATIE

Bij het totstandkomen van de AMvB heeft de toenmalige staatssecretaris toegezegd dat de regeling jaarlijks ter evaluering aan de Kamer zou worden aangeboden.

Inmiddels heeft een eerste evaluatie plaatsgevonden. Onder auspiciën van het ministerie van WVC is een rapportage uitgebracht, waarover overleg is geweest met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en met de LHV. Van de rapportage maakte een enquête deel uit die onder alle Nederlandse gemeenten is gehouden. Uit de conclusies van de enquête is als interessant gegeven naar voren te halen dat een aantal bezwaren dat de LHV in een eigen evaluatie had opgevoerd (het probleem van het ten onrechte meetellen van bijvoorbeeld verpleeghuispatiënten) mede werd gedragen door de VNG.

De discussie tussen de staatssecretaris van WVC en de Vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid kan niet erg bevredigend worden genoemd. De staatssecretaris bleek niet bereid belangrijke knelpunten van de regeling op te lossen.

Immers, het kabinet had reeds als reactie op de voorstellen van de commissie-Dekker besloten voorlopig het standpunt in te nemen dat de vestigingsregeling te zijner tijd zou dienen te verdwijnen. In het artikel van Schuurman en Wessels (blz. 199; *Red.*) wordt gesteld dat het jammer zou zijn wanneer dat het geval zou zijn. De LHV zou het in ieder geval een slechte zaak vinden wanneer er op korte termijn een 'regelloze' situatie zou ontstaan: met al haar onvolkomenheden kent de regeling een aantal waardevolle aspecten. LHV-bestuurslid G. W. Salemink zegt hierover in een artikel in *Praktijkmanagement* van januari jongstleden onder meer: 'Naar de mening van de LHV is dat (het nog enkele jaren in stand blijven van de AMvB; *dH*) in deze chaotische tijd nog niet het slechtste van alle kwaden. Het schept de mogelijkheid om verder te werken aan versterking van de kwalitatieve basis van de huisartsenzorg, zodat die ook in de toekomst een sleutelpositie in het stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen kan blijven innemen'. Nodig is daarbij wel, dat de beroepsgroep zich intussen terdege voorbereidt op de situatie die zich zal voordoen in een post-Dekker-tijdperk. De LHV heeft hier intussen in haar nota 'De positie van de huisarts in de toekomst' een stevige aanzet toe gegeven. □

Een experiment in Almere (3)

Ouderenzorg, of hoe het anders kan

De laatste jaren doen ideeën als 'meer zelfzorg', 'zelfredzaamheid', 'meer mantelzorg' en 'een versterkte eerste lijn' steeds meer opgeld. Men beoogt daarbij mensen minder afhankelijk te laten zijn van hulpverleners en zorgsystemen, meer gelijkwaardigheid te creëren in de relatie hulpvrager-hulpverlener en uiteindelijk mensen meer verantwoordelijkheid te laten nemen voor eigen gezondheid en hulpverleningsprocessen. Het resultaat moet zijn een 'zorg op maat'.

Met het ouder worden neemt de kans toe dat men behoefte aan zorg krijgt, zowel op sociaal, psychisch als somatisch gebied, zodat er min of meer gelijktijdig een beroep wordt gedaan op de verschillende eerstelijnsdisciplines. In Almere wordt als uitgangspunt genomen dat afstemming van zorgfuncties op de werkvloer noodzakelijk is. Voor de opbouw van een samenhangend zorgaanbod voor ouderen is dit evenzeer noodzakelijk op organisatorisch als op bestuurlijk niveau.

OPBOUW OUDERENZORG

In Almere wordt er grote waarde aan gehecht dat de uitvoering en opbouw van de zorg in nauwe samenspraak met de ouderen zelf plaatsvindt. Met het oog hierop is een *werkgroep ouderen* ingesteld, die de gemeente, de betrokken instanties en instellingen gevraagd en ongevraagd adviseert. Aan deze werkgroep wordt deelgenomen door vertegenwoordigers van alle betrokken organisaties en overheden, en vooral ook door de ouderen zelf.

Bij toenemende zorg- en hulpbehoefte is herkenbaarheid en bereikbaarheid van mogelijkheden heel belangrijk. In Almere wordt daarom gewerkt aan één stedelijke organisatie voor alle instellingen die zich met bejaardenzorg bezighouden: één rechtspersoon derhalve. Om de toegankelijkheid daarvan te verhogen wordt gestreefd naar één *centraal meldpunt* voor alle hulpvragen.

Om het hulpaanbod zoveel mogelijk in de eigen leefomgeving van de hulpvragers te doen plaatsvinden wordt de uitvoerende organisatie van de ouderenhulp zo kleinschalig mogelijk, dat wil zeggen per wijk, georganiseerd. Per wijk wordt een sa-

C. P. Schouwstra
en G. J. van Piggelen-
Voskuilen

In Almere wordt een combinatie van een verzorgingshuis en een verpleeghuis gebouwd. Alle wooneenheden zijn er gelijk, wie verpleging behoeft krijgt die 'thuis', in het eigen appartement. Gestreefd wordt naar een volledige integratie van wonen, verzorging en verpleging. Daarenboven vervult dit 'combihuis' een centrale wijkfunctie voor de ouderenzorg.

menwerkingsverband tot stand gebracht tussen de gezondheidscentra, de gezinszorg, de regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RI-AGG), het verzorgings/verpleeghuis en de vrijwilligers, geassisteerd door het Gecoördineerd Ouderenwerk. Dit samenwerkingsverband wordt in de toekomst het centrale punt voor zorgvraag, zorgadvies en zorgaanbod voor oudere mensen in de wijk.

Om nu zo goed mogelijk de gehele zorgbehoefte van een hulpvrager in kaart te brengen wordt uitgegaan van een zogenoemde *zorgdiagnose*. Deze heeft betrekking op de hulpbehoefte op geneeskundig en verpleegkundig gebied, doch ook op de verzorgingsbehoefte ten aanzien van maatschappelijke en materiële dienstverlening. De zorgdiagnose zal worden gesteld door een beoordelingscommissie: de 'zorg-adviescommissie'. Met de zorgdiagnose in de hand kan lokaal worden bekeken welk aanbod mogelijk is. Tevens zal de zorgdiagnose het basisgegeven zijn voor de wettelijke indicatiecommissie. Voor 'niet-geïndiceerden' zal de zorgdiagnose basis zijn voor de verstrekking van zorg door gezinsverzorging en wijkverpleging, en in de zin van dagbehandeling, maaltijdverzorging, aanpassingen in de woning en dergelijke.

VERZORGINGS/VERPLEEGHUIS

Het gecombineerd verzorgings/verpleeghuis (combihuis) 'De Kiekendief' in Al-

mere is een complex met aanleunwoningen, appartementen voor ouderen die verzorging of verpleging behoeven, mogelijkheden voor dag- en nachtverblijf, een ziekenboeg (ook voor kort verblijf uit de wijk) en voorzieningen in het kader van het zogeheten flankerend beleid. Het uitgangspunt bij het ontwikkelen van het plan voor dit huis was: een keuze voor een *sociaal model* in plaats van voor een medisch model, alsmede de keuze mensen zo lang mogelijk in hun eigen leefomgeving te handhaven. Als definitieve opname in het huis nodig is dan bij voorkeur eenmalig en vervolgens het ideaal: 'eigen woning, eigen spulletjes en zo dicht mogelijk bij het eigen sociale netwerk', zo goed mogelijk benaderen. De nadruk in het huis zal dus moeten liggen op het eigen woon- en leefmilieu van de bewoners, ook en in het bijzonder als zij intensieve verpleging behoeven.

Sterk specialistische voorzieningen, bijvoorbeeld een vlinderbad, zullen in 'De Kiekendief' niet aanwezig zijn. Dergelijke voorzieningen zullen te zijner tijd hun plaats krijgen in een centraal klein verpleeghuis, dat volgens de huidige planning als sluitstuk op ontwikkelingen in de jaren negentig zal worden gebouwd.

Het kleine centrale verpleeghuis zal specialistische voorzieningen hebben, vooral ten behoeve van jonge revaliderende verpleegbehoefte en anderzijds ten behoeve van psychogeriatrische patiënten. Deze centrale voorziening heeft als eerste functie ondersteunend en consultatief werkzaam te zijn ten behoeve van de gecombineerde huizen in de wijken.

De medische en paramedische zorg in 'De Kiekendief' zal worden verzorgd door het nabijgelegen gezondheidscentrum, dus onder anderen door een eigen huisarts, ook als men verpleegbehoefte is. Nieuwe bewoners hebben natuurlijk 'vrije' artskeuze, maar de verwachting is dat de meerderheid van de bewoners zal kiezen voor de huisartsen uit het buurtgezondheidscentrum, die zich willen toeleggen op de geneeskundige verzorging van de bewoners van het huis.

Zolang in Almere geen centraal verpleeghuis aanwezig is, zijn thans ten behoeve van consultatieve ondersteuning van de

werkers in het gezondheidscentrum, maar ook als een kwaliteitsgarantie, afspraken gemaakt met 'Naarderheem', een gecombineerd verpleeghuis in 't Gooi. 'De Kiekendief' zelf zal ondersteuning bieden aan ouderen, maar ook aan jongere mindervaliden in de wijk, in de vorm van maaltijden, dagopvang, tijdelijke opname, meldpunt voor alarmering, ontspanning en ontmoeting.

VOORGESCHIEDENIS

In 1981 stemde de toenmalige staatssecretaris van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk in met de planning van bejaardenvoorzieningen in Flevoland. Voor Almere hield dit toestemming in voor de bouw van 300 verzorgingsplaatsen. In 1982 werd de bouw gestart van het eerste verzorgingshuis met 100 plaatsen, terwijl de voorbereidingen gestart werden voor het tweede huis met 100 plaatsen. De bouwstop in 1983 zette de voorbereidingen stil, maar bood tevens de gelegenheid nieuwe ideeën verder te ontwikkelen; de essentie van die ideeën is een nadruk op de kwaliteit van het leven en minder op die van geneeskunde, revalidatie en lang leven.

Mede op aandrang en op suggestie van bewoners van Almere kwam de stuurgroep van het Project Gezondheidszorg Almere tot de conclusie dat het zinvol zou zijn een samenhangend plan voor de hele stad te maken met betrekking tot de verpleging, verzorging en ondersteuning van ouderen. Na een daartoe strekkend advies kwam in september 1983 de goedkeuring van de minister voor het plan, onder de voorwaarde dat de kosten van de verpleeghuisbedden en van het verzorgingshuis gescheiden in de exploitatie zouden worden opgenomen. Vanaf dat moment begon een lange reis langs de vele adviesorganen, inspecties, meer en minder betrokken ambtenaren, financiers, en last but not least ook mensen die verantwoordelijkheid dragen voor de uitvoering. Steeds opnieuw moest worden uitgelegd wat het Project Gezondheidszorg Almere inhoudt, wat de Almeerse visie is en wat het betekent een experiment aan te gaan. Wat het laatste betreft bleek dat:

– het voor sommigen moeilijk was te aanvaarden dat de uitkomst van een experiment per definitie onzeker is en dat, gegeven goede documentatie van de ervaringen, een uitkomst tegengesteld aan de verwachtingen ook als een geslaagd experiment moet worden beschouwd;

– er veel terughoudendheid was over de manier van omgaan met wet- en regelgeving binnen het kader van een experiment;

– er tenslotte nogal wat meningsverschil bestond over wat de evaluatie van het project zou moeten inhouden.

De andere partijen toonden zich meestal geïnteresseerd, zeiden een dergelijk experiment belangwekkend te vinden, maar meenden dat er zoveel beren op de weg waren dat het Almeerse plan in de gepresenteerde vorm niet realiseerbaar zou zijn. Niettemin zullen in januari 1988 de eerste bewoners van 'De Kiekendief' hun nieuwe woningen betrekken.

NABESCHOUWING

Enerzijds constateren wij, dat indien aan alle goed bedoelde amendementen van de 'adviseurs' zou zijn tegemoet gekomen er uiteindelijk een traditioneel verzorgingshuis en eveneens een conventioneel verpleeghuis zou zijn gebouwd, wellicht met elkaar verbonden door een gang met klapdeuren. Anderzijds constateren wij dat al die inspraak er wel toe heeft geleid dat veel problemen tijdig zijn onderkend en dat tenslotte door de meeste partijen loyale medewerking is verleend. Gaandeweg verschenen er publikaties die een ondersteuning van de Almeerse plannen betekenden, waardoor de gezindheid om mee te werken aan het plan algemeen toenam (zie de literatuurlijst). Er was echter veel geduld en overredingskracht nodig om door de sterk stabiliserende en conserverende werking van de huidige wet- en regelgeving heen te komen. Een voorbeeld: bij het verkrijgen van de noodzakelijke vergunningen waren drie departementen betrokken, elk met zijn eigen regels en adviesorganen:

- het ministerie van WVC;
- het ministerie van VROM (volkshuisvesting);
- het ministerie van Binnenlandse Zaken, dat tot 1 januari 1986 de functie van provinciaal bestuur Flevoland vervulde.

De kunst is dan afstemming van de werkzaamheden op de verschillende departementen te krijgen en niet in de val van het 'kastje naar de muur' te lopen.

Een typerend probleem hierbij was dat er om het eerste gecombineerde huis tot stand te brengen twee verschillende procedures nodig waren: één binnen het kader van het 'welzijnstraject ouderenzorg' voor de verzorgingsplaatsen, een andere

binnen het kader 'intramurale gezondheidszorg' voor de dertig verpleegbedden. Deze procedures berusten op een verschillende wet- en regelgeving en zijn zowel naar vorm als naar timing zeer verschillend. Uiteindelijk lukte het, dankzij de medewerking van de betrokken ambtenaren, de procedures op elkaar af te stemmen en min of meer gelijk te laten lopen; wel was een briefwisseling (en telexen) tussen de ministers van de drie departementen nodig om voortgang in het proces te houden.

Terugkijkend, denken wij dat het wel van groot belang is geweest dat:

– staatssecretaris Van der Reijden en minister Brinkman het plan onomwonden steunden;

– er in Almere eensgezindheid bestond over de visie en de wijze waarop aan het huis vorm zou worden gegeven;

– het project een experimentele status heeft, waardoor menskracht en (in beperkte mate) ook middelen aanwezig waren om een dergelijk plan te poussieren.

Na alle verwikkelingen is inmiddels de bouw volop in gang. De aanvankelijk bij overheid en adviesorganen bestaande weerstanden zijn sterk verminderd. De vrees dat bij zo'n kleinschalige opzet, en dan bovendien in een geïntegreerde vorm, de kwaliteit van de geneeskundige en verpleegkundige zorg in het gedrang zou komen, is verminderd. Landelijk zijn er inmiddels vergelijkbare initiatieven, terwijl ook het denken over bejaardenzorg en verpleging de laatste jaren een duidelijk andere kleur heeft gekregen: de in Almere ontwikkelde visie en plannen worden 'ingehaald' door de landelijke ontwikkelingen.

'De Kiekendief', met zijn geïntegreerde verzorging en verpleging, 'blijft een opzet in ontwikkeling, zoals de gehele ouderenzorg in Almere en in Nederland'. Een enkel voorbeeld. Bewoners die krachtens de Wet Bejaardenorden in het huis leven, hebben een fundamenteel andere (mindere!) financiële positie dan zij die krachtens de AWBZ zijn 'opgenomen'. Dit heeft zowel op bewonersniveau als op management- en bestuurlijk niveau gevolgen. (Bij de voorgenomen flexibele opstelling, waarbij bewoners niet worden verplaatst en een opnamebeleid op basis van behoefte (noodzaak) wordt gehanteerd, is het een management- en tegelijk bureaucratisch probleem hoe de verhouding 100 WBZ- en 30 AWBZ-plaatsen constant te houden c.q. te handhaven.) Het overleg met de finan-

ciers heeft binnen het kader van de huidige wetgeving (niet regelgeving) tot een acceptabele oplossing geleid.

TOT SLOT

Gedurende het ontwikkelingsproces van het huis zijn we gestuit op kritische geluiden uit de verpleeghuiswereld. Opvallend positief daarentegen was de benadering uit de verzorgingshuiswereld. In de meeste verzorgingshuizen vindt men het mensonwaardig ouderen in hun laatste levensperiode nog eens over te plaatsen naar verpleeghuizen, anderzijds beschikt men niet over voldoende personele middelen om hen te handhaven en voldoende verpleegkundige zorg te bieden. Dat dit laatste met kunst en vliegwerk ondanks alles vaak toch gebeurt, is een steun voor de filosofie achter 'De Kiekendief'.

De kritiek van de verpleeghuiswereld spitst zich toe op het niet kunnen waarborgen van de kwaliteit van de zorg in deze opzet. Wij in Almere denken die kwaliteit zelfs beter te kunnen leveren dan in het traditionele verpleeghuismodel, namelijk afgestemd op de specifieke

behoeften van ouderen: goede verpleging en verzorging in *eigen huis* met voldoende *privacy*.

Een ander kritiekpunt was dat een eenheid van 30 verpleegbedden niet exploitabel zou zijn. In de opzet van 'De Kiekendief' is er echter geen eenheid van 30 verpleegbedden: er is een organisatie van 130 woonplaatsen met de mogelijkheden 30 mensen intensieve verpleging te geven.

Deze organisatie heeft als geheel een schaalgrootte die een acceptabele exploitatie mogelijk maakt en die goedkoper is dan de optelsom van een verzorgingshuis met 100 bedden en een verpleeghuis met 30 bedden.

In de gekozen opzet wordt het verplegen van psychogeriatrische patiënten in 'De Kiekendief' niet haalbaar geacht. Daarom zal er in het toekomstig centrale verpleeghuis ruimte zijn voor deze patiënten. Niettemin zal worden getracht dementerende bewoners, bijvoorbeeld door middel van groepsverzorging, zo lang mogelijk te handhaven.

Een reeds nu geplande *evaluatie* over enkele jaren zal antwoord moeten geven

op de vraag of de thans gekozen opzet aan de hooggespannen verwachtingen voldoet en of het de moeite waard is geweest van de gebruikelijke gang van zaken af te wijken.

'De mens wikt, de bureaucratie beschikt'. Maar niet altijd! □

Literatuur

- 1 Het kleine verpleeghuis Utrecht Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1983
- 2 Remmen JBM Bejaardenoordbewoners of verpleeghuispatiënten? Proefschrift 1985
- 3 Experiment genormaliseerd wonen van verpleeghuis De Landrijt te Eindhoven Den Bosch Stichting SAMIVOZ, 1984
- 4 Zorg voor ouderen Ministerie van WVC 1986
- 5 Verslaglegging van een serie bezoeken aan verpleeghuizen in Nederland in verband met verpleging en verzorging in Almere Gemeente Almere, 1985
- 6 Gecombineerde verpleeghuizen/Samenwerking gezocht. Utrecht Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1984
- 7 Fundamenteel ouderenbeleid Cosbo
- 8 Biesenbeek FJ, Dijkhuizen E Hoe Denen het zien Verslag van een studiereis 1983

Preventie van hart- en vaatziekten

ACT-conferentie 3-4 oktober 1987, York, Engeland

In het Verenigd Koninkrijk leeft bij gezondheidswerkers veel meer dan in Nederland het bewustzijn dat voorkomen beter is dan genezen. Speciaal in de huisartsgeneeskunde is dat inzicht ontstaan en men vindt feitelijk dat de ontwikkeling van preventieve zorg in Groot-Brittannië langzamer gaat dan de huidige stand van kennis en technieken wettigt. Het huidige bewind is gierig met uitgaven in de gezondheidszorg. Dit maakt dat de traditionele machtsblokken in de gezondheidszorg vechten om toch nog zoveel mogelijk faciliteiten in de wacht te slepen. Een resultaat is dat in het geneeskundewereldje voor nieuwkomers, zoals preventie, geen aandacht en geen geld komt.

Een bijdrage om de impasse te doorbreken vormde dit congres. Bedacht en opgezet door 'eerstelijnswerkers', kreeg de conferentie allure door de 200% inzet van de befaamde Julian Tudor Hart, huisarts in Glynorrwg in Wales met vijftientig jaar ervaring en daarnaast epidemioloog en preventiedeskundige als geen ander: voer een gesprek met hem en het wordt duidelijk dat preventie bitter noodzakelijk is, en ook wat wel en niet zin heeft om te doen.

Zoals gebruikelijk was er geen geld om de

R. F. Westerman

In de universiteit van York in Engeland werd begin oktober 1987 een weekendconferentie gehouden over preventie van hart- en vaatziekten in de algemene gezondheidszorg.

bijeenkomst te organiseren. Bedelen bij een farmaceutische industrie en een fabrikant van voedingsmiddelen leverde wat geld op en verder betaalden de deelnemers zelf een aanzienlijke som. Daarom was het verrassend bijna vijfhonderd aanwezigen te tellen. De Nederlandse bevolking is viermaal zo klein als de Britse, maar het is niet aan te nemen dat voor een soortgelijke conferentie hier 125 mensen zouden inschrijven. Er waren zeven buitenlanders, van wie vijf uit ons land, alle vijf met een wetenschappelijke bijdrage. De deelnemers waren voornamelijk huisartsen en 'practice nurses'. Zoals bekend zijn er in Britse huisartspraktijken geen doktersassistenten, maar receptionisten (kantoorpersoneel) en verpleegkundigen; deze laatsten krijgen uitgebreider taken dan onze doktersassistenten.

COLLECTIEVE AANPAK

Het lezingenprogramma voor deze ACT-conferentie – ACT betekent: 'Anticipatory Care Teams working for the prevention of cardiovascular disease' – werd geopend door Geoffrey Rose, die als epidemioloog duidelijk maakte dat voor de bevolking de grootste effecten van preventie te bereiken zijn indien onder de burgers het volgen van hygiënische maatregelen gemeengoed wordt en daarnaast de specifiek bedreigden worden behandeld. Dit te bereiken vereist een collectieve aanpak van publiek en gezondheidswerkers, maar het zijn de artsen die het proces moeten induceren en bijhouden.

De huisarts Godfrey Fowler uit Oxford beschreef hoe een interdisciplinaire werkgroep uit de huisartsgeneeskunde, de cardiologie, de inwendige geneeskunde en de epidemiologie voor de British Cardiac Society een rapport had samengesteld (British Heart Journal, februari 1987). Dit rapport draagt een aanbeveling van de Britse onderminister van Volksgezondheid en is ruim verspreid door de Britse Hartstichting. Geconstateerd wordt dat er sterk empirisch bewijs bestaat dat hart- en vaatziekten te voorkomen zijn; er worden aan-

wijzingen voor de aanpak van preventie gegeven en er wordt een beroep gedaan op huisartsen, medisch specialisten, gezondheidsautoriteiten, media en onderzoekinstellingen.

Dr. Maurice Stone, huisarts in Leigh, Lancashire, berichtte over zijn vele jaren ervaring in opsporing en behandeling in zijn eigen praktijk. De benadering was multifactorieel. Speciaal is hij thuis in hyperlipidemieën. In zijn praktijk trad door preventieve zorg een daling op van sterfte aan hart- en vaatziekten. Dit was ook het geval in de praktijk van Dr. John Coope; deze beschreef vooral de organisatie van de preventieve zorg in zijn praktijk.

EEN KWESTIE VAN VOLHOUDEN

's Middags werden posters vertoond en workshops gehouden. Duidelijk was dat alle onderzoek met een minimum aan middelen en een maximale inventiviteit was verricht. Onderwerpen waren uiteraard cholesterol, hypertensie, opsporing, maar ook anti-rookcampagnes, 'follow-up' van patiënten, de actie 'Good Hearted Glasgow' en het 'Oxford Prevention of Heart Attack and Stroke Project'. Heel effectief waren de zittingen over voorlichting, over het bewerkstelligen van veranderingen in de gemeenschap, bij de patiënten, maar uiteraard ook in de eigen praktijk.

Hiermee zijn we aan het weerbarstigste onderwerp gekomen: zodanige veranderingen komen moeilijk tot stand. Zeker werd dat voorlichting volstrekt onvoldoende is om tot resultaten te komen: daarna moet blijvend aandacht worden gevraagd voor de genoemde onderwerpen. Het is een kwestie van inventiviteit, inzet en volhouden. Dit is zeer belastend. Het viel dan ook op dat de best lopende projecten niet uitsluitend door artsen worden gedragen, maar ook door het publiek, en bovenal... door de praktijkassistenten. Dit werd nog verduidelijkt door de aanwezigheid van 175 'practice nurses' op de conferentie. Mw. Greta Barnes, bekend doordat zij de dagelijkse leiding heeft gehad van de MRC-'trial' (MRC = Medical Research Council), lichtte dit toe in een voordracht: 'Don't underestimate the practice nurse'. Daarmee werd ons een idee gegeven hoe verfrissend efficiënt deze assistenten voor de praktijkvoering zijn: zij zijn het die betrouwbaar en volhardend de preventieprotocollen blijven uitvoeren.

GEÏNFORMEERDE PATIËNTEN

Een komische bijdrage werd geleverd door Mel Calman, cartoonist van de Times. Uiteraard door middel van tekeningen vertelde hij hoe hij vier jaar eerder een lichte hartaanval

had doorgemaakt. Zijn ironische verslag over de behandeling was versoberend en ook amusant. Daarnaast zette hij uiteen dat onder het publiek veel belangstelling voor preventie van hart- en vaatziekten bestaat en dat het eigenlijk verbazend is dat de artsen er nog betrekkelijk weinig aandacht aan besteden.

Dr. Julian Tudor Hart legde uit dat het tijdperk van de uitsluitend curerende arts ten einde loopt. De moderne dokter staat naast zijn patiënt en helpt hem zichzelf te helpen. Dit leidt tot geïnformeerde patiënten en *echte preventieve zorg*. Het bereiken van die preventieve zorg vereist echter van de artsen dat zij *maatschappelijk stelling nemen*: het wordt op den duur onontkoombaar de grote politiek te laten weten hoe de belangen van het publiek in de gezondheidszorg het best worden gewaarborgd.

Welnu, de conferentie van York is op zichzelf al een sein aan de politiek. Over twee jaar is er weer een congres. Wanneer is in Nederland zo iets te verwachten? □

R. F. Westerman is internist in het VU-ziekenhuis te Amsterdam.

AIDS: voorlichting en gedragsverandering. Janhuib Blans. Boom, Meppel, 1987. ISBN 90 6009 819 6. 103 blz. Prijs: f 22,—.

Inbreng van patiënten. Een onderzoek van spreekuurkontakten. Remy van der Grinten. Proefschrift. Wiel Valkenburg, Venlo, 1987. 191 blz.

Externe adviesorganen in de gezondheidszorg. Richard Janssen, Paul Kocken, Jan van der Made. De Tijdstroom, Lochem, 1987. ISBN 90 352 1197 9. 160 blz. Prijs: f 37,50.

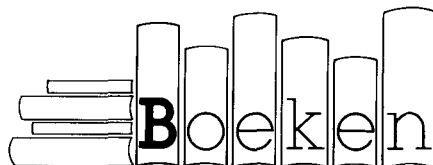
Als gezondheidswerker naar de derde wereld? Wel of niet gaan? Guite Hansma en Jaap Kemkes. Stichting WEMOS, Amsterdam, 1987. ISBN 90 71198 01 4. 96 blz. Prijs: f 14,—, over te maken op giro 4265727 t.n.v. WEMOS, Amsterdam.

Voortplanting als bio-industrie. Annemiek Onstenk en Linda Wilkens. Van Gennep, Amsterdam, 1987. ISBN 90 6012 714 5. 206 blz. Prijs: f 34,50.

Microwave Cookbook of Pathology: The art of Microscopic Visualization. Mathilde E. Boon en L. P. Kok. Coulomb Press Leyden, Leiden, 1987. ISBN 90 7142107 4. 224 blz. Prijs: f 105,—.

De vroege signalering van alcoholproblematiek. J. van Limbeek en J. A. Walburg. Swets & Zeitlinger, Lisse, 1987. ISBN 90 265 0858 1. 262 blz. Prijs: f 40,—.

Drinken met mate. J. A. Walburg en G. M.



Schippers. Swets & Zeitlinger, Lisse, 1987. ISBN 90 265 0856 5. 88 blz. Prijs: f 19,50.

Fracturen en luxaties. Handleiding bij de conservatieve behandeling. G. Fabry, B. Bloch en G. Vermaut. Acco, Amersfoort, 1987. ISBN 90 334 1611 5. 155 blz. Prijs: f 23,—.

De geboorte van een kind met neurale buisefect. Anne Swerts, Gerrie Evers Kiebooms en Herman van den Bergh. Acco, Amersfoort, 1987. ISBN 90 334 1676 X. 138 blz. Prijs: f 25,75.

Ouderdom. D. L. Knook c.s. Cahiers Bio-Wetenschappen en Maatschappij, Leiden, 1987. ISBN 90 70157 71 3. 56 blz. Prijs: f 7,50. Te bestellen bij Informatiecentrum Natuur en Techniek, Maastricht, tel. 043-254044.

Manipuleren is menselijk. Stichting Bio-Wetenschappen en Maatschappij, Leiden, 1987. ISBN 90 70157 72 1. 64 blz. Prijs: f 7,50. Te bestellen bij Informatiecentrum Natuur en Techniek, Maastricht, tel. 043-254044.

Van levensbelang. Over emoties bij kanker. Stichting Korrelatie, Utrecht. 29 blz. Prijs

f 3,75 excl. f 1,75 porto), over te maken op postgiro 61707 t.n.v. Stichting Korrelatie o.v.v. Kanker.

Groeien naar zorg op maat. Peter Siebesma. De Tijdstroom, Lochem, 1987. ISBN 90 352 1181 2. 127 blz. Prijs: f 24,50.

Maak van het tehuis een echt thuis. Gedachten over samenhang van visie, beleid en maatregelen. Vic. W. H. Meijers. De Tijdstroom, Lochem, 1987. ISBN 90 352 1156 1. 90 blz. Prijs: f 24,50.

Verloskunde en gynaecologie. Dr. O. P. Bleker, Dr. G. Huyghebaert en Dr. M. F. Schutte, m.m.v. M. Sergeant-Reitzema. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht, 1987. ISBN 90 313 08072. 210 blz. Prijs: f 52,50.

Road users and traffic safety. J. A. Rothengatter, R. A. de Bruin. Van Gorcum, Assen, 1987. ISBN 90 232 2316 0. 182 blz. Prijs: f 75,—.

Zolang het nog kan. Thuiszorg voor dementierende ouderen. W. Arntzen en Gert Bloemendal. Intro, Nijkerk, 1987. ISBN 90 266 1880 8. 140 blz. Prijs: f 24,50.

Zorgen voor terminale patiënten. Hansje Brunning. Intro, Nijkerk, 1987. ISBN 90 266 1840 9. 140 blz. Prijs: f 24,50.

Zonder kanker tóch je borsten kwijt. Ervaringen met 'goedaardige' knobbels. Riet Peters-van Laake. De Toorts, Haarlem, 1987. ISBN 90 6020 527 8. 148 blz. Prijs: f 24,90.

LHV

CB-beleid inzake automatisering

Een verantwoording van het beleid van het Centraal Bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging.

In de afgelopen maanden is een wat eenzijdig beeld ontstaan over de positie van de LHV op het gebied van automatisering. Een aantal ontwikkelingen in het recente verleden heeft tot dit beeld bijgedragen, waarvan – zonder daarop uitgebreid in te gaan – genoemd kunnen worden publikaties in MC, het SDO-Tijdschrift en 'Arts en Auto'.

Het Centraal Bestuur hecht grote waarde aan een verduidelijking van zijn beleid op het gebied van automatisering zowel naar de leden toe als naar allen, die zich bezighouden met Huisarts Informatie Systemen (leveranciers, universiteiten, ziektekostenverzekeraars, SDO-functionarissen en andere instellingen, betrokken bij informatisering en automatisering).

Motivering

Het Centraal Bestuur is ervan overtuigd dat automatisering een voortreffelijk hulpmiddel kan zijn om het goed functioneren van huisartsen te bevorderen. Als zodanig past automatisering in de doelstelling van de LHV en is het de taak van het Centraal Bestuur om te zorgen dat dit instrument voor iedere huisarts ter beschikking komt. Het spreekt daarbij vanzelf dat aan 'automatisering' bepaalde minimumeisen moeten worden gesteld, waardoor het inderdaad in de dagelijkse toepassing de huisarts ondersteunt.

Historisch

Reeds in de jaren 70 hield een 'Werkgroep Automatisering' zich bezig met deze problematiek. Ondanks uitgebreide contacten o.a. met Philips en IBM kwam zij echter niet tot concrete aanbevelingen. Begin 1984 besloten LHV en NHG hun activiteiten op dit gebied te bundelen in de 'Werkgroep Coördinatie Informatisering en Automatisering'. Een zeer belangrijk werkstuk kwam onder leiding van de WCIA tot stand: namelijk het zogenaamde HIS-referentiemodel. Hierin zijn de specificaties te vinden waaraan een huisarts-informatiesysteem moet voldoen.

Het belang van automatisering wordt onderschreven door de overheid, die het NHG ondersteunde met een subsidie, ten behoeve van o.a. de opstelling van het HIS-referentiemodel en de toetsing van een aantal programma's. Afgesproken werd dat het NHG zich zou concentreren op vooral

de wetenschappelijke toepassing en de LHV de advisering en implementatie voor haar rekening zou nemen.

Mede op aandringen van de Ledenvergadering besloot het CB zijn verantwoordelijkheid ten aanzien van de informatie, advisering en implementatie verder uit te werken. Gesteund door een adviesgroep, aangevuld met een tweetal deskundigen (Ir. F. Krutzen en Ir. A. van Kesteren van de Stichting Informatisering Gezondheidszorg: SIG) stelde het Centraal Bestuur de volgende hoofdpunten van zijn beleid op het gebied van automatisering vast:

I. Leveranciers van Huisarts Informatie Systemen dienen hun programma's ter toetsing aan te bieden aan een werkgroep, die deze programma's zal beoordelen aan de hand van de specificaties van het HIS-referentiemodel volgens een door de LHV/NHG vastgestelde procedure. De LHV draagt verantwoordelijkheid voor de regelmatige bijstelling van het referentiemodel, voor de toetsingsprocedure en de feitelijke toetsingen.

II. De oprichting van 'onafhankelijke' gebruikersverenigingen per getoetst systeem. Deze verenigingen zullen in een mantelovereenkomst met de leveranciers tot vaste afspraken moeten komen over: zekerstelling van de broncodes; aanpassingen van programmatuur; onderhoud; onderhoud en opleiding. Anderzijds zullen de gebruikersverenigingen vertegenwoordigd zijn in de beleidsadviescommissie van het Centraal Bestuur om met hun kennis en ervaring bij te dragen aan de verdere ontwikkeling van het automatiseringsbeleid van de LHV.

III. Het afsluiten van intentieverklaringen tussen LHV en leveranciers van aan het HIS-referentiemodel getoetste en positief beoordeelde systemen, waarin afspraken over samenwerking worden gemaakt.

IV. Realisering van een financiële tegemoetkoming bij de aanschaf van een computer/programma door de huisarts in de nabije toekomst op individuele basis en op iets langere termijn opname van een normatief bedrag in het kostenbudget. Hiervoor komen alleen de door de LHV positief geadviseerde systemen in aanmerking.

V. Systematische voorlichting, advisering en ondersteuning via Ledenbrieven, MC, het SDO-Tijdschrift en andere periodieken over, door en met: centrale informatietelefoon (030-823881); uitgebreide documentering: ook via folders op aanvraag verkrijgbaar bij het LHV-bureau; een apart hoofdstuk 'automatisering' in het LHV-vademecum; zorgvuldige samenwerking met de 20 VOH-directeuren.

KNMG

Artsen Veteranen Contact

Op 14 januari was er weer een bijeenkomst van het AVC in 'De Klomp'. Na het informele deel en wat huishoudelijke mededelingen, sprak collega G. A. Huurman over 'Verloskunde in vroeger tijden'. Een lunch besloot ons samenzijn. We kunnen op een gezellige bijeenkomst terugzien, waar van onze drie doelstellingen het gezellige contact weer

voorop stond. Mochten er oudere artsen (of artsen-echtparen) zijn die onze volgende bijeenkomst op 16 maart overwegen bij te wonen, dan kunnen zij contact opnemen met:

G. Van Walbeek, Max Havelaarlaan 195, 1183 LP Amstelveen (tel. 439253).

KNMG Refractiechirurgie in Nederland

Chirurgie ter beïnvloeding van refractieafwijkingen van overigens gezonde ogen is een controversieel onderwerp (zie A. C. Breebaart, 'Refractiechirurgie in Nederland, in het bijzonder radiaire keratotomie' Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1987, 51, 2340-2442). Teneinde deze problematiek landelijk te begeleiden heeft het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap, waarin nagenoeg alle Nederlandse oogartsen zijn verenigd, een werkgroep refractiechirurgie ingesteld. Van deze werkgroep is op de jaarvergadering van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap van 27 maart 1987 de volgende motie aangenomen:

'Het bestuur van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap adviseert iedere oogarts, die refractiechirurgie gaat uitvoeren dringend lid te worden van de NOG-werkgroep Refractiechirurgie en zich te conformeren aan de regels en eisen, die deze werkgroep stelt of zal gaan stellen. De begeleiding van de refractiechirurgie in Nederland geschiedt onder auspiciën van het Gezelschap dat de praktische uitwerking delegeert aan de werkgroep. De

werkgroep zal zich onder meer bezig houden met het adviseren van de leden, het vaststellen van een normatieve outillage, het samenstellen van een informed consent formulier, het opstellen van een protocol en met de registratie, evaluatie en toetsing van de te verzamelen pre- en postoperatieve gegevens door de leden daartoe ter beschikking gesteld. De resultaten zullen worden verwerkt en aan het NOG bekend gemaakt.'

Onder refractiechirurgie, die deze begeleiding behoeft, verstaat de werkgroep alle vormen van refractiechirurgie (zoals radiaire keratotomie, epikeratofakie, e.d.) met uitzondering van implantchirurgie voor afakie.

Aanmelding van oogartsen die refractiechirurgie doen of willen gaan doen kan geschieden bij het dagelijks bestuur van de werkgroep, p/a Prof. Dr. A. C. Breebaart, Academisch Medisch Centrum, G.2.217, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam. Het lidmaatschap is ook opengesteld voor belangstellende oogartsen die niet van plan zijn zelf tot refractiechirurgie over te gaan.

KNMG Servicerubriek werkzoekende artsen

Deze rubriek is opengesteld voor werkzoekende KNMG-leden. Via deze rubriek kunnen werkzoekende artsen zich – anoniem – bekend maken aan potentieel geïnteresseerden. Hoe te handelen? U schrijft in telegramstijl de belangrijkste basisgegevens op (opleiding, eventuele specialisatie, bijzondere interesse, ervaring, leeftijd en dergelijke) en stuurt die aan de KNMG, secretaris public relations, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht. De KNMG zorgt dan voor de verdere afhandeling: eventueel tekststroomlijning, publicatie en doorzending van reacties naar de inzender. Wat dat laatste betreft kunt u desgewenst ook uw eigen telefoonnummer en/of adres vermelden in uw mededeling. Het duurt 2 à 3 weken alvorens een dergelijke mededeling kan worden gepubliceerd.

63. Huisarts, 32 jr., gehuwd, 1 kind. Interesse: parttime functie als assistent of waarnemer in een huisartsenpraktijk in regio Amersfoort. Reacties: tel. 033-950573.

64. Basisarts, 28 jr., Rotterdam. Interesse: assistentschap c.q. opleiding in de gynaecologie/obstetrie in geheel Nederland. Reacties: tel. 010-4148519.

65. Basisarts (per 1 sept. '88), 24 jr. Onderzoekservaring: biochemie, cardiologie. Interesse: cardiologie, interne geneeskunde (B). Plaats: Nederland.

66. Basisarts (examen dec. '87), 30 jr., midden v.h. land. Interesse: opdoen klinische ervaring in vakken interne, chirurgie, gynaecologie/verloskunde; onderwijs; onderzoek. Reacties: tel. 02155-25039 (na 19.00 uur).

67. Basisarts, 27 jr. Onderzoekservaring: gynaecologie. Interesse: klinische ervaring in interne geneeskunde, chirurgie (EHBO), orthopaedie of gynaecologie.

68. Huisarts, 32 jr. Klinische ervaring: EHBO als wachtassistent, interne geneeskunde, urologie, waarnemerservaring. Interesse: waarneming, assistentschap kindergeneeskunde, gynaecologie en verloskunde, psychiatrie of functie in alg. gezondheidszorg. Liefst 60-80%. Reacties: tel. 01621-21285.

69. Basisarts, 27 jr. Onderzoekservaring: 1e lijnsgezondheidszorg in ontwikkelingsland. Interesse: ervaring opdoen als arts-assistent binnen de ambulante psychiatrie of inrichtingspsychiatrie, in afwachting van opleidingsplaats psychiatrie. Reacties: tel. 080-238305.

KNMG Tarieven inschrijf- en registratiegelden 1988

Aanvulling op de tarieven registratie- en inschrijfgelden 1988 (zie publikatie MC nr. 50 van 11 december 1987, blz. 1588).

Met ingang van 1 januari 1988 zijn specialisten die zich laten overschrijven door de Specialisten Registratie Com-

missie naar een andere specialisme een bijdrage verschuldigd van f 500,—.

Afhankelijk van het aantal jaren lidmaatschap van de KNMG is op dit overschrijfbedrag ook het bestaande restitutiesysteem van toepassing.