



redactioneel

- De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde heeft dezer dagen een rapport uitgebracht aangaande de organisatie van de neonatologie. Een van de aanbevelingen: uitbreiding van de hoogst noodzakelijke voorzieningen en een regionale taakverdeling in drie graden van klinische zorg voor de zieke pasgeborene.
- De heren J. G. Herschel en Mr. J. H. Peters, beiden verbonden aan het Utrechtse ziekenhuis Oudenrijn, respectievelijk als internist en algemeen directeur, presenteren een model 'hospital audit', dat zij binnen hun eigen ziekenhuis hebben ingevoerd. Zij vinden dat tot dusver het vraagstuk van de kwaliteitsbewaking binnen de ziekenhuizen te eenzijdig wordt benaderd vanuit de intercollegiale toetsing, die slechts een onderdeel vormt van de toetsing van het totale ziekenhuisgebeuren.
- De heer P. J. Leerling, huisarts te Badhoevedrop, lanceert enkele voorstellen tot wijziging van de verwijskaartensystematiek en ziet hierin een alternatief voor een eigen bijdrage van ziekenfondsverzekerden. Daarop wordt commentaar geleverd door een specialist, Dr. N. J. Horikx, internist te Geldrop, die – alle argumenten overwegende – de weg welke door Leerling wordt aangegeven ernstig ontraadt.
- Het lijkt erop dat een belangrijk deel van de Limburgse huisartsen in kwantitatief opzicht voldoende tijd besteedt aan nascholing. Dat zou mogen worden geconcludeerd uit de terugblik van de onderwijskundige Bouhuijs en de huisartsen Lagro en Jansma op het eerste decennium van de Commissie Nascholing Limburg.
- De experimentele telefonische voorlichtingsactie over geslachtsziekten in Rotterdam heeft geleid tot een extra aanbod van patiënten. Dit is een van de conclusies uit het rapport van de aan de Rotterdamse GG en GD verbonden heren Schuurman, De Haas en Huisman.



G. A. Polderman uit Diezen, oud-huisarts, thans vg GAK te Amsterdam, maakte dit olieverfpaneel 'Strand-nostalgie' (40 × 50 cm) en zond het in ter bezichtiging voor de tentoonstelling van 'Met Pincet en Penseel' die dit kunstzinnige KNMG-gezelschap dit jaar organiseerde in het Centraal Ziekenhuis te Alkmaar.
Foto: H. Frese, arts te Bergenbacht.

Inhoud

REDACTIONEEL

Organisatie neonatologie. Rapport van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde	1565
'Hospital audit' een haalbaar model, door J. G. Herschel en Mr. J. H. Peters	1567
Advies Gezondheidsraad salmonellose-vraagstuk	1570
Een alternatieve 'eigen bijdrage' door P. J. Leerling met Commentaar van een specialist, door Dr. M. J. Borikx	1571
Regionale nascholing voor huisartsen. Tien jaar Commissie Nascholing Limburg, door Peter A. J. Bouhuijs, Adam J. M. H. Lagro en Joep P. Jansma	1576
Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege: klacht tegen chirurg afgewezen	1581
Uitspraak CAO-Ziekenhuiswezen	1583
Voorlichting over geslachtsziekten. Effecten van voorlichting over geslachtsziekten via de telefoon op het patiëntenaanbod in Rotterdam, door J. H. Schuurmans, Drs. W. F. M. de Haas en Dr. J. Huisman	1584
OFFICIEEL	1587
Inhoudsopgave officieel	1592



MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

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

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

Uitgave

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

Abonnementen

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

Advertenties

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

Adreswijziging

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

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Koninklijke Tijl, Zwolle.



Folder g.g.z. – 'Leven is de moeite van geholpen worden waard', de eerste – door de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG) uitgegeven – folder die een breed publiek een overzicht biedt van de psychosociale hulpverlening in Nederland, beleefde zijn tweede druk. De eerste honderdduizend exemplaren waren binnen het jaar uitverkocht. In de folder wordt beschreven hoe psychosociale problemen in elkaar zitten, wat eraan te doen is, waar men hulp kan krijgen en vooral hoe die hulpverlening te werk gaat en wat men daarbij kan doormaken. De tweede druk zal het publiek vooral bereiken via huisartsen, maatschappelijk werk en gemeentelijke sociale diensten. Voor persoonlijk gebruik zijn enkele gratis exemplaren aan te vragen via een briefkaart aan de NVAGG, Postbus 3155 3502 GD, Utrecht. Meer exemplaren kosten f 4,— per tienvoud, speciale tarieven boven de honderd exemplaren: bestellingen via giro 3531353, NVAGG, Utrecht.

Fluor in ziekenfondspakket – Vrijwel eenstemmig heeft de Tweede Kamer een motie aangenomen waarin wordt aangedrongen op opname van fluorapplicatie (het aanbrengen op het gebit van een fluorhoudende gelei die de weerstand van het tandglazuur verhoogt) in het ziekenfondspakket. Ongetwijfeld tot vreugde van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, die de Kamer had laten weten dat met fluor in het pakket ieder jaar zeker een miljoen gaatjes minder in kindergebitten zullen worden aangetroffen, verwierf een desbetreffende motie van de heer Drenth (PvdA) de steun van alle partijen behalve de SGP.

'Het Beterschap' opgericht – De Katholieke Unie van Verpleegkundigen en Verzorgenden (KUVV) en de Landelijke Beroepsorganisatie van Werkers in de Gezondheidszorg (LBWG) hebben tot fusie besloten. De nieuwe organisatie heet 'Het Beterschap'. Zij telt bijna 20.000 leden. De KUVV, die bijna 12.000 leden inbrengt, werkt sinds 1966 als zelfstandige beroeps- en vakorganisatie in de gezondheidszorg; kortgeleden weigerde zij als enige organisatie de CAO voor het ziekenhuiswezen te ondertekenen. De LBWG (bijna 8.000 leden) kwam in 1975 tot stand door het samengaan van vier verenigingen voor verpleegkundigen en verzorgenden. De belangrijkste

programmapunten van het Beterschap behelzen het formuleren van de identiteit van de verpleegkundige en de verzorgende en de rechtspositie van de hulpvrager, het streven naar een gecoördineerd arbeidsvoorwaardenbeleid voor de gehele gezondheidszorg en het bevorderen van een wijziging van de bestaande zeggenschapsverhoudingen in de gezondheidszorg in de richting van een vorm die meer overeenkomt met de eigen aard van de sector.

Versmalling hartluchtbrug – Volgens de voorzitter van de Begeleidingscommissie Hartchirurgie Nederland, de Groningse cardioloog Prof. Dr. M. J. Nieveen, worden te veel hartpatiënten voor een operatie naar het buitenland gestuurd terwijl er in Nederlandse ziekenhuizen nog plaats is. Van de duizend patiënten die jaarlijks in het buitenland worden geopereerd zouden er naar zijn schatting zeker driehonderd in Nederland kunnen worden geholpen. De begeleidingscommissie heeft er onlangs in een brief aan de Nederlandse cardiologen op aangedrongen, patiënten niet zonder meer naar het buitenland te sturen maar eerst te bezien of er in eigen land plaats is. De commissie-Nieveen heeft kritiek op de beslissing van de toenmalige staatssecretaris Hendriks, het Hilversumse ziekenhuis 'Zonnestraat' aan te wijzen als hartchirurgisch centrum met een capaciteit van duizend operaties per jaar. In het Oosten des Lands zou veel meer behoefte aan zo'n centrum bestaan.

Farmaceutische research – De innoverende farmaceutische industrie in ons land, die bijna 90% van haar productie exporteert, heeft in 1977 ruim f 160 miljoen uitgegeven aan research; in 1969 was dat f 64,6 miljoen en in 1973 rond f 103 miljoen. Dit bericht Nefarma. Internationaal gezien besteden de farmaceutische ondernemingen die zelf wetenschappelijk onderzoek verrichten 10 tot 14% van hun geneesmiddelenomzet aan research. Voordat een nieuw geneesmiddel zover is dat een officiële aanvraag tot registratie kan worden ingediend, moeten er ongeveer achthonderd onderzoeken worden opgezet, uitgevoerd en verslagen. Bijna de helft van het budget voor research wordt besteed aan onderzoek naar veiligheidsaspecten.

Nazorg Amsterdamse hartpatiënten – In Amsterdam is een vereniging Voor- en Nazorg bij Hartoperaties opgericht om patiënten die een hartoperatie moeten ondergaan te laten begeleiden door mensen die een dergelijke operatie reeds achter de

doorlezen naar blz. 1564

NEONATOLOGIE

De diagnostiek en de behandeling van de zieke pasgeborene schieten in Nederland te kort, in het bijzonder wat betreft de behandeling van de ernstig zieke neonaat. Voor een belangrijk deel ligt dat aan de slechte organisatie van de curatieve neonatologie.

Vanuit het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne is aan de Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde gevraagd zich te beraden over een betere organisatie. Daartoe heeft de vereniging in 1974 een commissie ingesteld, die dezer dagen een tweede interim-rapport naar buiten heeft gebracht (blz. 1565). Een rapport waarmee de Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie instemde. Deze vereniging had zich naar aanleiding van een rapport van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid beziggehouden met de verloskundige organisatie in Nederland.

De Vereniging voor Kindergeneeskunde pleit voor een regionalisatie van de zorg voor pasgeborenen. In een beperkt aantal klinieken (acht academische en vier opleidings-ziekenhuizen) zou intensieve zorg voor neonatologie mogelijk moeten zijn. Hiervoor zijn op grond van internationale statistieken circa 125 couveuses nodig. Bij strikte hantering van de criteria met betrekking tot de daarbij noodzakelijke outillage en personeel zou men nu beschikken over circa 18 couveuses voor intensive care. Dit betekent volgens de vereniging dat jaarlijks onnodig een aantal babies sterft of later zwaar gehandicapt is. Een dergelijke regionalisatie heeft vooral zin als tevens de verloskundige zorg voor wat betreft de top-klinische zorg in dezelfde centra zou worden geconcentreerd. Er is in vele gevallen nu eenmaal een directe

samenhang tussen pre- en postnatale afwijkingen. Naast deze intensieve zorg zijn er ziekenhuizen nodig voor bijzondere en gewone klinische neonatale zorg. Dat geldt eveneens voor de organisatie van de verloskundige zorg.

Een dergelijke organisatie zal – mits de voorzieningen goed op elkaar zijn afgestemd – een verbetering geven van de perinatale zorg. Daarbij zullen wel goede afspraken moeten worden gemaakt met alle betrokkenen. Met name geldt dit voor de opname-indicatie. Het gevaar is immers aanwezig dat er een opwaartse druk zal ontstaan in de richting van de supergespecialiseerde centra. De ziekenhuizen zullen gezamenlijk een zelfde beleidslijn moeten trekken ten aanzien van opzet, bemanning, enz. van de verschillende min of meer gespecialiseerde afdelingen voor verloskundige en neonatale zorg. Ook hier wrekt zich dan weer dat academische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen volgens verschillende maatstaven worden gefinancierd. Regionalisatie wordt daardoor bemoeilijkt.

HUISARTS EN SPECIALIST

Verkort de geldigheidsduur van de verwijskaart voor de specialist van een jaar tot zes weken en verregaande kostenbesparing in de gezondheidszorg behoort tot de reële mogelijkheden. Aldus betoogt de huisarts R. J. Leerling in zijn artikel: 'Een alternatieve 'eigen bijdrage'' (blz. 1571). De redactie verzocht een specialist, Dr. M. J. Horikx, hierop te reageren (blz. 1574).

Wellicht is het goed te weten dat

naar wij ons menen te herinneren de duur van de verwijskaart in het verre verleden ook zes weken is geweest. De argumentatie luidde toen, dat die tijd gewoonlijk lang genoeg is om een diagnose met een bemiddelingsadvies op te stellen. Het bleek evenwel dat de specialist juist in noodzakelijke gevallen vaak moeite moest doen om een vervolgkaart van de huisarts los te krijgen, hetgeen mede heeft geleid tot de huidige looptijd van een jaar.

Leerling meent dat de specialist patiënten onder behandeling houdt die even goed en even goedkoop door de huisarts behandeld kunnen worden. Horikx meent dat binnen het huidige systeem de huisarts een te grote barrière vormt tussen patiënt en specialist; hij bepleit afschaffing van de verwijskaart en een zelfde gang van zaken als bij de particulier verzekerde patiënten gebruikelijk is.

Merkwaardigerwijs laten Leerling en Horikx beiden één facet buiten beschouwing, namelijk het verschil in wijze waarop de huisarts en de specialist worden betaald en de invloed daarvan op de verwijzing c.q. het blijven behandelen door de specialist. De huisarts heeft een abonnements-honorarium, dat wil zeggen zijn inkomen is niet rechtstreeks afhankelijk van het aantal verrichtingen. Bij de specialist is dat wel het geval. De specialist heeft financieel belang bij verwijzen en doorbehandelen. In feite is dit laatste ook het geval voor de huisarts, die door veel verwijzen en specialistisch behandelen een grotere praktijk aankan.

Leerling beschrijft een min of meer ideale situatie. Maar dan zal er eerst veel moeten veranderen. Daarbij speelt – Horikx merkt dat terecht op – de opleiding een belangrijke rol.

B.

rug hebben. Op deze wijze is het mogelijk elkaar steun te verlenen die op eigen ervaring is gebaseerd. De vereniging wordt voorlopig gevormd door (ex-)patiënten van het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam (Wilhelmina Gasthuis en Binnengasthuis). Naar verwachting zal de vereniging in de toekomst ook worden opengesteld voor patiënten van andere ziekenhuizen in de regio en voor patiënten met andere hartziekten. Uiteindelijk wil men komen tot een vereniging voor 'Eigen Harthulp' in de regio Amsterdam. De huidige opzet van de vereniging is een navolging van een dergelijke, reeds in Nijmegen bestaande organisatie. Van de circa 200 aangeschreven (ex-)patiënten van de afdeling Cardiologie van het Wilhelmina Gasthuis hebben zeer velen positief gereageerd op het initiatief. Het correspondentie-adres van de vereniging luidt: Mw. D. C. Berrier-Kreukniet, Potgieterstraat 12 hs, Amsterdam.

Psychiatrische tussenvoorzieningen – Onlangs is de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Tussenvoorzieningen opgericht. Initiatiefnemers waren de heren G. de Boer, algemeen directeur van de Stichting Westerduin te Wijk aan Zee, en A. Beers, directeur van de stichting 'De Grenshoff' te Bellingwolde. Bij tussenvoorzieningen gaat het om vormen van beschermd wonen tussen de 'gewone' maatschappij en het psychiatrisch ziekenhuis in. Er zouden ongeveer tweehonderd van dergelijke voorzieningen zijn, met in totaal enkele duizenden bewoners. Zij worden gefinancierd via de Bijstandswet. De nieuwe vereniging wil ernaar streven ze onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) te brengen. Bovendien wil de vereniging komen tot richtlijnen voor de accommodatie en voor de arbeidsvoorwaarden en de opleiding van de werknemers.

Samenwerking ziekenhuizen Utrecht – Door de versterking van de relatie tussen de functies van het Ooglijdersgasthuis en het Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht met die van het huidige Academisch Ziekenhuis Utrecht zal door een betere afstemming en samenwerking de eigen specialiteit en kwaliteit kunnen worden gewaarborgd. Dit heeft staatssecretaris Veder-Smit geantwoord op schriftelijke vragen van de Tweede Kamerleden Verkerk-Terpstra en Dees (beiden VVD) over het besluit van de ministerraad de drie ziekenhuizen te laten samengaan. Volgens de staatssecretaris zijn de wijze en het tijdstip waarop het Ooglijdersgasthuis en het Wilhelmina Kinderziekenhuis te zijner tijd zullen opgaan in het nieuw te bouwen Academisch Ziekenhuis Utrecht nog onderwerp van overleg met de besturen van de betrokken ziekenhuizen.



De intellectuelen

Daar lag ze dan, naakt, met alleen een laken over zich heen en omgeven door drains, infuzen, pompjes en allerlei meet-apparatuur. De chirurgen zaten met de handen in het haar. De operatie was niet slecht gelukt, maar de vochtbalans werd met de dag negatiever en mevrouw kwam nauwelijks bij.

Er werd dus een spoedconsult voor de internist uitgeschreven. De nogal kleine assistent van de Intensive Care, André, had er weinig moeite mee. Even een strookje in de urine houden . . . en ja hoor: sterk positief! Toen snel een bloedsuikerbepaling gedaan in het bloed: 57 mmol/l! Over het hoofd gezien door de chirurg.

André waarschuwt Dr. Wouters, die onmiddellijk komt. 'Ga de chirurg eens halen, en zeg dat de intellectuelen klaar staan', zegt Dr. Wouters tegen een verpleegkundige van de Intensive Care.

Even later komt de chirurg met een gebogen hoofd en blosjes op de wangen binnen. Hij biedt echter niet eens zijn excuses aan . . . 'Waarom hebben jullie ons niet eerder geroepen?', vraagt Dr. Wouters. 'Tja', zei de chirurg, 'gisteren was het zondag' 'Nou', dient Dr. Wouters hem terecht van repliek, 'nog een dag langer en jullie patiënte zou het volgende weekend niet meer hebben gehaald.'

Ik stel aan Dr. Wouters voor een standbeeld voor André op te richten, omdat hij meteen doorhad wat er aan de hand was. Maar dan moet er wel een grote sokkel onder komen, want anders zien de chirurgen hem nog over het hoofd.

's Middags komt Dr. De Wael naast mij zitten in het restaurant. Ik vraag hem of het niet frustrerend is te merken dat je als internist niet alle literatuur kunt bijhouden. 'Ach jong', antwoordde hij gelaten en berustend, 'die frustratie ben je snel te boven. Er komt een kind, en dan nog één, en dan weer één . . . Ja, en dan wil het wel eens dat je in het weekend met het huishouden moet mee-

helpen.' Ik keek hem vol begrip aan. Voor zover mijn informaties strekken is Dr. de Wael vader van zes kinderen. 'En dan', vervolgde hij, 'gaan die uren die je aanvankelijk voor de literatuur had toebedacht snel voorbij; uiteindelijk blijft er niets meer over. Nu besteed ik het weekend aan mijn gezin. Het ziekenhuis vergeet ik dan.' Ik stel hem nog wat vragen, maar die worden een beetje ontwijkend beantwoord.

DAGBOEK
VAN EEN
CO-ASSISTENT
(59)

Wanneer ik de eerste pagina's van dit dagboek herlees, schaam ik mij diep voor mezelf. Hoe kon ik opzien tegen deze droomwereld? De begeleiding is uitstekend en het contact met verpleegsters en patiënten is prima. Moet ik straks weer verrekken als studentje en theorieën ophangen die nog minder levensvatbaar zijn dan een foet van vier maanden? Moet ik straks weer tot twaalf uur in mijn nest blijven pitten om niet als overijverige uitstover te worden gebrandmerkt? Moet ik straks weer 's middags om drie uur Duitsland I inschakelen om 's nachts om één uur Duitsland II uit te schakelen? Moet ik straks weer de nacht doorbrengen met een zatte, rooddoorlopen kop, omdat het mij weer niet is gelukt bij het flipperen eerste te worden of omdat zij van nacht de voorkeur aan een ander gaf? Hoe graag had ik hier in het ziekenhuis willen blijven werken . . .

Alexander van Es

Organisatie neonatologie

Regionalisatie van de diagnostiek en behandeling van de zieke pasgeborene in Nederland

De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde heeft dezer dagen een rapport uitgebracht over de organisatie van de zorg voor zieke pasgeborenen. Gedurende de laatste twintig jaren is de perinatale sterfte ten naaste bij gehalveerd. Temidden van de Noorse landen neemt Nederland een gunstige plaats in, de Scandinavische landen een nog aanzienlijk betere.

Nog steeds evenwel is de perinatale sterfte omstreeks drie maal zo hoog als die gedurende de volgende vijftien levensjaren. Voorts blijkt een aanzienlijk aantal van de spastische kinderen hun handicap rond de geboorte te hebben opgedaan. Deze feiten vormden redenen genoeg om de gezondheidszorg in bedoelde levensperiode nauwgezet onder de loep te nemen.

Gedurende de laatste tien jaren heeft de intensive care-behandeling van zeer zieke pasgeborenen een hoge vlucht genomen. Bij de toenemende mogelijkheden van de intensieve zorg nam het aantal van naar de betreffende centra overgeplaatste zieke pasgeborenen sterk toe, maar aangezien de groei van personeel en middelen hiermee geenszins gelijke tred hield, komt de kwaliteit van de zorg aan deze groep van uiterst kwetsbare pasgeborenen in gevaar: blijkens een enquête zijn er in Nederland 48 volledig uitgeruste plaatsen voor intensieve zorg voor pasgeborenen beschikbaar, terwijl de behoefte berekend kan worden op 125.

Dit is des te schrijnender als men bedenkt dat zulk een behandeling in staat blijkt niet alleen de sterfte te doen dalen, maar ook in aanzienlijke mate te voorkomen dat kinderen met



Ter introductie van het rapport over de organisatie van de zorg voor zieke pasgeborenen werd in 'Domus Medica', het bestuursgebouw van de KNMG te Utrecht, een persconferentie gehouden. Het rapport werd bij die gelegenheid toegelicht door (achtereenvolgens van links naar rechts achter de tafeltjes) Dr. J. J. van der Vlugt, secretaris van de Commissie Regionalisatie Curatieve Neonatologie; Dr. K. Knol, voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde; en Prof. Dr. H. K. A. Visser, voorzitter van de Commissie Regionalisatie Curatieve Neonatologie.

een ernstige handicap het leven ingaan.

Buitenlandse en binnenlandse ervaringen leren dat het optreden van ernstige problemen rondom de geboorte wel in belangrijke mate, maar niet volledig, te voorspellen valt vanuit een stelselmatig onderzoek gedurende de zwangerschap.

Uit de buitenlandse literatuur blijkt ook dat in ziekenhuizen met een gering aantal bevallingen per jaar de kans op sterfte en ernstige beschadiging van bedreigde kinderen (bedreigd binnen en buiten de baarmoeder) relatief groot is. Dit geldt ook voor die gebieden waar een minder dan optimale regionale organisatie van de zorg voor zieke pasgeborenen bestaat.

Het belang van bedoelde intensive care, maar ook van de verbondenheid

van verloskundige en kindergeneeskundige zorg en van de noodzaak tot samenwerking tussen eerste-, tweede- en derdelijns gezondheidszorg met een trapsgewijze opbouw in graden van zorg, komt sterk naar voren uit de in het rapport verzamelde gegevens.

Regionale taakverdeling

Voorgesteld wordt per regio (waarbij Nederland denkbeeldig wordt verdeeld in twaalf vergelijkbare regio's) tot een taakverdeling te komen tussen huisartsen, vroedvrouwen, specialisten en ziekenhuizen die aan zieke pasgeborenen metterdaad de zorg garandeert welke zij behoeven. Daarbij wordt uitdrukkelijk vastgesteld dat bij de huidige mogelijkheden niet ieder ziekenhuis

meer elke graad van zorg voor enigszins langere termijn kan garanderen. Wel moet ieder ziekenhuis, indien zich onverwachte problemen voordoen, kortdurend intensieve zorg kunnen geven, totdat de stoornis hersteld of overplaatsing geregeld is.

Een regio met 1/12 van het aantal geboorten in Nederland (± 15.000 geboorten per jaar) zou deze zorg effectief kunnen verdelen over:

- a. een centrale intensive care-afdeling voor pasgeborenen;
- b. een zestal grotere ziekenhuizen;
- c. een zevental kleinere ziekenhuizen.

ad a. Gezien de aldaar ontstane noodsituatie is in het rapport met name gedetailleerd ingegaan op de voorzieningen, gewenst voor de afdelingen voor intensive care. Deze voorzieningen betreffen 10 intensive care-plaatsen met bijbehorende apparatuur, 44 gespecialiseerde verpleegkundigen, een medische staf van 5 kinderartsen-neonatologen (gespecialiseerd in de zorg rond de geboorte) en 4 arts-assistenten. De verpleegprijs wordt dan berekend op $\pm f 1.000,-$ per dag van intensieve zorg, waarbij men gemiddeld per kind dient uit te gaan van een verpleegduur van ongeveer tien dagen. Dit alles betekent meer dan een verdubbeling van de huidige voorzieningen. Op deze afdelingen zullen ongeveer 300 zeer zieke pasgeborenen per jaar behandeld worden met de meest intensieve zorg en de meest geavanceerde middelen die op dat moment beschikbaar zijn. Een gespecialiseerde bekwame arts is continu aanwezig, subspecialisten in alle deelgebieden zijn beschikbaar. Een dergelijk centrum zal tevens de beschikking dienen te hebben over een eigen ambulance, speciaal ingericht en bemand voor intensieve zorg gedurende het vervoer.

ad b. Op de kinderafdelingen van de grotere ziekenhuizen zullen meerdere pasgeborenen die wegens matige tot ernstige ziekten bijzondere klinische zorg behoeven (± 900 per jaar per regio) nauwgezette bewaking en verpleging met geavanceerde middelen nodig hebben, beperkt slechts in het langdurig gebruik van de zeer geavanceerde en intensieve behandelings- en bewakingsmethoden waarover de eerder genoemde centra beschikken. Hier zal een gespecialiseerde verpleegkundige een

drietal kinderen bewaken, terwijl een groep van kinderartsen, waarvan één zich nader bekwaamde in dit deelgebied, steeds op zeer korte termijn beschikbaar is voor het geval zich ernstige complicaties voordoen.

ad c. Op alle kinderafdelingen, ook die van de kleinere ziekenhuizen, kan de gebruikelijke klinische zorg aan minder ernstig zieke pasgeborenen worden gegeven, terwijl een kinderarts bij alle risico-bevallingen aanwezig is en zo nodig voor korte tijd ook een intensieve behandeling kan instellen tot het gevaar is geweken of overplaatsing is geregeld. Ongetwijfeld vraagt zulk een organisatie, met name de instandhouding van een afdeling voor bijzondere zorg en een afdeling voor intensive care, een enorme inzet aan personeel en middelen. Tegenover de kosten staan evenwel de besparingen welke samengaan met een systeem van regionalisatie en echelonnering. Kostbare voorzieningen zullen slechts voor een beperkt aantal ziekenhuizen nodig zijn; thans bestaat – in het buitenland en ook in ons land – in vele ziekenhuizen de wens met intensieve zorg voor de pasgeborene aan te vangen. Belangrijker nog is de met centralisatie van intensieve zorg samenhangende vermindering van het aantal gehandicapte kinderen. De totale kosten welke voor de verzorging van een gehandicapt kind tijdens diens leven ten laste van de gemeenschap komen zijn niet gemakkelijk te berekenen. Een voorzichtige schatting van 1,5 miljoen gulden lijkt echter eerder te laag dan te hoog te zijn! Het voorkómen dan wel het verminderen van veel leed voor de ouders en voor de opgroeiende kinderen laat zich niet kwantificeren in maat en getal.

Regionale samenwerking
Genoemde taakverdeling binnen de regio, waarvan het rapport een blauwdruk geeft, zal het onderwerp zijn van regionaal overleg, waarin afspraken worden gemaakt die door de samenwerkende ziekenhuizen en andere betrokkenen als zinvol en in het belang van de gezondheidszorg worden ervaren. De historisch bepaalde ontwikkelingen in sommige regio's zullen de concretisering ervan in belangrijke mate kunnen beïnvloeden; een uniforme organisatie van alle te creëren regio's zal derhalve niet te verwachten zijn. Van groot belang zal ook zijn dat rond

de geboorte bedreigde kinderen geboren worden in ziekenhuizen waar zowel de verloskundige als de kindergeneeskundige zorg berekend is op de intensieve graad van zorg welke zulk een kind nodig heeft. Hierin is de organisatie van de verloskundige zorg nauw met die voor de zieke pasgeborene verweven. Aanbevolen wordt dan ook regionale werkgroepen op te richten, waarin vrouwenartsen, kinderartsen, verloskundigen, verpleegkundigen en andere bij deze tak van de gezondheidszorg betrokkenen, werkafspraken maken, resultaten evalueren en waarin onderwijs en bijscholing in elk der onderscheiden echelons, met nadruk op de vroegtijdige selectie van probleemgevallen en vroegtijdige behandeling, de basis vormt voor een evenwichtige gezondheidszorg rond de geboorte.

Samenvatting en aanbevelingen
De Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde:

- stelt vast dat de organisatie van de gezondheidszorg rond de geboorte aanpassing behoeft aan de nieuwe mogelijkheden van behandeling;
- stelt vast dat met name meer dan verdubbeling van het aantal plaatsen voor intensieve zorg noodzakelijk is en dat hierbij niet alleen gelet moet worden op het voorkómen van onnodige sterfte maar ook op het voorkómen van levenslange handicaps;
- stelt voor de hoogstnoodzakelijke voorzieningen uit te breiden en een regionale taakverdeling in drie graden van klinische zorg voor de zieke pasgeborene, waarvoor een grondplan aangeboden wordt, te doen uitwerken door regionale werkgroepen;
- beveelt de ministers van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en van Onderwijs en Wetenschappen aan beleidsmaatregelen te ontwikkelen teneinde een dergelijk regionalisatieplan te realiseren;
- verzoekt de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie het rapport aan haar leden voor te leggen, verzoekt de huidige centra voor intensieve zorg aan pasgeborenen de aanzet te geven tot oprichting van bedoelde regionale werkgroepen en verzoekt haar Commissie Neonatologie voort te gaan met de nadere uitwerking van de in het rapport naar voren gebrachte plannen.

'Hospital audit', een haalbaar model

De *intercollegiale toetsing* staat in het middelpunt van de belangstelling. Met name binnen de medische staven van algemene ziekenhuizen wordt er sinds de verschijning in 1976 van het rapport 'Intercollegiale Toetsing in algemene ziekenhuizen' over gediscussieerd. In dit opzicht voldoet het rapport ongetwijfeld aan de verwachting van de samenstellers. Of de intercollegiale toetsing ook daadwerkelijk van de grond zal komen is nog de vraag. De voortekenen zijn evenwel gunstig. Met de oprichting van een Centraal Begeleidingsorgaan mag in de komende jaren steun worden verwacht bij het operationaliseren van de intercollegiale toetsing binnen de ziekenhuizen. De overheid is bereid hieraan medewerking te verlenen, getuige de aanmoedigingssubsidie van f 96.000,— die op de Rijksbegroting van Volksgezondheid voor 1979 is opgevoerd ten behoeve van het bovengenoemde Centraal Begeleidingsorgaan.

Zonder iets af te doen aan de noodzaak van intercollegiale toetsing, is het verwonderlijk dat maar sporadisch gerept wordt over de zogenaamde '*hospital audit*'. Dat is eigenlijk des te verwonderlijker omdat zelfs in het bewuste rapport over de intercollegiale toetsing wordt uitgegaan van intercollegiale toetsing als onderdeel van de toetsing van het totale ziekenhuisgebeuren.

De samenstellers van het rapport kan evenwel geen kortzichtigheid in deze worden verweten, want zij hebben zich nauwgezet aan hun taakopdracht gehouden, zoals opgesteld door de Geneeskundige Vereniging en de LSV. Ook deze verenigingen kan geen kortzichtigheid worden verweten, want zij handelden met grote

Samenvatting

Naar de mening van beide schrijvers wordt momenteel het vraagstuk van de kwaliteitsbewaking binnen de ziekenhuizen te eenzijdig benaderd vanuit de intercollegiale toetsing. Het wordt huns inziens hoog tijd dat er binnen de ziekenhuiswereld een model voor de 'hospital audit' wordt ontwikkeld, anders loopt men het risico dat een beleid wordt ingevuld op onderdelen terwijl een visie op het totaal ontbreekt. Tot op heden wordt in ieder geval onvoldoende tot uitdrukking gebracht dat intercollegiale toetsing slechts een onderdeel is van de toetsing van het totale ziekenhuisgebeuren.

De schrijvers presenteren in het artikel één model 'hospital audit', dat zij enige jaren geleden binnen het Ziekenhuis Oudenrijn te Utrecht hebben ingevoerd.

door **J. G. Herschel**
en **Mr. J. H. Peters**



De eerste auteur (r.), internist, is thans werkzaam als projectleider van het experiment diagnostisch centrum binnen het Ziekenhuis Oudenrijn te Utrecht.

De tweede auteur is algemeen directeur van het Ziekenhuis Oudenrijn te Utrecht.

voortvarendheid overeenkomstig hun eigen verantwoordelijkheid.

Desondanks is het eigenlijk niet eens zozeer verwonderlijk als wel een teken aan de wand, dat een plan voor de opzet van een 'hospital audit' binnen de ziekenhuizen ontbreekt.

Intercollegiale toetsing betreft toetsing van het medisch handelen, dat een wezenlijk bestanddeel vormt

van de ziekenhuisdienstverlening. Zou het uit beleidsoverwegingen niet logisch zijn dat in navolging van het initiatief van de Geneeskundige Vereniging en de LSV thans binnen de ziekenhuiswereld hard wordt gewerkt aan het tot stand komen van een model 'hospital audit'? De voortekenen zijn gunstig, want voor een essentieel onderdeel van de 'hospital audit', te weten de intercollegiale toetsing, zijn de plannen reeds gesmeed.

Uitgangspunt

Nog voordat het rapport over de intercollegiale toetsing was verschenen, werd in het Ziekenhuis Oudenrijn principieel gekozen voor het opzetten van een 'hospital audit'. Vanuit het standpunt van het ziekenhuis oordelen wij dit besluit nog steeds juist. Geen enkel wezenlijk argument is ons bekend om de kwaliteitsbewaking c.q.-beoordeling binnen het ziekenhuis te beperken tot het medisch handelen. Integendeel, de ontwikkeling binnen de dienstverlening van het ziekenhuis is zodanig geweest dat naast de

specialist steeds meer beroepsbeoefenaren direct of indirect bij de gezondheid van de patiënt betrokken zijn, die ieder voor zich en gezamenlijk de kwaliteit van de zorgverlening bepalen. Zij allen dienen zich vanuit deze eigen en gemeenschappelijke verantwoordelijkheid in te zetten voor een verantwoorde zorgverlening en deze zo mogelijk te verbeteren.

Naast een principiële stellingname ligt aan de beslissing tot het opzetten van een 'hospital audit' ook een praktisch argument ten grondslag. Juist in een betrekkelijk klein algemeen ziekenhuis met een medische staf van circa 30 specialisten, van wie een aantal als solist werkzaam is, werd de onderlinge kwaliteitsbeoordeling van het medisch handelen als onhaalbaar beschouwd. Zelfs binnen een en hetzelfde specialisme zou het toetsen van het medisch handelen in engere zin (het rapport over de intercollegiale toetsing spreekt van 'outcome-toetsing') een hachelijke onderneming zijn, omdat de criteria aan de hand waarvan het medisch resultaat zou moeten worden beoordeeld domweg ontbreken. Enige terughoudendheid leek bovendien wel verstandig. Als men geen vreemde is in het bolwerk van medische specialisten, weet men dat het hebben van kritiek op elkaars arbeid een heel penibele zaak is, welke in deze wereld in het verleden veelal tot animositeiten aanleiding heeft gegeven.

Hoewel duidelijk is dat intercollegiale toetsing van het medisch handelen in engere zin een typische aangelegenheid is van de medische professie zelf, menen wij dat uitvoering hiervan binnen de ziekenhuizen om praktische redenen vooralsnog niet of nauwelijks te realiseren is. Dit geldt dan vooral voor het starten van intercollegiale toetsing in relatief kleine ziekenhuizen. De suggestie dat de beperkingen van een relatief klein ziekenhuis inzake de intercollegiale toetsing kunnen worden ondervangen door samenwerking tussen de medische staven van de verschillende ziekenhuizen lijkt ons meer theoretisch dan praktisch, omdat het aan werkelijke samenwerking tussen de ziekenhuizen en zeker tussen de medische staven van deze ziekenhuizen nu juist tot op heden zo schort.

Mocht de intercollegiale toetsing

mede door de inzet van het Centraal Begeleidingsorgaan in de komende jaren toch van de grond komen, dan spreekt het vanzelf dat deze activiteit ook binnen ons ziekenhuis zal worden ingevoerd, passend in het reeds bestaande stramien van de 'hospital audit'.

Stramien

Eind 1976 was het overleg over de organisatie van de 'hospital audit' in alle geledingen binnen het ziekenhuis afgerond, zodat per 1 januari 1977 met deze nieuwe activiteit kon worden gestart. In een specifiek *reglement* werd het stramien van de 'hospital audit' vastgelegd en wel op de volgende punten:

Functie

Met het instellen van een 'hospital audit' wordt beoogd het creëren van een mogelijkheid tot toetsing van alle facetten van het ziekenhuisfunctioneren teneinde een kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering te realiseren. De 'hospital audit' stelt de medewerkers van het ziekenhuis, de leden van de medische staf en de op het ziekenhuis georiënteerde huisartsen in de gelegenheid alle handelingen welke plaatsvinden in het kader van de dienstverlening aan zowel klinische als poliklinische patiënten, waaronder het handelen van de leden van de medische staf, ter toetsing aanhangig te maken.

Uitoefening.

De 'hospital audit' wordt uitgeoefend door een college, bestaande uit:

- de algemeen directeur;
- de medisch directeur;
- alle gewone leden van de medische staf, zo nodig buitengewone stafleden;
- het hoofd verplegingsdienst, zo nodig andere hoofden van dienst;
- alle hoofdverpleegkundigen;
- twee huisartsen, als vertegenwoordigers van de huisartsen die regelmatig patiënten naar het ziekenhuis verwijzen.

Uit dit college wordt als 'dagelijks bestuur' de zogenaamde 'hospital audit'-commissie (HAC) geformeerd, die bestaat uit:

- de medisch directeur (voorzitter);

- de directiesecretaris, jurist (secretaris);
- de algemeen directeur;
- twee leden van de medische staf;
- het hoofd verplegingsdienst;
- een hoofdverpleegkundige.

Te behandelen onderwerpen

Algemeen: alle facetten van het ziekenhuisfunctioneren in het kader van de dienstverlening aan zowel klinische als poliklinische patiënten, waaronder het handelen van de leden van de medische staf. Voorbeelden:

- verrichtingen waarvan reden is te vermoeden dat zij niet op voldoende hoog niveau worden uitgeoefend;
- situaties waarbij zich complicaties hebben voorgedaan die in de toekomst zouden kunnen worden voorkomen;
- vraagstukken van wetenschappelijk belang;
- gedragsbepaling na vergelijking van de gegevens, verstrekt door de Stichting Medische Registratie, met die van andere ziekenhuizen.

Procedure

Alle in het ziekenhuis werkzame personen en op het ziekenhuis georiënteerde huisartsen (laatstgenoemden via hun beide vertegenwoordigers) kunnen zich mondeling of schriftelijk wenden tot de secretaris van de HAC. De HAC neemt de aanhangig gemaakte onderwerpen in behandeling en beoordeelt op welke wijze afhandeling het best kan geschieden. Een aantal gevallen zal bestudeerd en in pre-advies voorgelegd worden aan het voltallige college.

De overige zaken worden door de HAC zelf afgedaan respectievelijk verwezen naar de directie, de hoofden van dienst, het medisch stafbestuur of bestaande commissies. Indien enig onderzoek noodzakelijk is, zal de HAC ook kunnen besluiten tot het instellen van een ad hoc-werkgroep om zich over een bepaald onderwerp te laten adviseren.

De HAC brengt schriftelijk rapport uit aan belanghebbenden. De HAC schrijft in januari van ieder jaar een jaarvergadering van de 'hospital audit' uit en verder indien zij dit nodig oordeelt. Tijdens de jaarvergadering komen in elk geval het jaarverslag over het voorafgaande jaar en de plannen voor de toekomst aan de orde.

Eén jaar 'hospital audit'

Om een inzicht te verschaffen hoe de 'hospital audit' het eerste jaar functioneerde, vermelden wij thans de onderwerpen die bij de HAC in 1977 aanhangig werden gemaakt.

Afgehandelde aangelegenheden

– Het gebruik van calparine, aanhangig gemaakt door een internist. Omdat er behoefte bleek te bestaan aan een gemeenschappelijk standpunt met betrekking tot het calparinegebruik binnen het ziekenhuis, werd door de HAC een vergadering gehouden, waarbij een groot aantal betrokkenen aanwezig was. Naar aanleiding hiervan kwamen richtlijnen inzake het calparinegebruik tot stand, welke op advies van de HAC door de directie zijn uitgevaardigd, in eerste instantie voor een proeftijd van zes maanden. Gedurende deze periode werden enkele veranderingen aangebracht. Na het verstrijken van de proeftijd werd bij alle specialisten en hoofdverpleegkundigen geïnformeerd of zij aanpassing van de richtlijnen gewenst achtten. Toen reacties uitbleven, kon worden geconcludeerd dat de richtlijnen in de praktijk voldeden.

– Het antibiotische beleid bij 'total hip'-operaties, aanhangig gemaakt door internisten. Aangezien de HAC de noodzaak van uniformiteit met betrekking tot het voeren antibiotische beleid bij 'total hip'-operaties inzag, werd hierover contact opgenomen met de orthopaed. Vervolgens zijn de door hem gehanteerde richtlijnen tijdens een bespreking met de algemene chirurgen aan de orde gesteld. Naar voren kwam, dat deze geen 'total hip'-operaties verrichten, wel andere operaties in het gebied van de heup; hierbij worden de anti-infectierichtlijnen met betrekking tot de 'total hip'-operaties gehanteerd.

– Informatie aan patiënten, aanhangig gemaakt door een internist. De HAC werd geconfronteerd met de brochure 'Lachspiegels' van de Werkgroep 2000 te Amersfoort, welke tot stand kwam naar aanleiding van een vergelijkend onderzoek naar patiënteninformatiefolders. De brochure bevat een aantal zinvolle opmerkingen die van belang kunnen zijn voor de inhoud van de informatiefolder van het ziekenhuis 'ABC'. Via verwijzing heeft de HAC

deze brochure in de aandacht van de directie aanbevolen.

– Een sterfgeval op een afdeling, aanhangig gemaakt door gynaecologen en een internist. Naar aanleiding van het overlijden van een patiënt werd door de HAC een vergadering belegd, waarbij alle bij de behandeling van deze patiënt betrokken specialisten en verpleegkundigen aanwezig waren. Beoogd werd een volledige openheid rond het sterfgeval te realiseren en na te gaan of in de toekomst een ander beleid in soortgelijke gevallen dient te worden gevoerd. Een analyse van de behandeling, de verpleging en de dood van de patiënt wees uit, dat er geen reden aanwezig is om in de toekomst in soortgelijke gevallen een ander operatiebeleid te voeren, dat in de post-operatieve verloop geen aanknopingspunten kunnen worden gevonden die aanleiding geven tot wijziging van het behandelingspatroon en dat de doodsoorzaak waarschijnlijk moet worden gezocht in pulmonale complicaties. (Naderhand heeft het pathologisch-anatomisch onderzoek ook geen duidelijkheid hieromtrent gegeven.) Omdat de HAC ten tijde van deze kwestie pas kort functioneerde, was nog geen procedure voor de behandeling van een dergelijke zaak gevormd. De HAC heeft geconcludeerd, dat het in ieder geval noodzakelijk is een zaak als de onderhavige zo spoedig mogelijk te behandelen.

– De wijze van invoering van medische en verpleegkundige richtlijnen, aanhangig gemaakt door de directie. Omdat een vaste procedure met betrekking tot het invoeren van richtlijnen gewenst is, heeft de HAC de volgende regels geformuleerd: van aangelegenheden die alle ziekenhuismedewerkers regarderend wordt mededeling gedaan door de directie; van aangelegenheden die bepaalde groepen ziekenhuismedewerkers regarderend kan mededeling worden gedaan door de afdeling die de richtlijnen wil bekend maken. Dit dient ten aanzien van medische zaken in overleg met de medisch directeur en ten aanzien van verpleegkundige zaken in overleg met het hoofd verplegingsdienst en de medisch directeur te gebeuren. Van dit overleg moet in de bekendmaking uitdrukkelijk melding worden gemaakt.

In bovenstaande zin heeft de HAC de directie geadviseerd.

Nog niet afgewikkelde aangelegenheden

- Het gebruik c.q. de verstrekking van slaapmiddelen.
- Jehovah's Getuigen en bloedtransfusie.
- Overgevoelighedsreacties ten gevolge van haemacel.
- Het bloedtransfusiebeleid.
- Het gebruik van de status.
- Medische statistiek.

Relatie 'hospital audit'-commissie met andere commissies

Wat betreft de raakvlakken met andere in het ziekenhuis werkzame commissies heeft de HAC zich in 1977 duidelijk geprofileerd ten opzichte van de Commissie Fouten, Ongevallen en Near-Accidents (FONA): de commissie FONA behandelt individueel gerichte probleemsituaties, terwijl de HAC zich bezighoudt met de werkwijze, de procedure die een bepaalde probleemsituatie veroorzaakt of dreigt de veroorzaken. De commissie FONA beoordeelt achteraf, de HAC daarentegen tracht preventief werkzaam te zijn. Ten aanzien van de doorstromingscommissie en de operatie-afdelingscommissie kan zich een overlapping van werkteerrein voordoen; waar mogelijk verwijst de HAC naar deze commissies.

Enkele cijfers

In 1977 werden:
6 algemene vergaderingen van de HAC gehouden;
5 bijzondere vergaderingen van de HAC gehouden, gewijd aan één onderwerp;
11 onderwerpen aanhangig gemaakt;
5 onderwerpen afgewikkeld.

Een haalbaar model?

Of het door ons gekozen model haalbaar is zal de tijd uitwijzen. Iedere conclusie op dit moment zou voorbarig zijn. Wel voelen wij ons door dit model van 'hospital audit' aangesproken, omdat hieraan ten grondslag ligt de filosofie dat kwaliteitsbewaking een ziekenhuisgebeuren is, waar een ieder zich voor zal moeten inzetten; niet alleen de specialist en de verpleegkundige, maar evenzeer de

technicus en de diëtiste, ja zelfs de huisarts, die formeel weliswaar niet tot de ziekenhuisorganisatie behoort maar die zijn patiënt wel tijdelijk voor klinische of poliklinische hulp naar het ziekenhuis verwijst en uit dien hoofde ook bij opname verantwoordelijkheid draagt voor een juiste behandeling van zijn patiënt.

Maar ook de patiënt zal aan de kwaliteitsbewaking binnen het ziekenhuis een bijdrage moeten leveren. De mogelijkheid hiertoe bestaat, daar patiënten bij opname een formulier ontvangen waarop zij klachten, opmerkingen en suggesties over hun ziekenhuisverblijf kunnen vermelden. Deze mening van de patiënt zal zo nodig door de directie aan de HAC ter beoordeling worden voorgelegd.

Dat in de praktijk hoofdzakelijk specialisten onderwerpen aanhangig maakten, betekende naar onze mening slechts dat het fenomeen kwaliteitsbewaking buiten de kring

van medisch specialisten nog onvoldoende is doorgedrongen of dat men eerst maar eens de kat uit de boom wil kijken. Dit laatste zou te verklaren zijn door de overweging dat de medische specialist (en dan met name de vrijgevestigde specialist) te zeer functioneerde vanuit een ivoren toren en dat men derhalve nog moet wennen aan de gedachte dat ook het functioneren van de medische specialist ter discussie kan worden gesteld.

Het feit dat de huisarts nog niet actief binnen de 'hospital audit' participeert vindt ongetwijfeld zijn oorzaak in de bestaande structuur van de gezondheidszorg, waarin eerste en tweede echelon twee door een breed water gescheiden, aparte werelden zijn. Wanneer het beleidsinitiatief van de overheid, dat juist is gericht op samenwerking tussen beide echelons, meer gestalte krijgt – men denke in dit verband vooral aan het van overheidswege opgezette experiment

diagnostisch centrum – zal deelname van de huisarts aan de 'hospital audit' vanzelfsprekend zijn.

Afgaande op de korte omschrijving van de in behandeling genomen en afgewikkelde aangelegenheden, stellen wij vast dat deze veelal van zo algemene aard zijn dat niemand zich door behandeling hiervan in het kader van de 'hospital audit' bedreigd heeft gevoeld. Deze start is logisch en hadden wij verwacht. Als volgende fase in de ontwikkeling verwachten wij evenwel op basis van een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid, naast aangelegenheden die de algemene gang van zaken in het ziekenhuis of op de afdeling betreffen, ook meer individuele problemen vanzelf aan bod komen. Wanneer hieruit consequenties mochten voortvloeien voor iemands functioneren, dan zullen deze positief worden ervaren en zal de 'hospital audit' eerst werkelijk betekenis krijgen.

Advies Gezondheidsraad salmonellose-vraagstuk

Reeds in 1962 bracht een commissie van de Gezondheidsraad advies uit over het salmonellose-vraagstuk. Uit het feit dat thans wederom een oordeel over dit onderwerp is gevraagd, kan worden geconcludeerd dat besmettingen van mens en slachtdier met vertegenwoordigers van het bacteriegeslacht *Salmonella* nog onvoldoende worden beheerst.

Hoewel het inzicht in het voorkomen van maagdarmsstoornissen veroorzaakt door *Salmonella* beperkt is, kan op grond van de bij de overheid door de artsen gerapporteerde ziektegevallen worden vastgesteld dat *jaarlijks tussen de 5.000 en 7.000 gevallen* voorkomen. Het is redelijk te veronderstellen dat deze gevallen slechts het topje van de ijsberg weergeven, daar een onbekend doch waarschijnlijk groot gedeelte van de ziektegevallen niet officieel ter kennis komt. Eveneens kan worden aangenomen dat jaarlijks enige tientallen personen ten gevolge van deze infectieziekte sterven.

In de overgrote meerderheid der gevallen wordt de mens besmet door voedsel (met name vlees en vleeswaren), dat met deze ziektekiemen is besmet. Dit voedsel kan op zijn beurt besmet raken tijdens het leven van het slachtdier of naderhand worden bezoedeld. De slachtdieren zelf (met name het varken en de kip) verkrijgen hun infectie via het veevoer (waarvan de bestanddelen in belangrijke mate uit, veelal tropische, landen besmet worden geïmporteerd) en via hun omgeving o.a.

door knaagdieren, vogels, insecten. De aldus besmette dieren vertonen geen ziekteverschijnselen. Bij de normale keuringsprocedure worden deze besmettingen bij het slachten dan ook niet vastgesteld, zodat omstreeks 30% van de slachtvarkens en 15-20% van de slachtkuikens in besmette toestand de slagerijen en poeliers bereikt. In deze bedrijven en andere vleesverwerkende bedrijven en industrieën kan nog verdere besmetting ontstaan, terwijl in huishoudkeukens ook nog bezoedeling van andere levensmiddelen kan plaatsvinden. Door een commissie van de Gezondheidsraad is opnieuw een advies uitgebracht waarin een aantal aanbevelingen wordt gedaan om tot verbetering van deze situatie te komen. Voorop staat dat een grondige hygiëne bij het slachten, het vervoer, de verwerking en de verkoop van vlees en vleesprodukten van grote betekenis is. Door voldoende verhitting van vlees worden de aanwezige bacteriën gedood zodat degene die het voedsel bereidt in belangrijke mate de sleutelfiguur is die ziekten bij de consument van het door hem of haar bereide voedsel kan voorkómen. Daarnaast is het van groot belang aan de continue import van ziektekiemen in grondstoffen voor veevoeder een halt toe te roepen. Het verwerken van veevoeder tot 'pellets' (onder verhitting geperste brokken) geeft een aanzienlijke reductie van de besmettingsgraad, terwijl ook voor

veevoederbedrijven die niet over de hiervoor benodigde apparaten beschikken door het toevoegen van bepaalde organische zuren de besmettingsgraad van het veevoeder sterk kan worden teruggedrongen. Uit recent onderzoek is hierbij gebleken dat in beide gevallen een sterkere groei van de slachtdieren wordt verkregen.

Tenslotte wordt in het advies erop gewezen dat ook met algemeen ingevoerde ontsmetting van veevoeder de bestaande besmettingsketen ten plattelande moeilijk zal kunnen worden doorbroken door de reeds zo lang bestaande besmetting van de omgeving van varkensmesterijen en pluimveebedrijven. De sanering van dit milieu zal een langdurige procedure zijn. Het advies wordt thans door het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne bestudeerd met het oog op te nemen maatregelen.

Het advies van de Gezondheidsraad inzake het salmonellose-vraagstuk zal worden opgenomen in de serie Verslagen, Adviezen, Rapporten van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en dan verkrijgbaar zijn bij de Staatsuitgeverij te 's-Gravenhage. Een gestencild exemplaar van het advies is, zolang de voorraad strekt, aan te vragen bij de Stafafdeling Externe Betrekkingen van het bovengenoemde ministerie te Leidschendam, tel. 070-209260, toestel 2094.

Een alternatieve 'eigen bijdrage'

De Ziekenfondsraad staat voor de moeilijke opgave alternatieve mogelijkheden tot bezuinigingen in de gezondheidszorg te vinden nu andermaal een eigen financiële bijdrage van ziekenfondsverzekerden veel weerstanden heeft opgeroepen. Vanuit de dagelijkse huisartspraktijk meedenkende over eventuele mogelijkheden tot bezuiniging met gelijktijdige versterking van de eerste lijn, kwam ik tot onderstaande notitie. Hoewel mijn suggesties niet cijfermatig zijn onderbouwd heb ik de overtuiging, dat de door mij gesignaleerde ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde reële mogelijkheden in zich bergen tot een verregaande kostenbesparing in de gezondheidszorg. Het weergegeven idee zou misschien tevens een verdere invulling kunnen betekenen van het streven van de Tweede Kamer zoals verwoord in de motie-Lubbers c.s. (oktober '78).

Uit de ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde blijkt een duidelijke opwaardering van de functie van de huisarts. Een van de aspecten daarvan is dat steeds meer huisartsen tot de overtuiging komen, dat een verwijzing naar een specialist meer en meer het karakter moet (kunnen) krijgen van consultatie en advisering. Dit in tegenstelling tot de in de praktijk gegroeide situatie, waarbij een verwijzing vaak leidt tot overdracht van de zorgverlening, zonder dat daarvoor duidelijke redenen zijn. Een en ander heeft een onnodige belasting van de betrokken patiënt tot gevolg én een nodeloze stijging van de kosten per verzekerde. Genoemde ontwikkelingen bieden mogelijkheden om de extra kosten per verzekerde, welke het rechtstreekse gevolg zijn van de verwijzing, te

door **R. J. Leerling**



De auteur is huisarts te Badhoevedorp.

beperken. De differentiatie van het begrip 'verwijzing' naar 'consultatie' en 'overdracht' biedt immers mogelijkheden om de financiële gevolgen van een groot aantal verwijzingen te reduceren, doordat de voortgezette zorgverlening meer dan tot nu toe het geval is (en kan zijn) kan geschieden binnen het kader van de abonnementshonorering van de huisarts, c.q. de basiskosten per verzekerde.

De huidige verwijskaartensystematiek biedt de hiertoe gemotiveerde en toegeruste huisarts evenwel onvoldoende mogelijkheden om de gewijzigde taakopvattingen te concretiseren. Daardoor kan momenteel het kostenbesparende effect van de zich ontwikkelende veranderingen onvoldoende tot uitdrukking komen.

Voorstellen tot wijziging verwijskaartensystematiek

In concreto zou ik de volgende wijzigingen in de

verwijskaartensystematiek willen voorstellen:

- 1) De 'looptijd' van de kaart voor eerste verwijzing wordt teruggebracht van 1 jaar tot 6 weken.
- 2) De verwijskaart voor 'voortgezette behandeling na 1 jaar' wordt niet meer door de specialist aan de huisarts ter ondertekening aangeboden nadat de voortzetting reeds is begonnen. In plaats daarvan wordt een dergelijke kaart door de huisarts afgegeven vóórdat de behandeling wordt voortgezet; dat wil zeggen dat de huisarts verwijst ter voortzetting van de specialistische behandeling.
- 3) Een heroverwegen van het systeem van de intercollegiale verwijskaart voor specialisten.
- 4) Het voorkomen van situaties waarin van de huisarts een verwijskaart wordt gevraagd zonder dat daaraan een verwijzing door de huisarts ten grondslag ligt. Een dergelijke administratieve procedure kan als adequaat worden beschouwd, indien het uitgangspunt wordt onderschreven dat het gezondheidszorgsysteem in ons land doelmatig is – zowel in kwalitatief als organisatorisch opzicht – indien alle beschikbare deskundigheid en medisch-technische uitrusting op het juiste moment en in de juiste dosering binnen het bereik van de patiënt kan worden gebracht.

ad 1 en 2

Ter nadere toelichting moge nog het volgende dienen:

De voorgestelde wijzigingen sluiten aan bij de groeiende behoefte van de huisarts aan consultatie van de specialist en zulks in een steeds

vroeger stadium van de klachtenontwikkeling. Dat wil zeggen de behoefte om de aanwezige kennis en technische hulpmiddelen binnen het bereik van de patiënt te brengen neemt toe. Dit leidt onvermijdelijk en begrijpelijkerwijs tot een toename van het aantal verwijzingen.

Met name moet worden genoemd het belang van vroegdiagnostiek van kwaadaardige gezwellen en de herkenning van hart- en vaatziekten. Mede door het ontbreken van een passende verwijskaartensystematiek kan dit evenwel in de praktijk tot gevolg hebben dat allerlei minder gecompliceerde ziekten en afwijkingen langdurig specialistische aandacht krijgen. Ter adstruatie enkele voorbeelden (Zie *tabel* hiernaast).

Dit is slechts een willekeurige greep uit de praktische mogelijkheden. De motivatie van de specialist om de behandeling geheel over te nemen en/of langdurig te continueren kan pluriform zijn, docht onttrekt zich aan de beoordeling van de verwijzende huisarts en de betalende instantie. Essentieel hierbij is, dat de vaardigheden van de verwijzende huisarts een geringe rol spelen. Voor een goed begrip zij opgemerkt, dat het ook voorkomt dat de specialist in kwestie de patiënt onder behandeling houdt omdat hij reden heeft om aan te nemen, dat de betreffende huisarts de patiënt niet voldoende deskundig zal behandelen. In de huidige systematiek wordt dit gegeven echter niet verder opgemerkt. Het is dus evenmin mogelijk deze ongewenste toestand te corrigeren. De door mij voorgestelde wijzigingen beogen de goed gemotiveerde en voldoende toegeruste huisarts een instrument te verschaffen om zijn (toegenomen) behoefte aan specialistische consultatie te effectueren ten behoeve van zijn patiënt zonder dat onnodige kostenverhogende effecten gaan optreden. Evenzo kan het een instrument zijn waarmee de huisarts zijn gewijzigde taakopvattingen effectiever kan effectueren dan thans het geval kan zijn. Tenslotte kan het tevens een instrument worden waarmee een dysfunctioneren van een huisarts kan worden gelokaliseerd. Een termijn van 6 weken – gerekend vanaf de dag van de eerste specialistische behandeling – moet als regel voldoende worden geacht om een gerichte vraagstelling van de

Tabel

Vraagstelling huisarts	Antwoord specialist	Gevolg van de verwijzing
Hartinfarct?	Neen	Langdurige behandeling door de specialist wegens een lichte bloeddrukverhoging
Endometriosis?	Neen	Langdurige pilcontrole door de specialist.
Spierreuma?	Neen	Jarenlange behandeling door de specialist van een degeneratieve afwijking van de wervelkolom.
Coloncarcinoom?	Neen	Overname door de specialist van de behandeling van een ouderdomsdiabetes.
Ongewenste zwangerschap; abortus provocatus.	Verricht	Inbrengen van een IVD enkele weken erna en jarenlange controle ervan door de specialist.
Gaarne uitsluiting longcarcinoom	Geen carcinoom	Driemaandelijkse terugkeer op de polikliniek voor controle van een chronische bronchitis.

huisarts te kunnen beantwoorden. De specialist kan zijn onderzoek besluiten met een behandelingsvoorstel dat de huisarts desgewenst met zijn patiënt kan bespreken. Als dit resulteert in een keuze voor verdere specialistische behandeling is zulks in de voorgestelde systematiek het resultaat van een bewust genomen beslissing van de huisarts, in overleg met de specialist en zo mogelijk ook met de patiënt.

Dit in tegenstelling tot de huidige situatie waarbij de verlenging pas aan de orde komt als de actualiteit van de verwijzing reeds lang is vervlogen en de specialistische behandeling zich reeds heeft 'gezet'. Bovendien wordt de betreffende verlenging slechts sporadisch door de specialist bewust en duidelijk gemotiveerd genomen. In de praktijk is het immers veelal zo, dat de secretaresse de verwijskaarten bewaakt en als de oude kaart is verlopen simpelweg een nieuwe aan de huisarts ter ondertekening en retournering toezendt en dat veelal op het moment dat de voortzetting al heeft plaats gevonden. Theoretisch gezien kan de huisarts een dergelijke ondertekening weigeren. Praktisch wordt hij dan echter veelal geconfronteerd met een verzekerde die meent in zijn/haar rechten als verzekerde te worden beknot en met een specialist die terecht verontwaardigd is omdat hij/zij de reeds gedane verrichting niet kan declareren.

Met een extra dosis strijdvaardigheid en motivatie kan ook dan nog wel iets

worden bereikt, doch het lijkt aanbevelenswaardig deze voorwaarde tot verdere kostenbeheersing structureel overbodig te maken. Als de voorgestelde wijziging zou worden geëffectueerd zou dat betekenen, dat een voortzetting van de specialistische behandeling duidelijker gemotiveerd tot stand komt als het resultaat van een bewust genomen beslissing.

ad 3

Vanzelfsprekend dient het de specialist te allen tijde mogelijk te blijven om in situaties met een spoedeisend karakter een andere specialist te kunnen inschakelen. Het valt de huisarts echter op, dat de mogelijkheid tot intercollegiale 'verwijzing' veelvuldig wordt gebruikt ook wanneer er geen sprake is van een spoedeisende situatie, ja zelfs wanneer er in het geheel geen reden is om die andere specialist überhaupt te raadplegen omdat de huisarts het best af zou kunnen. Bijvoorbeeld bij de patiënt die naar de internist is verwezen wegens een mogelijk maagcarcinoom en door deze wordt doorverwezen naar de huisarts vanwege een toevallig optredend impetigo.

Mogelijk leven er binnen de zusterorganisatie LSV ideeën over hoe de intercollegiale verwijssystematiek met meer waarborgen zou kunnen worden omgeven zodat het oneigenlijke gebruik ervan onmogelijk wordt gemaakt.

De hier gedane suggestie heeft ten dele betrekking op situaties die het gevolg kunnen zijn van wat reeds onder 3 werd genoemd. In het bijzonder moet daarnaast ook worden genoemd de verwijskaart die de huisarts krijgt gepresenteerd nadat de patiënt eigener beweging een EHBO-post van een ziekenhuis heeft bezocht.

Het komt herhaaldelijk voor, dat de patiënt tijdens het bezoek door een ziekenhuisfunctionaris (arts, co-assistent, verpleegkundige) is geadviseerd zich voor verdere behandeling te melden op die en die polikliniek, dan en dan. Dat kan uiteraard volstrekt verantwoord zijn, bijvoorbeeld als het de verdere behandeling betreft van een ernstig ongeval. Minder verantwoord is het wanneer het gaat om een nacontrole van een eenvoudige verbranding of het verwijderen van enkele hechtingen. Ook lijkt het minder gewenst als een patiënt na behandeling van wat glasverwondingen naar de polikliniek Inwendige Ziekten wordt verwezen op basis van een bij toeval gevonden matige hypertensie. In ieder geval lijkt het van belang er ook bij het publiek op aan te dringen niet voor ieder wisselwasje rechtstreeks naar het ziekenhuis te gaan.

Interessante gevolgen

Indien de voorgestelde wijzigingen zouden worden gerealiseerd is het niet onaannemelijk dat er nog enkele interessante gevolgen merkbaar kunnen worden:

a. Door een afname van het aantal 'routine'-consulten zal de specialist meer eerste verwijzingen (consultaties) kunnen verwerken. Dat betekent uiteraard wel een grotere krachtsinspanning voor de specialist. Het kan echter ook een verkorting van de wachttijden tot gevolg hebben, hetgeen een gunstige invloed kan hebben op het arbeidsverzuim.

b. Per huisarts kan een duidelijker beeld worden verkregen van de verhouding tussen eerste verwijzingen en voortgezette verwijzingen. Aan de hand van deze gegevens kan meer inzicht worden verkregen in de vraag in hoeverre huisartsen met grote

praktijken deze kunnen handhaven door een deel van hun taak af te wentelen op het tweede echelon.

c. Aan de hand van vergelijking van de aantallen en soorten verwijzingen voor voortgezette behandeling kan een bestaande behoefte aan nascholing worden gelokaliseerd. Als bijvoorbeeld zou blijken dat in een bepaald gebied opmerkelijk veel naar de gynaecoloog wordt verwezen, respectievelijk aan de gynaecoloog wordt overgedragen zou dat wel eens kunnen betekenen, dat er bij de betreffende huisartsen grote leemtes bestaan in kennis en vaardigheden met betrekking tot anticonceptionele technieken. In plaats van het dan maar overnemen van behandeling en controle zou de betreffende specialist actief kunnen worden betrokken bij de nascholing in die regio. Een medisch adviseur van een ziekenfonds die over goede contactuele eigenschappen beschikt zou hierbij eveneens een actievere rol kunnen vervullen dan thans mogelijk is.

d. De noodzaak voor de huisarts om binnen 6 weken, dus nog redelijk in de actualiteit van de verwijzing, te moeten beslissen over al dan niet voortzetten van de specialistische behandeling zal ongetwijfeld het bewustwordingsproces bij de huisartsen ten aanzien van de specifieke functie en taak van de huisarts in het geheel van de gezondheidszorg kunnen versnellen. Dat proces zal de huisarts meer motiveren tot een betere kostenbewaking dan sombere sociaal-economische voorspellingen vermogen te doen.

e. Het is logisch te veronderstellen, dat wanneer ten gevolge van het doorvoeren van de voorgestelde wijziging er zich een gunstige ontwikkeling in de kosten van poliklinische hulp aan verzekerden voordoet, dit mede het gevolg is van een grotere krachtsinspanning van vooral de huisartsen. Het lijkt redelijk

een gedeelte van de door deze extra inspanning verkregen bezuinigingen in het tweede echelon te besteden aan structurele vergroting van de financiële ruimte van het lagere echelon. De nieuwe verwijskaartsystematiek zal daarbij een instrument kunnen zijn om meer concrete financiële gegevens in relatie tot een gewijzigd functioneren van de huisarts te verkrijgen. In dat opzicht ontstaan er wellicht mogelijkheden de discussie over de verlaging van de rekennorm-praktijk meer handen en voeten te geven. Essentieel hierbij is, dat de huisartsen de door hen gewenste verruiming van de financiële normen eerst zelf aantoonbaar zullen moeten creëren.

Samenvattend kan worden geconcludeerd, dat met de voorgestelde wijzigingen mogelijkheden kunnen worden gecreëerd tot:

- besparing van de kosten per verzekerde aan poliklinische hulp;
- een versnelling van het bewustwordingsproces onder de huisartsen met betrekking tot de specifieke functie en de taak van de huisarts in het totaal van de gezondheidszorg;
- een toename van de motivatie van de huisarts de kosten van de gezondheidszorg te helpen bewaken;
- het lokaliseren van behoeften aan gerichte nascholing en een actievere rol daarin zowel van de specialist als de medisch adviseur van het ziekenfonds;
- het verkrijgen van concrete gegevens ten behoeve van de discussie over een mogelijke dyscongruentie tussen functie en honorering van de huisarts;
- het door de huisarts zelf creëren van ruimte voor een herziening van de rekennorm zonder gelijktijdige toename van de kosten van de gezondheidszorg.

NIET ROKEN

Het hoofdbestuur der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst spreekt als zijn mening uit dat roken, in het bijzonder van sigaretten, schadelijk is voor de gezondheid. Het hoofdbestuur beveelt de leden der Maatschappij aan niet te roken, zeker niet tijdens de uitoefening van de praktijk. Het hoofdbestuur beveelt tevens dringend aan dat in instellingen van gezondheidszorg (met name ziekenhuizen en poliklinieken) niet wordt gerookt.

Wanneer er bezuinigd moet worden in de gezondheidszorg verdient een 'eigen bijdrage' van de artsen verre de voorkeur boven een perspectiefloze heffing ten laste van de verzekerden. Die bijdrage van de artsen kan bestaan uit een doelmatiger werkverdeling tussen eerste en tweede echelon, een 'harder' werken van de huisartsen

– en in zekere zin ook van de de specialisten – dit alles praktisch resulterend in een kwalitatieve versterking van de eerste lijn, waarbij de baat dit keer voor de kosten uit moet gaan. Een wijziging in de verwijskaartensystematiek kan een instrument daartoe zijn.

Commentaar van een specialist

door *Dr. M. J. Horikx, internist te Geldrop*

Verschuiving van behandeling en kostenverlaging

De kern van het betoog van collega Leerling is de mogelijkheid tot verschuiving van de behandeling uit de specialistische sfeer naar de huisarts. De wenselijkheid hiertoe wordt allereerst ingegeven door de overtuiging dat dit kostenbesparend zal werken. Het aanbevolen instrument hiertoe is een verkorting van de geldigheidsduur van de verwijskaart van 1 jaar tot 6 weken. In zijn streven naar realisering van deze verschuiving staat collega Leerling zeker niet alleen. Of deze beoogde verschuiving naar het zogenaamde eerste echelon werkelijk tot kostenverlaging zal leiden zonder de kwaliteit van de behandeling aan te tasten, is echter nog zeer de vraag. Een vraag die nog niemand kan beantwoorden. Wel kan met zekerheid worden gezegd dat laboratoriumonderzoeken, röntgenverrichtingen, electrocardiogrammen en longfunctiebepalingen verricht op rechtstreeks verzoek van de huisarts niet goedkoper zijn, waarbij het echter niet denkbeeldig is dat het nuttig rendement van al deze onderzoeken, namelijk de juiste interpretatie en onderlinge afweging, geringer zal zijn. Over de maatregelen die getroffen moeten worden om kwaliteitsverlies bij verschuiving van het eerste naar het tweede echelon te voorkomen leest men in het verhaal van collega Leerling weinig. Het medisch belang van de patiënt dient op zijn minst evenveel aandacht te krijgen als een vermeende kostenbesparing. Het spanningsveld tussen een

geneeskunde van gewenst niveau, hieruit voortvloeiende kosten enerzijds en de bereidheid van de bevolking om de prijs hiervoor te betalen anderzijds, zal steeds blijven bestaan.

Overigens wil collega Leerling een eventueel bereikte kostenverlaging weer ten dele ongedaan maken door de 'verkregen bezuinigingen in het tweede echelon te besteden aan structurele vergroting van de financiële ruimte van het lagere echelon'. Op zijn minst ten dele beoogt hij dus meer een kostenverschuiving dan een kostenverlaging.

Huisarts-specialist

Na een periode van afbrokkeling van het prestige van de huisarts zien we gelukkig weer een her- en opwaardering van zijn functie. Wil onze gezondheidsvoorziening goed functioneren dan is een actieve rol en een centrale positie van de huisarts onontbeerlijk. Even onontbeerlijk is echter een goed samenspel van de huisarts en de specialist. Wil de specialist zijn werk op niveau kunnen blijven uitvoeren, dan moet hij – wanneer dit medisch verantwoord is – zijn patiënt terug kunnen verwijzen naar de huisarts, die dan ook bereid moet zijn de patiënt verder te begeleiden. Bestaat deze mogelijkheid niet dan zal de praktijksamenstelling van de specialist afzakken tot beneden zijn specialistisch niveau, waardoor de bevrediging die hij in zijn arbeid kan vinden zal dalen. Zonder deze bevrediging als stimulans zal het moeilijk zijn zich bij voortdurend te beijveren om op een aanvaardbaar

niveau te blijven functioneren.

Anderzijds zal een gedragslijn waarbij de specialist de patiënt te lang vasthoudt de huisarts irriteren hetgeen een remmende invloed zal uitoefenen op de verwijzingsfrequentie van de huisarts.

Terecht wijst collega Leerling op de groeiende behoefte van de huisarts tot raadpleging van de specialist. De gegeven voorbeelden waarbij deze raadpleging leidde tot onnodig langdurige behandeling door de specialist zijn echter ongelukkig gekozen en verzwakken zijn betoog. Evenzo gemakkelijk zal het zijn een rijtje van voorbeelden samen te stellen waarbij de huisarts te lang de patiënt zelf behandelde en te laat besloot tot raadpleging van de specialist. Onjuist is de suggestie van collega Leerling dat een specialist alleen de vraagstelling van de huisarts dient te beantwoorden. De patiënt komt met klachten en de eerste opgave van de specialist is om de juiste oorzaak van deze klacht op te sporen. Het beantwoorden van een vraagstelling naar bijvoorbeeld het bestaan van een hartinfarct met ja of neen is ontoereikend.

Voorgestelde methode en bezwaren hiertegen

Afgezien van een enkele nuance veronderstel ik dat de ideeën van collega Leerling en mij omtrent de samenwerking tussen huisarts en specialist niet veel uiteen zullen lopen. De methode echter waarop hij zijn doel tracht te bereiken lijkt mij volkomen onjuist. De versterking van de positie van de huisarts moet komen door innerlijke sterkte van deze groep beroepsbeoefenaren, verkregen door betere scholing, goede en steeds voortgezette nascholing en eigen activiteit. De positieve instelling van de specialist dienaangaande is hierbij zeker ook van belang, evenals de beïnvloeding van de publieke opinie door de journalistieke voorlichting in al zijn vormen.

Collega Leerling tracht zijn doel echter te bereiken door het opwerpen van een hindernis tussen de huisarts en de specialist. Een barrière die het de patiënt vooral moeilijk zal maken om van het eerste in het tweede echelon te geraken. De rechten van de patiënt worden mijns inziens hierbij ernstig aangetast.

Zo het in het huidige systeem al

moelijk zal zijn voor een patiënt tegen de wil van de huisarts in een verwijzing naar de specialist tot verdere behandeling te verkrijgen, zo zal bij een systeem waarbij dit probleem zich elke 6 weken zal herhalen de barrière voor de patiënt onaanvaardbaar hoog worden. Reeds thans kan men principiële bezwaren hebben tegen de ingebouwde barrière vooral bij de ziekenfondspatiënt tegen consultering van de specialist. Collega Leerling's voorstel leidt tot een onaanvaardbare verzwakking van de positie van de patiënt door uitbreiding van de macht van de huisarts. Ook de huisarts kan zich vergissen en niet hij maar de patiënt kan de dupe zijn van een onvoldoende behandeling. Overigens wie zal bepalen of de behandeling tot het terrein van de huisarts behoort of dat verdere specialistische begeleiding nodig is. Grenzen en richtlijnen hiervoor zijn moeilijk te geven. In veel gevallen zal de beste oplossing bestaan uit een samenspel van de huisarts en de specialist waarbij de patiënt met langere tussenpozen door de specialist wordt gezien en tussentijds door de huisarts wordt gecontroleerd. Persoonlijke ervaringen met deze vorm van samenwerking zijn zeer gunstig. Bij het door collega Leerling voorgestelde systeem zal het initiatief tot voortgezette behandeling overwegend uit moeten gaan van de huisarts, op zijn minst zal hij elke 6 weken opnieuw zijn goedkeuring aan voortzetting van de behandeling moeten hechten. Ook al zegt collega Leerling dat hij dit zal doen in overleg met de specialist, men ik toch uit zijn verhaal te beluisteren dat het uiteindelijke recht tot beslissen bij de huisarts wordt gelegd. Deze gang van zaken is voor de specialist niet aanvaardbaar. Evenzeer leidt zijn nieuwe systeem tot een verder terugdringen van het zelfbeslissingsrecht van de patiënt. Dit zelfbeslissingsrecht komt heel duidelijk naar voren in het rechtstreeks bezoek van de patiënt aan de EHBO. Dit probleem wordt door collega Leerling wel erg gesimplificeerd. In principe zou het altijd het beste zijn als de patiënt eerst door de huisarts wordt gezien. Wat denkt collega Leerling echter van de patiënt die meent een hartinfarct te hebben en de snelle weg naar het ziekenhuis verkiest boven de in tijd langere weg via de huisarts. Gelukkig

voor de specialisten nemen de meeste patiënten de langere weg via de huisarts. Wie zal echter zeggen wat de beste weg is. Tevens ontstaan er grote problemen voor de ongetwijfeld grote groep patiënten voor wie ook de huisarts langdurige specialistische begeleiding gewenst acht. Deze patiënten zouden voor elk bezoek aan de specialist hun huisarts moeten raadplegen, hetgeen voor zowel de huisarts als de patiënt een lastenverzwaring betekent. Kostenverhoging van en door de gezondheidszorg is hiervan het onvermijdelijke gevolg. De huidige problemen die bijvoorbeeld de internisten hebben met de honorering voor poliklinische cytostatische therapie voor ziekenfondspatiënten zouden door de voorgestelde wijziging van de geldigheidsduur van de verwijskaart nog verder worden vergroot. Ook voor deze groep patiënten zou elke 6 weken voor de verdere specialistische poliklinische behandeling een autorisatie door de huisarts moeten plaatsvinden. Een vergroting van de problemen op dit gebied wordt door ons niet nagestreefd. Het ware beter het systeem van de verwijskaarten geheel af te schaffen en de goed functionerende gang van zaken zoals bij de particuliere patiënten gebruikelijk is ook toe te passen voor de ziekenfondspatiënt, namelijk: de huisarts verwijst en de specialist onderzoekt of behandelt de patiënt zolang dit medisch gewenst is – al of niet in samenwerking met de huisarts – en stuurt na beëindiging van de behandeling weer terug naar de huisarts.

Intercollegiale consulten

De opmerkingen van collega Leerling over de intercollegiale consulten zijn juist. Een ronde langs de specialisten dient niet plaats te vinden. Adviezen omtrent verwijzing naar een beoefenaar van een ander specialisme dienen in principe aan de huisarts te worden gegeven. Op praktische gronden lijkt het verstandig hierop uitzonderingen te maken, bijvoorbeeld een fundusonderzoek door de oogarts bij diabetes mellitus of pre-operatief poliklinisch onderzoek op verzoek van een chirurg of orthopeed om de opnameduur te bekorten. Echter, in die situaties waarbij de

behandelend specialist onderzoek van een andere specialist nodig heeft om tot een juiste diagnose op zijn eigen vakgebied te komen, is een intercollegiale verwijzing de aangewezen weg.

Conclusies

Versterking van de positie van de huisarts is in het belang van de patiënt, de huisarts en de specialist. Het creëren van een verwijsmethodiek waarbij het de patiënt moeilijker wordt gemaakt om door de specialist te kunnen worden behandeld getuigt van een onjuiste opvatting van het begrip versterking van het eerste echelon. Niet machtsuitbreiding dient te worden nagestreefd, maar werkelijke versterking door toegenomen kennis van de huisarts. Dan zal de overtuigend lijkende toenemende behoefte tot consultatie van de specialist in evenwicht kunnen blijven met de geïntensiveerde behandeling door de huisarts. De invoering van een 6 weken geldige verwijskaart zal op zich niet leiden tot verbeterde behandeling door de huisarts, zij doet afbreuk aan het medebeslissingsrecht van de patiënt, zij biedt geen garantie tot handhaving van de kwaliteit van de behandeling en de innerlijke drijfveer tot verbetering van het niveau van de huisarts zou door het groepsprotectionisme wel eens ongunstig kunnen worden beïnvloed. Tevens geeft de voorgestelde verkorting van de geldigheidsduur van de verwijskaart een aantal extra praktische bezwaren, zij leidt tot een onnodige belasting van de patiënt, de huisarts en de specialist. De kostenverhoging, uitgaande van de toegenomen administratieve rompslomp van huisarts, specialist en ziekenfonds, welke het nieuwe systeem ongetwijfeld met zich meebrengt, zal niet onaanzienlijk zijn. Het aan het verhaal van collega Leerling ten grondslag liggende streven, namelijk de patiënt dient niet door de specialist te worden behandeld als dit evengoed door de huisarts kan, is juist. Zijn overtuiging dat verschuiving naar het eerste echelon met een kostenverlaging gepaard zal gaan, helpen wij hem hopen; zijn aangegeven weg tot het bereiken van zijn doel dient echter om de hierboven weergegeven redenen ernstig te worden ontraden.

Regionale nascholing voor huisartsen

Tien jaar Commissie Nascholing Limburg

De nascholing voor huisartsen is de laatste jaren sterk in beweging. Verschillende factoren zijn hiervoor verantwoordelijk. Enerzijds kan verwezen worden naar de snelle ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde, de toenemende specialisatie van de geneeskunde in het algemeen en de veranderende eisen die mede daardoor aan medische beroepsbeoefenaren worden gesteld. Anderzijds zijn ook verschuivingen op het gebied van het onderwijs merkbaar: de artsopleiding is een opleiding tot basisarts geworden, waarna ook voor de huisartsgeneeskunde een specialisatie volgt. Binnen het onderwijs speelt voorts meer en meer een rol dat men een arts in opleiding niet meer de kennis en vaardigheden kan bijbrengen waarmee deze zijn gehele loopbaan zal toekunnen. De noodzaak tot nascholing wordt dan ook reeds in de opleiding benadrukt. Het toenemend belang dat gehecht wordt aan nascholing wordt ook zichtbaar in een zeker streven naar regulering en professionalisering in de nascholing. Hierbij kan worden gewezen op de opzet en doelstellingen van de Stichting Nascholing Huisartsen, die met name de nascholingsactiviteiten van de huisartsen zelf centraal overkoepelt en tracht te ondersteunen (Schipper, 1977), de Regeling van het Postacademisch Onderwijs (1977), waarin de minister van Onderwijs aan de universiteiten een centrale toekomstige rol toebedeelt bij de organisatie van nascholingsactiviteiten en het Tweede Interimrapport Postacademisch Onderwijs Geneeskunde (Overlegorgaan PAOG, 1977), waarin in het licht van de ontwikkelingen structuren en plannen worden geschetst voor de nascholing van

door **Peter A. J. Bouhuijs,**
Adam J. M. H. Lagro
en **Joep P. Jansma**

De eerste auteur is onderwijskundige, de beide laatsten zijn huisartsen. Allen zijn nauw betrokken bij de werkzaamheden van de Commissie Nascholing Limburg (CNL), respectievelijk als adviseur, als voorzitter en als lid.

huisartsen in de toekomst.

De auteurs willen trachten vanuit tien jaar ervaring met de regionale nascholing in Limburg de taak en functie van de regionale nascholing te verhelderen en het belang van de regionale nascholing te bepleiten.

Cursussen

In het voorjaar van 1968 werd met steun van de industrie een nascholingscommissie van huisartsen gevormd. In 1971 werd deze commissie omgezet in de officiële Commissie Nascholing Limburg (CNL) van district XI van de LHV. Sinds 1974 maken enkele hoogleraren en stafleden van de Faculteit der Geneeskunde (Maastricht) als ad-hoc leden (adviseurs) deel uit van de commissie.

Vóór 1968 was er in Limburg geen sprake van georganiseerde regionale nascholing voor huisartsen. Men was aangewezen op cursussen elders, zoals Boerhaavecursussen, klinische avonden en informele refereergroepen.

De CNL startte haar activiteiten met het organiseren van een jaarlijkse 'sandwichcursus'. Dit is een cursus, die één dag duurt en op twee achtereenvolgende dagen wordt gehouden, zodat men een beroep kan

doen op onderlinge waarneming in de praktijk. Gemiddeld 50% van de Limburgse huisartsen neemt jaarlijks aan een dergelijke cursus deel. Gezien de geografische situatie van de provincie Limburg mag dit als een belangrijk succes voor deze cursusopzet worden gezien. De toenemende behoefte aan nascholing kan worden afgeleid uit het gegeven dat de frequentie van de sandwichcursus na enige jaren werd verhoogd tot tweemaal per jaar. De onderwerpen zijn vermeld in tabel 1.

Tabel 1. Onderwerpen van CNL-cursussen.

1968	Capita selecta kindergeneeskunde
1969	Capita selecta gynaecologie en verloskunde
1970	Geriatric in de huisartspraktijk
1971	Fysiotherapeut en huisarts Hypertensie Meer armslag voor de huisarts; mogelijkheden door gebruikmaking van röntgen- en laboratoriumfaciliteiten
1972	Problemen met kinderen Enkele aspecten der huidige dermatologie van belang voor de huisarts
1973	Homofilie, probleem van heterofilen? Anticonceptie en kleine sexualogie
1974	Epilepsie Patiënt met lage rugpijn
1975	Praktische neurologie voor de huisarts
1976	Hypertensie, wat doen we ermee? Radiodiagnostiek voor de huisarts (blok cursus)
1977	Capita selecta kindergeneeskunde Voorschrijfgedrag
1978	Capita selecta geneeskunde

In 1976 werd voor het eerst een ander type cursus geïntroduceerd, namelijk de *blokcursus*. De term 'blokcursus' blijkt niet eenduidig te worden gebruikt. In het Limburgse spraakgebruik van de CNL verstaat men hieronder een cursus die plaatsvindt in de late namiddag en vroege avond, bestemd is voor een groep van ongeveer 20 artsen en gericht is op een probleemgeoriënteerde benadering van een onderwerp. Een dergelijke cursus kan enkele malen worden herhaald.

De CNL heeft vanaf het begin getracht de nascholing voor huisartsen op een onafhankelijke wijze te organiseren. Deze onafhankelijkheid uit zich op verschillende terreinen. De CNL stelt in overleg met haar achterban de onderwerpen vast en bepaalt zelf de vorm en inhoud van de cursussen. De commissie zoekt zelf de sprekers aan en bepaalt in nauw overleg met hen hun bijdrage aan een cursus. Tenslotte tracht de commissie ook in financieel opzicht een onafhankelijke koers te varen, hetgeen niet inhoudt dat zij geen financiële en organisatorische ondersteuning vanuit de industrie, de ziekenhuizen, de SNH of de universiteiten accepteert.

Evaluatie

De doelstelling van de CNL is het aanbieden van nascholingscursussen in Limburg die van belang mogen worden geacht voor een goede beroepsuitoefening als huisarts. Het zal duidelijk zijn dat de commissie niet de enige instantie is die dit doel voor ogen heeft: er zijn cursussen die landelijk worden georganiseerd, sub-regionale en plaatselijke activiteiten, cursussen van de industrie en van universiteiten, etc. De vraag die de commissie zich in de afgelopen jaren steeds vaker heeft gesteld is: wat is de huidige bijdrage van de CNL aan de nascholing van huisartsen in Limburg en wat zou die bijdrage kunnen worden? In eerste instantie is getracht de vraag te beantwoorden door de cursussen te evalueren.

In 1976 werd aan de deelnemers van de hypertensie cursus na afloop een vragenlijst toegestuurd (Bouhuijs 1976). Ongeveer 50% stuurde de vragenlijst ingevuld terug. De antwoorden met betrekking tot een

Tabel 2. Belangstelling voor een aantal cursusvormen (1976); N = 105).

Ik prefereer voortzetting van de huidige sandwichcursussen op twee opeenvolgende dagen	94%
Ik heb belangstelling voor blokcursussen, dat wil zeggen cursussen over afgebakende onderwerpen, te houden met een kleine groep (15-20 deelnemers) in mijn omgeving	75%
Ik heb belangstelling voor een meerdaagse cursus van bijvoorbeeld 5 dagen, waarbij een groep van ongeveer 20 deelnemers zichzelf schoolt onder deskundige leiding (zogenaamde Warffum-cursus)	36%

Tabel 3. Evaluatie cursus voorschrijfgedrag (N = 140).

	eens	oneens
De discussie in de groep was volgens mij eerder verwarrend dan verhelderend	89%	
Ik vond de discussieleider van mijn groep goed	93%	
Ik heb weinig reden om mijn eigen voorschrijfgedrag te wijzigen	26%	
Ik vind dat je in deze cursus weinig leert	83%	
De opzet van deze cursus (kleine groepen, deskundigen op afroep, lezingen en forum) lijkt mij ook voor andere onderwerpen in de toekomst aan te bevelen ...	89%	

voorkeur voor bepaalde cursusvormen vindt men in tabel 2. Wanneer men deze voorkeuren legt naast het gegeven uit het Tweede Interimrapport PAOG (1977) dat in de drie noordelijke provincies ongeveer 80% van de huisartsen éénmaal per jaar een Warffumcursus volgt, dan zal het duidelijk zijn dat 'gewenning' aan een bepaalde cursusvorm een belangrijke factor is bij het uitspreken van een voorkeur. Gezien de werksituatie van de huisarts is dit niet zo vreemd: men raakt gewend aan bepaalde organisatorische maatregelen, die een huisarts noodzakelijkerwijs moet nemen om naar een nascholingscursus te kunnen gaan; een verandering van cursusopzet betekent vaak ook dat er nieuwe afspraken moeten worden gemaakt. Hoewel de voorkeur voor de 'sandwichcursus' vrij duidelijk is, bleek uit hetzelfde onderzoek dat er geen langdurige vermeerdering van feitenkennis op het gebied van een aantal behandelde cursusononderwerpen aantoonbaar was bij de huisartsen die de cursus hadden gevolgd. Dergelijke resultaten impliceren niet, dat een dergelijke cursus geen zin heeft gehad: het uitwisselen van ervaringen en het bevorderen van het

onderling contact kunnen een positieve uitwerking op de praktijkvoering hebben, zonder dat dit in een kennistoets naar voren komt. Wanneer nascholing echter eveneens beoogt het opfrissen van kennis en vaardigheden, het opnemen van nieuwe kennis en vaardigheden, etc., dan blijkt een dergelijke cursusvorm niet intensief genoeg om dat doel te bereiken.

De uitkomsten van dit onderzoek leidden er in de eerste plaats toe dat pogingen werden ondernomen om de 'sandwichcursus' een *actiever* karakter te geven. De cursus 'Voorschrijfgedrag' kan hierbij als voorbeeld worden genomen. De basisopzet was als volgt: De deelnemers vulden 's morgens eerst 10 recepten in voor een tiental papieren patiënten. Na een inleiding over verschillen in voorschrijfgedrag tussen verschillende categorieën artsen gingen de deelnemers in groepen van ongeveer 10 personen uiteen.

Iedere groep werd geleid door een huisarts-discussieleider, die beschikte over een informatiemap waarin de meest actuele gezichtspunten ten aanzien van de discussieproblemen waren verwerkt en die aan een

voorbereidingsavond had deelgenomen om zijn rol als gespreksleider goed te kunnen vervullen. Iedere groep beschikte voorts over een medisch student, die als secretaris functioneerde. Een aantal apothekers en twee medewerkers van het Nijmeegs Huisartsen Instituut traden op als consulent voor de groepen. De groepszittingen werden gevolgd door een forumdiscussie waarin een aantal algemene problemen nogmaals aan bod konden komen. De dag werd afgesloten met een lezing over interactie van geneesmiddelen. Uit de evaluatiegegevens (*tabel 3* op vorige blz.) blijkt, dat 83% van de respondenten vindt dat je op deze manier iets kunt leren; een kwart van de deelnemers ziet in de cursus aanleiding iets aan zijn voorschrijfgedrag te veranderen. Ook het werken in groepen wordt duidelijk gewaardeerd: ongeveer 90% vindt de discussies helder, waardeert de groepsleider en vindt de cursusopzet geschikt voor andere onderwerpen.

Een andere verlevendiging van de cursus werd toegepast in de cursus 'Capita Selecta' 1978, waar de mogelijkheid bestond in de (verlengde) lunchpauze een aantal videobanden te bekijken. Meer dan 80% van de aanwezigen was van mening dat dit een bruikbaar element voor nascholing kan zijn. Voorts wordt er bij de cursusopzet op gelet dat de onderwerpen patiëntgeoriënteerd worden behandeld en dat voor de huisarts relevante gezichtspunten aan de orde komen.

Regionale nascholingssituatie

Uit het voorgaande zal duidelijk zijn dat de 'sandwichcursus' in Limburg de komende jaren gehandhaafd zal blijven als nascholingsvorm. De CNL wil zich echter niet beperken tot deze cursusvorm. *Alternatieven* zijn er legio, de vraag is echter hoe de feitelijke belangstelling voor andere cursusvormen is én in hoeverre de Limburgse huisartsen reeds aan andere vormen van nascholing doen. In Nederland bestaat er op dit laatste punt geen bruikbaar cijfermateriaal. Het Tweede Interimrapport bevat zeer globale en summier gegevens over de nascholingsactiviteiten van huisartsen.

Om enig inzicht in de regionale nascholingssituatie te krijgen heeft de CNL de deelnemers aan de cursus 'Capita Selecta' 1978 verzocht een aantal vragen over dit onderwerp te beantwoorden.

De eerste vraag was er op gericht een inzicht te krijgen in de samenstelling van de cursusdeelnemers. Gevraagd werd welke CNL-cursussen tussen 1974 en 1978 werden bezocht. De gegevens hebben betrekking op huisartsen die zich voor 1977 in Limburg gevestigd hebben (147 huisartsen in dit onderzoek). Op basis van de gegeven informatie hebben we drie groepen huisartsen onderscheiden: incidentele deelnemers, de groep die deelneemt aan 1% tot 50% van de cursussen; regelmatige deelnemers, degenen die 50-75% van de cursussen bijwonen; en vaste deelnemers, de groep die aan meer dan 75% van de cursussen deelneemt.

In *tabel 4* staat vermeld hoe groot het percentage onderzochte huisartsen in elk der groepen is.

Tabel 4. Deelname aan CNL-cursussen in onderzoeksgroep (N = 147).

incidentele deelnemers CNL	16%
regelmatige deelnemers CNL	37%
vaste deelnemers CNL	47%

Aangezien de in dit onderzoek ondervraagde huisartsen ongeveer 45% van het totaal aantal Limburgse huisartsen vormen, wordt hiermee geen totaalbeeld voor Limburg gegeven.

Wel kan door vergelijking van de inschrijvingscijfers van de diverse cursussen en de gerapporteerde deelnamecijfers van de onderzochte groep worden *geschat* in hoeverre de in totaal ongeveer 340 Limburgse

huisartsen deelnemen aan CNL-cursussen.

In *tabel 5* zijn voor een drietal cursussen de aantallen deelnemende Limburgse huisartsen vermeld (bij benadering) en het aantal deelnemers dat deel uitmaakt van de onderzochte groep huisartsen. Het verschil tussen deze getallen geeft het aantal huisartsen weer dat wel aan CNL-cursussen deelneemt maar niet in het onderzoek is opgenomen. Ongetwijfeld zal men ook voor de overige cursussen dergelijke verschillen vinden.

De in *tabel 5* gegeven aantallen bevatten geen informatie over het aantal malen dat iemand aan cursussen deelneemt. Wanneer we aannemen dat het grootste deel van de niet-onderzochte deelnemers aan CNL-cursussen tot de categorie incidentele deelnemers dient te worden gerekend, dan zouden we voor het totale aantal Limburgse huisartsen tot de in *tabel 6* weergegeven cijfers komen. Deze gegevens zijn voor de groepen

Tabel 6. Geschatte deelname van alle Limburgse huisartsen aan CNL-cursussen.

niet-deelnemers CNL	25%
incidentele deelnemers CNL	30%
regelmatige deelnemers CNL	25%
vaste deelnemers CNL	20%

regelmatige en vaste deelnemers tamelijk exact, omdat het niet erg waarschijnlijk is dat frequente bezoekers juist bij de cursus waarin het onderzoek plaatsvond verstek hebben laten gaan. De schatting van 25% niet-deelnemers is aan de pessimistische kant; mogelijk is de groep niet-deelnemers kleiner.

Hoewel dergelijke cijfers op zich bruikbaar en zeker bemoedigend zijn,

Tabel 5. Deelname van onderzochte en niet-onderzochte Limburgse huisartsen aan CNL-cursussen.

	totaal huisartsen	huisartsen onderzoeksgroep	huisartsen niet-onderzoeksgroep
cursus hypertensie	190	115	75
cursus kindergeneeskunde	220	120	100
cursus voorschrijfgedrag	140	93	47

is de CNL eveneens geïnteresseerd in de plaats die de CNL-cursussen innemen in het totaal van nascholingsactiviteiten van Limburgse huisartsen. Aan de 147 huisartsen uit de onderzoeksgroep werd gevraagd hoeveel tijd zij in 1977 gemiddeld wekelijks aan zelfstudie besteedden, hoe vaak ze deelnamen aan klinische avonden in ziekenhuizen, cursussen van de farmaceutische industrie, aan nascholingscursussen buiten de regio, aan refereergroepen, Balintgroepen etc. en aan andere nascholingsactiviteiten. In tabel 7 zijn deze gegevens omgewerkt tot het aantal uren dat in 1977 aan nascholing is besteed.

De gerapporteerde getallen zijn schattingen, die gebaseerd zijn op het door de huisartsen ingevulde formulier. De zelfstudietijd per jaar is gebaseerd op het weekgemiddelde vermenigdvuldigd met 40; dit als correctie voor overschatting. Ten einde een schatting te kunnen maken van de tijd, besteed aan andere nascholingsactiviteiten, zijn wij ervan uitgegaan dat een klinische avond, refereergroep etc. 3 uur in beslag neemt en een cursus buiten de regio 6 uur.

Naast de totaalcijfers zijn de cijfers ook uitgesplitst naar minder of meer regelmatige deelname aan CNL-cursussen.

Het opvallende is, dat er weinig verschil is: wie weinig naar CNL-cursussen gaat, besteedt in totaal niet minder tijd aan nascholing dan een collega die regelmatig gaat. Wel zien we een lichte trend, dat mensen die vaak naar CNL-cursussen gaan ook meer tijd besteden aan andere vormen van georganiseerde nascholing.

Op grond van onze eerdere schattingen zou dit beeld van de nascholingsactiviteiten op ongeveer 75% van de Limburgse huisartsen van toepassing zijn. Dit betekent uiteraard niet dat mag worden geconcludeerd dat 25% van de Limburgse huisartsen niets aan nascholing doet; wij kunnen echter niet aangeven in hoeverre deze groep iets aan nascholing doet. Een tweede kanttekening is dat tijd die wordt besteed aan nascholing niet zonder meer hoeft te leiden tot het verlenen van betere zorg; om die relatie vast te stellen zal onderzoek naar de feitelijke zorgverlening noodzakelijk zijn.

Tabel 7. Geschatte tijd besteed aan nascholingsactiviteiten in 1977 in uren per jaar (N = 145).

	zelfstudie	niet-CNL-cursussen	totale nascholing (incl. CNL)
totale onderzoeksgroep	165 uur	40 uur	213 uur
incidentele deelnemers CNL	184 uur	35 uur	222 uur
regelmatige deelnemers CNL	152 uur	38 uur	196 uur
vaste deelnemers CNL	172 uur	44 uur	226 uur

Conclusies

Wat kan uit bovenstaande cijfers worden geconcludeerd?

Wanneer we ervan uitgaan, dat deze gegevens indicatief zijn voor een belangrijk deel van de Limburgse huisartsen, dan lijkt het erop dat in kwantitatief opzicht voldoende tijd wordt besteed aan nascholing. Het Tweede Interimrapport PAOG hanteert als wenselijkheid 100-200 uur per jaar. Ook het gehanteerde minimum van één week georganiseerde nascholing per jaar wordt ruimschoots gehaald. De vraag is dan ook of de weg die het Tweede Interimrapport wijst, namelijk dat iedere huisarts jaarlijks één week naar een Warffumcursus zal moeten gaan, een realistische is. Alle respondenten in ons onderzoek blijken in 1977 één of meermalen aan een klinische avond, refereergroep, cursus van de farmaceutische industrie of een nascholingscursus buiten de regio te hebben deelgenomen. Het valt te verwachten dat het totaal aantal uren dat men aan georganiseerde nascholing wil besteden niet sterk zal toenemen: het organiseren van Warffumcursussen op grote schaal zal óf niet slagen óf ten koste gaan van andere vormen van georganiseerde nascholing. Gezien de hoge kosten van de Warffumcursus en de organisatorische problemen voor de deelnemende huisartsen lijkt een herbezinning op dit uitgangspunt op zijn plaats. Bovendien kan men zich afvragen in hoeverre het verstandig is 'nascholing' gelijk te stellen aan 'georganiseerde 'nascholingscursussen'.

Een heroriëntatie op het gebied van de nascholing zou kunnen starten vanuit het basisgegeven dat een huisarts jaarlijks ongeveer 200 uur beschikbaar maakt voor het bijhouden van zijn vakgebied. Deze tijd kan hij in principe besteden aan een drietal

activiteiten:

1. zelfstudie;
2. referentiegroepen in de directe omgeving;
3. georganiseerde nascholingscursussen in allerlei variaties.

Zelfstudie blijkt, qua tijd, de belangrijkste activiteit. Dat is op zich niet verwonderlijk: zelfstudie is zeer flexibel, er treedt weinig tijdverlies op, zelfstudie kan maximaal op de behoefte van het individu worden afgestemd en is betrekkelijk goedkoop. Daar staat tegenover dat het onbreken van een externe stimulans tot verminderde aandacht kan leiden. Voorts ervaren veel huisartsen het als een probleem dat ze niet precies weten welke informatie ze moeten selecteren.

De kleine groep in de onmiddellijke omgeving biedt de mogelijkheid om dagelijkse praktijkproblemen en lokale situaties met collega's te bespreken en samenwerkingsaspecten te betrekken in de leersituatie. Ook hier treedt betrekkelijk weinig tijdverlies op en zijn de kosten laag. Kleine groepen vereisen wel een sterke persoonlijke inzet om de activiteiten niet te laten verwateren. Voorts kan het gebrek aan gestructureerd leermateriaal een belemmering vormen voor het functioneren op langere termijn. Cursussen hebben als duidelijke voordelen de beschikbaarheid van deskundigen, de snelle disseminatie van nieuwe kennis en inzichten en de mogelijkheid om de veelheid van ontwikkelingen op een vakgebied op een duidelijke wijze aan de orde te stellen.

Daartegenover staat dat een cursus veel minder kan inspelen op persoonlijke voorkeuren en behoeften, er treedt vaak meer tijdverlies op, het brengt voor de deelnemers vaak meer organisatie met zich mee ten aanzien van vervanging

en cursussen kosten meer geld.

Gezien de organisatorische en financiële voordelen én het gegeven dat zelfstudie reeds een belangrijke activiteit is zou met name de zelfstudie en het werken in referentiegroepen etc. dienen te worden bevorderd. Als *taken voor de georganiseerde nascholing* komen dan naar voren:

1. het verzorgen van cursussen over nieuwe ontwikkelingen op het vakgebied;
2. het bevorderen van zelfstudie en van het werken in informele groepen door ondersteunende activiteiten.

Die ondersteunende activiteiten zouden eruit kunnen bestaan dat een cursus van kortere of langere duur ondersteund wordt door materiaal voor zelfstudie of groepswork. Naast informatie zou ook materiaal voor zelftoetsing ter beschikking dienen te worden gesteld. Daarnaast zouden cursussen kunnen worden georganiseerd die als belangrijkste doelstelling hebben het bevorderen van zelfwerkzaamheid (wat zijn mijn tekorten?, welke informatie heb ik nodig om dit aan te vullen?, op welk tijdstip ga ik waaraan werken?).

De georganiseerde nascholing zou naar de mening van de auteurs nadrukkelijk een *regionale verantwoordelijkheid* moeten zijn. Het op het eerste gezicht uit efficiëntie-overwegingen aantrekkelijke idee van een landelijke programmering heeft duidelijke nadelen. Allereerst zal een landelijke programmering vertrekken vanuit een foutief uitgangspunt, namelijk het programmeren om dé tekorten op te heffen. Ten tweede zal de lijn producent-consument te lang zijn en de betrokkenheid en de eigen verantwoordelijkheid van de huisarts voor zijn nascholing beperken. Dit laatste zal het bovendien moeilijk maken toe te komen aan een belangrijke finale doelstelling van nascholing, namelijk nascholing op basis van *aangetoonde lacunes* in kennis en vaardigheden. De relatie tussen enigerlei vorm van toetsing en nascholing kan alleen worden gelegd wanneer de condities daarvoor op lokaal niveau worden geschapen en de huisartsen zelf het belang daarvan

onderkennen. Betrokkenheid bij en verantwoordelijkheid voor nascholing zijn daarvoor noodzakelijke condities. De CNL zal de komende jaren trachten te werken vanuit de hier geformuleerde ideeën. De concrete plannen houden onder meer in:

- De sandwichcursus zal tweemaal per jaar worden gecontinueerd, waarbij eenmaal per jaar nieuwe ontwikkelingen in de geneeskunde worden geboden en de andere keer een algemeen thema.
- Er zullen nieuwe probleemgeoriënteerde blokcursussen worden georganiseerd.
- In april 1979 zal voor het eerst een Warffumcursus voor 2×20 deelnemers worden georganiseerd, waarbij het bevorderen van zelfstudie en zelftoetsing een belangrijke doelstelling zal zijn.
- In samenwerking met de Faculteit der Geneeskunde in Maastricht zal een cursus voor gespreksleiders (tutoren) van lokale nascholingsgroepen worden georganiseerd.
- Voorts wordt met de faculteit gezocht naar mogelijkheden om universitaire voorzieningen zoals

videobanden, vaardigheidstrainingen etc. beschikbaar te stellen voor nascholing.

- Tenslotte zal de CNL functioneren als coördinatiepunt voor in Limburg te organiseren nascholingsactiviteiten voor huisartsen. In die functie is zij ook beschikbaar om suggesties en adviezen te geven aan lokale nascholingsgroepen.

Wanneer de CNL verdere professionele versterking krijgt van een regionale nascholingscoördinator, zullen ook de in dit artikel genoemde andere suggesties verder op hun bruikbaarheid worden getest.

Literatuur

- P. A. J. Bouhuijs, Evaluatie-onderzoek CNL-cursus 'Hypertensie, wat doen we ermee?' Rapport Rijksuniversiteit Limburg, 1976.
- G. A. Schipper, Nascholing huisartsen; droom en werkelijkheid. Medisch Contact 1977, 32, 945-946.
- Regeling van het Postacademisch Onderwijs. Staatsuitgeverij, 1977.
- Tweede Interimrapport Postacademisch Onderwijs Geneeskunde: Overlegorgaan PAOG, 1977.

‘DOELSTELLINGEN’-SERIE GEBUNDELD

De indertijd verschenen gebundelde uitgave van alle artikelen die in de serie ‘Doelstellingen van de gezondheidszorg’ in Medisch Contact werden gepubliceerd zijn – in tegenstelling tot andersluidende eerdere berichten – nog steeds verkrijgbaar.

Stof voor deze bundel leverden: Prof. Dr. J. P. Kuiper, Dr. J. van Mansvelt, Dr. L. Th. S. Kortbeek, Dr. Y. van der Wielen, Dr. J. T. Buma, Prof. Dr. G. A. Lindeboom, Prof. Dr. H. H. W. Hogerzeil, Prof. Dr. H. J. J. Leenen, Prof. Dr. A. G. M. van Melsen, Prof. Dr. R. L. Zielhuis, Dr. H. Festen, Prof. Dr. H. J. Dokter/Dr. H. Ph. Milikowski, Drs. A. Chr. J. Brand en Dr. P. Siderius.

Belangstellenden voor deze doelstellingenbundel waarvan de kosten (incl. verzending) f 8,50 bedragen verzoeken wij hun interesse kenbaar te maken door overmaking van dit bedrag op postgironummer 58083 der KNMG of op de AMRO-bank, rekeningnummer 45.64.48.969.

Klacht tegen chirurg terecht afgewezen

Het Centraal Medisch Tuchtcollege heeft de navolgende beslissing gegeven inzake *A.* wonende te *X*, klager; tegen *B.* chirurg, wonende te *Y*, arts over wie is geklaagd.

Het Centraal Medisch Tuchtcollege;
Gezien de stukken;
Gehoord partijen;

Overwegende

dat klager zich bij schriftuur van zijn raadsman, ingekomen op 10 maart 1976, heeft gewend tot het College in Eerste Aanleg te *X* met een klacht zakelijk luidende, dat de arts over wie is geklaagd klagers zoon, die als fietser door een auto was aangereden en met een hersenschudding in een ziekenhuis werd opgenomen, heeft onderzocht en behandeld zonder een neuroloog in consult te nemen en zonder een EEG te laten vervaardigen, als gevolg waarvan de genezing van de patiënt is vertraagd; dat het College in Eerste Aanleg deze klacht bij beslissing van 19 januari 1977 als ongegrond heeft afgewezen, van welke beslissing klager op 23 februari 1977 een afschrift heeft ontvangen (zie bijlage *Red. MC*); dat de beslissing waarvan beroep aan deze beslissing wordt gehecht en de inhoud daarvan als hier ter plaatse ingelast beschouwd kan worden; dat klager bij een op 22 maart 1977 ingekomen schrijven – en mitsdien tijdig – van deze beslissing in beroep is gekomen;

Overwegende

dat het onderzoek in hoger beroep niet heeft geleid tot de vaststelling van andere feiten of tot andere gevolgtrekkingen dan die vervat in de beslissing waarvan beroep;
dat het Centraal College aan de overwegingen van het College in

Eerste Aanleg – welke hier als overgenomen beschouwd kunnen worden – wenst toe te voegen, dat het van mening is, dat het wenselijk is dat in ziekenhuizen, welke geregeld patiënten met een schedeltrauma opnemen, casu quo ter beoordeling aangeboden krijgen, de mogelijkheid bestaat van een neurologische expertise als onderdeel van het totaal te verrichten initiële onderzoek; dat het Centraal College van oordeel is, dat met het oog op de bovenstaande overweging publikatie van deze beslissing alsmede van die van het College in Eerste Aanleg om redenen aan het algemeen belang ontleend gewenst is in voege als hieronder te vermelden;

Overwegende

dat beslist dient te worden als volgt:
rechtdoende in hoger beroep
verwerpt het beroep;
bevestigt de beslissing waarvan beroep;

Bijlage

Het College voor de beslissing in Eerste Aanleg in zaken van het Medisch Tuchtrecht en Medische Geschillen te 's-Gravenhage heeft op woensdag 19 januari 1977 de navolgende uitspraak gedaan inzake de klacht van: *A.* wonende te *X*, klager; tegen *B.* chirurg, wonende te *Y*, de persoon over wie geklaagd wordt, hierna te noemen 'de chirurg'.
Het College voor het Medisch Tuchtrecht in Eerste Aanleg te *X*;
Gezien de stukken van het geding;
Gehoord ter zitting van 19 januari 1977 klager en diens raadsman, alsmede de chirurg;

Overwegende

1. De klacht behelst, zakelijk

bepaalt dat deze beslissing alsmede de beslissing waarvan beroep met inachtneming van het bepaalde in artikel 13b van de Medische Tuchtwet en op de wijze als voorgeschreven in artikel 63 van het Reglement Medisch Tuchtrecht en Oplossing Geschillen wordt toegezonden aan het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne ter plaatsing in de Nederlandse Staatscourant en aan Medisch Contact, het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht Aldus gegeven in Raadkamer op 24 november 1977 door de heren: Mr. R. Prins, plv. voorzitter; W. Hoekstra, G. J. Noome, J. A. de Jong en Prof. Dr. S. A. de Lange, leden-geneeskundigen; in tegenwoordigheid van Mr. P. Mout, secretaris; en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 26 januari 1978 door Jhr. Mr. P. J. W. de Brauw, voorzitter, in tegenwoordigheid van de secretaris.

weergegeven, het volgende: Op vrijdag, 19 september 1975 is de toen 15-jarige zoon van klager, op de fiets door een auto aangereden, met grote kracht op het wegdek gevallen, bewusteloos geraakt en gewond aan zijn hoofd. Een passerende marine-arts zou strekkrampen geconstateerd hebben en van mening geweest zijn, mede door oogcontrole, dat waarschijnlijk zwaar hersenletsel was toegebracht. Ongeveer 20 minuten na het ongeval is het slachtoffer, nog steeds bewusteloos, naar ziekenhuis *C* vervoerd. Daar werd de jongen onderzocht door de arts *D.* assistent van de chirurg, die tot de conclusie kwam dat er sprake was van een lichte hersenschudding. Hoewel opname strikt genomen niet noodzakelijk werd

geoordeeld, is de patiënt toch opgenomen en ontslagen op zaterdag 27 september 1975. Patiënt had tijdens de opname veel last van licht en geluid. Bij het ontslag bleek noch de chirurg, noch een assistent, noch een hoofdzuster voor het geven van uitleg en instructies beschikbaar. Noch bij het eerste onderzoek, noch later is een neuroloog ingeschakeld; een EEG-onderzoek is evenmin ingesteld. Na thuiskomst is de jongen verwezen naar een neuroloog, die zou hebben geconstateerd, dat niet slechts van een hersenschudding sprake was, maar van een contusio cerebri met capillaire bloeding. Op 9 maart 1976 – de datering van het klaagschrift – was de jongen nog onder behandeling van deze neuroloog.

De klacht richt zich in het bijzonder tegen het feit, dat onderzoek en behandeling hebben plaatsgevonden zonder inschakeling van een neuroloog en zonder EEG-onderzoek, waardoor, aldus klager, de genezing van de patiënt tenminste op ernstige wijze is vertraagd.

2. Uit de stukken en het behandelde ter terechtzitting is gebleken, dat de jongen na binnenkomst in het ziekenhuis bij bewustzijn was, gedegen is onderzocht, dat geen neurologische of andere afwijkingen werden gevonden en dat zich na de opname geen veranderingen ten ongunste hebben voorgedaan. Onder deze omstandigheden mocht de diagnose 'lichte commotio cerebri' gesteld worden en was

inschakeling van een neuroloog en een EEG-onderzoek niet noodzakelijk. Daaraan doet niet af, dat de na thuiskomst van de jongen door zijn vader ingeschakelde neuroloog tot de conclusie kwam (zoals blijkt uit diens brief van 30 juni 1976) dat er sprake was van een lichte contusio cerebri. Ook indien dat al in het ziekenhuis bekend zou zijn geweest – de grens tussen een lichte commotio en een lichte contusio is overigens vaag – zou de behandeling niet anders zijn geweest. Onjuist is dan ook de stelling van klager, dat de genezing van de patiënt tenminste op ernstige wijze is vertraagd, nu in het ziekenhuis geen neuroloog is ingeschakeld.

3. Hoewel het van algemene bekendheid

Secretarissen districtsraden

district	afdeling	naam en adres	district	afdeling	naam en adres
I	Amsterdam	Dr. H. W. Whitton Hodenpijkade 26 1058 LX Amsterdam	XI	Maastricht en O. Heerlen en O. Sittard/Geleen Midden Limburg Noord Limburg	Dr. F. P. Stapert Vijverweg 6 6133 AN Sittard
II	Haarlem en O. Haarlemmermeer en O. Kennemerland	J. D. Kaan, arts Oosteinderweg 226 1432 BA Aalsmeer	XII	Utrecht en O. Vecht en O. Woerden en O.	J. Laarman, arts Strausslaan 6 3723 JN Bilthoven
III	Alkmaar en O. Den Helder en O. Purmerend en O. West-Friesland Zaanland	Dr. H. L. Hoekstra Metiusstraat 19 1815 HN Alkmaar	XIII	Amersfoort en O. Gooi en Eemland	J. J. Hendriks, arts Papaverstraat 24 1402 CW Bussum
IV	's-Gravenhage en O. Westland	E. van Luijt, arts Groen v. Prinstererlaan 99 2555 HM 's-Gravenhage	XIV	Arnhem en O. Nijmegen en O. Tiel en O. Wageningen en O. Oude IJssel	J. W. E. P. Versteeg, arts Diepenbroocklaan 16 6815 AJ Arnhem
V	Leiden en O. Alphen en O. Gouda en O. Delft en O.	Mw. A. R. Smit, arts v. Slingelandtlaan 11 2334 CB Leiden	XV	Apeldoorn en O. Zutphen en O. Slingeland	A. J. Geerlink, arts Rijksweg 71 7231 AC Warnsveld
VI	Rotterdam en O. Schiedam en O. Voorne Putten/Rozenburg	H. L. v. Amerongen Mathenesserlaan 333 3023 GA Rotterdam	XVI	Zwolle en O. Deventer en O. Emmeloord en O.	L. C. A. v.d. Harst, arts Ter Pelkwijkpark 13 ^{II} 8011 SG Zwolle
VII	Dordrecht en o. Gorinchem en O. IJssel Nrd./Alblas Lek Zuidholl. Eilanden Goeree en Overflakkee	A. Binnerts, arts Vrieseweg 86 3311 NZ Dordrecht	XVII	Almelo en O. Enschede en O. Midden Twente	Th. Franssens, arts Leemhof 24 7531 AP Enschede
VIII	Walcheren Zeeuws-Vlaanderen O. Zeeuws-Vlaanderen W. Schouwen-Duiveland Zuid- en Noord-Beveland	Mw. M. J. v.d. Vooren, arts Seislaan 10 4333 GX Middelburg	XVIII	Assen en O. Drenthe Z.O. hoek Meppel en O.	J. H. M. van Buchem, arts Nic. Beetslaan 22 9405 BD Assen
IX	Breda en O. Bergen op Zoom/ Rosendaal en O. Tilburg en O.	D. v.d. Wetering, arts Parkstraat 16 4818 SJ Breda	XIX	Friesland Noord Friesland Oost Friesland Z.W. hoek Heerenveen en O.	J. Trommel, arts Stinsweg 6 9269 TE Veenwouden
X	's Hertogenbosch en O. Eindhoven en O. Helmond en O.	Dr. J. v.d. Hoeven Pauwlaan 6 5613 CH Eindhoven	XX	Groningen en O. Hunsingo, Fivelingo Westerkwartier Oostelijk Groningen	J. Baarveld, arts Händellaan 20 9722 JX Groningen

is, dat er na een commotio of een contusio soms nog geruime tijd klachten blijven bestaan, ware het wenselijk geweest, dat op de dag van ontslag of daarvoor op de mogelijkheid van die klachten en op inschakeling van de huisarts ware gewezen. Niet is gebleken namelijk, dat dit in casu is gebeurd. Het College acht dit punt echter niet van zodanig gewicht, dat dit een tuchtmaatregel zou rechtvaardigen, nog afgezien van de vraag of in casu de chirurg voor het nalaten van die mededelingen wel aansprakelijk is.

4. Ter zitting is ook nog geklaagd over het feit, dat de chirurg in een telefoongesprek met klager geweigerd zou hebben deze te ontvangen. Vast staat, dat de chirurg klager telefonisch inlichtingen heeft verschaft over de toestand van zijn zoon en dat klager ook enige malen telefonisch te woord is gestaan door de assistent van de chirurg. Onder deze omstandigheden mocht de chirurg er terecht vanuit gaan, dat een verder gesprek geen zin had, ook al heeft de chirurg toegegeven, dat het, achteraf gezien, wellicht beter geweest zou zijn om klager te ontvangen voor een persoonlijk gesprek.

5. Naar uit al het vorenstaande volgt, dient de klacht te worden afgewezen.

Rechtdoende in naam der Koningin:

Wijst de klacht af.

Bepaalt dat uit 's Rijks kas aan klager of aan de persoon over wie geklaagd is geen kosten voor hen uit de behandeling der zaak voortvloeiend zullen worden vergoed.

SPORTGENEESKUNDE – Artikelenserie gebundeld

Verschenen is de bundeling van een artikelenserie over sportgeneeskunde, gepubliceerd in de jaargangen 1977-1978 van Medisch Contact. Het betreft een dertigtal beschouwingen over allerlei aspecten van de sportgeneeskunde benaderd vanuit de visie van sportartsen, medische specialisten, paramedici, een socioloog en – geëvalueerd – van de Geneeskundig Inspecteur van de Volksgezondheid voor de Jeugdgezondheidszorg.

Belangstellenden wordt deze bundel toegezonden na overmaking van f 7,50 op gironummer 58083 van de KNMG, Lomanlaan 103 te Utrecht onder vermelding van 'Sportgeneeskunde'.

Aldus gewezen op 19 januari 1977 door Mr. S. F. Kootte, voorzitter; S. M. Lammerts van Bueren en J. K. Pameyer, leden-geneeskundigen; Dr. Y. van der Wielen en Dr. H. F. Heins, plv. leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van de plv. secretaris Mr. P. A. Wackie Eijsten.

Klager, de persoon over wie geklaagd is en de Inspecteur van het Staatstoezicht op de

Volksgezondheid kunnen tegen deze beslissing hoger beroep instellen bij het Centraal Medisch Tuchtcollege. Deze mogelijkheid van hoger beroep staat open gedurende één maand na ontvangst van deze beslissing.

Het tot het Centraal Medisch Tuchtcollege gerichte beroepschrift wordt ingezonden bij de secretaris van het College voor het Medisch Tuchtrecht in Eerste Aanleg.

Uitspraak CAO-Ziekenhuiswezen

Interpretatie artikel 3, lid 2 sub d, e

De Interpretatiecommissie, bedoeld in artikel 44 van de CAO-Ziekenhuiswezen, heeft:

Gelet op artikel 3, lid 2 sub d en e van het Reglement

Gezien de vraag:

Wat dient te worden verstaan onder de woorden: 'indien geen medische bezwaren bestaan' voorkomend in bovenvermeld artikel?

Overwegende:

Dat door de woorden 'indien geen

medische bezwaren bestaan' een voorwaarde wordt gesteld voor het aangaan van een nieuwe arbeidsovereenkomst telkens voor een jaar, hetzij zonder gebruikmaking van de overbruggingsuitkering hetzij met gebruikmaking daarvan; dat bedoelde voorwaarde is opgenomen zowel met het oog op bescherming van de gezondheidsbelangen van de werknemer als op het belang van de instelling; dat gezien die belangen en de omstandigheid dat een nieuwe arbeidsovereenkomst wordt aangegaan een

geneeskundig onderzoek, als bedoeld in artikel 4 van de CAO, dient plaats te vinden.

Beslist als volgt:

Met de woorden: 'indien geen medische bezwaren bestaan' wordt bedoeld, dat een geneeskundig onderzoek als bedoeld in artikel 4 van de CAO, dient plaats te vinden.

Aldus gegeven te Utrecht, de 12e oktober 1978.

Voorlichting over geslachtsziekten

Effecten van voorlichting over geslachtsziekten via de telefoon op het patiëntenaanbod in Rotterdam

1. Inleiding

In de periode september-december 1976 werd door de afdelingen Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) en Infectieziekten van de GG en GD Rotterdam in nauwe samenwerking met de polikliniek voor Dermatologie van het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt en de Sociaal-Medische Dienst van de Stichting Interkruis Zuid-Holland een experimentele voorlichtingsactie over geslachtsziekte via de telefoon gehouden.

2. Doelstelling en opzet

Het experiment had tot doel de lezers van advertenties voor sexclubs – van wie a priori werd aangenomen dat zij een verhoogd risico lopen op het verkrijgen van een geslachtsziekte – middels een advertentie in de rubriek 'Clubs' van enkele dagbladen te attenderen op het verband tussen wisselend seksueel contact en de kans op geslachtsziekte en te bevorderen dat zij een speciaal telefoonnummer zouden bellen waar via een telefonische beantwoorder nadere informatie werd verstrekt. Tevens werd als doel gesteld dat personen, die naar aanleiding en na kennisneming van de tekst op het voorlichtingsbandje meenden een geslachtsziekte te hebben, zich onder behandeling zouden stellen. Bij de opzet van het project werd ervan uitgegaan dat de informatie over geslachtsziekten continu en gemakkelijk beschikbaar moest zijn en dat men er anoniem kennis van moest kunnen nemen. Bovendien moest de mogelijkheid voor meer persoonlijke informatie

**door Drs. J. H. Schuurman,
Drs. W. F. M. de Haes
en Dr. J. Huisman**

Drs. J. H. Schuurman is socioloog en verbonden aan de afdeling Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding van de GG en GD te Rotterdam. Drs. W. F. M. de Haes is sociaal-psycholoog en verbonden aan de afdeling Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding van de GG en GD te Rotterdam. Dr. J. Huisman is hoofd van de afdeling Infectieziekten en Hygiëne van de GG en GD te Rotterdam.

worden open gehouden voor personen die dit zouden wensen na het beluisteren van het voorlichtingsbandje; daartoe werd aan het eind van het bandje het telefoonnummer vermeld van een verpleegkundige van de Sociaal-Medische Dienst van de Kruisverenigingen. Omwille van de evaluatie werd tijdens de proefperiode alléén de polikliniek van het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt genoemd als behandelsadres. Door het inbouwen van een aantal meetpunten is getracht het effect van de actie zodanig te evalueren dat hieruit conclusies voor verdere activiteiten in dit verband getrokken zouden kunnen worden. De ruimte hier ontbreekt om uitvoerig op de resultaten van dit evaluatie-onderzoek in te gaan; volstaan zal worden met het vermelden van enkele saillante resultaten. Voor meer gedetailleerde gegevens verwijzen wij naar het volledige onderzoeksrapport (Schuurman en de Haes 1977).

3. Enkele resultaten

3.1. Aantal telefoontjes

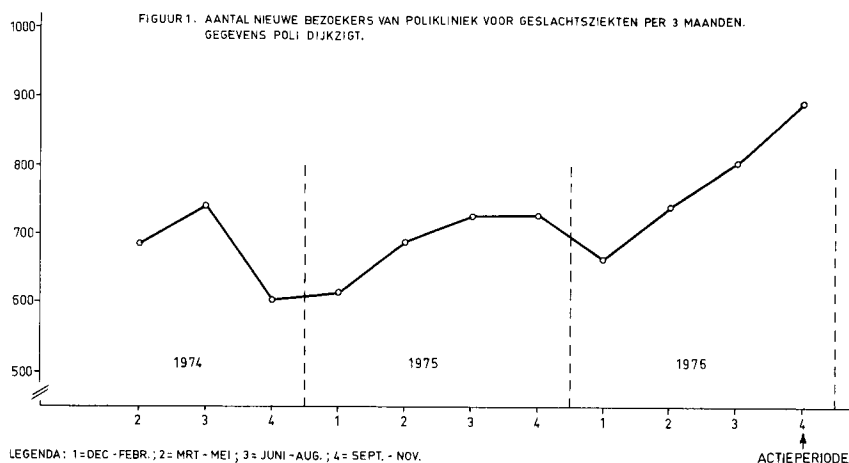
Gedurende 15 weken waarin het telefoonnummer via advertenties werd bekend gemaakt registreerden wij in totaal ruim 72.000 telefoontjes. Dit komt neer op gemiddeld ruim 4800 telefoontjes per week of circa 700 oproepen per etmaal. Op enkele dagen werden pieken geconstateerd van circa 1000 telefoontjes per etmaal. Voor het verwerken van dit grote aanbod van informatievragers waren vier telefonische beantwoorders beschikbaar die in serie waren geschakeld zodat automatisch werd overgeschakeld naar het volgende apparaat als het voorgaande in gesprek was. Gebleken is dat de antwoordapparaten op sommige dagen voortdurend op maximale capaciteit hebben gedraaid, waardoor toch nog niet elke oproeper onmiddellijk de voorlichtingstekst kon beluisteren. Nadat de plaatsing van advertenties was beëindigd, liep het aantal telefoontjes geleidelijk terug tot gemiddeld circa 200 per week. Dit betekent dat vanaf vijf maanden na stopzetting van de advertenties tot op heden (!) het informatienummer nog steeds door een aanzienlijk aantal mensen wordt gebeld zonder dat dit nummer onzerzijds nog bekend wordt gemaakt. Tijdens de proefperiode van 15 weken kwamen bij de verpleegkundige van de Sociaal-Medische Dienst circa 100 telefoontjes binnen van personen die iets meer wilden weten over geslachtsziekten*. In de meeste gevallen werd gebeld naar aanleiding van het bandje. Slechts een klein deel van deze telefoongesprekken beperkte zich tot

de vraag naar informatie. De meeste gesprekken gaan over duidelijk aanwezige klachten, over angst en ongerustheid, over het vermoeden een geslachtsziekte te hebben en over de vraag of men onderzocht kan worden. Hieruit kan worden afgeleid dat de bedoelde taakverdeling tussen enerzijds het anonieme voorlichtingsbandje dat alleen informatie geeft en anderzijds de meer persoonlijk aangereikte informatie via het extra nummer van de verpleegkundige, door wie met name aandacht kan worden besteed aan de emotionele aspecten, door het publiek ook als zodanig is begrepen.

3.2. Invloed op het aantal bezoekers van de polikliniek voor geslachtsziekten

Op zichzelf vormt het aantal telefoontjes weliswaar een eerste punt van evaluatie maar dit is voor ons niet het belangrijkste. Belangrijker is het om te weten of de actie ertoe heeft geleid dat zich meer mensen dan normaal voor geslachtsziekte hebben laten onderzoeken of eventueel behandelen en de verhouding tussen positieve en negatieve uitslagen van het ingestelde (bacteriologisch, respectievelijk serologisch) onderzoek.

Daartoe werden de gegevens van de nieuwe bezoekers van de polikliniek tijdens de actieperiode vergeleken met die uit voorgaande periodes in hetzelfde jaar en enkele jaren daarvoor^{**}. Dit laatste is noodzakelijk in verband met het seizoensgebonden aanbod van patiënten met geslachtsziekte. Deze seizoensgebondenheid uit zich in het



feit dat het aantal patiënten na januari geleidelijk toeneemt, een top bereikt in de zomermaanden en daarna meestal weer daalt.

In 1976 week het beeld tot en met de zomermaanden niet af van voorgaande jaren. In de maanden daarna echter, dat wil zeggen tijdens de actieperiode, treedt er géén daling op in het aantal nieuwe patiënten, doch is er sprake van een *toename* ten opzichte van de zomermaanden. Het is aannemelijk te achten dat de actie heeft geleid tot een extra toename van polikliniekbezoekers van naar schatting 10 à 15% (Figuur 1).

Uit een nadere analyse is gebleken dat de toename in het aantal nieuwe patiënten vooral heeft plaats gevonden onder mannen in de leeftijdsgroep van 30-39 jaar. De voorlichtingsactie heeft dus blijkbaar vooral zijn uitwerking gehad op mannen uit die leeftijdsgroep. Om een oordeel te kunnen uitspreken over het feit of de actie misschien heeft geleid tot een toeloop van overwegend *ongeruste* mensen die bij nader onderzoek géén geslachtsziekte bleken te hebben, is het percentage negatieve onderzoeksuitslagen tijdens de actieperiode vergeleken met die uit voorgaande periodes. Daarbij is vooral gelet op de leeftijdsgroep van 30-39-jarige mannen. Er werden geen aanwijsbare verschillen met voorgaande periodes geconstateerd. Dit betekent dat de voorlichtingsactie *niet* heeft geleid tot een meer dan normale stijging van het aantal personen met negatieve onderzoeksresultaten. Anders gezegd, er werden in de actieperiode naar verhouding evenveel personen met

een geslachtsziekte gezien als anders, namelijk circa 65% van alle bezoekers.

3.3. Invloed op de artspraktijk in Rotterdam en omgeving

Op twee manieren is getracht de invloed van de voorlichtingsactie op de artspraktijk in Rotterdam en omgeving te meten, namelijk rechtstreeks via een retrospectieve enquête onder de Rotterdamse huisartsen, dermatologen en gynaecologen en indirect via een analyse van het aantal gonokokkenkweken op het bacteriologisch-epidemiologisch laboratorium van de GG en GD. Uit de gegevens van de enquête bij de drie artsgroepen komt geen duidelijke toename of afname van nieuwe patiënten met een vermoedelijke geslachtsziekte tijdens de actieperiode naar voren en evenmin een duidelijke verschuiving in de richting van meer positieve of negatieve uitslagen.

De gegevens van het bacteriologisch-epidemiologisch laboratorium van de GG en GD, een van de vier instanties in Rotterdam waar bacteriologisch onderzoek op geslachtsziekten wordt uitgevoerd, laten een ander beeld zien. In dit laboratorium wordt bacteriologisch onderzoek op gonorrhoe verricht voor een vaste kring van huisartsen en specialisten uit Rotterdam en omgeving.

De door ons benutte gegevens hebben betrekking op oude en nieuwe patiënten en staan los van de gegevens van de polikliniek voor geslachtsziekten waarnaar in het voorlichtingsbandje wordt verwezen^{***}. Evenals bij de

* Wij danken mw. L. Gaastra en de heer L. van Wendel-de Joode, verpleegkundigen bij de Sociaal-Medische Dienst van de Stichting Interkruis Zuid-Holland (medisch directeur J. Moor, arts) voor het registreren van de benodigde gegevens;

** Dr. E. Stolz, dermatoloog, hoofd van de polikliniek voor geslachtsziekten van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt voor het beschikbaar stellen van de polikliniekgegevens en mw. M. D. Punt-Hardenberg voor de steun bij het verzamelen van de benodigde gegevens;

*** Dr. J. R. J. Bänffer, hoofd van het bacteriologisch-epidemiologisch laboratorium van de GG en GD - Rotterdam voor het verstrekken van de laboratoriumgegevens.

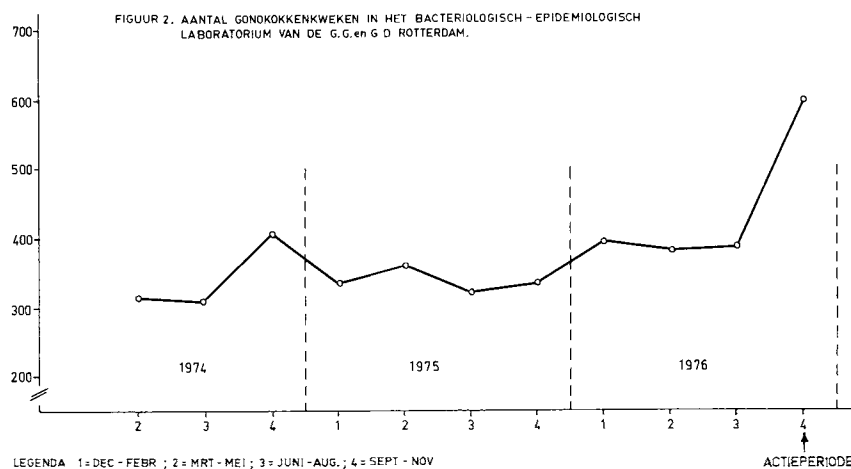
polikliniek zijn de gegevens van het bacteriologisch-epidemiologisch laboratorium tijdens de actieperiode vergeleken met voorgaande periodes en voorgaande jaren (Figuur 2). Ook hier zien we in 1976 tot en met de zomermaanden een zelfde verloop in het aantal gonokokkenkweken als in beide voorgaande jaren. In de laatste maanden van 1976, dat wil zeggen tijdens de actieperiode, constateren we echter een zeer sterke stijging (54%) van het aantal kweken ten opzichte van de zomermaanden, terwijl deze stijging in de beide voorgaande jaren veel minder sterk is (4,3% in 1975 en 34% in 1974). Dit doet vermoeden dat de voorlichtingsactie invloed heeft gehad op het bezoek aan huisartsen en specialisten.

Verder kan nog worden opgemerkt dat de verhouding tussen het percentage positieve en negatieve uitslagen tijdens de actieperiode ook hier niet afwijkt van andere periodes. Blijkens de enquêtegegevens hebben de artsen tijdens de voorlichtingsactie niet opvallend meer patiënten met geslachtsziekte gezien dan anders. Uit de laboratoriumgegevens kan echter worden afgeleid dat er over alle artsen gespreid over het algemeen een hoger aanbod is geweest van patiënten die zich op geslachtsziekte hebben laten onderzoeken.

Dit verschil in uitkomsten menen wij als volgt te kunnen verklaren. Geslachtsziekten komen relatief weinig voor in een doorsnee huisartsenpraktijk; daarom zal een lichte toename in het aanbod van patiënten bij elke individuele arts niet opvallen omdat hij in de regel toch slechts een klein aantal gevallen ziet en dit veelal niet systematisch registreert. Op een centraal informatiepunt echter van waaruit een continue band wordt onderhouden met althans een groot deel van de individuele artsen zal een lichte toename in bijna elke doorsnee artsenpraktijk al vrij snel door een cumulatief-effect zichtbaar worden in de continue verzamelde registratiegegevens.

4. Conclusies

1. De experimentele voorlichtingsactie heeft geleid tot een extra aanbod van patiënten die bij zichzelf een geslachtsziekte vermoeden zonder dat dit gepaard is



gegaan met een meer dan normale toeloop van alleen maar ongeruste mensen. Dit betekent dat deze vorm van voorlichting er toe heeft bijgedragen dat personen die behandlungsbehoefig waren zich eerder onder behandeling hebben gesteld dan wel zich alleen als gevolg van de voorlichting onder behandeling hebben gesteld. In beide gevallen kan worden gesproken van een gunstig effect. Deze vorm van voorlichting die kennelijk in een behoefte voorziet dient dan ook een vaste plaats te krijgen naast andere vormen van voorlichting over geslachtsziekten.

2. Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat naast een anonieme vorm van voorlichting over geslachtsziekten via een voorlichtingsbandje óók behoefte bestaat aan aanvullende, meer persoonlijk gerichte informatie waarin ook aandacht kan worden besteed aan de meer emotionele aspecten van het verkrijgen van een geslachtsziekte. Hieruit kan men concluderen dat dit soort acties alleen zinvol zijn indien in voorlichtingsbandjes rechtstreeks concrete adressen voor opvang en behandeling worden genoemd, adressen die bovendien redelijk gemakkelijk voor de cliënt bereikbaar dienen te zijn. Dit betekent dat deze vorm van geslachtsziektevoorlichting bij voorkeur in regionaal of in grootstedelijk verband moet worden toegepast. Gezien het bovenstaande lijkt een dergelijke activiteit niet geschikt voor toepassing op landelijk niveau vanuit één centraal punt.

3. Hoewel – omwille van de evaluatie – tijdens het experiment slechts één

concreet behandelingsadres werd genoemd, werd zowel op het genoemde adres als indirect bij de huisartsen en specialisten een toename van patiënten met geslachtsziekte waargenomen. Dit is een bevestiging van de gedachte dat de pluriformiteit in behandelingsmogelijkheden (via de huisarts, specialist, vrije polikliniek) zinvol is en als zodanig ook door het publiek wordt gehonoreerd.

4. De voorlichtingsactie heeft weliswaar het aanbod van patiënten met geslachtsziekte verhoogd, maar dit heeft niet merkbaar geleid tot een verstopping van de behandelingskanalen: vooral de huisartsen hebben individueel weinig gemerkt van een toename in het aantal patiënten met geslachtsziekte, terwijl langs indirecte weg werd vastgesteld dat bij de groep als zodanig wel degelijk een toename moet hebben plaatsgevonden. Dit resultaat mag als gunstig worden beoordeeld.

Literatuur

Schuurman, J. H. en W. F. M. de Haes – Voorlichting over geslachtsziekten via de telefoon. Evaluatie van effecten. GG en GD afd. GVO, Rotterdam, december 1977.



officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Dagelijks Bestuur

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

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

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

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

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

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

Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (SBA)

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

van het hoofdbestuur

Kort verslag HB-vergadering dd. 31 oktober 1978

Vrouwenmishandeling

Besloten wordt na te gaan aan de hand van de ervaringen met het instituut van vertrouwensartsen voor de kindermishandeling of een analoge werkwijze nuttig zou kunnen zijn bij de aanpak van het probleem van vrouwenmishandeling.

Wijziging Huishoudelijk Reglement

De voorstellen tot wijziging van hoofdstuk VIII van het Huishoudelijk Reglement, regelend de positie van de maatschappelijke verenigingen, worden aanvaard en zullen ter definitieve vaststelling aan de Algemene Vergadering van 16 maart 1979 worden aangeboden.

Kankerbestrijding

Met het oog op de op 10 november gehouden hoorzitting van de Vaste Commissie voor Volksgezondheid van de Tweede Kamer, wordt beraadslaagd over de tekst van een memorandum, dat vooraf aan de commissie werd aangeboden.

De hoofdbestuurleden Hoencamp en Lubbers vertegenwoordigden de KNMG op de hoorzitting.

Inspraaknota

Naar aanleiding van de Inspraaknota op het ontwerp Tarieven Gezondheidszorg (zie MC nr. 41/1978) is door een werkgroep een concept-reactie opgesteld, waarmee het hoofdbestuur zijn instemming betuigt. Besloten wordt de reactie aan de staatssecretaris aan te bieden en in MC te publiceren (zie MC nr. 45/1978).

Kaderwet Specifiek Welzijn

Besproken wordt een notitie van het secretariaat over de samenhang tussen het ontwerp-Kaderwet Specifiek Welzijn en het wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg. 'Het ligt in de bedoeling deze beide wetsontwerpen meer op elkaar af te stemmen, met name door de mogelijkheid te openen op provinciaal en gemeentelijk niveau te komen tot integrale planning. Besloten wordt te dien aanzien de ontwikkelingen op dit gebied nauwgezet te volgen en opnieuw in bespreking te nemen zodra zich nieuwe feiten voordoen.

Artsen in Argentinië

Besloten wordt op de in november in Manilla te houden bijeenkomst van de World Medical Association veront-rusting kenbaar te maken over de moeilijke positie van de artsen en werkers in aanverwante beroepen in Argentinië.

Kort verslag HB-vergadering dd. 28 november 1978

Motie van de LHV-ledenvergadering van 3 november 1978

Het hoofdbestuur heeft met verbazing kennis genomen van een motie die op de ledenvergadering van de LHV van 3 november j.l. is aangenomen, welke motie met name ingaat op de procedure met betrekking tot de Inspraaknota van de staatssecretaris inzake de wet Tarieven Gezondheidszorg. In deze motie wordt onder meer gesuggereerd dat de KNMG niet duidelijk genoeg de door de staatssecretaris gevolgde procedure heeft afgewezen. Het hoofdbestuur wijst unaniem deze suggestie van de hand. Dit te meer waar de reactie van de KNMG op de Inspraaknota van de staatssecretaris op verzoek van en in overleg met de maatschappelijke verenigingen tot stand is gekomen.

Hoorzitting over het kankervraagstuk

Op 10 november heeft de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer een hoorzitting over het kankervraagstuk gehouden. Twee leden van het hoofdbestuur hebben op deze hoorzitting het eveneens schriftelijk geformuleerde standpunt van het hoofdbestuur nader uiteengezet en gedurende drie kwartier vragen van de commissieleden beantwoord. Het hoofdbestuur neemt met voldoening kennis van het verslag van de beide leden van het hoofdbestuur.

Commissie Geneeskundige Verklaringen

Het hoofdbestuur bespreekt het voorstel van de Commissie Geneeskundige Verklaringen tot herziening van paragraaf 9 van het zogenaamde 'groene boekje'. Duidelijk komt naar voren dat de taakopdracht van het hoofdbestuur die tot deze herziening heeft geleid nader geformuleerd zal moeten worden, waarna de commissie zal worden verzocht op basis van de nieuwe taakopdracht een nieuw voorstel te doen.

Verkiezing voorzitter en ondervoorzitter

Tot voorzitter van het hoofdbestuur van het jaar 1979 wordt gekozen H. Hoencamp, huisarts te Woerden. Tot ondervoorzitter van het hoofdbestuur voor het jaar 1979 wordt gekozen Dr. E. J. C. Lubbers, chirurg te Nijmegen.

Alternatieve Geneeswijzen

Besproken wordt het advies van de commissie die ermee was belast om op basis van eerdere besprekingen in het hoofdbestuur over de discussienota Alternatieve Geneeswijzen van de commissie-Muntendam een conceptreactie op te stellen. Na een uitvoerige discussie besluit het hoofdbestuur de reactie op een aantal punten te herzien en aan te passen en vervolgens aan de commissie-Muntendam aan te bieden.

Budgettering gezondheidszorg

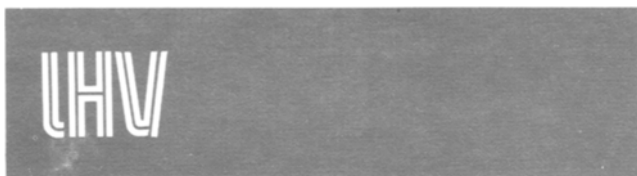
Een studiec ommissie van het hoofdbestuur heeft een concept-reactie opgesteld op de discussienota van de Ziekenfondsraad 'Mogelijkheden van budgettering in de gezondheidszorg'. Aangezien nog niet alle adviezen van de maatschappelijke verenigingen zijn ontvangen vindt

een eerste discussie plaats. Aan de commissie wordt verzocht op basis van de plaatsvindende bespreking het concept enigszins aan te passen. In de HB-vergadering van 19 december zal de definitieve reactie dan worden vastgesteld.

Samenhang voorzieningen

Over het ontwerp van wet Voorzieningen Gezondheidszorg en het ontwerp-Kaderwet Specifiek Welzijn hebben besprekingen plaatsgevonden tussen het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en dat van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk werk. Als resultaat van deze besprekingen heeft de Centrale Raad voor de Volksgezondheid een adviesaanvraag van de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne ontvangen inzake de onderlinge afstemming van beide bovengenoemde wetten. Het hoofdbestuur besluit aan de commissie-Alternatief I op te dragen zich over deze problematiek te buigen, opdat een standpunt kan worden geformuleerd ter ondersteuning van de vertegenwoordigers van de KNMG in de Centrale Raad voor de Volksgezondheid

J. Diepersloot, arts, secretaris-generaal.



van het Centraal Bestuur

Keuringen schepelingen

Met ingang van 15 oktober 1978 is het tarief voor de keuringen ingevolge het Schepelingenbesluit met f 4,— verhoogd: van f 57,— naar f 61,—.

F. A. van Spanje, secretaris.

Tarief lijkschouwing en crematie

Het is het Centraal Bestuur bij herhaling gebleken dat er bij sommige gemeenten onduidelijkheid bestaat over de tarieven van huisartsen, tevens gemeentelijk lijkschouwer. Daarom heeft de LHV in een mededeling aan alle gemeenten, gepubliceerd in dit blad de 'Nederlandse Gemeente' dd. 20 oktober 1978, op het volgende gewezen.

De Landelijke Huisartsen Vereniging volgt met betrekking tot dit tarief het bedrag, dat door het Rijk voor een lijkschouwing ten behoeve van de justitie wordt betaald. De LHV volgt echter niet de toeslag van 50% zoals die door het Rijk wordt betaald, maar adviseert haar leden een toeslag van 100% indien de werkzaamheden worden verricht op: a. zaterdag of zondag; b. Nieuwjaarsdag, de christelijke tweede Paas- en Pinksterdag, Hemelvaartsdag, Goede Vrijdag en Koninginnedag; en c. een andere

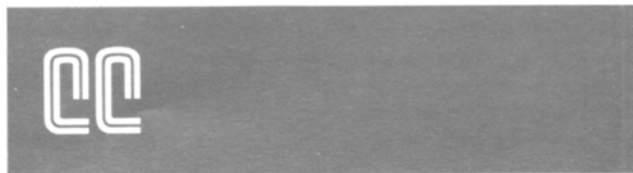
dag dan onder a of b omschreven tussen 0 en 8 of 20 en 24 uur.

Veel gemeenten menen, dat nu de LHV een overheidstarief volgt, ook de overige overheidsrichtlijnen hier gelden. Het Centraal Bestuur hoopt met deze bekendmaking bij de gemeenten de nodige duidelijkheid te hebben geschapen.

Indien door gemeenten nog een toeslag van 50% voor de bijzondere uren wordt gehanteerd, moet er bij deze gemeenten op worden aangedrongen deze toeslag aan te passen en wel tot 100%.

De LHV adviseert aan de gemeenten een kilometervergoeding (voor tijdverlies en variabele autokosten) in rekening te brengen van f 1,68 per retourkilometer, met dien verstande, dat voor de eerste vier retourkilometers geen vergoeding kan worden gevraagd.

F. A. van Spanje, arts, secretaris.



Kosten opleiding medische specialisten in niet-academische ziekenhuizen

In de jaren 1972 t/m 1977 heeft het departement van Onderwijs en Wetenschappen, geadviseerd door een ingestelde commissie-Chef de Clinique, in een aantal gevallen een subsidie verleend aan opleiders in niet-academische ziekenhuizen werkzaam op een afdeling met een arts-out tarief, ter tegemoetkoming in de kosten van de honorering van een chef de clinique. Een publikatie over deze aangelegenheid is voor het jaar 1977 verschenen in MC nr. 50/1977, pag. 1586. De minister van Onderwijs en Wetenschappen heeft thans aan het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten medegedeeld, dat deze regeling ook voor 1978 zal gelden, en daarbij aan het Centraal College verzocht een mededeling terzake te doen in Medisch Contact. Onder chef de clinique wordt in dit verband verstaan een in het register van erkende medische specialisten ingeschreven specialist, die betrokken is bij de opleiding van voor zijn specialisme in opleiding zijnde assistent-geneeskundigen en tevens het hoofd van de betreffende afdeling in deze functie vervangt.

Voorwaarden

De voorwaarden waaronder de subsidie zal kunnen worden gegeven, zijn de volgende:

a. De onderhavige regeling, die het karakter van een 'noodverband' heeft, zal alleen gelden voor opleiders in niet-academische opleidingsinrichtingen werkzaam op een afdeling met een arts-out tarief.

b. In principe zullen alleen in aanmerking kunnen komen specialistenopleidingen die vier of meer assistenten hebben en 21 of minder bedden per assistent.

c. De hoogte van de – voor ieder gelijke – bijdrage wordt telkens voor één jaar vastgesteld na inventarisatie van het aantal voor subsidie in aanmerking komende opleidingen.

d. Een aanvraag tot continuering van de subsidie dient vergezeld te gaan van een verslag van de wetenschappelijke activiteiten van de desbetreffende chef de clinique in het afgelopen jaar. Zonder een dergelijk verslag is in principe honorering van de aanvraag niet mogelijk.

e. Aangezien de beschikbare middelen beperkt zijn, zal bij de – wat betreft de opleiding tot arts – geaffilieerde opleidingsziekenhuizen moeten worden nagegaan of in het kader van de (overeenkomst betreffende de) affiliatie reeds gelden beschikbaar zijn gesteld voor de aanstelling van een chef de clinique.

f. De betreffende opleider moet de aanvraag tot subsidiëring voor een plaats van een chef de clinique indienen bij de commissie, welke met de uitvoering is belast.

Aanvraag

In de aanvraag, welke door de opleider en het ziekenhuisbestuur moet worden ondertekend, dient het volgende te worden vermeld:

Naam en adres van ziekenhuis; naam van de opleider; betreffende afdeling; aantal bedden; aantal medewerkers in stafverband; specialisten in associatief verband: ja/nee; is een chef de clinique aanwezig: ja/nee; tariefregeling: arts-out tarief/arts-in tarief; is er sprake van een geaffilieerd ziekenhuis in het kader van de opleiding tot arts?: ja/nee; zo ja, welk bedrag is hiervoor in het laatste jaar beschikbaar gesteld?: f —,—; zijn voor dit bedrag extra medewerkers (chef de clinique, c.q. assistenten) aangesteld?: ja/nee; zo ja, hoeveel?

Degenen die in 1978 voor subsidiëring van een chef de clinique in aanmerking denken te komen moeten hun aanvraag *binnen één maand* na deze deze publikatie zenden aan de commissie-Chef de clinique, secretaris de heer Mr. G. J. Ketel, p/a ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, Thorbeckelaan 360, 's-Gravenhage.

Utrecht, 27 november 1978

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

NB. Aanvraagformulieren zijn verkrijgbaar bij het secretariaat van het Centraal College, Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411, toestel 246.

The logo consists of the letters 'LAD' in a stylized, blocky, sans-serif font. The letters are white and are set against a dark, rectangular background.

van het Centraal Bestuur

Mededelingen n.a.v. CB-vergadering dd. 19 oktober 1978

Mededelingen naar aanleiding van de vergadering van het Centraal Bestuur der LAD op 19 oktober 1978 in de Domus Medica te Utrecht.

1. Professionele statuten voor medisch specialisten in dienstverband en verpleeghuisartsen in dienstverband

Medische zelfstandigheid in dienstverband

In de CAO-Ziekenhuiswezen staat de belangrijke bepaling dat de dienstverbander verplicht is de aanwijzingen van de werkgever op te volgen, met inachtneming van een code, die per beroepsgroep is geformuleerd en die door CAO-partijen is bekrachtigd. Met andere woorden: de hiërarchische relatie tussen werkgever en werknemer wordt inhoudelijk geregeld door een code per beroepsgroep. De LAD, die reglementair de handhaving en bevordering van de zelfstandigheid voor het medisch handelen in dienstverband ten doel heeft, heeft initiatieven ontwikkeld om zo'n professionele code (statuut) te formuleren.

In goed overleg met de Landelijke Specialisten Vereniging en de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen zijn concept-professionele statuten voor medisch specialisten in dienstverband respectievelijk de verpleeghuisartsen in dienstverband gemaakt. Ter vergadering heeft het centraal bestuur beide statuten onder aanbrenging van kleine veranderingen in principe goedgekeurd. De professionele statuten zullen landelijk worden ingevoerd, nadat hierover overeenstemming is bereikt met de overige beroepsorganisaties binnen de FHZ, de NZR en het CAO-overleg.

2. Positie verpleeghuisartsen

Het centraal bestuur heeft positief gereageerd op een rapport van een KNMG/NVVA-commissie betreffende de positie van de verpleeghuisarts. In dat rapport zijn aanbevelingen over de opleiding en registratie van verpleeghuisartsen opgenomen. Dr. E. van Leer, internist en lid van het centraal bestuur der LAD, heeft namens de KNMG meegewerkt aan het tot stand komen van dit rapport.

3. Lidmaatschap ambtenarencentrale

Het centraal bestuur zal met het Ambtenarencentrum besprekingen gaan voeren over een collectief lidmaatschap voor die LAD-leden, die in overheidsdienst werkzaam zijn. Toetreding tot het Ambtenarencentrum brengt

met zich mede, dat het lidmaatschap van de CHA gelijktijdig zal worden beëindigd. Streefdatum is 1 januari 1980.

4. Honorering medisch wetenschappelijk corps

De LAD is akkoord gegaan met een KNMG-voorstel voor een andere honorering van de universitaire artsen. Het voorstel houdt in: een optrekken van de universitaire salarissen tot LAD-niveau en daarop een toelage bestaande uit een aandeel uit de inkomsten van particuliere declaraties. Nadere details zullen in een later stadium worden gegeven.

5. CAO-overleg kruisverenigingen

Per 16 oktober 1978 is de LAD toegelaten tot het Overleg Arbeidsvoorwaarden Kruiswerk Tuberculosebestrijding. De overlegpartijen streven ernaar om spoedig een CAO voor deze sector af te sluiten. Hiervoor heeft de Nationale Kruisvereniging een voorstel ingediend dat op dit moment door de LAD-onderhandelaar kritisch wordt gezien. Het Centraal Bestuur is van mening dat een goede rechtspositie voor de hierbij betrokken artsen van groot belang is.



Personalia

Nieuwe leden

J. A. Agbeko, Bremstraat 173, Den Helder
J. Andeweg, Vechtstraat 86, IJmuiden
mw. A. Apperloo, Oude Delft 243, Delft
M. E. M. Ausems, Achillesstraat 112 I, Amsterdam
mw. O. H. v.d. Baan-Slootweg, Surinameplein 8 I, Amsterdam
W. N. Bakker, Billitonstraat 67, Groningen
J. W. v. Bekkum, Hooglandsekerkgracht 44, Leiden
H. J. Blanken, Kerkstraat 71, Utrecht
A. F. A. M. de Boer, 1e Hunzestraat 8 A, Groningen
J. J. de Boer, Hoogenweg 7, Hardenberg
H. P. J. de Bond, Van Beuningstraat 57, Amsterdam
R. A. de Booy, p/a Wildemanstraat 41, Oosterwijk
A. Bos, Pelikaanhof 134 A, Leiden
W. A. J. M. Bosboom, Ahornstraat 40, Utrecht
G. H. Bovenhorst, De Struben 18, Emmen
P. J. de Bruyn, Plein 1953 no. 148, Rotterdam
mw. M. A. de Bruyn-v. Leeuwen, Geertruidahoeve 7, Gouda
mw. P. H. G. M. Busser, Elderom 316-40, Boxmeer
mw. Cannegieter-Becker, v. Eeghenweg 2, Oosterbeek
M. M. L. Carpay, Vlietberg 28, Ooy
mw. A. A. Coster, Vollersgracht 4, Leiden
E. J. Desser, A. Sloopplein 15, Overveen
R. L. Diercks, Brahmstraat 48, Leiden
E. J. den Drijver, G. v. Ledenberghstraat 95-2, Amsterdam
H. G. M. van Engelen, Norbertijnenstraat 36, Geleen

Ph. A. Engelen, Palestrinastraat 29 hs, Amsterdam
W. A. J. H. Feyen, Annastraat 91, Nijmegen
J. J. Fluyt, A. Engelmanstraat 60 B, Rotterdam
S. Friese, Jongbloedweg 100, Curacao N.A.
mw. O. v.d. Giessen, De Gealanden 2 III, Leeuwarden
mw. J. W. de Glas-Vos, Kralenbeek 901, Amsterdam
I. Goldwasser, Jacob Obrechtstraat 78, Amsterdam
J. Greijdanus, Weezenhof 82-36, Nijmegen
H. J. M. Groenhout, van Ingenweg 70, Renkum
J. B. A. Gijbels, Zuideinde 18 B, Roelofarendsveen
K. H. Hagemans, P. Zeemanstraat 25, Zwijndrecht
mw. I. A. Ch. Hakkert-Gantvoort, Hooigracht 41, Leiden
E. J. Hekking, Berkenlaan 5, Zeist
P. B. den Hertog, Kwartelstraat 52 bis, Utrecht
mw. E. W. ter Hoeven, Genteldijk 10, Geldermalsen
L. T. Horsman, Kuipersstraat 65 A II, Amsterdam
T. Hoyset, Pollux 15, Oostburg
B. Jacobs, Schepenmakerssteeg 6, Utrecht
M. H. de Jong, Sporaden 12, Capelle a/d IJssel
E. J. Jonkman, Prinsenweg 75, Wassenaar
J. Ph. G. Kaajan, Hoofdstraat 11, Hoogeveen
mw. H. M. Kakebeke-Kemme, Raaphorst 57, Leiderdorp
Dr. A. B. M. F. Karim, Nijhofflaan 4, Ulthoorn
mw. H. J. M. Kerkhof, van Loostraat 30, Utrecht
Dr. K. Kurth, p/a Academisch Ziekenhuis Dijkzigt, Rotterdam
J. H. Later, Mozartlaan 483, Tilburg
F. S. J. Laudy, Bosserhofweg 16, Tegelen
H. H. J. Leliefeld, p/a Vrijheidstraat 11, Heerlen
T. Lingeman, Bellamystraat 12 A, Amsterdam
mw. I. Linthorst, Oosterlaan 3, Zwolle
J. S. K. Luitse, Sarphatistraat 109, Amsterdam
R. A. Maniolu, Jan Vermeerlaan 37, Oegstgeest
E. Manuels, Driehuizerweg 380, Nijmegen
J. M. Mathot, Tollenslaan 59, Waddinxveen
mw. L. A. Michelis-Veldwachter, Mauvestraat 44, Arnhem
J. W. Mourik, Nw. Uilenburgerstraat 119, Amsterdam
mw. B. Mulder, Oude Varkenmarkt 16, Leiden
mw. J. S. D. Mulder, Kuipersstraat 44, Amsterdam
A. A. M. Nieuwmegen, H. J. Koenenstraat 11, Haarlem
S. G. Oei, Sporaden 21, Capelle a/d IJssel
F. T. M. Peters, Volmarijnstraat 44a, Rotterdam
H. Piersma, K. de Grotelaan 92, Deventer
R. P. Poeschmann, L. Berchmakerstraat 28, Utrecht
M. J. van Pomeroy, Pelikaanhof 138-B, Leiden
mw. A. G. Poons, Hofzichtlaan 166, Den Haag
M. Pop-Lazić, Basilicumbhof 22, Duivendrecht
F. T. N. Pultoo, Klieverink 505, Amsterdam
J. G. Reimert, De Vennen 39, Uithuizermeeden
G. Reitsma, G. E. C. Ribbiuslaan 7, Rhooen (Z-H)
mw. M. H. Riemersma-Buys, Meesterwijk 30, Bovensmilde
P. Roos, Kapelmeesterlaan 461, Tilburg
F. E. Ros, Ruit 10, Uithoorn
W. S. van Stam, Prinses Beatrixstraat 13, Bergambacht
B. Steenhuizen, Touwenlaan 10, Makkum
mw. G. Stroink-v. Hamburg, Rosenveldtstraat 27 c, Rotterdam
Ch. A. Sumajow, Kempering 132, Amsterdam
K. Y. Tan, Mauritslaan 64, De Meern
A. L. Thirkow, Leeuwarderstraat 14 A, Groningen
C. V. Tjon Pian Gi, Graaf Florisweg 119, Gouda
L. L. M. v.d. Ven, Cl. de Vrieselaan 42 B, Rotterdam
P. R. N. Verduin, Spuiweg 81, Dordrecht
L. H. Vonhögen, Schootsestraat 51, Schijndel
S. C. Walland, Wibautstraat 71 I, Amsterdam
T. G. Wardhana, Wulfaertsstraat 14, Goes
Th. B. Waworuntu, Schotlandstraat 152, Haarlem
D. M. Werkman, Grevelingenstraat 38, Deventer
R. Westerweel, Koninginneweg 10, Goes
G. Wibisino, St. Jacobsstraat 488, Nijmegen
P. B. J. Wigman, Koninginnelaan 90, Nijmegen
mw. M. M. Willems, Sir. W. Churchillaan 833 A, Rijswijk
W. F. Woutman, Gasthuisstraat 26, Heukelum (Z-H)
J. A. H. van Woudenberg, Vredenhofweg 66, Rotterdam

Aspirant leden

Drs. J. A. I. A. Benders, Kasteelstraat 6, Borgharen (Z-L)
T. L. Berghuis, Pieter Pauwstraat 12, Amsterdam
H. B. Bergwerff, Peddelweg 37 b, Rotterdam
P. H. H. M. Blok, Parkweg 108, Nijmegen
mw. A. M. Bogers, Sagijsstraat 46, Pernis
G. C. van Die, Oude Singel 72, Leiden
W. J. v.d. Giessen, Heer Vrankestraat 15c, Rotterdam
A. de Groot, Prof Bromstraat 22-6, Nijmegen
mw. C. H. C. F. Heijltjes, St. Jacobslaan 460, Nijmegen
mw. R. A. M. van Mansfeld, Wilhelminastraat 102 III, Amsterdam
L. N. Marting, 's-Gravelandsweg 86-20, Hilversum
S. B. Oei, Pelikaanhof 39 A, Leiden
B. J. Otten, v. Nahuysplein 9, Zwolle
mw. A. W. van Reesvellinga-Everaars, Tuinstraat 33, Groningen
mw. C. M. F. van Roessel, Hammarskjöldlaan 713, Rijswijk (Z-H)
R. B. Scheenstra, Steenvoordelaan 121, Rijswijk
B. Scheuer, Tsjaikovskilaan 31, Voorschoten
P. J. L. M. Snijders, Postelse Hoeflaan 97 a, Tilburg
A. van der Sijoe, Prinsenstraat 28, Dordrecht
A. J. M. van de Ven, Hudsonbaai 46, Capelle a/d IJssel
H. G. W. Vermeer, Laan van Borgele 19, Deventer
D. J. Versluis, Thorbeckelaan 22, 's-Gravenhage
D. M. de Vries, Gelderselaan 22, Nijmegen
J. C. H. van der Waal, Schepenstraat 114b, Rotterdam
J. W. de Waard, Slachthuisstraat 24 c, Rotterdam
mw. M. J. D. de Weger-Mulder, Boerhavelaan 11, Leiden
R. G. J. Wiggenraad, Pelikaanhof 165, Leiden
J. Wouda, Badstraat 1 bis, Utrecht
C. P. M. Zomers, Prof. Bromstraat 53, Nijmegen

Overleden

P. A. Dekema, Berberisweg 478, Rotterdam
Dr. H. J. Dik, Str. v. Magelhaens 1, Amstelveen
E. Elferink, Troelstrastraat 53, Moordrecht
A. M. L. van de Meerendonk, Senecalaan 25, Den Bosch
W. J. Stoker, p/a Koninginneweg 30, Hilversum
Dr. G. H. Stern Hanf, Th. Man Boumeesterlaan 10, Den Haag.
J. T. M. Stuyt, Utrechtsestraatweg 70, Oosterbeek.
J. Vader, Badhuisstraat 162, Vlissingen.
A. H. Vonk, Laan v. Hilbelink 95, Winterswijk.
W. van Dalfsen, Sonsbeekweg 2, Arnhem
U. V. Grünberg, Adm. de Ruijterflat, Keizerweg 68-42, Groningen
C. T. H. Kurstjens, Hoogstraat 8, Mill en St. Hubert
P. M. Retera, Burg. v. Grunsvenplein 21, Heerlen
Mw. I. van der Sluijs, Volmarijnstraat 162A, Rotterdam
W. Smit, Rijnlaan 62, Utrecht

OLMA

Jubilea

Op 10 december 1965 werd de OLMA opgericht, in de loop van 1966 werd een aanvang gemaakt met de werkzaamheden. In dat jaar kwamen de eerste vijf werkers, te weten (in volgorde van de datum van indiensttreding: Drs. S. Duursma, directeur, Mw. E. M. Scheltema de Heere, directie-secretaresse, J. van Elzelingen Skabo-Brun, stafmedewerker-buitendienst (thans onderdirecteur), R. Th. van der Garden, stafmedewerker-buitendienst, en H. P. M. Arts, administrateur, zijn nog steeds in dienst van de OLMA. In de loop van 1978 bestond hun dienstverband dus 12½ jaar. De Raad van Commissarissen van de OLMA vond hierin aanleiding hen allen voor een feestelijke bijeenkomst uit te nodigen.

De voorzitter van de Raad van Commissarissen, W. van Bork, feliciteert de jubilarissen, v.l.n.r. H. P. M. Arts, R. Th. van der Garden, Mevr. E. M. Scheltema de Heere, Drs. S. Duursma en J. van Elzelingen Skabo-Brun.



INHOUD OFFICIEEL

KNMG, van het hoofdbestuur:	
Kort verslag HB-vergadering dd. 30 oktober 1978	1588
Kort verslag HB-vergadering dd. 28 november 1978	1588
Personalia	1591
LHV, van het centraal bestuur:	
Keuringen schepelingen	1589
Tarief lijkschouwing en crematie	1589
CC:	
Kosten opleiding medische specialisten in niet-academische ziekenhuizen	1589
LAD, van het centraal bestuur:	
Mededelingen n.a.v. CB-vergadering dd. 19 oktober 1978	1590
OLMA:	
Jubilea	1592

Nr. 50-15 december 1978