

MEDISCH CONTACT

Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nummer 37 – 16 september – 43e jaargang

Een genuanceerde benadering van de noodzaak van zorgverlening en het uitdrukkelijk kiezen voor de doelstelling van de gezondheidszorg als primair uitgangspunt voor het beleid, zouden kunnen leiden tot een evenwichtiger afstemming van het aanbod van de vraag naar gezondheidszorgvoorzieningen. Een beschouwing van Dr. J. L. A. Boelen, algemeen directeur van het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein.

Opvallend in de experimenten met thuisverpleging die de Ziekenfondsraad in september in drie regio's heeft gestart, zijn vooral de afwezigheid van algemeen maatschappelijk werkenden, de centrale positie van de wijkverpleegkundige en het grote aandeel van de gezinsverzorgenden. Een nieuwe ontwikkeling? Drs. M. H. J. M. Knapen presenteert enkele eerste resultaten uit het evaluatieonderzoek 'Experimenten thuisverpleging'.

Door de binnenkort te verwachten invoering van een patiëntenwet worden de formele patiëntenrechten uitgebreid, terwijl de ziekenhuisbudgettering tot gevolg heeft dat de materiële patiëntenrechten worden beperkt. Dr. Mr. Drs. A. P. J. van der Eyden, directeur Algemene Zaken van het Sint Lucas Ziekenhuis te Amsterdam, toetst de bestaande en de nieuwe ziekenhuisbudgettering aan het wettelijk stelsel van rechten en plichten.

In het tweede artikel over de hulp die huisartsen bieden aan patiënten met kanker wordt ingegaan op de 'persoonlijke factor' in de hulp, speciaal op de relatie tussen de eigen kijk van de huisarts op kanker en de wijze waarop aan de zorg voor de patiënt gestalte wordt gegeven.

Aangezien het cruciale probleem in de leprabestrijding het gebrek aan een goede organisatie en aan managementkwaliteiten van de gezondheidsdiensten is, zouden de bestrijdingsprogramma's zeer zijn gebaat bij managementtraining en resultaten van 'health system research'. Aldus P. Feenstra, verbonden aan het Koninklijk Instituut voor de Tropen te Amsterdam.

INHOUD

De noodzaak van zorgverlening
Dr. J. L. A. Boelen – 1081

Eerste resultaten van experimenten met thuisverpleging 1: Coördinatiefunctie en rolverdeling
Drs. M. H. J. M. Knapen – 1083

Intensieve thuiszorg wacht op operationalisering
Dr. K. L. J. Hoefnagels – 1086

Een Deens artsengeslacht in Holland
Dr. H. L. Houtzager – 1087

Budgettering en patiëntenrechten
Dr. Mr. Drs. A. P. J. van der Eyden – 1089

Huisarts en kankerpatiënt 2: De invloed van de eigen houding tegenover kanker op de hulp aan de patiënt
M. H. van Venrooij, M. C. J. Cuisinier en J. Th. M. van Eijk – 1092

Leprabestrijding: nieuwe therapie, onveranderde benadering
P. Feenstra – 1095

Beschrijvingsbrief 194ste Algemene Vergadering – 1101

Colofon 1078 – Colofon Officieel 1078 –
Hoofdredactioneel commentaar 1079 – Boeken 1080 – Buitenland 1097 – Officieel 1101 –
Uit de Verenigingen 1111

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

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

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

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

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

Abonnementen

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

Administratie: Tijl Tijdschriften BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam

telefoon 020-5182.828, telex 15230.

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

Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

Opgave: Tijl Tijdschriften BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
telefoon 020-5182.828, telex 15230.
Geldend advertentietarief: januari 1988.

Opplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

Bij de voorplaat:

Ziekenzaal van l'Hôtel-Dieu. Ms. einde XVde eeuw.
Musée de l'Assistance Publique de Paris.

KNMG | LHV | LSV | LAD | LVSG | KNMG

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

Dagelijks bestuur

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

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)

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

Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (CC)

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

College voor Sociale Geneeskunde (CSG) College voor Huisartsgeneeskunde (CHG)

A. L. J. E. Martens, arts, secretaris; Mw. K. J. Jansen-Leter, secretaresse.

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

Bibliotheek

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

Stichting Dienstverlening Medici

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

Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen

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

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

Experimenten met thuisverpleging

Al eerder is in deze kolommen aandacht besteed aan de door de Ziekenfondsraad gefinancierde experimenten met thuisverpleging. Thuisverpleging is een belangrijk onderwerp voor ons artsen, omdat dit een activiteit is waardoor substitutie van zorg concreet kan worden gerealiseerd. Als het bovendien lukt ook voor de medische aspecten 'zorg op maat' te geven, sluit dit aan bij een duidelijke behoefte van onze samenleving. Wellicht ziet iemand die net is geopereerd er niet het voordeel van in enkele dagen eerder naar huis te mogen, maar de mensen om een patiënt in de terminale fase heen zijn er achteraf veelal dankbaar voor als het hun is gelukt thuis een goede, aan de patiënt en zijn omstandigheden aangepaste, zorg te bieden.

In welke organisatievorm de thuiszorg nu het best kan worden gegoten, is nog niet uitgekristalliseerd. Zo is het de vraag of de modellen overal en voor elke vorm van thuiszorg gelijk moeten zijn. Er is op dit moment in het bijzonder behoefte aan experimenteel onderzoek, creatieve ideeën en discussie.

Onderzoekbevindingen komen van Knapen c.s.¹ – zie ook het artikel op blz. 1083 van dit nummer – die verslag doen van het eerste deel van de proefperiode van de experimenten onder auspiciën van de Ziekenfondsraad in de werkgebieden van te Amsterdam, Groningen en Breda gevestigde regionale ziekenfondsen. Het doel van deze proeffase was, knelpunten in de organisatie van de thuiszorg op te sporen teneinde bij het definitieve experiment betere procedures, een sterkere organisatie en meer op de praktijk toegesneden werkwijzen te kunnen hantieren. De interpretatie van de onderzoeksgegevens is niet gemakkelijk door onvolkomenheden in de registratie. Knelpunten liggen er vooral op het gebied van de intake, de organisatie, de coördinatie (in Amsterdam bijvoorbeeld met de andere innovatieprojecten), de vergoeding en competentiekwessies tussen wijkverpleging en gezinsverzorging.

De experimenten blijken te gaan over intensieve terminale zorg. Het is dan ook niet verwonderlijk dat er vooral behoefte was aan nachthulp, een vorm van hulp die tot dusver niet tot de reguliere verstrekking aan gezinszorg of wijkverpleging behoort. Meer dan 90% van de mensen had behoefte aan algemene verzorging en 75% had behoefte aan medische

hulp. Uit het gegeven dat 90% van de mensen tevens beschikte over mantelzorg, blijkt dat het hier gaat om een aanvulling van het bestaande zorgpotentieel. Bij een betrekkelijk gering aantal mensen kan substitutie gemakkelijk worden aangetoond; dat zijn de mensen die dankzij de thuishulp van de intramurale instelling naar huis konden gaan.

Voordat in het kader van het experiment thuiszorg werd gegeven, waren huisartsen bij de zorg aan vrijwel alle patiënten betrokken. Bij deze vorm van thuiszorg brengt de huisarts per week ongeveer twee uur bij de patiënt thuis door. Het totale tijdsbeslag is dus nog aanzienlijk meer. Gelijk valt op, dat de mogelijkheid van intensieve thuisverpleging voor de huisartsen als groep ook een taakverlichting inhoudt. Hoewel de cijfers zeker met betrekking tot dit punt voorzichtig moeten worden gehanteerd (een aantal

Dr. C. Spreeuwenberg

huisartsen weigerde de evaluatieformulieren in te vullen) kan er niet aan worden voorbijgegaan dat volgens het rapport over de proefperiode de huisarts in 25% van de gevallen niet meer bij de zorg is betrokken. Het is dus mogelijk dat het beschikbaar stellen van gelden voor thuiszorg een feitelijke verschuiving van het takenpakket van de huisarts meebrengt: deze ziet nu de vaak intensievere medische zorg behoevende patiënten, die anders in ziekenhuis of verpleeghuis zouden moeten worden opgenomen, terwijl hij andere patiënten die geen direct medische hulp nodig hebben niet meer bezoekt. Deze conclusie bevestigt mijn opvatting, dat het medisch-inhoudelijke aspect van de huisartsenzorg de komende jaren aan betekenis zal winnen – een ontwikkeling die consequenties heeft voor de opleiding.

Eveneens in dit nummer van Medisch Contact draagt Hoefnagels ideeën over intensieve thuiszorg aan (zie blz. 1086). Hij suggereert de vorming van regionale thuiszorginstituten waarin de competentie van de diverse hulpverleners volledig tot haar recht kan komen. Naar hij hoopt, kunnen om nog verdere fragmentatie van de zorgcircuits te vermijden de 'process-managing' en het toezicht op het 'case-

management' worden ingepast in een reeds bestaande regionale organisatie als GGD, regionaal ziekenhuis of regionale eerstelijnsorganisatie. Wil de organisatie zodanig zijn dat patiënten en hulpverleners zich hierdoor gesteund weten en niet verloren raken in een bureaucratische machinerie, dan is de door Hoefnagels bepleite bedrijfskundige inbreng bij het ontwikkelingen van organisatievormen onontbeerlijk. Op dit moment acht hij een 'top-down' benadering voor de eerste fase noodzakelijk. Inderdaad is het belangrijk dat er een slagvaardige organisatie komt met een management dat, zeker in de experimentele en de kristallisatiefase, alert kan reageren op nieuwe regelingen en ontwikkelingen. De mensen aan de top zullen dan echter wel scherp oog moeten hebben voor de zeer uiteenlopende beroepssituaties en -culturen. Evenzeer als een strakke 'top-down' benadering van een ziekenhuisdirectie ten opzichte van de specialisten gedoemd is te mislukken, zo zal dit ook het geval zijn als men zo'n benadering in de thuiszorg gaat toepassen. Dit geldt zeker als het erom gaat huisartsen een cruciale rol in de thuiszorg te laten spelen; zij werken nu eenmaal niet in een grootschalige structuur, maar zijn in het algemeen wel verantwoordelijk voor het geneeskundig hulpverleningsprogramma, zoals ook Hoefnagels erkent.

Ook voor de toekomstige organisatie van de huisartsenhulp zou vanuit de organisatiekunde moeten worden nagedacht. Schrijvers en Van Londen bijvoorbeeld suggereren enige specialisatie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg². Het idee, binnen waarneemgroepen met behoud van het generieke karakter van de huisartsenzorg te streven naar een zekere specialisatie, heeft aantrekkelijke kanten. De mogelijkheden voor substitutie worden er groter en realistischer door. Heeft het in dit verband zin ten aanzien van de niet in een groepspraktijk of gezondheidscentrum werkende huisartsen de gedachte van de pseudo-groepspraktijk nieuw leven in te blazen? □

1. Knapen M, Mensink J, Ramakers C. Experimenten thuisverpleging. Eerste interim-rapportage over de proefperiode van begin september tot eind december 1987. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen, 1988.

2. Schrijvers AJP, Londen J van. 'Thuiszorg' opnieuw bekeken. Tijdschrift voor Ziekenverpleging 1988; 42: 541-4.

A. Ph. Visser (red.). *Onderzoek naar de tevredenheid van ziekenhuispatiënten*. De Tijdstroom, Lochem-Gent, 1988. 314 blz. ISBN 90 352 1198 7. Prijs: f 59,—.

Er zijn verschillende redenen te noemen waarom het satisfactieonderzoek bij ziekenhuispatiënten thans in de belangstelling staat. Uiteraard heeft de kritischer houding van consumenten(organisaties) en patiënten(verenigingen) daarmee te maken. Een belangrijke reden is echter ook dat de toenemende overheidsdruk op gezondheidszorgvoorzieningen de ziekenhuizen ten opzichte van elkaar in een concurrentiepositie plaatst, hetgeen bevordering van de zorgkwaliteit centraal in de aandacht brengt.

In dit boek wordt de problematiek van het tevredenheidsonderzoek onder patiënten van (algemene) ziekenhuizen besproken door 21 onderzoekers, verdeeld over 18 hoofdstukken. Redacteur en auteurs zijn er met elkaar in geslaagd een veelomvattend overzicht te bieden van allerlei vraagstukken met betrekking tot dit type onderzoek.

De lezer die verwacht met deze publikatie een kookboek in handen te krijgen, waarmee hij het hoofdgerecht feilloos kan samenstellen en opdienen, zal bedrogen uitkomen. Integen-

BOEKEN

deel: dit boek bevat een schat aan vaak tegen- gestelde uitgangspunten, meningen en methodieken, terwijl niet zelden boeiende tegenstrijdige antwoorden worden gegeven op de in dit veld bekende vragen: dient dit onderzoek in het ziekenhuis plaats te vinden of bij ex-patiënten thuis?; wordt een 'interne' onderzoeker ingeschakeld of een instantie 'van buiten'?; moet het accent liggen op een kwantitatieve benadering (met behulp van gestandaardiseerde vragenlijsten die wellicht juist de beleving en het gedrag van de individuele patiënt doen vervagen) of op een kwalitatieve aanpak (inhoudsanalyse van patiëntgesprekken, participerende observatie), of dient toch te worden gepleit voor een weloverwogen en op de concrete vraagstelling afgestemde combinatie van onderzoeksmethoden, etc.?

Als een vaste richtlijn loopt de driedeling doelstelling-methode-beleid, de drie wezenlijke elementen van het satisfactieonderzoek, door deze publikatie heen. Vooral de opmerkingen over de beleidsaspecten van patiëntenonderzoek zijn van groot belang. Dergelijk onder-

zoek dient pas te worden opgezet nadat is gebleken dat in een organisatie voldoende 'ruimte' is om eventuele beleidsveranderingen ook werkelijk op gang te brengen!

De verschillende hoofdstukken geven, tezamen genomen, een veelzijdig beeld van de mogelijkheden en beperkingen van het tevredenheidsonderzoek in ziekenhuizen, van de valkuilen ook (bijvoorbeeld het moeilijk te onderscheiden verschil tussen meting van satisfactie of dankbaarheid van patiënten) en van barricades die door hulpverleners en ziekenhuisleiding nolens volens kunnen worden opgeworpen.

De moeilijk te vermijden overlap in de hoofdstukken werkt in dit geval eerder versterkend dan verstorend. Tenslotte is een boek ontstaan dat iedereen die in ziekenhuizen met de patiëntenzorg te maken heeft, kan worden aanbevolen. Voor iedere onderzoeker op het gebied van patiëntensatisfactie acht ik deze studie eenvoudig onmisbaar.

L. J. Menges

Aftredend secretaris-generaal J. Diepersloot onderscheiden

Staatssecretaris Drs. D. J. D. Dees (rechts) van het ministerie van WVC kwam hoogstpersoonlijk naar de Domus Medica om collega J. Diepersloot, aftredend secretaris-generaal der KNMG, de versierselen op te spelden die behoren bij het officierschap van de Orde van Oranje-Nassau. Dit gebeurde tijdens de hoofdbestuursvergadering van de KNMG op 6 september jl. Daarmee liep de bewindsman vooruit op het officiële afscheid van de secretaris-generaal op 23 september aanstaande. Staatssecretaris Dees ging bij die gelegenheid uitvoerig in op de vele verdiensten van collega Diepersloot binnen en buiten de KNMG. Zo wees hij onder meer op de bijzondere inspanningen van de scheidende secretaris-generaal op het terrein van de medische ontwikkelingshulp.



De noodzaak van zorgverlening

Een relatief begrip

In onze samenleving heeft de zorg voor de bevordering van de gezondheid een hoge prioriteit. De grote waarde die de samenleving hecht aan gezondheid en kwaliteit van leven wordt tot uitdrukking gebracht door het feit dat een aanzienlijk deel van de beschikbare middelen voor dit doel wordt aangewend. Op dit moment bestaat er een toenemende frictie tussen de vraag naar gezondheidszorgvoorzieningen en het aanbod daarvan. De discrepantie tussen vraag en aanbod zal – voor zover dat nu is te voorzien – geleidelijk toenemen; een relatieve reductie van gezondheidszorgvoorzieningen kan worden verwacht.

Het is van belang dat naar een zo goed mogelijk gebruik van de beschikbare middelen en mankracht wordt gestreefd, opdat de doelstelling van de gezondheidszorg – het bevorderen van de gezondheid en de kwaliteit van leven – wordt bereikt. In dit verband rijzen vragen met betrekking tot de doelmatigheid van de verleende zorg en het rendement daarvan voor de gezondheid en de kwaliteit van leven. Minder aandacht heeft het aspect van de noodzaak van zorgverlening.

NOODZAAK

Bij Van Dale vinden we onder 'noodzaak': 1. zaak, geval van nood, omstandigheid dat iets onvermijdelijk is; 2. natuurlijke of logische noodzakelijkheid, onafwendbaar gevolg. De term 'noodzaak' wordt in ons spraakgebruik betrekkelijk vaak gebezigd. Gewoonlijk bedoelt men ermee dat iets nadrukkelijk wordt gewenst en dient het begrip 'noodzaak' tevens om anderen te motiveren om aan het gewenste te voldoen. Wijst dit echter in alle gevallen op een omstandigheid dat iets onvermijdelijk is of een onafwendbaar gevolg moet zijn? Wanneer beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, verzekeraars en politici spreken over de 'noodzaak van zorgverlening' wordt niet altijd bedoeld dat deze zorgverlening onvermijdelijk is. In wezen wordt uitdrukking gegeven aan een waardeoordeel dat óf op specifieke deskundigheid óf op bijzondere verlangens

Dr. J. L. A. Boelen

Een genuanceerde benadering van de noodzaak van zorgverlening en het uitdrukkelijk kiezen voor de doelstelling van de gezondheidszorg als primair uitgangspunt voor het beleid zouden kunnen leiden tot een evenwichtiger afstemming van het aanbod van en de vraag naar gezondheidszorgvoorzieningen. Een beschouwing van Dr. J. L. A. Boelen, algemeen directeur van het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein.

van de betrokkene is gebaseerd. De kans dat tussen de betrokkenen overeenstemming bestaat over de 'noodzaak tot zorgverlening' is dan ook gering, terwijl voorts in die gevallen dat er overeenstemming lijkt te bestaan niet hoeft te zijn gezegd dat er sprake is van een onvermijdelijke omstandigheid of een onafwendbaar gevolg. Men kan immers overeenstemmen over de vorm waarin zorg wordt verleend, zonder dat tevoren de vraag naar de 'noodzaak van zorgverlening' adequaat is beantwoord.

In alle gevallen is er sprake van een verlangen dat is gericht op het bereiken van een doelstelling die afhankelijk is van het waardeoordeel met betrekking tot gezondheid en kwaliteit van leven, maar dat ook gericht kan zijn op andere doelstellingen, zoals status en inkomensverbetering, politiek gewin of bevrediging van het rechtsgevoel. Elke zorgverlener met enige ervaring weet dat zowel de redenen tot zorgverlening als de vorm waarin deze wordt verleend in individuele gevallen aanmerkelijk kunnen verschillen. Naar de mening van de overgrote meerderheid heeft een acute appendicitis een appendectomie nodig, doch de noodzaak tot het toedienen van celremmende stoffen in geval van een kwaadaardige aandoening of het voorschrijven van geneesmiddelen bij rugklachten is al minder duidelijk, aangezien de keuzemogelijkheden groter zijn.

Het is evident dat het doel dat wordt nagestreefd is gerelateerd aan persoonlijke opvattingen die bij zorgverleners en patiënten met betrekking tot gezondheid en kwaliteit van leven bestaan. In dat kader is de 'noodzaak van zorgverlening' geen omstandigheid die onvermijdelijk is of een onafwendbaar gevolg, doch een waardeoordeel. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de opvattingen over de 'noodzaak van zorgverlening' in de loop van de tijd veranderen en dat zich voortdurend aanpassingen voordoen naar gelang nieuwe keuzemogelijkheden ontstaan.

VOORZIENINGEN

Wat betekent deze vaststelling nu voor de praktijk van de gezondheidszorg en met name voor de toekomstige ontwikkeling van ons stelsel van voorzieningen?

In de discussie naar aanleiding van de rapportage van de commissie-Dekker komt naar voren dat enerzijds zogeheten basisvoorzieningen collectief dienen te worden geregeld en dat anderzijds – met een appel op individuele verantwoordelijkheid – extra voorzieningen door het individu zelf dienen te worden geregeld. Zogenaemde zware en kostbare voorzieningen moeten worden vervangen door lichtere en goedkopere vormen van zorgverlening. De doelstelling van de gezondheidszorg – het bevorderen van gezondheid en de kwaliteit van leven – noch de 'noodzaak van zorgverlening' is in het pakket basisvoorzieningen duidelijk omschreven. Definities van 'gezondheid', 'kwaliteit van leven' en 'noodzaak van zorgverlening' zijn weinig operationeel of bruikbaar als meetinstrument. Er is steeds sprake van waardeoordelen, bepaald door de zogeheten 'health-beliefs', die in tijd en plaats variëren. De beoefening van de geneeskunst in de Sahel heeft een ander karakter dan die in een wereldstad als Amsterdam. De dynamiek van onze samenleving met de gestage ontwikkeling van techniek en ethiek bewerkstelligt een voortdurende verandering van onze opvattingen omtrent gezondheid en kwaliteit van leven.

Aard en omvang van het stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen worden vooral bepaald door economische, politieke en sociale variabelen, waarbij in het algemeen de nadruk ligt op de collectiviteit. De relatie van de zorgverlener en de patiënt is als regel van individuele aard. Een en ander komt tot uitdrukking in onze regelgeving, die een evenwicht tracht te bereiken tussen collectieve en individuele belangen. Als gevolg van dit compromis zijn de rechten die aan de vigerende wetgeving kunnen worden ontleend niet in alle gevallen congruent met betrekking tot collectieve dan wel individuele noden, aangezien er zich situaties voordoen waarin het algemeen belang prevaleert boven het persoonlijk belang. Voor de kosten van één levertransplantatie kunnen vele patiënten met chronisch reuma worden geholpen; in dit verband zijn veel voorbeelden te noemen. Daarbij mag worden vastgesteld dat er verschil bestaat tussen datgene waarop het individu volgens de vigerende wetgeving recht heeft en datgene wat werkelijk nodig is voor de bevordering van de gezondheid en de kwaliteit van leven. De voorgestelde c.q. bestaande basisvoorzieningen kunnen niet worden gelijkgesteld met het pakket voorzieningen dat in feite noodzakelijk is voor de doelstelling van de gezondheidszorg. Er kunnen gemakkelijk conflictueuze situaties ontstaan, wanneer door beroepsbeoefenaren en patiënten voorzieningen 'noodzakelijk' worden geacht en de omstandigheden het onmogelijk maken deze voorzieningen te bieden. Vermeende rechten op het verkrijgen van bepaalde voorzieningen leiden dan ook tot uitbreiding van de omvang van het gezondheidszorgstelsel, zonder dat men zich heeft afgevraagd of deze uitbreiding de doelstelling wel dient. Het huidige te kort schieten van het stelsel, dat zich onder meer uit in wachttijden die de grens van het aanvaardbare overschrijden, en de onmogelijkheid in alle gevallen adequate hulp te verlenen, is mede veroorzaakt door gebrek aan afstemming tussen doelstelling en werkelijke noodzaak. Voorts worden niet zelden onder politieke druk beslissingen genomen die inhoudelijk onjuist zijn en leiden tot een verder te kort schieten van het stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen.

RICHTING

Hoe kan dit proces in een goede richting worden geleid?
In de werkelijkheid van alledag leiden de

vigerende opvattingen omtrent de noodzaak van zorgverlening tot een toenevende vraag. In een samenleving waar de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid lijkt af te nemen en waar sprake is van een neiging voor zichzelf meer te vragen dan voor de naaste, veranderen de opvattingen omtrent de noodzaak van zorgverlening geleidelijk in een richting waarin het begrip 'noodzaak' wordt gehanteerd als een vaststaand feit, met als onvermijdelijk gevolg dat elke vraag om gezondheidsvoorzieningen dient te worden gehonoreerd, met als extreme consequentie dat hetgeen medisch-technisch mogelijk is ook in alle gevallen dient te worden toegepast. Deze opvattingen leiden er verder toe dat de neiging wordt bevorderd om de zorg te doen verlenen door zo hoog mogelijk gekwalificeerde beroepsbeoefenaren en dat de patiënt niet met 'minder' genoegen neemt, in de overtuiging dat alleen op deze wijze gezondheid en kwaliteit van leven kunnen worden verzekerd. Het stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen is hierdoor steeds verder uitgebreid en er heeft een sterke differentiatie en specialisatie van zorgverleners plaatsgevonden.

Naast deze ontwikkeling, die wordt gekenmerkt door een verminderende samenhang van de aanwezige voorzieningen met de doelstelling van gezondheidszorg, heeft zich een proces voorgedaan van afname in allerlei vormen van niet-professionele hulpverlening, zoals burenhulp, zelfzorg en familie zorg. De vaststelling dat de snelle toename van de kosten van de gezondheidszorg geen duidelijk zichtbare evenredige gezondheidswinst heeft opgeleverd, bevestigt dat de aansluiting van de vraag om zorgverlening aan de werkelijk noodzakelijke voorzieningen verloren is gegaan. Vraag en aanbod zijn beide te volumineus en dienen gedeeltelijk oneigenlijke doelstellingen, zoals werkgelegenheid, sociale voordelen of zelfbevestiging. De reacties van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, verzekeraars en politici en vele anderen op de voorstellen tot herstructurering en sanering van het stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen, doen vermoeden dat de neiging tot het handhaven en uitbreiden van het bestaande stelsel een doel op zich is, dat van meer belang lijkt te zijn voor de betrokkenen dan het verwezenlijken van de doelstelling van de gezondheidszorg. Iedere poging tot reductie leidt tot heftige protesten en de werkelijke noodzaak van zorg-

verlening aan de patiënt komt hierbij te weinig aan de orde.

CONCLUSIE

Een meer genuanceerde benadering van de noodzaak van zorgverlening en het uitdrukkelijk kiezen voor de doelstelling van de gezondheidszorg als primair uitgangspunt voor het beleid, zou kunnen leiden tot een evenwichtiger afstemming van het aanbod en de vraag naar gezondheidszorgvoorzieningen. De discussies over een eventuele reductie van delen van het bestaande stelsel dienen eveneens binnen deze context te worden gevoerd.

De 'noodzaak van zorgverlening' is een relatief begrip en kan wellicht het best worden omschreven als een zaak die in een bepaalde situatie door betrokkenen nodig wordt geoordeeld voor het bereiken van de doelstelling van de gezondheidszorg en bij niet effectueren schade zou toebrengen aan de gezondheid en de kwaliteit van leven van het individu. De bewustwording, dat er in het geval van een veronderstelde noodzaak van zorgverlening sprake is van een waardeoordeel dat afhankelijk is van onze opvattingen omtrent gezondheid en kwaliteit van leven, kan ertoe leiden dat enerzijds de professionalisering van de zorg afneemt en anderzijds beslissingen worden genomen in het zorgprofessioneel handelen die meer in overeenstemming zijn met de doelstelling van de gezondheidszorg.

De erkenning dat de 'noodzaak van zorgverlening' een relatief begrip is, dat afhankelijk is van onze waardeoordelen omtrent gezondheid en kwaliteit van leven, kan ertoe bijdragen dat de vraag om zorgverlening en het aanbod van voorzieningen beter op elkaar worden afgestemd en in volume afnemen. □

Eerste resultaten van experimenten met thuisverpleging

1: Coördinatiefunctie en rolverdeling

Door de Ziekenfondsraad zijn in samenwerking met regionale ziekenfondsen in drie regio's experimenten met thuisverpleging opgezet¹. De experimenten zijn bij wijze van proef per september 1987 begonnen in een drietal regio's. In dit artikel worden enkele eerste resultaten van die proeffase tot eind 1987 gepresenteerd, vergezeld van een aantal vragen en kanttekeningen².

Na een korte schets van het experiment, het onderzoek en de onderzochte casus-ten wordt aandacht geschonken aan de rollen van de kerndisciplines. Speciale belangstelling gaat daarbij uit naar de gevalsgewijze coördinatie van de zorg (case-management). Andere aspecten zoals intensiteit en financiën komen in een volgend artikel aan bod.

Opvallend is ten eerste de afwezigheid van algemeen maatschappelijk werkenden (een van de kerndisciplines in de eerste lijn), de centrale positie van de wijkverpleegkundige in de coördinatie van de thuisverpleging en het grote aandeel van de gezinsverzorgenden in de uitvoering van thuisverpleging. Let wel: het gaat hier telkens om de discipline en niet om de instelling! Dit kan een geheel nieuwe ontwikkeling inluiden, waarbij de individuele coördinatie van zorg in de eerste lijn een ankerpunt vormt. Zou dit misschien kunnen leiden tot een geheel andere organisatie van de eerstelijnszorg? De (nog) geringe rol van de intramurale voorzieningen daarentegen roept vragen op.

EXPERIMENT

Binnen de werkgebieden van het Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken (ZAO), het Regionaal Ziekenfonds Groningen (RZG) en het Algemeen Ziekenfonds West-Brabant/Zeeuws-Vlaanderen (AZWZ) kunnen kandidaten voor thuisverpleging worden aangemeld bij een 'coördinatiebureau'. De lokalisatie van dat bureau is echter per regio verschillend. Het coördinatiebureau van het

Drs. M. H. J. M. Knapen

Opvallend in de experimenten met thuisverpleging die de Ziekenfondsraad in samenwerking met de regionale ziekenfondsen in september 1987 in drie regio's heeft gestart, zijn vooral de afwezigheid van algemeen maatschappelijk werkenden, de centrale positie van de wijkverpleegkundige en het grote aandeel van de gezinsverzorgenden. Een nieuwe ontwikkeling? Drs. M. H. J. M. Knapen, die is verbonden aan het Instituut van Toegepaste Sociale Wetenschappen van de Katholieke Universiteit Nijmegen, leidt het evaluatieonderzoek 'Experimenten thuisverpleging'. In twee artikelen presenteert hij à titre personnel enkele eerste resultaten.

AZWZ maakt deel uit van de ziekenfondsorganisatie. In Amsterdam is het coördinatiebureau onderdeel van een nieuw gevormde stichting, waarin bestuurlijk naast het ziekenfonds ook de traditionele kerndisciplines zijn vertegenwoordigd (huisarts, kruiswerk en gezinsverzorging). Groningen heeft het coördinatiebureau ondergebracht bij het kruiswerk, met een Commissie van Toezicht als dagelijks bestuur in een samenstelling gelijk aan die van het Amsterdamse stichtingsbestuur.

Als criteria voor toelating van patiënten gelden in de onderzochte periode van september tot eind december 1987: de wens om thuis te worden verpleegd, een opname-indicatie voor verpleeghuis/ziekenhuis, een in duur afzienbare zorgperiode (maximaal drie maanden eventueel te verlengen met nog eens drie maanden), aanwezigheid dan wel organiseerbaarheid van enige vorm van informele mantelzorg, instemming van de eerste lijn met thuisverpleging (en bijgevolg onderling overleg hierover), aanwezigheid van één aanspreekbare persoon per geval (een zorgcoördinator) en een indicatief maximum voor de extra kosten per dag van f 200,—. De experimenten wa-

ren voor het eerste deel van de proeffase toegespitst op vooral terminale patiënten als doelgroep.

Het experiment staat niet alleen open voor ziekenfonds- maar ook voor particulier verzekerden, ook al hebben de ziekenfondsen het voortouw bij het experiment. De kosten van extra zorg bovenop wat uit het 'reguliere verstrekkingenpakket kan worden geboden komen voor rekening van 'experimentele AWBZ-middelen' door de Ziekenfondsraad ter beschikking gesteld. Er wordt van uitgegaan, dat alvorens een beroep wordt gedaan op experimentele middelen voor extra zorg/hulpmiddelen de mogelijkheden van de reguliere voorzieningen volledig zijn uitgeput.

Bij de schildering van de gang van zaken in de praktijk dient te worden bedacht dat het om een uniek project gaat. Ziekenfondsen hebben de organisatorische en financiële verantwoordelijkheid voor de experimenten, welke primair gestalte heeft gekregen in de vorm van een centraal meld- en regelpunt (het voornoemde coördinatiebureau). Toch behoudt de eerste lijn de verantwoordelijkheid voor de coördinatie en uitvoering van de thuisverpleging.

Het coördinatiebureau registreert de 'nieuwe gevallen', toetst die aan de toelatingscriteria, legt vast wie als zorgcoördinator optreedt, ziet toe op inventarisatie van behoefte en reeds verleende zorg en op de opstelling van een 'zorgplan' vanuit de eerste lijn, onderhandelt met die eerste lijn, over de consequenties van dat zorgplan, schrijft desgevraagd (bijgestelde) machtigingen uit voor het doen van extra uitgaven en stelt declaraties betaalbaar.

De bemoeienissen van de coördinatiebureau's zijn als volgt in beeld te brengen wat betreft de patiëntentallen over 1987:

	Amsterdam	AZWZ	Groningen	Totaal
aantal aanmeldingen.....	152	185	87	424
aantal patiënten in zorg (geweest)	100	100	68	268
aantal patiënten bij wie de zorg is beëindigd.....	84	58	58	200

1. Drs. JB van der Steur. Thuisverpleging; taak en uitdaging voor de eerste lijn. MC nr. 14/1988, blz. 423.

2. De gegevens zijn ontleend aan: M. Knapen, J. Mensink en C. Ramakers. Experimenten thuisverpleging. Eerste interimrapportage over de proefperiode van begin september tot eind december 1987. ITS-rapport. Nijmegen, april 1988.

Zo kan de vraag worden opgeworpen waar de regionale verschillen in aanmelding (87 tot 185), selectie (variërend van ruim de helft tot ruim driekwart, zoals blijkt uit de tweede rij) en uitstroom (variërend van één derde tot tweede van het aantal aanmeldingen, zie de laatste rij) op kunnen worden teruggevoerd. De uitstroom is daarbij uiteraard ook afhankelijk van de instroom en de zorgduur. Daarnaast spelen uiteenlopende voorgeschiedenissen (in Amsterdam was al een Stichting Terminale Thuiszorg actief in tegenstelling tot in de andere regio's) en context (capaciteit van eerste en tweede lijn, activiteiten van particuliere verpleegbureaus) ongetwijfeld een rol. Maar ook verschillen in regionale organisatie van de zorg, aard en duur van procedures, voorlichting alsmede andere interpretatie van selectiecriteria, uiteenlopende registratiebeleid en tenslotte verschillen in zorgduur (bij het AZWZ langer dan in Amsterdam) zijn mogelijke verklaringsgronden. Voorzichtigheid is hier echter geboden, zoals uit het navolgende moge blijken.

ONDERZOEK

Nieuw in het onderzoek is, dat er sprake is van een geïntegreerde dataverzameling, welke direct ten dienste staat van zowel het regionale beleid en beheer, de individuele hulpverlening, als het onderzoek.

Alle gegevens worden centraal op het coördinatiebureau verwerkt in vanuit het Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen (ITS) ter beschikking gestelde hardware en speciaal voor het experiment ontwikkelde software met bijbehorende aanmeldings-, intake- en beëindigingsformulieren alsmede een logboek waarin inhoud en verloop van de uitvoering kan worden vastgelegd. Een en ander impliceert een grote onderlinge afhankelijkheid van onderzoek en experiment en stelt hoge eisen aan de samenwerking tussen beide. Het betekent tevens dat alle participanten snel over voor hen relevante data kunnen beschikken. Beperkingen van de hier gepresenteerde onderzoeksgegevens vloeien niet alleen voort uit hun driedelige gebruikswaarde (de te verzamelen data vormen een compromis) en automatische verwerkbaarheid (kwalitatieve data ontbreken nagenoeg tot nu toe). Ook de status van het onderzoek en het experiment noopt tot een gereserveerde opstelling. Het gaat slechts om een eerste proef van beide om ervaring op te doen. Voorts wordt in het

onderzoek tot nu toe vooral gesteund op de schriftelijke registratie door betrokkenen met alle beperkingen en voordelen vandien.

PATIËNTEN

Onderstaande gegevens hebben alleen betrekking op de per eind december 1987 afgesloten gevallen. Hiervoor is gekozen omdat aldus een compleet beeld van inhoud en verloop van de thuisverpleging is te schetsen.

Analyse van de tweehonderd per eind 1987 beëindigde gevallen wijst uit dat het in overgrote meerderheid ging om patiënten met een vorm van kanker als belangrijkste diagnose. Hun gemiddelde leeftijd bedroeg ongeveer 70 jaar en het betrof iets meer mannen dan vrouwen. Dit laatste is opmerkelijk daar het aandeel van vrouwen in de betrokken leeftijdscategorieën in de populatie overheerst. Zijn vrouwen wellicht meer zelfredzaam of speelt in deze man-vrouwverhouding de normering van de hulpverlening mee? De verdeling ziekenfonds-particulier verzekerden was ongeveer 70-30, hegeen niet veel afwijkt van de verdeling in de totale populatie, maar weer wel met de verdeling onder ouderen.

Vooraf in Amsterdam waren er relatief veel alleenstaande patiënten. Deze gegevens lijken, afhankelijk van het referentiekader met uitzondering van geslacht en leeftijd, niet te duiden op een ongelijke toegankelijkheid van het experiment.

De behoefte aan zorg had in bijna alle gevallen onder meer betrekking op hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Ook huishoudelijke activiteiten (HDL) bleken voor veel patiënten dan wel hun huisgenoten te zwaar. Driekwart had behoefte aan medische zorg en ruim één derde aan verpleegkundige verzorging exclusief ADL-hulp.

Voor bijna 90% van de gevallen wordt expliciet gesteld dat zij opgenomen zouden moeten worden bij uitblijven van thuisverpleging. Doorgaans is de betreffende opname-indicatie afkomstig van de huisarts, behalve in Amsterdam, waar bijna de helft van die indicaties door een wijkverpleegkundige is afgegeven (al of niet op gezag van een arts?). De aard van de opname-indicatie is in meerderheid gericht op de noodzaak van opname in een ziekenhuis. Verpleeghuisindicaties komen in één derde van de gevallen voor: wat meer in Groningen en wat minder in het werkgebied van het AZWZ. Gelet op de behoefte aan zorg roept dit vragen op

ten aanzien van de onderbouwing van de opname-indicatie.

Zijn inderdaad veel opname-indicaties voor ziekenhuizen zo sterk gebaseerd op ADL- en HDL-insufficiënties en zo weinig op medisch-verpleegkundige zorg? Hoe verhouden zich de behoeften aan verpleegkundige verzorging tot die aan medische zorg en ADL-zorg in de praktijk?

ROLLEN KERNDISCIPLINES

De rol van de huisarts als aanmelder van thuisverplegingsgevallen bij het coördinatiebureau verschilt sterk per regio. Soms heeft de huisarts hier het voortouw (AZWZ), andere keren ligt die vooral bij de wijkverpleging (Groningen) of is de aanmelder onbekend (Amsterdam). Ziekenhuis en verpleeghuis spelen volgens de registratie althans in deze fase slechts een heel bescheiden rol bij de aanmelding evenals overigens de gezinsverzorging. Of dit ligt aan uiteenlopende definities van 'aanmelder' dan wel afhankelijk is van verschillen in algemene regionale afspraken terzake of verschillen in taakopvattingen is niet altijd even duidelijk. Zeker omdat de doelgroep bestaat uit vooral terminale patiënten met een (verlengde) opname-indicatie voor een ziekenhuis blijft dit een merkwaardig gegeven. Eenzelfde soort verschillen is overigens ook bij andere vergelijkbare initiatieven te constateren.

Voor de rol van 'coördinator van de intake' gelden soortgelijke constatering. Coördinatie van de intake houdt dan concreet in: entameren van overleg met patiënt en omgeving over wensen en mogelijkheden van thuisverpleging, behoeftenvoorzieningen en overleg met (andere) professionals over hun aandeel daarin en de wijze van financiering ervan (regulier of extra-regulier). Een en ander impliceert ook het invullen van het intakeformulier, het onderhouden van contacten met het coördinatiebureau over het geïntegreerde 'zorgplan' en over de extra financiering. Hoe die taken zijn verdeeld over de typen zorgverleners blijkt uit het navolgende (met tussen haakjes de coördinatie-functie wat betreft de uitvoering):

	A'dam	AZWZ	Groningen	totaal
huisarts	13% (12)	1% (60)	10% (7)	7% (30)
wijkverpleging	85% (87)	6% (6)	71% (84)	50% (54)
gezinsverzorging	1% (1)	87% (34)	19% (9)	40% (16)

Over het algemeen fungeert de coördinator van de intake ook vaak als coördinator van de uitvoering van de thuisverpleging, zo valt hieruit te destilleren, met het werkgebied van het AZWZ als uitzondering. Dit wijst wellicht op het strategisch belang juist van die coördinatie.

In West-Brabant/Zeeuws-Vlaanderen is het voortouw in dezen door het AZWZ bij de instellingen voor gezinsverzorging gelegd. De afspraak die hieraan ten grondslag ligt tussen de gezinsverzorging en de huisartsen hield in, dat de huisartsen de verantwoordelijkheid zouden dragen en de uitvoering van coördinatie-taken per delegatie aan de gezinsverzorging zouden overlaten. In Amsterdam en Groningen zijn dergelijke regionale afspraken vooraf niet gemaakt: daar speelt de huisarts ter zake maar een bescheiden rol en heeft de wijkverpleging het voortouw in handen.

Alhoewel landelijk was overeengekomen dat er per geval vooraf overleg zou plaatsvinden tussen huisarts, wijkverpleging en gezinsverzorging kwam het regelmatig voor (meer dan 50%) dat de gezinsverzorging niet expliciet bij het overleg werd betrokken. Dit was met name in Amsterdam het geval, wellicht vanwege de krappe bezetting van de gezinsverzorging en de moeilijke verkrijgbaarheid van capaciteit op de regionale arbeidsmarkt in Amsterdam. De wijkverpleging was in het werkgebied van het AZWZ bij 29% van de aanmeldingen niet in het overleg betrokken: zij stond daar dus enigermate buiten spel.

Overleg met de tweede lijn is overigens veel zeldzamer: in de regio van het AZWZ wordt voor ruim een kwart en in Amsterdam en Groningen voor 8% en 16% van de afgesloten casussen overleg met de tweede lijn gemeld. Betekent dit dat de tweede lijn in de experimentele praktijk nog te veel buiten schot blijft/wil blijven of dat door de tweede lijn geïnitieerde opnames/(vervroegde) ontslagen om andere redenen minder in thuisverpleging resulteren?

Dat de huisarts een sterke coördinerende rol in de uitvoering van thuisverpleging speelt kan evenmin uit de cijfers worden gedestilleerd: de wijkverpleging heeft hier de overhand, gevolgd door de huisarts (30%) met tenslotte de gezinsverzorging (15%). Wordt de situatie in de regio van het AZWZ vanwege de specifieke afspraken terzake buiten beschouwing gelaten, dan zijn de percentages 'coördinatie van de uitvoering' circa 85% wijkverpleging, nog geen 10% huisarts en maximaal 5% gezinsverzorging.

CONCLUSIES

Uit het voorgaande kan worden afgeleid dat wijkverpleging en huisarts een belangrijke functie hebben in de aanmelding van patiënten. Andere potentiële aanmelders spelen (nog) slechts een bescheiden rol. De coördinatie van de intake ligt, bij ontstentenis van specifieke afspraken terzake, ook voor een belangrijk deel bij de wijkverpleging. Maar ook de gezinsverzorging kan hierin een belangrijke bijdrage leveren. De verdeling van de coördinatie-taken rond de uitvoering van thuisverpleging is soortgelijk wat betreft het aandeel van de wijkverpleging. Maar ook de huisarts en in mindere mate de gezinsverzorging hebben of nemen hierin de leiding.

Vloeit deze taakverdeling min of meer automatisch voort uit de experimentele praktijk of hangt die samen met het gegeven dat de wijkverpleging goed een liaisonfunctie kan vervullen tussen verzorgende, verplegende en medische activiteiten? Vast staat in elk geval dat over het geheel genomen het accent in de gevals-gewijze coördinatie van thuisverpleging gedurende de proeffase van het experiment feitelijk vooral bij de wijkverpleging heeft gelegen. Alleen daar waar gezinsverzorging en huisartsen onderlinge afspraken terzake hebben gemaakt werd die positie ondergraven.

In het laatste geval is de wijkverpleging wat op een zijspoor gezet, zo lijkt het tenminste, afgaande op de betrokkenheid bij het overleg. In het eerste geval wordt de gezinsverzorging vaak buiten het verplichte overleg gehouden. Dit wijst erop, dat er een machtsstrijd binnen de eerste lijn woedt om de coördinatie van de zorg, waarvan de uitslag nog niet valt te voorspellen. De veldslag speelt zich vooralsnog vooral af rond de arbeidsintensieve coördinatie van de intake. Dit lijkt een strategisch belangrijk punt, waarover voorlopig alleen de reguliere instellingen en hun koepels twisten. Met deze constatering wordt een tegenstelling tussen het door de commissie-Dekker geschetste marktperspectief met zijn concurrentie op functies en de vigerende praktijk in de thuisverplegingsexperimenten blootgelegd: alleen de gevestigde, monopolistische instellingen nemen deel aan die strijd om de coördinatie. Particuliere verpleegbureaus, stichtingen voor aanvullende thuiszorg van het kruiswerk en dergelijke worden van het onderhavige slagveld geweerd.

Ook over andere aspecten wordt gevochten: dit betreft uiteraard de honorerings-

structuur, tariefstelling en de afbakening regulier en extra te financieren zorg. Deze laatste kwesties lijken echter min of meer onafhankelijk van derden in bilateraal overleg met het secretariaat van de Ziekenfondsraad, ziekenfonds of coördinatiebureau te worden opgelost in tegenstelling tot de eerstgenoemde. Daarmee verdwijnen deze kwesties echter al te gauw naar de achtergrond. Immers ook deze aspecten bepalen mede of en in hoeverre thuisverpleging/thuiszorg een reëel substituut voor intramurale opname kan zijn. Een maximum zorgbudget per dag kan slechts één keer worden uitgegeven.

In de vervolgfase van het evaluatie-onderzoek zal daarom onder meer extra aandacht worden besteed aan de inhoud en vormgeving van de coördinatiefunctie, omdat deze wellicht een kern van de thuisverplegingsproblematiek raken. Maar ook de (randvoorwaarden voor) financiële substitutie zal meer gewicht krijgen conform de wensen van de Ziekenfondsraad. □

Intensieve thuiszorg wacht op operationalisering

Voortgezette dialoog

Als Van Loon aan het woord is, doet men er verstandig aan goed te luisteren. Bij hem zijn namelijk een grote deskundigheid op het gebied van de organisatie van de gezondheidszorg, alsook een jarenlange bijzondere persoonlijke ervaring in het gezondheidszorgcircuit, in één persoon verenigd.

Zijn idee, de intensieve thuiszorg als belangrijk ontwikkelingsgebied voor de samenwerking tussen eerste en tweede lijn te bestemmen (MC nr. 24/1988, blz. 583), bewijst zijn intuïtief vermogen aan te voelen waar een gunstige voedingsbodem ligt voor het herstel van een goede relatie tussen de beide echelons. Immers, de intensieve thuiszorg is een uitgelezen arbeidsplaats in het gezondheidszorgcircuit, waar huisarts en specialist, wijkverpleegkundige en ziekenhuisverpleegkundige, gezinszorg en andere maatschappelijke hulporganisaties, elkaar aan het ziekbed van de patiënt ontmoeten.

Er bestaat geen twijfel over, dat bepaalde vormen van intensieve ziekenhuis- of verpleeghuiszorg kunnen worden vervangen door intensieve thuiszorg. De belangrijkste belemmering voor deze gewenste substitutie is echter het ontbreken van een adequate organisatie van deze vorm van patiëntenhulp, met als grootste knelpunt de competentieproblemen tussen de deelnemende beroepsgroepen.

Het begint al met de naamgeving. Thuiszorg kan men strikt genomen interpreteren als een vorm van hulpverlening met de zorg ('care') als wezenlijk element. De medische behandeling ('cure') wordt zodoende, zeker bij monde van specifieke zorgverleners, op de achtergrond geschoven. Zolang de term 'thuiszorg' niet wordt gezien als een benaming voor zowel thuiszorg, verpleegkundige zorg, maatschappelijke zorg als geneeskundige zorg, blijft men langs elkaar heen praten. Het is bovendien te verwachten, dat met de toename van het aantal thuispatiënten het zwaartepunt van de benodigde hulpverlening in toenemende mate komt te liggen op de geneeskundige zorgelementen (verschuiving van klinisch naar poliklinische behandeling). In de discussies over thuiszorg krijgt men daarentegen sterk de indruk dat iedereen praat over een herstel van de klassieke thuiszorg, terwijl nieuwe vormen van intensieve thuiszorg, welke wezenlijk andere eisen stellen aan de hulpverlening, geen aandacht krijgen.

De intensieve thuiszorg zal zich in de toekomst vooral concentreren op terminale zorg, zorg ten behoeve van ernstig gehandicapte chronische patiënten, bepaalde vormen van oncologische zorg en nazorg ten behoeve van (poli)klinische operatiepatiënten. Niet alleen om economische redenen maar ook op humanitaire gronden biedt voor veel van deze patiënten de verzorging thuis een beter klimaat

Dr. K. L. J. Hoefnagels

dan de verzorging in het ziekenhuis of het verpleeghuis.

Helaas moet men constateren dat, vooruitlopend op de te verwachten intensivering van de thuiszorg, de betrokken beroepsgroepen zich al op voorhand zoveel mogelijk trachten te verzekeren van het eigen primaat bij deze zorgvorm. Het gevolg is dan ook, dat de waarde van de inbreng van de andere professionele groepen wordt miskend. Toch is een eerste vereiste voor een verantwoorde ontwikkeling van de intensieve thuiszorg, dat alle categorieën hulpverleners ervan zijn doordrongen dat er een gezamenlijk zorgprogramma dient te worden opgesteld, waarbij recht wordt gedaan aan de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen. De organisatie zal op dit principe moeten zijn afgestemd. Dit stemt overeen met de opvattingen van Spreeuwenberg (MC nr. 19/1988, blz. 579). Helaas biedt het voorontwerp van de Wet BIG het verpleegkundige beroep vooralsnog te weinig wettelijk ondersteunde erkenning. Niettemin vraagt een goed georganiseerde thuiszorg dat ook volledig recht wordt gedaan aan de eigen verantwoordelijkheid van de verpleegkundige. Verder is het noodzakelijk dat rekening wordt gehouden met het door Post aangehaalde ruilfenomeen: samenwerking kan pas ontstaan als partijen een gemeenschappelijk doel hebben, maar ook voordeel van de samenwerking ondervinden.

In de gegeven financiële structuur heeft geen der betrokken partijen enig voordeel, integendeel: alleen maar nadelen; enkel de ziektekostenverzekeraars zijn er financieel mee gebaat, alhoewel er de laatste tijd van die zijde een aarzeland begin mee wordt gemaakt een vergoeding te geven voor deze zorgverlening. Wil de intensieve thuiszorg een gepaste plaats krijgen in ons gezondheidszorgbestel, dan is voor de uitvoering ervan een gezonde financiële basis een dringende vereiste. Zonder de gehele bestaande financiële structuur op haar kop te zetten, zou kunnen worden volstaan met het onderbrengen van deze zorgverlening in een aparte ziektekosten categorie. De huisarts zou voor deze patiënten een extra honorering moeten krijgen boven het abonnementstarief, de specialist een hogere honorering dan het vigerende tarief I en II, voor het ziekenhuis zou het M10 tarief moeten worden aangepast in die gevallen waarin een ondersteuning van de thuiszorg vanuit het ziekenhuis wordt gegeven. Bovendien zou bij de functionele budgettering aan de zorg van deze soort patiënten een meer stimulerende waarde moeten worden toegekend. Voor de verpleeghuizen zijn analoge financiële stimulansen geïndiceerd. Ten-

slotte zouden voor de wijkverpleging en de gezinszorg de noodzakelijke mankracht en middelen ter beschikking moeten komen.

NAAR EEN REGIONAAL INSTITUUT

In het kader van de gewenste regionalisatie van de gezondheidszorg lijkt een organisatiestructuur waarbinnen een regionaal thuiszorginstituut de intensieve thuiszorg regelt, de beste oplossing. Dit instituut selecteert de patiënten die in aanmerking komen voor intensieve thuiszorg en heeft een toezichthoudende taak. Het COTG zou een aanmoedigingstarief en nu eens niet een, op bezuinigingsmotieven ingegeven, ontmoedigingstarief moeten vaststellen. De financiering kan worden ondergebracht in de AWBZ.

In het regionaal thuiszorginstituut dienen, naast de huisartsen- en specialistenorganisaties, de ziekenhuis- en verpleeghuisorganisaties en de organisaties van wijk- en gezinszorg te participeren. Het instituut bepaalt de doelstellingen van het behandelings- en verzorgingsbeleid en ziet erop toe dat deze doelstellingen worden verwezenlijkt. Omdat in het ene geval de nadruk ligt op de medische behandeling en in het andere geval op de verpleegkundige zorg, zou dienovereenkomstig de leiding bij de ene patiënt aan de medicus, bij de andere patiënt aan de verpleegkundige moeten worden toevertrouwd. Deze leidinggevende rol moet worden opgevat als een coördinerende taak bij de vormgeving en totstandkoming van een voor de individuele patiënt bepaald zorgprogramma. Daarbij dient voorop te staan dat zonder identiteitsoverwegingen de specifieke deskundigheid van alle hulpverleners (huisarts, specialist, wijkverpleegkundige, ziekenhuisverpleegkundige en gezinsverzorgster) volledig tot haar recht komt. Het valt namelijk niet te ontkennen dat de competentie van de diverse hulpverleners op grond van hun ongelijksortige opleiding en ervaring verschillend is. Dit kan zich duidelijk manifesteren bij post-operatieve en oncologische patiënten. Een complementair hulpprogramma is dan aangewezen om de grootst mogelijke effectiviteit en de hoogst mogelijke kwaliteit te leveren. Ten behoeve van een verantwoorde patiëntselectie zal het regionaal instituut een lijst van categorieën van patiënten die voor intensieve thuiszorg in aanmerking komen moeten opstellen. Het instituut geeft vervolgens aanwijzingen voor de rolverdeling en de verdeling van verantwoordelijkheden in het zorgverleningsprogramma.

In het algemeen zal de huisarts verantwoordelijk zijn voor het geneeskundig hulpverleningsprogramma, ofschoon het in bepaalde gevallen alleszins denkbaar is dat de huisarts deze verantwoordelijkheid (tijdelijk) over-

draagt aan de specialist. Dit geldt mutatis mutandis voor de wijkverpleegkundige en de ziekenhuisverpleegkundige, wat de verpleegkundige verantwoordelijkheid betreft. In voorkomende gevallen zal het regionaal instituut beslissen bij eventuele onduidelijkheden in de taakverdeling tussen de hulpverleners. Het is trouwens te verwachten dat mettertijd de complementaire basis van het hulpprogramma door uitwisseling en overdracht van kennis en vaardigheden verder evolueert naar een geïntegreerd hulpverleningsprogramma.

Op grond van kostenefficiëntieoverwegingen moet men zich afvragen of de opzet van het genoemde regionale instituut niet inpasbaar is in een bestaande regionale organisatiestructuur (regionale GGD's, regionale ziekenhuisorganisaties of regionale eerstelijnsorganisaties). In de beschreven visie wordt namelijk aan het instituut een grote rol toebedeeld met betrekking tot de 'process-managing' en het toezicht op de 'case-managing' van de inten-

sieve thuiszorg, reden waarom het benutten van de infrastructuur van bestaande regionale organisaties belangrijke administratieve besparingen kan opleveren. De evidente competentie- en identificatieproblemen zullen zeker in de aanlooptijd zoveel moeilijkheden opleveren dat een sterke toporganisatie onvermijdelijk is. Vandaar ook dat een 'top-down managing', ondanks omgekeerde ontwikkelingen in de moderne bedrijfsorganisatie, zeker in de ontwikkelingsfase, de voorkeur verdient.

Het spreekt vanzelf dat bij de definitieve structurering van de onderhavige intensieve thuiszorg *bedrijfskundige inbreng absoluut gewenst* is. In die kringen bestaat de noodzakelijke deskundigheid om te onderzoeken of ook bepaalde matrixorganisaties in de een of andere vorm toepasbaar zijn in de structuur van de intensieve thuiszorg. Hiervan door-drongen, heb ik mij in deze dialoog beperkt tot een globale organisatieschets van een regio-

naal instituut voor intensieve thuiszorg. Er zijn natuurlijk ook andere terreinen denkbaar waar een betere samenwerking tussen eerste en tweede lijn mogelijk is. Ik geloof echter, dat het verstandig is in eerste instantie alle energie te concentreren op dat deel van de gezondheidszorg waar de perspectieven voor het wel-slagen het gunstigste liggen, namelijk de inten-sieve thuiszorg. □

Errata. In mijn oorspronkelijke artikel: 'De relatie tussen eerste en tweede lijn is niet gediend met bepaalde experimenten' (MC nr. 19/1988, blz. 583) moet regel 16: '35%', zijn: 'bijna 15%'; regel 17: '60%' moet zijn: '40%'.

Dr. K. L. J. Hoefnagels is oogarts te Tilburg

Geschiedenis der geneeskunde

Een Deens artsengeslacht in Holland

De medische terminologie is doorspekt met namen die nauw aan personen zijn verbonden. Talrijke weefselstructuren en organen hebben de naam van hun ontdekker of van degene die ze voor het eerst uitvoerig heeft beschreven gekregen. Ook bepaalde syndromen, ziekten of pathofysiologische verschijnselen die het organisch of psychisch lijden typeren zijn vaak gekoppeld aan de naam van degene die ze voor het eerst heeft waargenomen en beschreven.

Een van de vele voorbeelden van zo'n aan een eigenaam verbonden orgaan is de Bartholinische cyste die, wanneer deze is ontstoken, bij de patiënte in kwestie hevige pijn kan veroorzaken en haar het zitten onmogelijk maakt. Ook de ductus van de glandula sublingualis is naar Bartholinus vernoemd. Beide organen werden in de tweede helft van de 17de eeuw ontdekt en beschreven door een telg van de Deense familie Bartholinus, namelijk Caspar.

Caspar Bartholinus (1655-1738) zou voor de Nederlandse medische geschiedenis niet zo'n bij uitstek interessant figuur zijn geweest, ware het niet dat hij onder leiding van zijn oom Holger Jacobsen een studiereis door de Nederlanden heeft gemaakt, van welke reis een uitvoerig dag-

Dr. H. L. Houtzager

In het laatst van de 17e eeuw kreeg ons land bezoek van enkele leden van het Deense artsengeslacht Bartholinus. Dr. H. L. Houtzager volgde het spoor dat zij nalieten in de vorm van een reisverslag.

boek over de vele avonturen die het gezelschap hier beleefde voor het nageslacht bewaard is gebleven.

DRIE ARTSENGENERATIES

Caspar junior was de derde telg van het geslacht der Bartholini, dat een belangrijke invloed op de ontwikkeling van de geneeskunde in Denemarken heeft uitgeoefend.

Caspar Bartholinus Sr. (1585-1629) was een der corifeeën van de universiteit van Kopenhagen. Na een negen jaar durende studiereis, onder andere naar ons land, werd hij in 1613 hoogleraar in de geneeskunde. In 1624 bezette hij ook de hoogleraarpost in de theologie.

Zijn zoon *Thomas Bartholinus (1616-1680)* trad in het voetspoor van zijn vader en maakte eveneens een langdurige studiereis door Europa, waarbij hij ook ons land en met name de Leidse universiteit bezocht. In Leiden verzorgde hij op advies van Johannes Walaeus de bijgewerkte heruitgave van zijn vaders leerboek over de anatomie. Vanaf 1645 bekleedde hij in Kopenhagen een aantal hoogleraarschappen, waarvan het professoraat in de anatomie een der belangrijkste was. Thomas Bartholinus wordt beschouwd als een der meest toonaangevende anatomen uit de tweede helft van de 17de eeuw.

Caspar Bartholinus Jr. tenslotte, de derde generatie Bartholini, werd reeds op 19-jarige leeftijd in 1674 door de Deense koning tot hoogleraar in de filosofie benoemd in Kopenhagen.

OP STUDIEREIS

Tussen 1674 en 1677 maakte Caspar Jr. een studiereis door Europa, samen met zijn broer Kristopher en zijn al vermelde oom Jacobsen, die was getrouwd met Anna Bartholin, een zuster van hun vader.

De Denen kwamen op 9 juni 1674 bij

Nieuweschans in ons land aan, doch de entree was niet zo glorieus. De sporen van de strijd tegen de bisschop van Munster, Bernhard van Galen, en van diens verblijf in de Groninger Ommelanden waren blijkbaar nog niet uitgewist, want toen zij 'candelken' wilden drinken kregen zij te horen dat de bisschop alle kippen had opgegeten en dat er dus geen eieren waren om deze typisch Hollandse drank te maken.

In *Amsterdam* bezocht het gezelschap allerlei bezienswaardigheden, zoals het stadhuis en het weeshuis, waar toen duizend wezen waren opgenomen (men bedenke dat de bevolking van Amsterdam toen niet meer dan ongeveer 210.000 zielen telde). Gelijk de meeste toeristen bezochten de reizigers ook het rasphuis, waar de gestraften de hele dag pernam-buc-hout moesten schrappen. Van enig medelijden met deze ongelukkigen wordt in het reisverslag van Jacobsen niet gesproken. Wel vermeldt hij dat hij zelf ook even 'for curieusitet' raspte. Ook het gasthuis werd door het Deense gezelschap met een bezoek vereerd; opmerkelijk vinden de Denen dat mannen en vrouwen er gescheiden liggen en dat de zieken hun eigen medicus, apotheek, kerk en kruidentuin hadden. Van het 'dolphuis', dat toentertijd als publieke gemakelijkheid op bepaalde uren voor iedereen toegankelijk was, maken zij in hun reisverslag melding.

In aanwezigheid van de Leidse hoogleraar Seyen brengen zij onder meer een bezoek aan Jan Swammerdam, die hun zijn rariteitenkabinet toont en zijn met kwikzilver opgespoten geconserveerde organen van dierlijke en menselijke origine.

Uiteraard wordt ook *Leiden* met de universiteit door het gezelschap niet overgeslagen. Hier ontmoetten zij opnieuw *Arnoldus Seyen* (1640-1678), hoogleraar in de botanie en belast met het toezicht op de Hortus, die hen gedurende de rest van hun verblijf in Nederland zou begeleiden. Deze 'vir splendidus et magnus rei herbariae amator', zoals Albrecht Haller hem noemt, was op 18 september 1640 in Amsterdam geboren en vestigde zich nadat hij in Leiden medicijnen had gestudeerd in Gouda, waar hij zijn 'aan de aanzienlijkste liefhebbers bekende kruidtuin' had, met vele zeldzame en uitheemse gewassen, die hij met zorg kweekte en die zelfs Boerhaave in zijn voorrede van de 'Brevis Historia Horti' (1720) noemt. Mede door toedoen van Seyen kwam het gezelschap in contact met de hoogleraren, die waren verbon-

den aan de medische faculteit in Leiden, te weten Drelincourt, Schacht en Theodoor Craanen, welke laatste in 1670 reeds als 'professor philosophiae et mathesis' college gaf, doch die na korte tijd wegens zijn cartesische neigingen van die leerstoel werd ontheven en in de medische faculteit werd opgenomen.

Uiteraard werden alle Leidse bezienswaardigheden door het gezelschap bekeken, zoals onder meer het 'theatrum anatomicum', waar zich een verzameling curiositeiten bevond, zoals dit ook elders het geval is geweest. In het St. Cecilia-gasthuis volgden zij de colleges; het dagboek bevat zorgvuldig bijgehouden aantekeningen van deze lessen en ziektegeschiedenissen, waarin tevens de behandelingswijze en de door de hoogleraar voorgeschreven recepten werden opgenomen.

Het Deense gezelschap maakte onder leiding van Seyen verschillende uitstapjes, onder meer naar de Hortus en naar het Katwijkse strand, waar men op zoek ging naar oude Romeinse munten, die naar zij hadden gehoord daar nog werden gevonden.

Een van de hoogtepunten van het bezoek aan de Nederlanden was hun reisje naar *Delft*, waar zij een visite aflegden bij een 'hominem ingeniosum, sed illiteratum, nomine Leuenhug' (*Van Leeuwenhoek*). 'Ik zag', vertelt Jacobsen in zijn dagboek 'verschillende microscopen die hij zelf gemaakt had en wel zo zuiver dat zij bij allen bewondering hadden gewekt. Daarvoor had ik met Caspar en Kristopher Bartholinus en professor Seyen het volgende gezien: bloed, ingesloten in langwerpige glas, bestond uit kleine, zuivere bolletjes, die naar alle kanten heen en weer en op en neer bewogen. Ook haren, van binnen hol, bestonden uit bolletjes, om maar te zwijgen van stenen, nagels, huid en allerlei soorten hout. Verder hebben wij vliegen en bijen en andere kleine diertjes door de microscopen bekeken.' Juist dit zijn de voornaamste onderwerpen waarover Antoni van Leeuwenhoek in zijn eerste brieven aan de Royal Society in Londen mededelingen heeft gedaan.

Ook werd een bezoek gebracht aan Henricus D'Acquet, 'burgemeester en raat der stad Delft'. Deze had een vermaard kabinet, waarin zich talrijke bijzondere en zeldzame voorwerpen bevonden, zoals krokodilleeieren, verschillende zaden en vruchten, etc. Van Leeuwenhoek heeft voor zijn onderzoek regelmatig gebruik gemaakt van deze verzameling van D'Acquet. Ook het Delftse 'theatrum

anatomicum' wordt niet overgeslagen; het dagboek vermeldt de vele merkwaardigheden die er te zien waren, onder andere een opgezette rhinoceros, een tijger, een steenbok en 'ontelbare andere dingen'.

UITLUI

Na ruim tien maanden in de Nederlanden te hebben verbleven vertrok het gezelschap naar Frankrijk. Maar eerst hadden zij uitvoerig afscheid genomen van hun vriend Seyen, zoals uit de aantekeningen in het dagboek blijkt: 'De 20ste maart, de dag voor ik uit Leiden naar Frankrijk vertrok, was ik de gast van de hoogleraar in de botanie en wij werden feestelijk onthaald'. Het uitvoerige reisverslag verschaft ons niet alleen gegevens over het *medisch leven* in de Nederlanden in de 17de eeuw, maar ook gegevens over het *dagelijks leven* hier te lande, gezien door de bril van drie vooraanstaande Deense medici. □

Budgettering en patiëntenrechten

Materiële rechtspositie van patiënten verzwakt

Met ingang van 1 januari 1988 is een nieuw systeem van ziekenhuisbudgettering ingevoerd: de functiegerichte budgettering¹. Tevens wordt gewerkt aan verbetering van de patiëntenrechten door het vaststellen van een patiëntenwet. In februari 1987 werd een voorontwerp van wet ingediend betreffende de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling². Het is niet gebruikelijk beide ontwikkelingen – budgettering en patiëntenrechten – met elkaar in verband te brengen. Toch is dat nodig. Het is immers een weinig aantrekkelijk perspectief dat de wetgever zich inspant om patiënten een sterkere rechtspositie te geven, terwijl tegelijkertijd de budgettering veroorzaakt dat patiënten hun materiële rechten op onderzoek, opname en behandeling minder tot gelding kunnen brengen.

In de kern gaat het om het dilemma van de grenzen van de medische zorg welke het gevolg zijn van financiële beperkingen. In onze rechtsstaat is de wetgever de enige in aanmerking komende instantie om de grenzen van de medische zorg vast te stellen in overeenstemming met de fundamentele beginselen van onze rechtsstaat. Talrijke wettelijke regelingen kennen aan patiënten rechten toe zonder dat daarbij door de wetgever budgettaire beperkingen zijn aangebracht. Deze wettelijke regelingen geven patiënten een in beginsel onbeperkt recht op adequate hulpverlening als er een medische indicatie is. Het zijn 'open-einde regelingen', omdat het aantal mensen dat een beroep doet op de medische voorzieningen immers niet bekend is en de daarmee gemoeide kosten ook niet vooraf zijn vast te stellen. Het fixeren van de kosten van dergelijke 'open einde-regelingen' met een vast budget is dan ook principieel in strijd met fundamentele beginselen van onze rechtsstaat. Alleen de wetgever zelf kan dergelijke budgettaire beperkingen in de desbetreffende wettelijke regelingen opnemen, maar de wetgever zal dit niet snel doen omdat daarvoor wordt getornd aan rechtsbeginselen als rechtszekerheid en rechtsgelijkheid. In deze bijdrage zal worden aangetoond dat de materiële rechtspositie van de patiënt door de budgettering wordt verzwakt. De materiële rechtspositie van de

Dr. Mr. Drs. A. P. J. van der Eyden

Door de binnenkort te verwachten invoering van een patiëntenwet worden de formele patiëntenrechten uitgebreid, terwijl de ziekenhuisbudgettering tot gevolg heeft dat de materiële patiëntenrechten worden beperkt. Dr. Mr. Drs. A. P. J. van der Eyden, directeur Algemene Zaken van het Sint Lucas Ziekenhuis te Amsterdam, toetst de bestaande ziekenhuisbudgettering en de nieuwe functiegerichte budgettering aan het wettelijk stelsel van rechten en plichten.

patiënt wordt als volgt omschreven: de op grond van rechtens geldende regelingen feitelijk bestaande mogelijkheid gebruik te maken van de medische voorzieningen en de medische zorgverlening door professionele hulpverleners die kunnen beschikken over adequate hulpmiddelen.

ZIEKENHUISBUDGETTERING

Vóór 1983 werden de feitelijk gemaakte kosten van ziekenhuizen vergoed, als deze gezien de gestelde normen van het COZ c.q. COTG aanvaardbaar waren. Alleen de prijzen (tarieven) van de verschillende activiteiten werden op een wettelijk voorgeschreven wijze vastgesteld, maar niet de volumina. De ziekenhuizen kregen dan ook meer kosten vergoed, als ze meer activiteiten (verpleegdagen, verrichtingen) hadden gerealiseerd.

Zonder de vereiste zorgvuldigheid en zonder dat daarvoor een adequate wettelijke basis bestond, werd per 1 januari 1983 abrupt de ziekenhuisbudgettering ingevoerd. Elk ziekenhuis kreeg voortaan een vast bedrag aan geld, waarmee alle kosten moesten worden opgevangen: een budget. Wanneer een ziekenhuis meer verpleegdagen, meer of duurdere medische onderzoeken of behandelingen realiseerde, dan werden de daarmee gemoeide extra kosten niet meer

vergoed. In tegenstelling tot de situatie van vóór 1983 werd geen compensatie gegeven voor een eventueel exploitatieverlies, zelfs niet wanneer dit aantoonbaar het gevolg was van meer medisch noodzakelijke activiteiten. Het in 1982 verkregen bedrag aan door het COTG aanvaardbaar geachte kosten werd als budget toegekend. In latere jaren werden daarop aanzienlijke budgetkortingen toegepast.

Omdat een toenemend aantal ziekenhuizen in exploitatieproblemen kwam, werd de roep om verandering of intrekking van de ziekenhuisbudgettering steeds luider. Het tekort aan financiële middelen leidde in toenemende mate tot allerlei vormen van 'budgettose'. De term 'budgettose' is door mij geïntroduceerd als verzamelbegrip voor allerlei ziekteverschijnselen in ziekenhuizen die rechtstreeks het gevolg zijn van financiële c.q. budgettaire beperkingen. Bij deze ziekteverschijnselen gaat het onder andere om: onverantwoorde vermindering van onderzoek, behandelingen en opnames; verarming van verpleegkundige zorg; verkeerde bezuinigingen; riskante vermindering van diagnostisch onderzoek; het tornen aan de professionele standaard waaraan medici moeten voldoen; verwaarlozing van gebouwen, installaties en apparatuur; en bezuinigingen op arbeidsvoorwaarden en dergelijke³.

Het COTG heeft een model voor functiegerichte budgettering uitgewerkt dat vanaf 1 januari 1988 gefaseerd wordt ingevoerd. De pretentie van de functiegerichte budgettering is, dat de ziekenhuizen de beschikking krijgen over financiële middelen al naar gelang de functies en de zwaarte van de functies. Er wordt onderscheid gemaakt tussen capaciteitgebonden kosten en produktiegebonden kosten. Als parameters voor de capaciteit gelden: het aantal specialistenplaatsen voor de medische functie ('functie-eenheden') en het aantal erkende bedden voor de hotelfunctie. De produktieparameters zijn met name het aantal opnames, verpleegdagen, dagverpleging en eerste polikliniekbezoeken voor de algemene ziekenhuisfuncties en enige specifieke produktieparameters voor bijzondere functies.

Omdat de herallocatie van financiële

middelen, dat wil zeggen het verschil tussen het oude en het nieuwe budget, voor een deel van de ziekenhuizen zeer ingrijpend is, wordt de functiegerichte budgettering gefaseerd ingevoerd. Het gaat om budgetaanpassingen van plus of min 2% per jaar, zodat de functiegerichte budgettering in 1991 volledig is ingevoerd. Met ingang van 1989 wordt voor de onderlinge dienstverlening tussen ziekenhuizen en voor het uitbesteden van onderzoeken en behandelingen aan andere instellingen het systeem ingevoerd dat het aanvragende ziekenhuis (ook voor de aanvragen van zijn specialisten) daarvoor moet betalen uit het vastgestelde budget.

KANTTEKENINGEN

Het is nog te vroeg om vast te stellen, of en in welke mate de functiegerichte budgettering een oplossing biedt voor de problematiek in de ziekenhuizen ten gevolge van de budgettering. In ieder geval kan als vaststaand worden aangenomen dat ook door de functiegerichte budgettering de materiële patiëntenrechten worden aangetast. Die functiegerichte budgettering immers brengt aanzienlijke beperkingen teweeg, vooral omdat ze expliciet op bezuinigingen is gericht, zonder dat voldoende rekening wordt gehouden met de feitelijke kostenconsequenties van de medische zorg waarop de (wettelijk) verzekerden rechten kunnen doen gelden en welke de medici volgens een stelsel van wettelijke regelingen verplicht is te bieden.

Ten opzichte van de bestaande ziekenhuisbudgettering kan de functiegerichte budgettering een verbetering zijn (maar natuurlijk niet voor de ziekenhuizen en de daarbij betrokken patiënten, die een aanzienlijke herallocatie van financiële middelen in negatieve zin moeten ondergaan). Een verbetering vormt het gegeven, dat een toename van verpleegdagen, opnames, dagverpleging en eerste polikliniekbezoeken tot een beperkte verhoging van het budget kan leiden. Dat is overigens nog niet zeker, want het ziekenhuis moet daarover produktieafspraken maken met de lokale ziektekostenverzekeraars.

Het is verder duidelijk, dat in de COTG-richtlijnen alleen een genormeerd bedrag voor de gemiddelde dienstverlening is opgenomen. Wanneer een ziekenhuis medisch noodzakelijke verrichtingen doet welke onvermijdelijk tot gevolg hebben dat er kosten moeten worden gemaakt die boven het gemiddelde uit-

gaan, dan krijgt het ziekenhuis de daarmee gemoeide kosten niet vergoed.

Al met al berust het systeem van functiegerichte budgettering op een aantal veronderstellingen die geenszins behoeven te sporen met de werkelijke kostenontwikkelingen van het dynamische ziekenhuisbedrijf. Wat is gemiddelde dienstverlening en hoe wordt deze bepaald? De ervaring heeft inmiddels geleerd, dat het bijzonder moeilijk is verantwoorde uitspraken te doen over de kostenprofielen per onderdeel van de patiëntenzorg. De verschillen tussen de *ex ante* toegekende financiële bedragen en de *ex post* noodzakelijk gebleken financiële bedragen om de feitelijke kosten van de geleverde patiëntenzorg op te vangen kunnen daardoor aanzienlijk zijn.

De ziekenhuizen worden dan ook geconfronteerd met grote en onzekere financiële risico's, welke tot ongedekte exploitatiekortingen kunnen leiden. Omdat een ziekenhuis zich niet lang een exploitatieverlies kan permitteren, zal de reactie voorspelbaar zijn. Het ziekenhuis zal op alle mogelijke manieren bezuinigen: vermindering van personeel, waardoor de kwaliteit van de patiëntenzorg achteruitgaat; beperking van de medische middelen en de andere materiële middelen ten koste van een minder adequate patiëntenzorg; vermindering van onderzoeken; het niet opnemen van dure patiënten en dergelijke. Met zekerheid kan dan ook worden vastgesteld, dat de materiële rechtspositie van de patiënten door de ziekenhuisbudgettering wordt aangetast.

Wanneer de materiële rechtspositie van patiënten sinds de invoering van de ziekenhuisbudgettering per 1 januari 1983 is aangetast, dan rijst de vraag waarom medici, ziekenhuizen, ziektekostenverzekeraars en patiëntenverenigingen niet in verzet zijn gekomen tegen deze ziekenhuisbudgettering. Te meer omdat al eerder is vastgesteld dat de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) een juridisch inadequate basis is voor de ziekenhuisbudgettering⁴. De WTG is immers uitsluitend bedoeld als wet die de tarieven reguleert: het is een prijzenwet, geen budgetwet. De WTG houdt rekening met het 'open einde-karakter' van de ziektekostenverzekeringsregelingen en stelt alleen de maximaal toegestane tarieven vast. Desondanks heeft de bewindsman van het ministerie van WVC, op basis van de WTG aanwijzingen gegeven aan het COTG, op grond waarvan de

ziekenhuisbudgettering wordt doorgevoerd.

Als verklaring kan gelden dat door politieke partijen en overheid een klimaat is gecreëerd, dat drastische ingrepen in de ziekenhuizen noodzakelijk maakt om de explosieve kostenstijgingen te beteugelen. En ook dat de ziekenhuizen bereid waren om mee te werken aan een beperking van de kosten. Bovendien werd het aanvechten van de ziekenhuisbudgettering moeilijk gemaakt, doordat steeds werd gesteld dat de bestaande ziekenhuisbudgettering tijdelijk was.

Overigens blijkt de aanleiding tot de invoering van de ziekenhuisbudgettering, de vermeende explosieve kostenontwikkeling, in werkelijkheid een geheel ander beeld te laten zien. Door met nominale (dat wil zeggen niet voor inflatie gecorrigeerde) cijfers te werken, is het vooroordeel gecreëerd dat de ziekenhuiskosten explosief zouden zijn gestegen. Het Centraal Bureau voor de Statistiek heeft berekend dat de reële kosten (dus na het elimineren van de inflatie) in constante prijzen (prijsniveau 1980) zijn gedaald van 9.374 miljoen gulden in 1978 tot 9.345 miljoen gulden in 1983, en dat de ziekenhuiskosten reëel zijn gedaald van 9.334 miljoen gulden in 1980 tot 9.288 miljoen gulden in 1985. Dit vooroordeel was aanleiding tot het nemen van een reeks bezuinigingsmaatregelen, maatregelen die hebben geleid, en nog steeds leiden, tot aantasting van de materiële rechtspositie van patiënten. De ziekenhuiskosten zijn redelijk stabiel, de inflatie is de boosdoener⁵.

RECHTEN EN PLICHTEN

Het bestaande wettelijke ziektekostenverzekeringssysteem geeft in beginsel een onbeperkt recht op geneeskundige behandeling. Op basis van artikel 8 van de Ziekenfondswet hebben ziekenfondsverzekerden aanspraak op verstrekkingen ter voorziening in hun geneeskundige verzorging (bij een verblijf van langer dan 365 dagen op basis van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de AWBZ). De inhoud van de aanspraak op ziekenhuisverpleging wordt omschreven als de voor de verzekerde noodzakelijke behandeling, onderzoek en verpleging. Er moet wel een opname-indicatie zijn, terwijl een machtiging moet worden verkregen van het ziekenfonds.

Om de aanspraken van ziekenfondsverzekerden op verstrekkingen te kunnen realiseren sluiten de ziekenfondsen op

grond van artikel 44 van de Ziekenfondswet overeenkomsten met instellingen en personen (medewerkers) die de verstrekkingen kunnen bieden. Wanneer een ziekenfondsverzekerde naar het oordeel van een arts in aanmerking komt voor een onderzoek, een behandeling of een opname, terwijl tevens aan de vereiste formaliteiten is voldaan, dan heeft deze verzekerde recht op onderzoek, behandeling of opname, en moet het ziekenfonds de daarmee gemoeide kosten aan het ziekenhuis vergoeden. Overschrijding van het budget vormt geen rechtstijtel tot weigering van een machtiging. *Mutatis mutandis* geldt hetzelfde bij de AWBZ en voor particulier verzekerden. Volgens de modelovereenkomst ziekeninrichting/ziekenfonds, welke de Ziekenfondsraad op basis van artikel 44a van de Ziekenfondswet heeft opgesteld, verbindt de inrichting zich verzekerden die daarop als zodanig recht hebben, verstrekkingen te verlenen. Overschrijding van het budget is geen rechtstijtel tot weigering van onderzoek, behandeling of opname. *Mutatis mutandis* geldt hetzelfde ten aanzien van verplichtingen van inrichtingen op grond van de AWBZ of van overeenkomsten met particuliere ziektekostenverzekeraars.

Ook de medici hebben talrijke rechtens afdwingbare verplichtingen op grond van talrijke wettelijke regelingen. Vooreerst hebben medici de plicht te handelen volgens de 'medisch-professionele standaard': 'Zorgvuldig volgens de medische standaard handelen als een gemiddeld bekwaam arts van gelijke categorie in gelijke omstandigheden met middelen die in redelijke verhouding staan tot het concreet behandelingsdoel.' Wanneer een medische handeling is geïndiceerd met het oog op een concreet behandelingsdoel, dan kan worden gesproken van een *lege artis* uitgevoerde medische handeling. Verder houdt de eed of belofte bij het artsexamen in, dat de arts de genees-, heel- en verloskunst volgens de daarop wettelijk vastgestelde bepalingen naar beste weten en vermogen zal uitoefenen. Met 'wettelijke bepalingen' worden hier uitsluitend de kwalitatieve aspecten van het medische handelen bedoeld. Verder dient de arts er volgens de 'Gedragsregels voor artsen' (KNMG, 1984) naar te streven elke patiënt de meest adequate behandeling te verstrekken, zoals deze behandeling onder beroepsgenoten gebruikelijk is. De arts is vrij in, en persoonlijk verantwoordelijk voor, de

besluitvorming met betrekking tot diagnostiek, therapie en begeleiding van de patiënt. Bovendien heeft elke arts de verplichting geen opdracht te aanvaarden en geen verzoek in te willigen dat in strijd is met zijn medisch-ethische opvattingen of met de gedragsregels voor artsen. Artsen kunnen strafrechtelijk, civielrechtelijk, en tuchtrechtelijk worden aangesproken op hun handelen, terwijl ze worden getoetst aan de medisch-professionele standaard.

De risico's van het optreden van onjuiste of gemiste diagnoses kunnen toenemen wanneer een arts afziet van diagnostisch onderzoek omdat het budget dit niet toelaat. Wanneer daardoor de juiste diagnose wordt gemist, is de arts juridisch aansprakelijk; een beroep op de beperkingen van het budget biedt dan geen exculpatiemogelijkheden. Ook voor het ziekenhuis geldt, dat de ontoereikendheid van het budget geen rechtstijtel is voor het weigeren van onderzoek, behandeling of opname.

RECHTSPOSITIE

Het voorontwerp van een patiëntenwet zal naar verwachting in 1988 het Staatsblad halen. Met de wetgeving inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst wordt de relatie tussen patiënt en arts met dwingend recht geregeld, wat wil zeggen dat patiënt en arts niet van deze rechtsregels mogen afwijken. Verder wordt een aantal patiëntenrechten wettelijk geregeld: het toestemmingsver-eiste van de patiënt voor medische ver-richtingen; het recht van de patiënt op informatie; het inzage-recht van de patiënt ten aanzien van de patiënt betreffende gegevens; het recht op privacy (bescherming van de lichamelijke privacy en van de privacy inzake de gegevens over de patiënt). Verder wordt naast de aansprakelijkheid van de hulpverleners zelf een centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis ingevoerd om de aansprakelijkheidsstelling door de patiënt te vergemakkelijken. Het is dan ook duidelijk dat daardoor de *formele rechtspositie* van de patiënt wordt versterkt. Opmerkelijk is, dat in de discussie over de patiëntenrechten volledig wordt voorbijgegaan aan de ingrijpende aantasting van de *materiële rechtspositie* van patiënten ten gevolge van de budgettering. Door de budgettering is het immers niet meer vanzelfsprekend dat men als patiënt wordt opgenomen als het nodig is. Het is ook niet meer zeker dat men als

patiënt alle (door medici) relevant geachte diagnostische onderzoeken kan ondergaan. Ook is door de bezuinigingen de kans reëel dat men als patiënt niet meer de medische behandeling krijgt van het kwaliteitsniveau dat in de pre-budgetteringsperiode normaal was. Het gaat om voor de patiënt wezenlijke zaken, zoals: toename van wachtlijsten; selectie en rantsoenering; kwantitatieve en kwalitatieve beperkingen van het dienstenpakket; achteruitgang van de kwaliteit van de medische zorgverlening; onvoldoende modernisering van gebouwen, installaties en apparatuur; met alle gevolgen van verwaarlozing en de daaraan verbonden risico's; onvoldoende mogelijkheden om deskundig personeel adequaat te honoreren, en daardoor vertrek van personeel naar het beter betalende bedrijfsleven.

In artikel 22, eerste lid van de Grondwet is niet een afdwingbaar recht van de burger vastgelegd, maar wel een inspanningsverplichting van de overheid: 'De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid.' De overheid heeft in de afgelopen jaren deze inspanningsverplichting verzaakt door de materiële rechtspositie van de patiënt aan te tasten⁶. □

Noten

1. Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG). Functiegerichte budgettering algemene ziekenhuizen, 1 december 1987, Utrecht.
2. Mijn WB van der. Het voorontwerp van een patiëntenwet. Medisch Contact 1987; 42: 369-70.
Hondius EH, Nadorp-van der Borg CCM. De geneeskundige behandelingsovereenkomst in het Burgerlijk Wetboek. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, januari 1988, 3-24.
3. Eyden APJ van der. Budgettose, de ziekenhuizekte. Medisch Contact 1987; 42: 661-2.
4. Eyden APJ van der. Intramurale budgettering; Medische produktieafspraken juridisch getoetst. Medisch Contact 1985, 40: 129-33.
5. Centraal Bureau voor de Statistiek. Kosten en financiering van de gezondheidszorg 1983. 's-Gravenhage, 1985.
Centraal Bureau voor de Statistiek. Kosten en financiering van de gezondheidszorg 1985. 's-Gravenhage, 1987.
Eyden A. P. J. van der. Inflatie is dé veroorzaker van kostenstijging bij ziekenhuizen. Het Ziekenhuis, 7 december 1984.
Grünwald CA. Beheersing van de gezondheidszorg. 's-Gravenhage, 1987.
6. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) Stelt in zijn 'Advies FOGM 1989' van maart 1988 onomwonden vast, dat de bezuinigingen reeds tot verlaging van de kwaliteit van de zorgverlening en tot een ontoelaatbare vermindering van de toegankelijkheid van de zorg voor iedereen hebben geleid. De NRV wijst daarom het huidige beleid ten aanzien van de zorgsector af en constateert dat bij het huidige financiële beleid, waarin de uitgaven voor een aantal zorgvoorzieningen op een te laag niveau worden begrensd, een verder toenemende spanning groeit tussen de reële vraag naar zorg en de mogelijkheden hieraan tegemoet te komen.

Terminale zorg

Huisarts en kankerpatiënt

2: De invloed van de eigen houding tegenover kanker op de hulp aan de patiënt

Uit literatuur waarin patiënten hun verhaal vertellen, blijkt duidelijk dat de diagnose 'kanker' een schok teweegbrengt en angst en onzekerheid oproept; ook de vaak ingrijpende behandeling betekent voor de meeste mensen een zware fysieke en emotionele belasting^{1,3}. Deze beschrijvingen van de ervaringen van patiënten maken tevens duidelijk, hoe belangrijk het optreden van de hulpverleners is met wie de patiënt te maken krijgt. De manier waarop men als huisarts met de emotionele implicaties van de diagnose en de behandeling omgaat, verschilt per persoon. Dit geldt bijvoorbeeld voor de gevoelens die kunnen optreden als men als arts beseft dat genezing voor een patiënt niet meer mogelijk is; men kan zich dan machteloos gaan voelen en verdere ontmoetingen met de patiënt gaan vermijden^{4,5}.

Hoe men reageert, wordt voor een belangrijk deel bepaald door de houding die men persoonlijk tegenover kanker en de consequenties ervan inneemt. Als arts kan men bewust of onbewust dezelfde negatieve associaties bij de term 'kanker' hebben die bij veel patiënten opkomen. Deze spelen onvermijdelijk door in de wijze waarop men aan de patiënt hulp verleent. Behalve door het algemene beeld van 'kanker', wordt de eigen houding van de arts tegenover kanker ook beïnvloed door de persoonlijke voorgeschiedenis: de eigen (on)ervarenheid met de dood en de confrontatie met lijden en de manier waarop men daarop reageerde. Haines en Booroff hebben in een onderzoek onder huisartsen vastgesteld, dat één vijfde van hen persoonlijk moeite heeft met de confrontatie met sterven en dood⁶.

Naarmate men als arts minder heeft geleerd de betrekkelijkheid van het leven te accepteren, is de zorg voor een patiënt met kanker, en daarmee de confrontatie met pijn en de dood, bedreigender⁴. Men is zich niet altijd bewust van de invloed die de houding die men inneemt op de hulpverlening heeft. Verschillende auteurs benadrukken de aanwezigheid van die invloed en bepleiten, dat men in de

M. H. van Venrooij,
M. C. J. Cuisinier en
J. Th. M. van Eijk

In dit artikel wordt ingegaan op de 'persoonlijke factor' in de hulp, speciaal op de relatie tussen de eigen kijk van de huisarts op kanker en de wijze waarop aan de zorg voor de patiënt gestalte wordt gegeven.

zorg voor kankerpatiënten van tijd tot tijd bij de eigen houding en bij de mogelijke doorwerking daarvan in de hulpverlening stilstaat⁷⁻¹⁰.

Niet alleen de emotionele reacties maken dat er een speciaal beroep op de huisarts wordt gedaan, maar ook het beloop van het ziekteproces. Vanaf het begin van het stellen van de diagnose is in veel gevallen de onzekerheid over de prognose groot en is de dood, zij het soms nog op de achtergrond, in de beleving van de patiënten aanwezig. Anders dan een andere belangrijke doodsoorzaak in Nederland, de hart- en vaatziekten, waarbij er de angst is voor een plotselinge dood, worden veel vormen van kanker gekarakteriseerd door een progressief, maar daarmee nog niet voorspelbaar ziektebeloop, waarbij perioden van hoop en wanhoop elkaar kunnen afwisselen. Voor de huisarts betekent dit, dat hij of zij gedurende langere tijd met een hulpverleningsproces te maken krijgt waarin het nodig is voortdurend gevoelig te blijven voor de (wisselingen in de) wijze waarop een bepaalde patiënt het naderend einde tegemoet treedt.

In de literatuur over kanker wordt overwegend op beschouwende wijze over de invloed van de eigen houding van de huisarts gesproken. Het ons bekende onderzoek hiernaar gaat vooral over de persoonlijke en beroepsmatige factoren die in de houding tegenover sterven en dood een rol spelen, de mogelijke botsing daartussen en de invloed hiervan op de hulp. In onderzoek van Spreeuwenberg gaven

huisartsen aan⁹, dat zij voelden dat de hulp die zij gaven en hun houding bij stervensbegeleiding worden beïnvloed door persoonlijke elementen, zoals persoonlijke ontwikkelingen en gebeurtenissen, het eigen geloof en in samenhang daarmee de mate van verwerking van de angst voor de eigen dood. Rosser en Maguire signaleren bij verschillende huisartsen een voortdurend zoeken naar een evenwicht tussen professioneel handelen, zoals dat is aangeleerd in de op genezing gerichte medische opleiding, en persoonlijke betrokkenheid¹¹.

We behandelen in dit artikel twee vragen, namelijk: wat mag van de huisarts in verband met het onderwerp 'eigen houding' worden verwacht, en hoe handelen huisartsen naar eigen zeggen in dit opzicht in de praktijk? We bespreken dit aan de hand van drie thema's:

- De vraag naar het belang dat men hecht aan de gedachte, dat de huisarts dient stil te staan bij de eigen houding tegenover kanker en bij de invloed die die houding op de hulpverlening heeft.
- De vraag naar de positie die de huisarts zou moeten innemen tussen enerzijds betrokkenheid en anderzijds distantie.
- De vraag naar de meest gewenste wijze van omgaan met de gevoelens, die de hulpverlening aan patiënten met kanker oproept.

Bij de berekening van de percentages die in de tekst staan zijn we steeds uitgegaan van de respondenten die een mening over de desbetreffende uitspraak hadden.

MENINGEN VAN RESPONDENTEN

Het belang van stilstaan bij de eigen houding

Om te achterhalen in hoeverre wordt bepaald dat het zin heeft bij de invloed van de eigen houding stil te staan, formuleerden we de volgende uitspraak: 'De huisarts dient te beseffen dat de eigen houding tegenover kanker veel invloed heeft op de patiënt: dat de eigen hoop veel betekent voor de hoop van de patiënt, dat het eigen pessimisme funest kan zijn voor de patiënt.' Alle panelleden op één

na vonden het in de uitspraak gestelde van (veel) belang. De huisartsen uit de steekproef zijn het met het panel eens: 93% van hen vindt het (zeer) gewenst dat huisartsen dit beseffen.

Speciaal in verband met de hulpverlening aan ernstig zieke kankerpatiënten maakt het veel uit wat voor uitgangspunt men als huisarts bij die hulp hanteert: vindt men dat koste wat kost de patiënt in leven dient te worden gehouden, of is men van mening dat de kwaliteit van het leven soms zwaarder weegt dan de kwantiteit? Wij hebben de panelleden gevraagd wat zij zelf het zwaarst vinden wegen: de kwaliteit of de duur van leven. De grote meerderheid (bijna 90%) vindt de kwaliteit van het leven belangrijker dan de duur ervan. Twee panelleden wilden zich hier niet over uitspreken, omdat dit allereerst een keuze van de patiënt is. Drie anderen geven de voorkeur aan de duur van het leven; deze panelleden behoren tot de subgroep van patiënten en familieleden. De meeste panelleden tekenen bij hun keuze aan, dat bij dit soort beslissingen de mening van de patiënt voorop staat. Er werden ook nog enkele andere kanttekeningen gemaakt, die in elkaars verlengde liggen. Eén van de huisartsen benadrukte dat een voorwaarde voor het goed omgaan met deze problematiek een gelijkwaardige, open arts-patiëntrelatie is. Een van de pastores gaf als zijn mening, dat de kans dat een huisarts zijn patiënt betreft in de besluitvorming groter is als de huisarts de kwaliteit van het leven vooropstelt. Zelfkennis over wat men nog humaan vindt en bereidheid hierover de mening van de patiënt te horen, zijn in dit opzicht van belang.

Stilstaan bij de eigen houding als huisarts tegenover kanker kan ook inhouden dat de huisarts zich afvraagt waar zijn of haar houding door wordt bepaald. Berust die op up to date kennis over kanker of meer op de negatieve connotaties die kanker in de maatschappij heeft, incidentele positieve of negatieve ervaringen met patiënten, persoonlijke overtuigingen en vooroordelen¹²? Desgevraagd stemt de meerderheid (80%) van het panel in met de gedachte, dat de huisarts regelmatig zou moeten nagaan welke factoren de eigen kijk op kanker bepalen. Slechts een enkeling is niet overtuigd van de zin hiervan; enkele anderen laten het antwoord in het midden. Hoewel de meeste huisartsen in de steekproef eveneens met de uitspraak instemmen, zijn er toch ook verschillende panelleden (20%) die het beschrevene niet direct ongewenst, maar

evenmin erg belangrijk vinden. Misschien speelt hierbij een gevoel mee dat één van de huisartsen in het panel verwoordde, namelijk scepsis over het relatief positieve beeld van kanker dat kankerbestrijdende instanties soms uitdragen; deze huisarts stelde, dat je je evengoed kunt afvragen in hoeverre dat beeld correspondeert met de werkelijkheid.

Op één punt week de mening van de huisartsen uit de steekproef af van die van de panelleden. Dit betrof de uitspraak, dat men als huisarts zou moeten beseffen dat men kankerpatiënten niet goed kan helpen als men te hoge eisen aan zichzelf stelt: als men bijvoorbeeld vindt dat men alle voorkomende problemen moet kunnen oplossen. Een meerderheid in panel en steekproef stemt hiermee in, maar tegelijk vindt 15% van de ondervraagde huisartsen dit ongewenst. Mogelijk zijn deze huisartsen de mening toegedaan dat men niet van te hoge eisen kan spreken.

Kijken we naar wat er volgens de huisartsen in de tweede steekproef in de *praktijk* gebeurt, dan is dat het volgende: 77% antwoordt zonder meer bevestigend op de vraag of men beseft dat de eigen houding veel invloed heeft op de patiënt. Op de vraag, of men er wel eens over nadenkt door welke factoren de eigen houding tegenover kanker wordt bepaald, antwoordt slechts 30% bevestigend. Een grote meerderheid (91%) van de huisartsen zegt zonder voorbehoud, dat men de mening van de patiënt vooropstelt bij de keuze tussen kwaliteit en duur van leven; 1% zegt dit niet te doen. Een kleine meerderheid (ruim 60%) zegt, dat men beseft dat het de hulpverlening belemmert als men als hulpverlener te hoge eisen aan zichzelf stelt; bijna 20% zegt dat men hier (eigenlijk) niet bij stilstaat.

Concluderend: veel huisartsen geven aan, dat ze wel beseffen, dat hun eigen houding een factor van belang in de zorg voor de patiënt is, maar dit besef lijkt een globaal karakter te houden. Concreet nagaan welke factoren in die eigen houding doorwerken, gebeurt naar eigen zeggen van de huisartsen veel minder.

Positie kiezen tussen nabijheid en distantie

In de omgang met patiënten met kanker is het, zeker als men gedurende langere tijd met een patiënt te maken heeft, van belang dicht bij de patiënt te kunnen staan, zonder overbetrokken te raken. In onderzoek van Rosser en Maguire onder huisartsen kwam naar voren¹¹, dat het

zoeken van een goed evenwicht tussen betrokkenheid en distantie voor sommigen een aanzienlijk probleem vormt. Ook uit de antwoorden in ons onderzoek bleek dat dit een onderwerp is dat verschillende huisartsen bezighoudt. Eén van de huisartsen in het panel bracht naar voren, dat een vertrouwensrelatie iets anders is dan intimiteit. Deze arts stelde verder: 'Mijn functie als arts staat niet los van mijn persoon, en is ook niet identiek aan zakelijkheid. De functie ten opzichte van de patiënt dient echter gewaarborgd te zijn. Een zoeken naar iets van nabijheid met een zekere afstand.' Met een uitspraak hierover, namelijk dat men er als huisarts regelmatig bij stil zou moeten staan, of men misschien te veel of juist te weinig bij een patiënt met kanker is betrokken, stemden de meesten in panel en steekproef in. Enkelen zien hier de zin niet van in of zijn ertegen dit als een speciaal aandachtspunt te beschouwen.

Een vraag die hiermee te maken heeft, wordt onder andere door Spreeuwenberg naar voren gebracht¹³: zou men als huisarts aan een ernstig zieke kankerpatiënt moeten laten blijken hoe men zelf met belangrijke levensvragen omgaat? Spreeuwenberg is van mening dat het in sterfensbegeleiding goed is dit te doen. De mening van de door ons ondervraagde groep huisartsen en van het panel was enigszins verdeeld. Hoewel een meerderheid van het panel (64%) en een ruime meerderheid van de steekproef (79%) van mening zijn dat de patiënt er veel aan kan hebben als dit gebeurt, staan sommigen hier met reserve tegenover. In het panel kwam als toelichting bij een dergelijke reserve onder meer de angst naar voren dat de huisarts zich dan wellicht te veel op de voorgrond plaatst. Ook de voorstanders zijn overigens van mening, dat de openheid van de arts geheel in dienst moet staan van het verwerkingsproces van de patiënt.

Gevraagd naar het eigen handelen in de *praktijk*, zegt minder dan de helft van de huisartsen van tijd tot tijd stil te staan bij de vraag of men het goede midden heeft tussen betrokkenheid en distantie. Ruim een derde van de huisartsen geeft zonder voorbehoud aan, dat men ernstig zieke kankerpatiënten laat merken hoe men zelf tegen belangrijke levensvragen aankijkt; nog eens een kwart zegt met enige aarzeling dat men dit doet.

De gegevens duiden erop, dat aan de aandachtspunten die hier zijn onderscheiden in de praktijk waarschijnlijk maar in geringe mate wordt voldaan.

Omgaan met gevoelens en emoties

Gezien de verschillen tussen personen in het hanteren van gevoelens en emoties hebben we over de gewenste omgang hiermee verschillende uitspraken voorgesteld. De eerste uitspraak luidde: 'Willen huisartsen patiënten met kanker goed kunnen helpen, dan moeten ze leren kanker te accepteren als een onderdeel van het leven'. Verreweg de meeste panelleden stemden met deze uitspraak in. Een tweede uitspraak betrof de omgang met gevoelens van machteloosheid. Deze luidde als volgt: 'Huisartsen dienen regelmatig stil te staan bij de vraag of ze voldoende contact houden met hun patiënt met kanker en met de mensen om de patiënt heen, ook in situaties waarin ze in medische zin niet veel kunnen doen'. Op drie na alle panelleden vinden het van veel belang dat de huisarts dit doet. De huisartsen in de steekproef onderschrijven unaniem het belang hiervan.

Een apart punt vormt het omgaan met *negatieve* gevoelens van patiënten, bijvoorbeeld met kwaadheid of kritiek die tegen de huisarts is gericht. De confrontatie met dergelijke gevoelens zal de huisarts, al naar gelang de eigen gevoeligheid hiervoor, meer of minder gemakkelijk afaan. Genders-Bazelmans brengt naar voren¹⁰, dat de huisarts zelfkennis moet bezitten om negatieve uitingen van patiënten te kunnen begrijpen en hantieren. Ontbreekt die zelfkennis, dan is de kans groot dat men in de verdediging schiet of zich van de patiënt distantieert. Ook één van de panelleden wees op dit gevaar.

In het algemeen blijkt uit de antwoorden van patiënten en huisartsen op vragen over dit onderwerp, dat veel panelleden het geven en ontvangen van kritiek een moeilijk punt vinden, met name als het gaat om kanker. Een van de huisartsen schrijft hierover: 'Bij kritiek in dit soort situaties begrijp je die als huisarts vaak wel: als je patiënt was zou je willen dat de dokter de aandoening ontdekt bijna al voor de ziekte uitbreekt. Je eigen angsten maken objectieve beoordeling van de kritiek dus zeer moeilijk.'

De panelleden en de huisartsen in de steekproef waren praktisch unaniem van mening dat het van belang is voor goede patiëntenzorg dat de huisarts serieus ingaat op kritiek van patiënt of familie. Een grote meerderheid in panel en steekproef stemt tevens in met de gedachte, dat de huisarts zou moeten beseffen dat kwaadheid van een patiënt in reactie op het vernemen van de diagnose niet op de arts als persoon hoeft te zijn gericht, maar

een onderdeel kan zijn van het verwerkingsproces van de patiënt.

In de *literatuur* komt de opvatting naar voren, dat artsen de gevoelens die het contact met patiënten met kanker bij hen oproept met collega's of teamleden zouden moeten bespreken. De meeste panelleden zijn het hier mee eens. Het meest genoemde argument hiervoor was: de huisarts heeft het net als ieder mens nodig zijn hart te luchten, om het verwerken van die gevoelens te vergemakkelijken en steun te krijgen in moeilijke situaties. Daarnaast worden argumenten genoemd die direct met het hulpverleningsproces te maken hebben: verkrijgen van verheldering, waardoor kan worden voorkomen dat men in een situatie verstrikt raakt; uitwisselen van ideeën voor oplossingen in een bepaalde situatie; toetsing van de eigen handelwijze. De huisartsen in de steekproef zijn op dit punt meer terughoudend dan het panel: een krappe meerderheid vindt het bespreken van gevoelens en emoties zonder meer gewenst; 33% laat het antwoord in het midden.

Een andere suggestie, namelijk dat huisartsen door middel van training met hun gevoelens zouden moeten leren omgaan, werd eveneens door praktisch alle panelleden onderschreven.

Hoe handelen de huisartsen naar eigen zeggen in de *praktijk*? Alle huisartsen geven aan, dat ze ernstig zieke kankerpatiënten blijven opzoeken. Dat wil niet zeggen, dat de in de literatuur beschreven neiging om patiënten bij wie men het gevoel heeft met lege handen te staan te mijden, onherkenbaar zou zijn voor de ondervraagde huisartsen. Want ook al is men van mening dat men patiënten niet daadwerkelijk mijdt, enkele huisartsen beschrijven hierbij wel uit zichzelf het gevoel van machteloosheid dat hen bij deze patiënten soms bekruipt. Bijna 90% van de huisartsen geeft verder aan, serieus in te gaan op kritiek van patiënt of familie. Duidelijk anders is het gesteld met het bespreken van gevoelens en emoties met collega's: bijna de helft van de huisartsen zegt dit (eigenlijk) niet te doen.

Samenvattend kan worden gezegd, dat er vergaand eenstemmigheid is over hoe huisartsen bij voorkeur met de eigen gevoelens en emoties en die van hun kankerpatiënten zouden moeten omgaan. Hoewel het omgaan hiermee in de praktijk niet gemakkelijk wordt gevonden, zijn de meesten wel van mening dat ze proberen dit ook te realiseren. Dit geldt niet voor het openlijk bespreken van de

eigen gevoelens met collega artsen.

CONCLUSIE

De bevindingen wijzen erop, dat de eigen houding van de huisarts tegenover kanker een belangrijk onderwerp vormt, zowel voor de kankerpatiënt en diens familie als voor de huisarts zelf. Dit blijkt onder meer uit de vele opmerkingen die in het panel zijn gemaakt en die als strekking hebben dat de mate waarin de huisarts er als mens is voor een belangrijk deel de kwaliteit van de hulpverlening uitmaakt.

Tegelijk kwam echter ook de andere kant van de medaille naar voren, namelijk de moeite die huisartsen vaak hebben met de confrontatie met de diagnose, de reacties van patiënten hierop, de onzekerheden die met ziekte en behandeling samenhangen en de lastige beslissingen die soms moeten worden genomen. Hieraan zou in de opleiding tot huisarts meer aandacht kunnen worden besteed. Over aandachtspunten die momenteel nog niet erg uit de verf lijken te komen, zoals het bespreken van de eigen gevoelens met collega's of teamleden, zou daar van gedachten kunnen worden gewisseld. Bovendien is er daar de gelegenheid met nieuw gedrag in dit opzicht te experimenteren. □

Literatuur

1. Anonymous. Gewoon een mammaprocedure. Het relaas van een vrouw die patiënt werd en wat dat voor haar betekende. *Medisch Contact* 1986; 41: 663-7.
2. Merckx Th. Je moet het zelf doen, maar wel samen met anderen. *Metamedica* 1987; 66: 342-6.
3. Peters-Belusek T. Leven met kanker. *Metamedica* 1987; 66: 347-55.
4. Staps A. Continuation or discontinuation of treatment? Subjective factors in the decision process. Lezing voor EDRTC studygroup on quality of life. Zurich, oktober 1984.
5. Pruyser PW. Existential impact of professional exposure to life-threatening or terminal illness. *Bull Men Clinic* 1984; 357-67.
6. Haines A, Booroff A. Terminal care at home: perspective from general practice. *Br Med J* 1986; 292: 1051-4.
7. Duistermaat J. Leven met kanker. *Medisch Contact* 1981; 36: 307-10.
8. Staps A. Psycholoog en kankerpatiënt. De kankerpatiënt: een mens/de psycholoog: een mens (2). *Medisch Contact* 1983; 46: 1457-8.
9. Spreuwenberg C. Huisarts en stervenshulp. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1981.
10. Genders-Bazelmans JMFTh. Chirurgen en hun patiënten met borstkanker. Een psychologische verkenning. Dissertatie Leiden. Tilburg: Elka, 1982.
11. Rosser JE, Maguire P. Dilemmas in general practice: the care of the cancer patient. *Soc Sc Med* 1982; 16: 315-22.
12. Hill D, Heffernan M, Rice D. Involving doctors in health education about cancer. *Intern Union Against Cancer*. Geneva 1979. (UICC Techn Report Series.)
13. Spreuwenberg C. Terminale zorg, deel 1. *The Practitioner* 1985; 3: 273-83.

Leprabestrijding: nieuwe therapie, onveranderde benadering

Lepra, veroorzaakt door *Mycobacterium leprae*, is een chronische infectieziekte, die vrijwel alleen voorkomt bij de mens. De ziekte tast vooral de perifere zenuwen en de huid aan.

Hoewel een causaal verband niet is aangetoond, bestaat er een sterke relatie tussen een lage sociaal-economische ontwikkeling van bevolkingsgroepen en een hoge prevalentie van lepra. Daarom kan lepra, thans vooral endemisch in de derde wereld, een armoedeziekte worden genoemd.

Lepra is vrij besmettelijk, maar de overgrote meerderheid van de geïnfecteerden ontwikkelt beschermende immuniteit zonder dat er ziekteverschijnselen optreden. Bij een te kort schietende immuniteit kan zich een grote variëteit aan ziektebeelden ontwikkelen. De mate van de cellulaire immuniteit is hierin bepalend voor de ziekteverschijnselen. Bij een zeer zwakke of ontbrekende cellulair immuniteit voor *M. leprae* ontstaat lepromateuze lepra, een gegeneraliseerde verschijningsvorm van de ziekte (multibacillaire lepra). Bij een relatief hoge cellulaire immuniteit is er sprake van tuberculoïde lepra, de gelokaliseerde vorm van de ziekte (paucibacillaire lepra).

De ernst van de ziekte wordt vooral bepaald door de gevolgen van irreversibele beschadiging van de perifere zenuwen van het gezicht en de extremiteiten. Uiteindelijk resulteert dit in ernstige complicaties: gevoelloosheid, functieverlies en verminking van handen, voeten en ogen. Dit heeft sterk bijgedragen tot het sociale stigma van de ziekte. Lepra ('melaatsheid') wordt in de meeste endemische gebieden gevreesd en de patiënten worden gemeden, niet alleen door de gemeenschap maar vaak ook door het personeel van de gezondheidsdiensten. Met name dit stigma heeft als gevolg dat lepra vaak ernstige psychologische, sociale en economische consequenties heeft, zowel voor de patiënt als voor diens familie.

CHEMOTHERAPIE

Tot in de jaren veertig was er geen effectief geneesmiddel voor lepra bekend. De meest toegepaste benadering bestond uit het isoleren van patiënten in leprosaria. In de jaren vijftig werd met de invoering van de behandeling met dapsonen (een

P. Feenstra

Het cruciale probleem in de leprabestrijding is het gebrek aan een goede organisatie alsmede aan managementkwaliteiten van de gezondheidsdiensten. Leprabestrijdingsprogramma's zouden dan ook zeer zijn gebaat bij managementtraining en de resultaten van 'health system research'. Aldus P. Feenstra, hoofd Eenheid Leprologie, afdeling Tropische Hygiëne, van het Koninklijk Instituut voor de Tropen te Amsterdam.

sulfonpreparaat) de strategie van de leprabestrijding grondig gewijzigd. Opsporing van patiënten in een vroeg stadium van de ziekte, gevolgd door een behandeling met dapsonen, maakte het in principe mogelijk lepra te genezen voordat er irreversibele zenuwbeschadigingen waren opgetreden; hierdoor konden verminkingen worden voorkomen.

Aan de dapsonen-monotherapie kleven echter duidelijke bezwaren. Met name de lange behandelingsduur (van ongeveer vijf jaar voor tuberculoïde lepra tot levenslang voor lepromateuze lepra) heeft vaak tot gevolg dat de medicatie voortijdig wordt afgebroken of onregelmatig wordt ingenomen. Samen met de aanvankelijk toegepaste lage doseringen van deze monotherapie droeg dit ertoe bij dat in de jaren zeventig in toenemende mate dapsonen-resistente lepra ontstond. In verschillende leprabestrijdingsprogramma's begon men daarom te experimenteren met combinaties van chemotherapie.

Op grond van de toen beschikbare gegevens werden in 1982 door de WHO duidelijke aanbevelingen voor een combinatie-therapie¹ (MDT: multidrug therapy) geformuleerd*. Sindsdien is MDT in veel leprabestrijdingsprogramma's ingevoerd. Inmiddels is MDT effectief en niet toxisch gebleken en de behandeling wordt goed geaccepteerd, zowel door de patiënten als door het personeel van de gezondheidsdiensten. Voorlopige bevindingen wijzen in de richting van een zeer laag recidiefpercentage.

Naast de hogere effectiviteit en de preventie van therapieresistentie kent MDT nog een aantal belangrijke andere voordelen ten opzichte van de dapsonen-monotherapie. De enorm verkorte therapieduur is bevorderlijk voor een regelmatig gebruik van de medicatie en de verhoogde effectiviteit werkt stimulerend op de motivatie van zowel patiënten als gezondheidswerkers. Niet onbelangrijk hierbij is dat in het algemeen de introductie van MDT gepaard gaat met uitgebreide (her)training van de veldwerkers en verbetering van de supervisie.

De positieve effecten van MDT, gesteund door intensieve voorlichtingscampagnes, hebben bij de bevolking een groeiend vertrouwen in de mogelijkheden van leprabestrijding teweeg gebracht. Dit heeft geleid tot een toename van spontane aanmeldingen van nieuwe patiënten in een vroeger stadium van de ziekte. Als gevolg van de relatief korte duur van MDT worden nu veel meer leprapatiënten ontslagen van chemotherapie dan in de tijd van de dapsonen-monotherapie. Dit heeft in een aantal leprabestrijdingsprogramma's geleid tot een sterke afname van het aantal geregistreerde patiënten. De gezondheidsdiensten krijgen daardoor meer tijd voor het geven van zorg aan patiënten met complicaties van de ziekte.

PREVENTIE

De door de WHO geformuleerde, algemeen geaccepteerde doelstellingen van de leprabestrijding luiden als volgt²:

- het onderbreken van de transmissie van de infectie, zodat de incidentie van lepra zodanig wordt gereduceerd dat de ziekte geen probleem voor de volksgezondheid vormt;
- het behandelen van alle leprapatiënten tot ze zijn genezen van de ziekte en, waar

* De aanbevolen combinatie-therapie is als volgt (doseringen voor volwassenen):

Multibacillaire lepra

rifampicin 600 mg 1 x per maand,

dapsonen 100 mg 1 x per dag,

clofazimine 300 mg 1 x per maand, en 50 mg 1 x per dag, gedurende minimaal 2 jaar.

Paucibacillaire lepra

rifampicin 600 mg 1 x per maand,

dapsonen 100 mg 1 x per dag,

gedurende 6 maanden.

mogelijk, volledig zijn gerehabiliteerd;
– het voorkomen van met lepra samenhangende misvormingen en invaliditeit.

Primaire preventie van lepra, door middel van een effectief vaccinatieprogramma, zou de ideale strategie zijn om deze doelstellingen te bereiken. Ondanks indrukwekkende vorderingen van het onderzoek op het gebied van de immunologie van lepra lijkt het echter niet waarschijnlijk dat er in de komende twee decennia een vaccin beschikbaar zal zijn dat voldoende effectief is en op grote schaal kan worden toegepast.

Zolang primaire preventie nog niet mogelijk is, blijft secundaire preventie, bestaande uit vroege diagnostiek en een volledige behandeling met MDT, in voorkomende gevallen aangevuld met adequate behandeling van neuritis, vooralsnog de beste benadering om de doelstellingen te verwezenlijken. In hoeverre de transmissie van de infectie hiermee kan worden gereduceerd valt moeilijk vast te stellen, maar voor de preventie van de met lepra samenhangende verminkingen en invaliditeit is deze benadering in principe toereikend.

Aan de ontwikkeling van immunologische tests voor de vroegtijdige onderkenning van infectie en/of ziekte wordt overigens hard gewerkt. Dit onderzoek verkeert echter nog in een experimenteel stadium. Tijdens het 13e Internationale Lepra Congres, dat van 11-17 september 1988 in Den Haag wordt gehouden, zullen de nieuwste, wellicht veelbelovende, ontwikkelingen worden gepresenteerd.

STAND VAN ZAKEN

De meest recente inschatting van de WHO betreffende de huidige stand van zaken is de volgende:

- van de 10-12 miljoen patiënten met actieve lepra is ongeveer de helft bij een gezondheidsdienst geregistreerd voor chemotherapeutische behandeling;
 - van deze vijf miljoen geregistreerde patiënten wordt er thans een half miljoen behandeld met MDT;
 - ruim 600.000 patiënten zijn al ontslagen van chemotherapie na een volledige behandeling met MDT, met als gevolg dat in een aantal programma's, die vijf jaar geleden MDT uitgebreid hebben geïntroduceerd, het aantal geregistreerde patiënten is afgenomen met 80%.
- De genoemde cijfers hebben uiteraard slechts de beperkte betrouwbaarheid die inherent is aan gegevens die wereldwijd

NIET ROKEN

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

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

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

worden verkregen door middel van routineraapportage vanuit het veld. Het is echter duidelijk dat nog lang niet alle patiënten die voor MDT in aanmerking komen, hier inderdaad mee worden behandeld. Het moet dan ook worden geconstateerd dat, mondiaal gezien, de leprabestrijdingsprogramma's er nog niet in zijn geslaagd MDT op grote schaal toe te passen.

TOEKOMSTPERSPECTIEF

Voor velen betekenen de bovengenoemde cijfers over de feitelijke toepassing van MDT een teleurstelling, zelfs zodanig dat sommigen primaire preventie als de enig mogelijke oplossing van het lepraprobleem zijn gaan beschouwen. Deze sombere visie op de huidige mogelijkheden van de leprabestrijding is echter niet nodig. De leprabestrijding ontleent immers haar bestaansrecht aan het feit dat lepra een verminkende, sterk invaliderende ziekte is. Met de toepassing van MDT is secundaire preventie een effectieve benadering gebleken, die in principe afdoende is om het merendeel van de verminkende complicaties van lepra te voorkomen.

Veel lepra-endemische landen hebben echter tot nu toe MDT slechts op een zeer beperkte schaal kunnen invoeren. Het cruciale probleem is dan ook niet het gebrek aan een goede benadering, maar het gebrek aan goed functionerende gezondheidsdiensten die deze benadering efficiënt kunnen toepassen. Een grote variëteit aan factoren speelt hierbij een oorzakelijke rol. Sommige hiervan zijn

de bekende, met behulp van buitenlandse fondsen relatief gemakkelijk op te lossen factoren, zoals het gebrek aan financiën, transport en medicijnen.

Een zeer belangrijke oorzaak is echter het gebrek aan een goede organisatie en aan managementkwaliteiten van de gezondheidsdiensten. Leprabestrijdingsprogramma's zullen daarom zeer zijn gebaat bij managementtraining en de resultaten van 'health systems research'. Dit laatste is operationeel onderzoek, gericht op het vinden van praktische oplossingen voor organisatie- en managementproblemen, teneinde de effectiviteit van gezondheidsbevorderende activiteiten te verbeteren.

Door de toenemende toepassing van MDT zal uiteindelijk het aantal voor chemotherapie geregistreerde patiënten progressief afnemen. De reeds lang gevoelde noodzaak om de, veelal nog verticaal gestructureerde, leprabestrijdingsprogramma's in de algemene gezondheidsdiensten te integreren wordt mede hierdoor onontkoombaar. Het is van groot belang dat 'health systems research' op het gebied van leprabestrijding van meet af aan vanuit deze optiek plaats vindt. □

Referenties

1. WHO Technical Report Series, No. 675, 1982. Chemotherapy of leprosy for control programmes: report of a WHO Study Group.
2. WHO Technical Report Series, No. 716, 1985. Epidemiology of leprosy in relation to control: Report of a WHO Study Group.

1992 en wat (me)dies meer zij

De revolutionaire liberalisering van de dienstverlening binnen de Europese Gemeenschap met 1992 als streefdatum kan verstrekkende gevolgen hebben voor de medische professie. De kans is echter groot dat die anders zullen uitpakken dan de meeste mensen op dit moment denken. Sinds 1975 mogen artsen zich binnen de EEG overal vestigen. (Dit wordt in feite heel wat moeilijker na 1995, het jaar waarin de EEG-richtlijn van kracht wordt die bepaalt dat huisartsen slechts voor rekening van de sociale verzekering – lees voor ons land: het ziekenfonds; Red. MC – mogen werken indien zij de specifieke beroepsopleiding hebben voltooid.) Artsen waren de eersten die zich overal mochten vestigen; na hen kwamen de tandartsen, de verpleegkundigen, de verloskundigen en de dierenartsen. Afgezien van enkele Nederlandse artsen die zich in West-Duitsland hebben gevestigd, is de trek naar het buitenland 'te verwaarlozen'. Aldus dokter Alan Rowe, voorzitter van de Committee on Europe van de British Medical Association.

Taalproblemen vormen duidelijk één van de obstakels. Al meteen in het begin besloot de Europese Gemeenschap af te zien van taalexamen als voorwaarde voor toelating, omdat daarmee onmiskenbaar inbreuk zou worden gemaakt op de vrije praktijkuitoefening. In plaats daarvan ging de Raad van Ministers akkoord met het compromisvoorstel dat, in het belang van de patiënten en van de artsen zelf, artsen die zich elders in de EEG willen vestigen moeten beschikken over voldoende kennis van de taal

die in het land van vestiging wordt gesproken: in de praktijk is het erg moeilijk ergens te werken zonder de landstaal door en door te kennen. Een tweede belemmering is cultureel van aard. Vaststellen wat iemand mankeert wordt wel heel moeilijk voor een arts die niet volledig is ingevoerd in de tradities en culturele problemen van een land. Zelfs Britse artsen die in de Verenigde Staten praktiseren ondervinden op dit punt soms moeilijkheden. Dokter Rowe is hierover stellig: 'Als je je als arts gaat vestigen, bied je de patiënten eigenlijk diensten aan op een gebied waar alles draait om de communicatie en waar de culturele achtergrond een essentieel aspect van vormt, als integraal onderdeel van de ziekte. Daarbij is de totale benadering van de patiënten in het geding en niet dat wat zij mankeren. De derde hindernis is het feit dat veel afhangt van het systeem dat men in een bepaald land hanteert. In België is de medische zorg onderdeel van een stelsel van sociale voorzieningen; daar geldt een restitutie-systeem, artsen werken er tegen een vast tarief. Als een Britse arts zich in België vestigt, valt hij ook onder deze regeling. In Groot-Brittannië moeten artsen met elkaar wedijveren om een betrekking. Soms vormen de omstandigheden in een ander land een belemmering voor migratie; zo worden artsen bijvoorbeeld gewaarschuwd voor vestiging in Spanje om de eenvoudige reden dat er in dat land al 30.000 artsen werkloos zijn. Er zijn er die klagen dat de National Health Service in Engeland en ook het General Medical Services Scheme in Ierland belemmeringen voor artsen

opwerpen, bijvoorbeeld door financiële beperkingen op te leggen aan hun inkomen. Het officiële standpunt luidt echter dat er niet wordt gediscrimineerd: de regels gelden net zo goed voor staatsburgers als voor migranten, en elk land mag zijn eigen regels maken en vasthouden aan zijn eigen stelsel van sociale voorzieningen. Andere beroepsgroepen binnen de gezondheidszorg, zoals die van de fysiotherapeuten, de röntgenlaboranten, de logopedisten en de arbeidstherapeuten, verkeren in een andere positie. Zij vallen onder het nieuwe 'algemene stelsel van erkenning van hoger-onderwijsdiploma's' van de EEG. De angst bestaat dat dit zou kunnen leiden tot een lagere professionele standaard. Van werkers in de gezondheidszorg en andere beroepskrachten die zich elders willen vestigen wordt verlangd dat zij een opleiding volgen of onder begeleiding stage lopen, als zij niet zijn getraind in de specifieke vaardigheden die het gastland eist, maar iedere medische of paramedische professional die in een deelstaat van de EEG zijn of haar diploma heeft gehaald mag overal in Europa gaan werken.

Het is mogelijk dat het verkeer binnen de EEG van deze en andere beroepsgroepen vanaf 1992 zal toenemen. Er zou in Europa wel eens grote vraag kunnen ontstaan naar Britse verpleegkundigen, van wie er tegen die tijd waarschijnlijk toch al te weinig zullen zijn. De trek naar het buitenland kan bovendien worden versterkt door 'gemengde' huwelijken, waarbij de ene echtgenoot gaat werken in het land van de ander. Een Britse verloskundige zou bijvoorbeeld kunnen

trouwen met een Nederlander en haar beroep in Nederland gaan uitoefenen: dat is al voorgekomen; aanvankelijk waren er moeilijkheden, maar omdat de Europese richtlijn op dit punt on-dubbelzinnig is, hebben de Nederlandse autoriteiten hun verzet opgegeven.

In de praktijk kunnen de EEG-landen weinig anders dan gevolg geven aan bestaande richtlijnen. Als ze dat niet doen, kunnen ze voor het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschap worden gedaagd, dat in feite fungeert als een Hoge Raad. Verbazingwekkend genoeg zien veel parlementsleden en (naar we mogen aannemen) ministers dat nu pas in. Zelfs ministers die zich vóór een gemeenschappelijke markt hebben uitgesproken, klagen dat ze keer op keer van hun ambtenaren te horen krijgen dat er bij een bepaalde beslissing geen vrije keuze mogelijk is. Jacques Delors, onlangs herkozen als voorzitter van de Europese Commissie, heeft voorspeld dat de richtlijnen uit Brussel over tien jaar 80% van het sociaal-economisch beleid zullen bestrijken. Het is bekend dat Mw. Thatcher zich zorgen maakt over deze trend. Na zich eerst positief te hebben uitgelaten over de herbenoeming van Delors, kwam ze een paar dagen later in het geweer tegen diens voorspelling. Terwijl parlementariërs die voorstander zijn van de gemeenschappelijke markt geloven dat de ontwikkeling in de richting van een federatief Europa nu niet meer te stuiten is, is de Engelse premier vastbesloten het zover niet te laten komen. De strijd die zich op dit moment afspeelt is van grote betekenis voor de medische professie. Het meeste kruid ligt bij de farmaceutische industrie. De Europese Commissie is van oordeel dat er een vrije markt moet komen voor de verkoop van geneesmiddelen, hetgeen rechtstreeks ingaat tegen de huidige vergunningstelsels in Groot-Brittannië en ander lidstaten. De vraag is of het vergunningenbeleid een zaak moet blijven van de nationale overheden of dat het moet worden overgelaten aan een supranationale

EEG-instantie. Maar dat is nog niet alles. Enkele richtlijnen waaraan op het ogenblik wordt gewerkt, lijken een bedreiging te vormen voor de monopoliepositie van de National Health Service als inkoper van geneesmiddelen. Is er sprake van verminderde concurrentiemogelijkheden als de NHS slechts een beperkte lijst geneesmiddelen wil? De eerste stap is een richtlijn om erachter te komen wat elk land op dit moment doet. Bij alle overwegingen is één feit van doorslaggevend belang: Artikel 3 van het Verdrag van Rome noemt als voornaamste doelstelling het vrije verkeer van goederen, diensten en personen. Als we

'goederen' vertalen door 'geneesmiddelen', dan zou dit kunnen betekenen dat de 190 'districts health authorities' in Groot-Brittannië, of zelfs de afzonderlijke ziekenhuizen, voortaan zelf ergens in Europa hun eigen geneesmiddelen moeten gaan kopen voor de laagste prijs. Dit bepaalt ongetwijfeld voor een deel de ideeën van mevrouw Thatcher over de toekomst van de National Health Service.

Anonymous. 1992 and All That. *Lancet* 1988; ii: 289-90 (Commentary from Westminster).

Stenen in de galblaas

Stenen in de galblaas kunnen worden vergruisd door middel van een uitwendige schokgolfterapie. Om eerdere bevindingen bij 9 patiënten die met de waterbad lithotriptor waren behandeld te bevestigen, werd het te behandelen aantal personen tot een totaal van 175 patiënten met radiolucente galblaasstenen uitgebreid. Als adjuvant-therapie ten aanzien van de litholyse werden ursodeoxycholzuur en chenodeoxycholzuur gegeven. In op één na alle gevallen werden de stenen inderdaad vergruisd. Bij 30% van de patiënten duurde het geen twee maanden vóór de stenen helemaal waren verdwenen, bij 48% tussen de twee en vier maanden, bij 63% vier tot acht maanden, bij 78% acht tot twaalf maanden en bij 91% van alle patiënten twaalf tot achttien maanden. Als we alleen kijken naar de patiënten met één enkele galsteen van maximaal 20 mm doorsnee, dan zien we het percentage 'geheel verdwenen' als volgt in de tijd oplopen: 45% (< 2 maanden), 69% (2-4 maanden), 78% (4-8 maanden), 86% (8-12 maanden) en 95% (12-18 maanden). Bijwerkingen waren er nauwelijks.

Van alle patiënten die met de steenvergruizer kennis hadden gemaakt kreeg 14% een huidbloeding, terwijl 3% voorbijgaand kampte met ernstige hematurie. Een derde van de totale groep had één of meer galaanvallen, voordat alle fragmenten bij hen waren afgevoerd. Twee patiënten hadden in lichte mate pancreatitis; in één van deze beide gevallen moest worden besloten een endoscopische sfinctertomie uit te voeren. De patiënt bij wie de stenen onvoldoende waren vergruisd onderging een electieve cholecystectomie; verder operatief ingrijpen was hier niet nodig. Een uitwendige schokgolfterapie kan, in combinatie met medicamenteuze therapie, voor een geselecteerde groep patiënten met succes en zonder gevaar voor de patiënt worden ingezet om radiolucente stenen uit de galblaas te verwijderen.

Sackmann M, Delius M, Sauerbruch T, Holl J, Weber W, Ippisch E, Hagelauer U, Wess O, Hepp W, Brendel W, Paumgartner G. Shock-wave lithotripsy of gallbladder stones. The first 175 patients. *N Engl J Med* 1988; 318: 395-7. Abstract.

Depressiviteit en het gezin

Genetische factoren spelen ongetwijfeld een belangrijke rol in de etiologie van ernstige vormen van depressiviteit, zoals psychotische depressies en bipolaire affectieve stoornissen. Bij de vorm van depressiviteit die het meest voorkomt zijn ze evenwel niet zo belangrijk, zoals uit tweelingonderzoeken blijkt¹. Nu zijn er geen aanwijzingen dat specifieke genen een rol spelen bij minder ernstige vormen van depressiviteit, maar er komen wel steeds meer aanwijzingen dat een algemene gevoeligheid voor angststoornissen en depressieve aandoeningen in iemands genen verankerd ligt. Kendler c.s., die multivariate genetische analysetechnieken hebben toegepast op de antwoorden op vragenlijsten die zijn voorgelegd aan bijna vierduizend tweelingparen in Australië², vonden geen aanwijzingen voor het bestaan van specifieke genen die van invloed zijn op het vóórkomen van symptomen van depressiviteit die niet ook een sterke invloed hebben op het vóórkomen van symptomen van angststoornissen; hun conclusie: genetische factoren beïnvloeden op niet-specifieke wijze het globale niveau van psychiatrische symptomen, terwijl omgevingsfactoren een betrekkelijk specifieke invloed hebben op het vóórkomen van de verschillende symptoomcomplexen die horen bij een angststoornis of de algemeen voorkomende vorm van depressiviteit. Uit een eerder onderzoek was al gebleken dat bij een neurotische aanleg dezelfde genetische factoren een rol spelen als bij symptomen die we kunnen meten en die verband houden met angst en depressiviteit³. Hoewel depressieve aandoeningen geen verband houden met specifieke

genen, komt depressiviteit in bepaalde families toch vaker voor; immers, de incidentie van depressiviteit bij mensen die in de eerste graad verwant zijn met depressieve personen is hoger dan men zou mogen verwachten^{4,5}. Hieraan rijgt zich het argument, dat is aangetoond dat depressiviteit vaker voorkomt bij kinderen die werden geadopteerd door ouders die zelf depressief zijn⁶. Tot voor kort concentreerde het onderzoek naar eventuele omgevingsfactoren in de etiologie van depressiviteit zich voornamelijk op voorafgaande gebeurtenissen in het sociale leven, zoals 'life events' als het lijden van een verlies, en op sociale factoren die kenmerkend zijn voor de levensomstandigheden van de patiënt⁷. Ook heeft men zich in het bijzonder beziggehouden met factoren die iemand extra kwetsbaar kunnen maken: het op jonge leeftijd verliezen van een ouder, een negatief zelfbeeld, een gevoel van hulpeloosheid^{7,9}.

Recent hebben Weissman c.s. erop gewezen dat bepaalde dingen die iemand als kind heeft doorgemaakt hem of haar later mogelijk vatbaarder maken voor depressies¹⁰. Zij vergeleken kinderen van depressieve ouders met kinderen van normale ouders. Medewerkers die niet op de hoogte waren van de status van de ouders namen de kinderen gestandaardiseerde interviews af. Deze onderzoekers bevestigen eerdere bevindingen, dat verschillende psychiatrische stoornissen verhoudingsgewijs vaker voorkomen bij kinderen van depressieve ouders; dit hogere morbiditeitsrisico houdt evenwel geen verband met het geslacht van de depressieve ouder. In beide groepen constateerde

men, gelijk verdeeld over jongens en meisjes, een lage frequentie van depressieve aandoeningen bij kinderen beneden de 10 jaar. Boven die leeftijd steeg het aantal depressieve aandoeningen bij kinderen van depressieve ouders echter duidelijk, vooral bij de meisjes. Werd een kind uit een 'normaal' gezin depressief, dan gebeurde dat gemiddeld zo'n vier jaar later dan bij de kinderen met een depressieve ouder. Het feit dat depressiviteit bij kinderen van depressieve ouders op jongere leeftijd begint zou het gevolg kunnen zijn van een over de hele lijn toegenomen niet-specifieke genetische kwetsbaarheid; het zou echter, aldus Weissman c.s., ook een gevolg kunnen zijn van sociale achterstand en een andere stijl van opvoeden. Uit een grotendeels vergelijkbaar onderzoek van Rutter en Quinton blijkt¹¹, dat in de gezinnen die zij onderzochten verhoudingsgewijs meer psychiatrische stoornissen bij de partner van de zieke ouder voorkwamen en dat er in deze gezinnen vaker onenigheid was. Deze onderzoekers stelden vast, dat blijvende stoornissen bij de kinderen alles uit te staan hadden met een vijandige opstelling en huwelijksproblemen van de ouders; bovendien stelden zij vast dat de kritiek en de vijandige houding van de ouders zich meestal concentreerden op het kind met het moeilijkste karakter. Er zijn meer aanwijzingen dat kinderen uit bepaalde gezinnen een grotere kans lopen depressief te worden. Cytrin heeft aangetoond¹², dat jonge kinderen die worden opgevoed door depressieve moeders zich onvoldoende kunnen hechten, moeite hebben met intermenselijke relaties, zich slecht kunnen weren op het cognitieve vlak

en slechte schoolprestaties hebben. Mills en Puckering hebben aangetoond¹³, dat er bij kinderen die door een depressieve moeder worden opgevoed sprake is van een slechte longitudinale ontwikkeling en een slechtere interactie tussen moeder en kind; depressieve moeders bleken minder gauw geneigd om interacties met hun kind aan te gaan en bleken er minder gauw in te slagen hun kind in deze interacties te betrekken. Zoals we zagen, hebben vaders een even grote kans een depressie te ontwikkelen als moeders¹⁰. Het zou daarom verkeerd zijn uitsluitend op het gedrag van de moeder te letten. Het is

bovendien niet erg aannemelijk dat het maar op één manier scheef kan gaan: kinderen worden in het ene gezin anders grootgebracht dan in het andere, terwijl ze in beide gevallen depressief kunnen worden wegens vroeger. Recent onderzoek heeft waardevolle informatie opgeleverd over de wijze waarop erfelijke factoren de gevoeligheid voor algemeen voorkomende psychiatrische aandoeningen kunnen vergroten. Een aspect waar we nog te weinig van weten is de manier waarop in sommige gezinnen depressieve aandoeningen als het ware worden doorgegeven aan de kinderen. Wat er intussen is gedaan aan

onderzoek naar de manier waarop moeders met hun kroost omgaan, werpt tenminste enig licht op de mogelijke verbanden tussen opvoedingspatronen en factoren waarvan bekend is dat zij iemand extra kwetsbaar kunnen maken, zoals gebrek aan zelfrespect.

Anonymous. *Depressive illness and the family*. *Lancet* 1988; 1: 569-70.

Literatuur

1. Torgersen S. Genetic factors in moderately severe and mild affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 222-6.
2. Kendler K, Heath A, Martin N, Eaves L. Symptoms of anxiety and symptoms of depression: same genes, different environments? *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 451-7.
3. Jardine R, Martin N, Henderson A. Genetic co-variation between neuroticism and the symptoms of anxiety and depression. *Genet Epidemiol* 1984; 1: 89-107.
4. Weissman M, Gershon E, Kidd K et al. Psychiatric disorders in the relatives of probands with affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 13-21.
5. Nurnberger J, Gershon E. Genetics. In: Paykel E (ed). *Handbook of affective disorders*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1982.
6. Von-Knorrin A-L, Cloninger R, Bohman M, Sigvardsson S. An adoption study of depressive disorders and substance abuse. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 943-50.
7. Brown GW, Harris T. *Social origins of depression*. London: Tavistock, 1978.
8. Prudo R, Brown GW, Harris T, Dowland J. Psychiatric disorder in a rural and an urban population: 2. Sensitivity to loss. *Psychol Med* 1981; 11: 601-16.
9. Harris T, Brown G, Bifulco A. Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: the role of social class position and premarital pregnancy. *Psychol Med* 1987; 17: 163-84.
10. Weissman MM, Gammon D, John K, et al. Children of depressed parents. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 847-53.
11. Rutter M, Quinton D. Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychol Med* 1984; 14: 853-80.
12. Cytrin L. Developmental issues in risk research. In: Rutter M, Izard C, Read P (eds). *Depression in young people*. London: Guilford Press, 1986.
13. Mills M, Puckering C. In: Stevenson J (ed). *Recent advances in developmental psychopathology*. Oxford: Pergamon, 1985.

Positieve discriminatie

Vanaf 1974 kent Jefferson Medical College, Thomas Jefferson University, Philadelphia, een zogeheten Physician Shortage Area program (PSAP). In het kader daarvan wordt ieder jaar tot de opleiding speciaal een aantal (eerst 12, later 24) studenten toegelaten dat uit een plattelandsgebied afkomstig is en zich ook weer als huisarts in een gebied op het platteland met weinig artsen wil gaan vestigen. In de jaren 1978-1985 afgestudeerde PSAP-studenten blijken het er iets minder goed te hebben afgebracht dan hun jaargenoten-niet-PSAP'ers, hoewel het percentage studiestakers in beide groepen even hoog was; ook tijdens de specifieke beroepsopleiding verschilden beide groepen niet veel. Van de deelnemers aan het programma die in de jaren 1978-1981 waren afgestudeerd zouden er naar het zich liet aanzien vijfmaal zoveel huisarts worden als de niet-PSAP'ers (59,5% versus 12,6%; $p < 0,001$), terwijl er driemaal zoveel waarschijnlijk buiten de stad zouden gaan werken (37,8%-42,2% versus 10,0%-11,8%, $p < 0,001$) en twee- tot viermaal zoveel in

een streek met een dokterstekort (26,7%-40,0% versus 9,2%-11,2%; $p < 0,01$). Alles wees erop dat de PSA-P'ers onder de aan Jefferson Medical College afgestudeerde artsen zeven tot tien keer zo vaak een carrière als huisarts zouden gaan combineren met een praktijk op het platteland of in een gebied met een tekort aan artsen, vergeleken met studenten die niet aan dit speciale programma hadden deelgenomen (24,4%-31,1% versus 3,1%-3,9%; $p < 0,001$). Het Physicians Shortage Area Program lijkt dus aan zijn doel te beantwoorden. Concluderend: de selectie aan het begin van de medische studie kan een geducht middel zijn om de keuze van werkveld en werkplek te sturen. Het besproken programma lijkt één weg te wijzen waarlangs kan worden bereikt dat er meer huisartsen komen in gebieden met een dokterstekort.

Rabinowitz HK. Evaluation of a selective medical school admissions policy to increase the number of family physicians in rural and underserved areas. *N Engl J Med* 1988; 319: 480-6. Abstract.



Beschrijvingsbrief 194ste Algemene Vergadering

Beschrijvingsbrief voor de 194ste Algemene Vergadering van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, te houden op vrijdag 28 oktober 1988, aanvang 17.30 uur, in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum, Croeselaan, Utrecht, telefoon 030-955911.

- I. Opening van de Algemene vergadering te 17.30 uur precies.
- II. Benoeming van een commissie van redactie van het verhandelde ter Algemene Vergadering.
- III. Eerste rondvraag.
- IV. Inleiding van de voorzitter.
- V. Verkiezingen.
- VI. Jaarverslag der Maatschappij over 1987.
- VII. Overige jaarverslagen over 1987.
- VIII. Suppletoire begroting 1987.
- IX. Financiële stukken met het verslag van de Commissie voor Geldmiddelen.
- X. Voortgang inzake het Adviesrapport 'Structuur KNMG 2000'.
- XI. Rapport van de werkgroep 'Samengaan Algemene vergadering/Ledencongres'.
- XII. Wijziging HR/KNMG.
- XIII. Richtlijnen voor opnemingsregeling in c.q. uitsluiting van waarnemingsregelingen.
- XIV. Mededelingen van het hoofdbestuur.
- XV. Tweede rondvraag.
- XVI. Sluiting.

Utrecht, 26 augustus 1988.

J. Diepersloot, secretaris-generaal.

Toelichting

Ad V. Verkiezingen.

1. Benoeming van een stembureau.
2. Verkiezingen.
 - a. Van vijf leden van het hoofdbestuur. Op 31 december 1988 treden af W. H. Cense, huisarts, Urk, J. J. Blom, huisarts, Dokkum, en mevrouw M. L. van Weert-Waltman, jeugdarts, Amsterdam. Tevens moet met onmiddellijke ingang, d.w.z. per 29 oktober 1988, worden voorzien in twee vacatures ontstaan door het tussentijds aftreden van Prof. Dr. P. E. Voorhoeve, neurofysioloog, Muiderberg, en W. B. J. Funk, gynaecoloog, Schelluinen. De volgende kandidaten zijn gesteld (art. 304 lid 2a HR/KNMG):

Dr. M. van Leeuwen, wetenschappelijk hoofdmedewerker verbonden aan een fysiologisch laboratorium, Naarden, Dr. M. M. Veering, neuroloog, Oegstgeest, mevrouw C. A. E. Wobbes-Lunsing, verpleeghuisarts, Malden, mevrouw M. H. D. J. Zwart-van der Weerd, huisarts, Nijmegen. Voorts zijn kandidaat gesteld (art. 304 lid 2c HR/KNMG):

Mevrouw J. Boza-de Veer, anaesthesioloog, Apeldoorn, N. S. Klazinga, arts in dienstverband, Utrecht, en Mevrouw G. J. Nijhof, consultatiebureau-arts, Rotterdam.

b. Van een lid van de Raad van Beroep. Op 31 december 1988 treedt af mevrouw A. G. W. W. Jannink-Kappelle, Enschede, die herkiesbaar is. Het hoofdbestuur draagt, na overleg met de Raad van Beroep, voor herverkiezing voor mevrouw A. G. W. W. Jannink-Kappelle.

c. Van een lid van het bestuur van Medisch Contact. Op 31 december 1988 treedt af Dr. P. van Rosevelt, Breda, die niet herkiesbaar is.

d. Van een lid van de Commissie voor de Geldmiddelen. Op 31 december 1988 treedt af W. S. van der Meer, Gouda, die herkiesbaar is. Het hoofdbestuur draagt, in overleg met de Commissie voor de geldmiddelen, voor herverkiezing voor W. S. van der Meer.

e. Van twee leden van het bestuur van de Stichting Ondersteuningsfonds. Op 31 december 1988 treedt af R. J. Polée, Dieren, die herkiesbaar is, terwijl voorts een vacature is ontstaan door het tussentijds aftreden van Dr. C. W. A. van den Dool, Heiloo. Het hoofdbestuur draagt, op voordracht van het bestuur van de Stichting Ondersteuningsfonds, voor herbenoeming voor R. J. Polée en tot benoeming als lid P. Heun, Heerenveen.

Personalia kandidaten voor verkiezingen

J. Boza-de Veer, Apeldoorn (geb. 1937), anaesthesioloog.
 P. Heun, Heerenveen (geb. 1921) rustend arts.
 A. G. W. W. Jannink-Kappelle, Enschede (geb. 1929) arts in dienstverband.
 N. S. Klazinga, Utrecht, (geb. 1957), arts in dienstverband.
 Dr. M. van Leeuwen, Naarden (geb. 1940), wetenschapp. hoofdmedewerker.
 W. S. van der Meer, Gouda (geb. 1940), huisarts.
 G. J. Nijhof, Rotterdam (geb. 1951), consultatiebureau-arts.
 R. J. Polée, Dieren (geb. 1929), huisarts.
 Dr. M. M. Veering, Oegstgeest (geb. 1950), neuroloog.
 C. A. E. Wobbes-Lunsing, Malden (geb. 1950), verpleeghuisarts.
 M. H. D. J. Zwart-van der Weerd, Nijmegen (geb. 1940) huisarts.

Ad VI. Behandeling van het jaarverslag der Maatschappij over 1987 (zie hiervoor MC nr 31/32/1988, blz. 931 e.v.)

Ad VII. Behandeling van de jaarverslagen over het jaar 1987 van: a. De Raad van Beroep; b. het Bestuur van Medisch Contact; c. De Commissie voor de Geldmiddelen; d. het bestuur van de Stichting Ondersteuningsfonds; e. de Bibliotheek van de Maatschappij; f. de Stichting Dienstverlening Medici (Zie verderop in dit nummer).

Ad XI. Rapport van de Werkgroep 'Samengaan Algemene Vergadering/Ledencongres' (Zie verderop in dit nummer).

Ad XII. Wijziging HR/KNMG (Zie verderop in dit nummer).

KNMG

JAARSTUKKEN OVER 1987

In dit nummer van Medisch Contact zijn de jaarstukken over 1987 afgedrukt, zoals die worden voorgelegd aan de 194ste Algemene Vergadering der KNMG, te houden op vrijdag 28 oktober 1988 (zie beschrijvingsbrief hieraan voorafgaand). Op deze en de volgende pagina's de jaarverslagen van de Raad van Beroep, het Bestuur

van Medisch Contact, de Commissie voor de Geldmiddelen, de Stichting Ondersteuningsfonds, de Bibliotheek der Maatschappij en de Stichting Dienstverlening Medici. Het jaarverslag van de KNMG over 1987 is gepubliceerd in Medisch Contact nr. 31-32/1988, blz. 931 e.v.

KNMG

Jaarverslag over 1987 van de Raad van Beroep

De Raad van Beroep was in het 1987 als volgt samengesteld:

Prof. Dr. J. van der Sluys Veer, voorzitter;

Mr. C. Q. van Daalen, plaatsvervangend voorzitter;

K. F. E. Vogelesang, secretaris;

Dr. A. P. Brinkhorst, penningmeester;

A. G. W. W. Jannink-Kappelle, archivaris

en werd bijgestaan door: Mr. H. S. Wiarda, adjunct -secretaris.

De plaatsvervangende leden waren:

A. S. Thomson, Prof. Mr. A. L. Melai, Dr. J. D. Bom, Dr. J. Roos.

Door de Algemene Vergadering op 30 oktober 1987 werden Dr. A. P. Brinkhorst en Dr. J. D. Bom respectievelijk als lid en als plaatsvervangend lid herkozen.

In deze Algemene Vergadering werd tevens besloten tot wijziging van het Huishoudelijk Reglement ten aanzien van de interne rechtspraak, waardoor – na jarenlange discussies – het klachtrecht voor patiënten werd opgeheven en derhalve het klachtrecht en de

mogelijkheid tot het aanbrengen van geschillen wordt beperkt tot de leden van de KNMG onderling. Ook werd besloten het aantal districtsraden terug te brengen tot vijf. Bovendien werd de mogelijkheid tot kostenveroordeling ingevoerd.

De Raad heeft in 1987 tienmaal vergaderd.

De drie zaken uit 1986, die nog in behandeling waren, konden begin 1987 met een uitspraak afgesloten worden.

In 1987 kwamen dertien nieuwe zaken ter behandeling, waarvan er elf konden worden afgehandeld. Driemaal werd – in geschilzaken – het beroep ingetrokken alvorens een zitting had plaatsgevonden. Zesmaal werd een zaak zonder mondelinge behandeling afgedaan: tweemaal werd de bureaubeslissing om een zaak niet in behandeling te nemen bevestigd, driemaal werd een bureaubeslissing vernietigd wegens een procedurele fout en de zaak terugverwezen naar de betreffende districtsraad en eenmaal werd de uitspraak van een districtsraad bevestigd. In twee zaken werd na een zitting een uitspraak gedaan, terwijl de overige twee zaken in het begin van 1988 zullen worden afgehandeld.

In totaal werd viermaal een zitting gehouden en werden elf uitspraken gedaan.

Ook dit jaar waren er meer patiënten dan artsen die in beroep gingen. In een geval betrof het bij de geschilbehandeling een 661a procedure. Eenmaal werd ingevolge artikel 628a de uitspraak toegezonden aan de Geneeskundige Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid.

Tabel 1. Uitspraken van de Raad van Beroep, ingedeeld naar klager en de aard van de uitspraak (1987).

	klacht ingediend geschil aangebracht door		uitspraak in beroep	
	patiënt of familie	arts andere	gewijzigd	ongewijzigd
Klachten				
niet ontvankelijk				
niet in behandeling genomen (bureau)	4	1	3	2
niet bevoegd		1		1
ongegron	1			1
gegrond geen maatregel				
waarschuwing				
berisping	1			1
schrapping lidmaatschap				
overige tucht- maatregelen				
Geschillen				
vordering toegewezen				
vordering gedeel- telijk toegewezen		1	1	
vordering niet toegewezen		2	1	1
	7	4	5	6

Tabel 2. Overzicht van de jaarverslagen van de Districtsraden over 1987.

nog in behandeling bij het begin van het verslagjaar	klachten geschillen	12 9		
			totaal	21
nieuw ingekomen in het verslagjaar	klachten geschillen	17 9		
			totaal	26
				47
nog in behandeling op einde verslagjaar	klachten geschillen	4 6		
			totaal	10

afgehandeld 32

Wijze van behandeling

geen verdere reactie klager; behandeling gestaakt	4
districtsraad niet bevoegd (geen lid KNMG, klacht tegen hulppersoneel)	3
niet in behandeling genomen (art. 631, 636, 662) (arts overleden)	5
verwezen naar andere districtsraad (art. 633, 661)	2
verwezen naar Medisch Tuchtcollege of ander overheidsorgaan, of reeds aldaar in behandeling (art. 634, 635)	1
klacht of geschil ingetrokken	6
oplossing in der minne na aanstelling vooronderzoeker (art. 637, 663)	3
kort geding procedure (art. 661a)	
bureaubesluit tot ambtshalve onderzoek (art. 632)	
in een zitting behandeld met schriftelijke uitspraak	14
verzoek om arbitrage cq bemiddeling	1

Tabel 3. Overzicht van klachten en geschillen, ingedeeld naar klager en aard van de uitspraak, exclusief de beroepszaken (1987)

	klacht ingediend geschil aangebracht door			totaal
	patiënt of familie	arts	anderen	
<i>Klachten</i>				
ingetrokken c.q. niet in behandeling genomen door bureau	5	6	1	12
ongeground	3	1		4
gegrond, geen maatregel		1		1
waarschuwing	2	1		3
berisping		1		1
boete				
ontneming recht lid te zijn van bestuur				
schorsing als lid				
schrapping als lid				
<i>Geschillen</i>				
ingetrokken c.q. niet in behandeling genomen		1		1
vordering niet toegewezen		3		3
vordering toegewezen		2		2
	10	16	1	27

Tabel 4. Artsen tegen wie een klacht werd ingediend. Maatregel wel of niet opgelegd, exclusief de beroepszaken (1987).

	gegrond			totaal
	ongeground	geen maat- regel	wel maat- regel	
(eigen) huisarts	2		2	4
waarnemend huisarts	2	1		3
specialist			1	1
waarnemend specialist				
sociaal geneeskundige				
intercollegiale klachten	1	2	4	7
	5	3	7	15

Tabel 5. Klachten ingedeeld naar de inhoud van de klacht. Maatregel wel of niet opgelegd, exclusief de beroepszaken (1987).

	gegrond			totaal
	ongeground	geen maat- regel	wel maat- regel	
niet of te laat komen na verzoek	2			2
onjuiste behandeling	1			1
geen of onvoldoende zorg	1			1
onheuse bejegening	2	2		4
niet of te laat verwijzen naar specialist			1	1
oncollegiaal gedrag	5	1	1	7
niet verschijnen (art. 619, 121)				
betreffende declaraties			1	1
onjuiste (medische) verklaring				
	11	3	3	17

Tabel 6. Geschillen ingedeeld naar de materie van het geschil. Vordering wel of niet toegewezen, exclusief de broepszaken (1987).

	niet toegewezen		totaal
	toegewezen	toegewezen	
uitleg overeenkomst		1	1
vestigingsproblematiek	2		2
waarnemingsproblematiek	1	1	2
	3	2	5

Uit dit jaarverslag blijkt, dat het aantal zaken dat ter behandeling is gekomen bij de districtsraden duidelijk is teruggelopen. Over de oorzaak daarvan kan geen duidelijkheid gegeven worden.

K. F. E. Vogelesang, secretaris

NB. Bij de opstelling van dit jaarverslag waren de jaarverslagen van de districtsraden V en XI nog niet ontvangen, zodat de gegevens daaruit niet konden worden verwerkt.

KNMG

Jaarverslag 1987 van het bestuur van Medisch Contact

Het bestuur van Medisch Contact, weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, dient allereerst stil te staan bij de belangrijkste aangelegenheid van het verslagjaar: de wisseling van de hoofdredactionele wacht. Op 4 september 1987 heeft Prof. Dr. J. C. van Es afscheid genomen als hoofdredacteur. Op een druk bezochte afscheidsreceptie gaven vele KNMG-leden en -functionarissen acte de présence, alsook vele vrienden en externe relaties. Collega Van Es heeft zich onderscheiden als gedegen wetenschapsman, als voortreffelijk didact en als medelevend huisarts, wiens hoofdredactionele uiteenzettingen werden gewaardeerd als doorwrochte colleges en veelgelezen gezaghebbende commentaren. Als hoofdredacteur heeft collega Van Es onder véél meer ook de banden met de universitaire wereld verstevigd. Het heeft het MC-bestuur dan ook tot grote voldoening gestemd dat collega Van Es in de 192ste Algemene Vergadering van de KNMG de zilveren legpenning van de Maatschappij Geneeskunst werd overhandigd, een onderscheiding die het hoofdbestuur hem unaniem had toegekend wegens diens grote verdiensten voor de Nederlandse artsengemeenschap. Het MC-bestuur heeft vol vertrouwen Dr. C. Spreeuwenberg tot opvolger van collega Van Es benoemd. Deze benoeming is door de

191ste Algemene Vergadering van de KNMG bekrachtigd, waarmee voor Medisch Contact een nieuw tijdperk werd ingeluid. De nieuwe hoofdredacteur en het MC-bestuur werden in de loop van 1987 geconfronteerd met zorgelijke ontwikkelingen met betrekking tot de maandelijkse uitgave van JAMA/N, vertalingen van artikelen, geselecteerd uit the Journal of the American Medical Association, gecombineerd met commentaren van Nederlandse deskundigen. Na een lange periode van voorbereiding was de JAMA/N in september 1986 gestart en mocht zich – gezien de vele reacties – verheugen in een enthousiaste lezerskring. Financiële heroverwegingen van een nieuwe uitgeversdirectie noopten tot afbouw van dit project, waarvan de laatste uitgave in december 1987 verscheen. Een triest einde van een hoopvolle onderneming, waarin vooral de redactie veel tijd en energie heeft geïnvesteerd. Ook voor de enthousiaste leden van de redactieraad kwam het einde te snel en te plotseling. Het bestuur wil hen op deze plaats alsnog dank zeggen voor hun inzet en deskundige adviezen. Bestuur en redactie zijn inmiddels druk bezig met de voorbereidingen van een alternatief project: een vaste overzichtsrubriek van in gezaghebbende buitenlandse medische tijdschriften verschenen artikelen, in het Nederlands te vertalen en te voorzien van commentaren van Nederlandse deskundigen.

Met vertegenwoordigers van het hoofdbestuur van de KNMG en de besturen der maatschappelijke verenigingen is veelvuldig overleg gevoerd over de rubriek 'Uit de Verenigingen'. Hoofdgedachte daarbij was te streven naar meer informatie over alle mogelijke aangelegenheden en ontwikkelingen binnen de KNMG en deze informatie wat prominenter te publiceren om zo de leden nauwer te betrekken bij de activiteiten van onze artsorganisatie. Geregeld overleg hierover tussen de redactie en de voor het verenigingsnieuws verantwoordelijke functionarissen blijft geboden, te meer waar 'de besturen van de KNMG en haar organen verantwoordelijk zijn voor de inhoud van het officiële gedeelte en de berichtgeving vanuit de verenigingen'. Ons bestuur zal uitdrukkelijk blijven streven de doelstelling en activiteiten van de KNMG en haar maatschappelijke verenigingen via Medisch Contact te ondersteunen. Daarnaast wil het een platform blijven bieden voor een open discussie over allerlei ontwikkelingen en aangelegenheden met betrekking tot de gezondheidszorg, enerzijds om bij te dragen aan

de behartiging van de belangen van de medische professie, anderzijds om mee te werken aan kwaliteitsverbetering van de beroepsuitoefening. Het bestuur mag zich verheugen over een hoge leesdichtheid van Medisch Contact, zowel onder de leden van de KNMG als onder de lezers buiten de eigen ledenkring. De resultaten van het lezersonderzoek, nader beschreven in het voorgaande jaarverslag, tonen dat aan. In 1987 is over dat lezersonderzoek een eindrapport uitgebracht, waarvan de samenvatting werd gepubliceerd in MC nr. 36 van 4 september 1987.

Aan het eind van dit verslagjaar werd afscheid genomen van collega Dr. C. J. Jonkman, die geruime tijd namens het hoofdbestuur de bestuursvergaderingen van Medisch Contact heeft bijgewoond. Het MC-bestuur is hem dank verschuldigd voor zijn constructieve bijdragen aan de beraadslagingen.

E. I. Iwema Bakker,
secretaris bestuur Medisch Contact

KNMG Jaarverslag 1987 commissie voor de geldmiddelen

De commissie kwam op 21 mei 1987 te Utrecht bijeen voor de bespreking van de jaarrekening 1986 en de begroting 1988 van respectievelijk het ondersteuningsfonds, het Medisch Contact en de KNMG. De commissie heeft tijdens deze bijeenkomst kennis kunnen nemen van de toelichting op de stukken in aanwezigheid

van de accountant van de KNMG. Van haar bevindingen heeft de commissie verslag uitgebracht aan de algemene vergadering van 30 oktober 1987.

Ch. J. Maats, voorzitter

KNMG Jaarverslag 1987 Stichting Ondersteuningsfonds

In 1987 vonden geen mutaties plaats in de samenstelling van het bestuur van de Stichting Ondersteuningsfonds voor behoeftige geneeskundigen der KNMG. Daardoor bleef deze als volgt: Mevrouw S. de Boer-van der Burg, tweede secretaris; de heren Dr. C. W. A. van den Dool, ondervoorzitter; D. B. Kagenaar, voorzitter; N. A. Meursing, secretaris-penningmeester; R. J. Polé, lid.

Er bereikte het bestuur geen bericht – zoals aangeduid in het jaarverslag 1986 – over verschillen van mening tussen cliënten en een belastinginspectie over de vraag of onze steun als inkomen moest worden beschouwd. Een dergelijke vraag over de ondersteuning krachtens de Algemene Bijstandswet deed zich verder evenmin voor.

Er werd fiscaal-juridisch advies ingewonnen over de meest doelmatige wijze waarop ons zogeheten dode kapitaal (leningen aan onvermogen cliënten) zou kunnen worden geëlimineerd.

De stelselwijzigingen in de sociale wetgeving heeft een weerslag die ook bij onze cliënten merkbaar is. Met name het afschaffen van de vrijwillige ziekenfondsverzekering voor bejaarden geeft in deze categorie problemen. In de eerste plaats dat zij zich op eigen initiatief bij een particuliere ziektekostenverzekering hadden moeten aanmelden. Voor deze particuliere verzekeraars bestond een acceptatieplicht tegen een voor hen lage premie, vastgesteld door de volksvertegenwoordiging. Als deze groep zich nu aanmeldt wordt zij geconfronteerd met een aanzienlijk hogere premie op grond van hun leeftijd. De overigen stuiten op de neiging van de ziektekostenverzekeraars bij een volgende premievaststelling in te

lopen wat men bij de aanvang miste. Deze kostenverhoging voor onze cliënten kan door ons niet worden verdisconteerd sinds de besluiten van de Algemene Vergadering van april 1985. De toen vastgestelde algemene toeslag voor kosten werd berekend op basis van gegevens die nu verrijkt zijn met boven aangeduide problematiek. Ter secretarie is dit duidelijk merkbaar aan het aantal telefoongesprekken in mineur. De nodige aandacht voor de nood vraagt dienovereenkomstig meer tijd. Deze omstandigheden doen eigenlijk het gemis van een werkend systeem van correspondenten duidelijk voelen. Wij constateren ook verder een verzwarend van het beroep op de sociaal-maatschappelijke functie in de ondersteuning. Daarbij houden wij in het oog, dat een dergelijke tijdsinvestering nodig is om te beantwoorden aan de mening van genoemde Algemene Vergadering dat de activiteiten van het fonds dienen te worden afgebouwd met inachtneming van jegens de cliënten – vaak zeer lang in ons bestand – maatschappelijk verantwoord en fatsoenlijk beleid. Het bestuur onderschrijft dit volledig zonder dat het fonds uitgroeit tot een volwaardige instelling van brede maatschappelijke dienstverlening. Wel stuiten wij op uitzonderingsgevallen van bijzondere aard en kunnen daar even uitzonderlijke maatregelen voor treffen.

Het aantal ondersteunden bedroeg ultimo 1987: 55, waarbij in aanmerking moet worden genomen, dat vijf echtparen voor elk twee ondersteunden werden gerekend.

N. A. Meursing, secretaris

KNMG Jaarverslag 1987 van de bibliotheek

In verband met een ernstig ongeval dat de bibliothecaris van de Maatschappij, Prof. Dr. D. de Moulin is overkomen, is dit jaarverslag opgesteld door de heer W. K. Gnirrep, conservator van de UB/Amsterdam.

De opname van het bezit van de bibliotheek van de KNMG in de computer is in het verslagjaar verder voortgeschreden. Naast het geautomatiseerde bestand van de boeken die verworven zijn na de afsluiting van het derde deel van de gedrukte catalogus, is nu ook

het overgrote deel van de periodieke publikaties on-line toegankelijk: 965 tijdschriften, seriewerken en jaarverslagen, waaronder de zeer uitgebreide verzameling 19e-eeuwse Nederlandse geneeskundige tijdschriften. In dit verslagjaar zijn 281 nieuwe publikaties opgenomen. Het geautomatiseerde bestand is verder uitgebreid met 551 werken die reeds eerder in de gedrukte Bibliotheca Medica Neerlandica waren te vinden.

Tot nu toe was de automatisering voornamelijk interessant voor degenen die over een terminal-aansluiting met de Universiteitsbibliotheek van Amsterdam konden beschikken. Nu is een belangrijke stap vooruit gezet. Het geautomatiseerde bestand van de Universiteitsbibliotheek van Amsterdam is sinds december toegankelijk geworden voor iedereen die beschikt over een huiscomputer, modem en telefoon. Het geautomatiseerde deel van de catalogus van de Maatschappij is daarmee overal raadpleegbaar geworden. Voor degenen die een lenerspas van de UBA bezitten, is het zelfs mogelijk om boeken van huis uit aan te vragen, zodat in de bibliotheek geen tijd verdaan hoeft te worden aan wachten. Om teleurstellingen te voorkomen wil ik in dit verband er nog eens op wijzen dat de bibliotheek van de Maatschappij niet gericht is op de eigentijdse medische wetenschap. Recente medische literatuur zal in het algemeen de bibliotheek pas bereiken als ze voor de huidige beroepsbeoefenaars verouderd is. De bibliotheek is niet voldoende geëquipeerd om op vragen uit de actuele medische praktijk antwoord te geven. Het is een medisch-historische georiënteerde verzameling.

Enige opmerkelijke aanwinsten

Hoewel het antiquarisch aanbod in het verslagjaar vrij beperkt was, heeft de bibliotheek wederom een aantal interessante werken weten te verwerven. Ik wil er een drietal uitlechten.

Van Adriaan Nuck verwierf de bibliotheek de eerste druk van zijn beschrijving van het lymfvatenstelsel, *Adenographia curiosa* (Leiden: J. Luchtmans 1691). Nuck, die een van de leermeesters was van Boerhaave, ontvouwt in dit werk de theorie dat het lymfvatenstelsel zijn oorsprong vindt in het bloedvatenstelsel. Nuck's ideeën waren van diepgaande invloed op Boerhaave's fysiologische beschouwingen over de structuur van spieren en weefsels. Prof. Dr. A. M. Luijendijk-Elshout heeft een uitvoerige studie aan Nuck gewijd in *Circa Tiliam*, de feestbundel voor Prof. Dr. G. A. Lindeboom (Leiden 1974).

De volgende aanwinst is een typisch produkt van het renaissance huwelijk tussen geneeskunde en klassieke filologie: Hippocrates *De natura humana liber, cum duobus commentariis Galeni*. Eiusdem *de victus ratione liber, cum Galeni commentario*. (Paris: Simon de Colines 1534). De middeleeuwse vertaling van de klassieke geneeskundige werd in de zestiende eeuw als barbaars ter zijde geschoven, zoals bijvoorbeeld de vertaling van de Brabantse Willem van Moerbeke die in de 13e eeuw tal van werken letterlijk woord-voor-woord uit het Grieks in het Latijn omzette.

De renaissance-geleerden wensten nieuwe edities en vertalingen van de klassieke teksten. De publikatie in 1525 van de editio princeps van Galenus werd door de medisch humanisten als het begin van een nieuw tijdperk begroep (Durling). Hun enthousiasme komt ook tot uiting in het aantal vertalingen van Galenus. In de periode 1500 tot 1525 verschijnen er gemiddeld twee uitgaven per jaar, in de jaren 1526 tot en met 1560 zijn het er per jaar twaalf. In de laatste vier decennia van de eeuw valt het weer terug tot drie per jaar. De humanisten uit de Lage Landen laten zich hierbij niet onbetuigd. De rij opent met enkele vertalingen door Erasmus in 1526. Evenals Erasmus afkomstig uit Gouda is Gerardus Theodoricus Gaudanus, ook bekend als Dirk van Gouda. In het jaarverslag van 1982 werd kond gedaan van de verwerving van een door hem bezorgde Galenus-editie. Het was voor de geleerden in het noorden niet altijd gemakkelijk om behoorlijk werk te verrichten. Hubert van Baerland moest zijn vertaling van het ten onrechte aan Gale-

nus toegescheven 'De remediis facile parabilibus' baseren op de gebrekkige Griekse druk van Simon de Colines uit 1530, omdat hij in geheel Zeeland geen Grieks manuscript kon vinden (voorwoord druk 1533).

De twee werkjes die in de nieuwe aanwinst zijn verenigd, zagen oorspronkelijk afzonderlijk het licht in Parijs in 1530 dankzij de goede zorgen van twee neven afkomstig uit Kampen: Hermannus Croeser, de vertaler en Gerrit Morrhe, de drukker-uitgever. Herman Croeser, geboren in Kampen in 1510 en gestorven in Koningsbergen in 1574, was rechtsgeleerde, medicus en graecist. Hij werd raadsheer van Hertog Karel van Gelder en vervolgens van Willem van Gulik, die hij tevens diende als lijfarts. Neef Gerrit Morrhe was in 1530 in Parijs een uitgeverij-drukkerij begonnen die geheel was georiënteerd op de markt van geleerden-humanisten. In nog geen drie jaar tijd bracht hij niet minder dan 49 edities op de markt, waaronder twintig klassieke Griekse teksten. In 1532 eindigde zijn werkzaamheid abrupt. Waarschijnlijk moest hij als gevolg van moeilijkheden met de conservatieve theologen van de Sorbonne zijn activiteiten als drukker in Parijs staken. Simon de Colines, evenals Morrhe een echte geleerde-uitgever combineerde in 1534 de twee vertalingen in een boekje van klein formaat, bedoeld voor studenten. Het is een zeldzaam werkje; Renouard, de 19e-eeuwse bibliograaf van Simon de Colines, heeft het bijvoorbeeld nooit onder ogen gehad.

Van de Britse staatsman William Temple verwierf de bibliotheek diens *Miscellanea*, of *Verscheide tractaten* (Utrecht: Anthony Schouten 1695). Temple, die nauw betrokken was bij de tot standkoming van het huwelijk van Willem III en Mary Stuart, speelde ook een belangrijke rol in de onderhandelingen over de Vrede van Nijmegen van 1677. In hetzelfde jaar schreef hij 'Uyt Nymegen' een verhandeling Over de genesing van het Podagra, door de Moxa, aan de Heer van Zuylichem, dat is opgenomen in de *Miscellanea*, die we nu in een Nederlandse vertaling bezitten. De Engelse gezant had in februari 1676 in Den Haag een eerste aanval van jicht gekregen. In het levendig verslag beschrijft hij de kwaal als de managerziekte van zijn tijd en staat uitvoerig stil bij de verstrekkende staatkundige gevolgen, veroorzaakt door ziekten van hoogwaardigheidsbekleders. Constantijn Huygens bezoekt hem aan zijn ziekbed en bezorgt hem het boekje dat Herman Busschhof, predikant in Batavia, kort daarvoor heeft geschreven over zijn genezing door een oude Indonesische vrouw met behulp van moxa. Het betreffende werk was het eerste verslag in Europa van de Chinees-Japanse therapie met moxa, *Artemisia vulgaris*, Sint Janskruid, dat als een bolletje van samengekleefde bladen op de huid wordt gekleefd en vervolgens aangestoken, waardoor de huid door verschroeiing wordt geprikkeld.

'Ik hebbe noit gedacht dat my te beurt zoude vallen de eerste te zijn die een nieuw experiment zoude beproeven', schrijft Temple, die van mening is dat de behandeling door medicijn-meesters 'zelf maar een groot avontuur was, en dat de grootste practicijs aan hun zelve, of hun vrienden minst practiceerden'. Gedreven door de pijn besluit hij om proefkonijn te worden en laat hij bij de zoon van de Bataviaase predikant, die in Utrecht woont, wat moxa halen en inlichtingen over de toepassing van de therapie. Uit de correspondentie van Huygens blijkt opnieuw diens bemoeienis: hij zendt Busschofs zoon een briefje om hem op de hoogte te stellen van de komst van een dienaar van de Engelse gezant (24 feb. 1676).

Temple vindt baat bij het nieuwe middel en geeft na het middel verschillende keren beproefd te hebben, wederom op aandringen van Huygens, met deze verhandeling verslag van zijn bevindingen. Het biedt een aardige kijk op de verspreiding van een medische innovatie in de 17e eeuw. Zo vernemen we bijvoorbeeld dat Huygens na Temples eerste experimenten enige vrienden van de Royal Society op de hoogte stelt van de nieuwe geneeswijze en dat men besluit om het tractaat van Busschhof in het Engels te vertalen. Inderdaad wordt al in de *Philosophical Transactions* van 22 mei 1676 aandacht besteed aan het boekje van Busschhof en komt ook

nog in 1676 de Engelse vertaling uit. Moxa was verkrijgbaar bij de uitgever van het boek, Moses Pitt. Het zeldzame Nederlandse origineel en de vertaling zijn beide in de bibliotheek aanwezig. Van de wetenswaardigheden die Temple verder vermeldt wil ik u het recept tegen podagra van Maurits van Nassau niet onthouden. De oude vorst Maurits was gewoon om bij een aanval van jicht 'een party van paarde-mist op te koken, die gemaakt was van een hengst van de hermelijne couleur' (een schimmel), om vervolgens zijn pijnlijke been in een emmer vol van de hete paarde-mest te steken. Om steeds van voldoende medicijn voorzien te zijn, had Maurits altijd een span schimmels voor zijn karos weet Temple te vertellen, die kennelijk in deze kuur weinig zag.

Medewerking aan tentoonstellingen

De Bibliotheek verleende uitgebreid medewerking aan de tentoonstelling Een Kind onder het Hart, gewijd aan gebeurtenissen rond de geboorte in de 17e en 18e eeuw, n.a.v. het honderd jarig bestaan van de Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, in het Amsterdams Historisch Museum, 22 juni - 11 okt.

Verder was materiaal uit de bibliotheek te zien op de volgende tentoonstellingen: Roots of Clinical Chemistry, ter gelegenheid van

het 13th Congress of Clinical Chemistry in the Netherlands, Den Haag, 28 juni - 3 juli; In het Spoor van de Liefde, Museum voor Volkenkunde Rotterdam, 4 sept. 1986 - 11 jan. 1987; Historische Tuinkunst in de Nederlanden, Vlaams Cultureel Centrum, Amsterdam, 15 jan. - 15 feb. 1987; De V.O.C.-Kamer van Delft, het Prinsenhof, Delft, 27 juni - 14 sept.; J. F. Martinet en de 18e eeuw, Stedelijk Museum Zutphen, 27 juni - 6 sept.; Martinus van Marum (1750-1837), Frans Halsmuseum, Haarlem, 10 dec. 1987 - 28 feb. 1988.

W. K. Gniirrep, Conservator

Om toegang te krijgen tot de catalogus van de UBA zijn de volgende technische gegevens van belang. Modem-instelling: 1200 of 2400 baud full duplex, 7 data bits, 1 stopbit, parity even. Het communicatieprogramma moet een van de volgende terminal-typen kunnen emuleren: VT100, Facit, Beehiv1, Beehiv2. (Het veel gebruikte programma Procomm doet het b.v. uitstekend).

Communicatie: bel 020-5611222. Als de verbinding tot stand is gekomen intoetsen: (enter) (eventueel herhalen na een paar seconden). Op het scherm verschijnt de vraag: destination? Intoetsen: (UBA) (enter). Op het scherm verschijnt de vraag terminal-type? Intoetsen: (nummer) (afhankelijk van terminal-type dat communicatie-programma kan emuleren) (enter) (eventueel herhalen). Op het scherm verschijnt keuze -menu help, emulation, logoff. Intoetsen (emulation) (enter). UB-menu verschijnt. Afsluiten: drie maal intoetsen (escape).

KNMG Jaarverslag 1987 Stichting Dienstverlening Medici (SDM)

I Inleiding

Het verslagjaar 1987 heeft zich vooral gekenmerkt door discussies in verschillende gremia over automatisering en verzekeringen ten behoeve van KNMG-leden. Enerzijds om de nodige financiële middelen te genereren en anderzijds om hiermee het belang van de SDM voor de KNMG-leden nog duidelijker te profileren. Aan het einde van het verslagjaar waren de discussies terzake nog niet afgerond. In het afgelopen jaar zijn verder tientallen gesprekken gevoerd met leveranciers van zeer uiteenlopende producten en diensten. Niet in alle gevallen leidde dit tot een vruchtbare samenwerking. Soms in verband met de marketing policy van leveranciers, in andere gevallen omdat al snel bleek dat de belangstelling van de KNMG-leden voor een bepaald produkt nagenoeg nihil was. Het SDM-bureau had evenwel opnieuw de handen vol aan het verwerken van de bestellingen, de verzoeken om nadere informatie en de constante stroom van telefonische reacties. Vooral na de verzending van de informatiebulletins trad een piek in de werkbelasting op.

II Bestuur SDM

Het SDM-bestuur vergaderde in het verslagjaar zevenmaal en wel op 18 januari, 12 maart, 11 mei, 22 juni, 24 augustus 12 oktober en 24 november.

De bestuurscommissie was als volgt: Mw. C. M. Voermans-Neleman, voorzitter; B. Vos, secretaris; Dr. Th. Vossenaar, penningmeester; S. Buys; Dr. C. J. Jonkman; Dr. P. van Rosevelt; A. Taselaar; F. M. Vernooy; Dr. J. Waldman.

Aan de vergaderingen van het SDM-bestuur namen verder deel: J. Diepersloot, secretaris-generaal; G. J. Eikmans, secretaris PR; G. J. Hartman, hoofd afd. Ledenbemiddeling en PR; R. J. Mulder, Stafmedewerker PR, LAD; K. Theunissen, hoofd financieel-economische en administratieve zaken.

De secretaris van het SDM Bestuur, B. Vos, heeft in de loop van het verslagjaar zijn lidmaatschap van het SDM Bestuur opgezegd. Dr. Th. Vossenaar fungeerde als secretaris-penningmeester ad-interim.

III Mailing-campagnes

In het verslagjaar zijn twee informatiebulletins van de SDM aan alle KNMG-leden gezonden, in juni en in november. Verder versche-

nen de SDM-nieuwsbrief en een mailingcampagne SDM/Mercedes Benz. Daarnaast werd over de diverse activiteiten van de SDM regelmatig bericht in de rubriek 'Uit de verenigingen' van Medisch Contact.

IV Verzekeringen

Tijdens het verslagjaar zijn vele besprekingen gevoerd over collectieve verzekeringen ten behoeve van de KNMG-leden. Het zwaartepunt daarbij lag op een collectieve ziektekostenverzekering. Het SDM-bestuur werd geconfronteerd met verschillende belangen van onder meer commerciële verzekeringsorganisaties en verzekeringsmaatschappijen die al langer de 'medische markt' bedienen. Getracht werd om op enigerlei wijze een samenwerking te creëren die recht doet aan de belangen van alle betrokken partijen, waarbij voor de SDM de belangen van de KNMG-leden terzake uiteraard voorop stonden. Aan het einde van het verslagjaar was nog niet duidelijk in welke richting een en ander tendeerde.

V Automatisering

Door een SDM-delegatie zijn besprekingen gevoerd met diverse software-leveranciers. De door deze leveranciers aangeboden pakketten waren vaak verre van volmaakt. Voor de huisartsen was de toetsingsprocedure van de WCIA nog niet gerealiseerd en voor de specialisten moest aan het opstellen van een referentiemodel nog worden begonnen. Om toch een bepaalde invloed te kunnen uitoefenen werd besloten met een aantal software-leveranciers een overeenkomst aan te gaan.

Gaandeweg werd gezocht naar een meer gestructureerde samenwerking met de leveranciers. Uiteindelijk heeft dit bij de huisartsen geleid tot een concrete eis aan leveranciers om de softwarepakketten te toetsen aan het referentiemodel van de WCIA (samenwerking LHV-NHG). Dit referentiemodel en de daaraan gekoppelde toetsingsprocedure kwamen in de loop van het verslagjaar gereed.

De samenwerking met de VVAA en de Stichting Medische Telematica in Comprisverband waarbij in eerste instantie de VVAA de informatie aan de specialisten verzorgde en de Stichting Medische Telematica aan de huisartsen, bleek niet aan de verwachtingen te kunnen voldoen. Door tegenvallende verkoopresultaten had de SDM binnen het samenwerkingsverband Compris uitsluitend te

maken met het genereren van kosten bij zeer tegenvallende opbrengsten. Daaropvolgend ontstond de gedachte om Compris daadwerkelijk bij de verkoop van pakketten in te schakelen. De SDM onderkende daarbij dat de KNMG en de maatschappelijke verenigingen zich niet konden binden aan één pakket, zodat voor de toekomst een andere opzet zal moeten worden gerealiseerd.

VI Overige produkten

Zoals eerder gemeld zijn in het verslagjaar veel produkten en diensten de revue gepasseerd. Uiteindelijk ontstond een samenwerking met de volgende nieuwe leveranciers: Aro Lease, leasing van praktijkvoertuigen; Electrolux, stofzuigers/koelkasten etc.; V.d. Graaf, incassobureau; Adhoco, naamplatenatelier; Stichting Museumkaart. De contacten met de al bestaande relaties werden waar mogelijk verder uitgediept. Voorbereidingen werden getroffen voor een SDM-receptenservice en een cursusaanbod.

VII Resultaten

De respons op het SDM-aanbod is groot te noemen. Bijna 18% van de KNMG-leden heeft in het verslagjaar telefonisch of schriftelijk gereageerd. Daaronder veel verzoek om nadere informatie over de verschillende produkten en/of diensten. Het aantal bestellingen is

beduidend minder en bedraagt ca. 10% van het KNMG-ledenbestand. Deze percentages werden voornamelijk in november en december gerealiseerd in verband met het uitkomen van de SDM-nieuwsbrief en het informatiebulletin aan het begin van deze maanden. Vooral de museumjaarkaarten en de wijnactie stonden sterk in de belangstelling.

VIII Marketing

Het SDM-bestuur heeft verschillende besprekingen gewijd aan marketingaspecten, waarbij ook externe deskundigen werden betrokken. Dit heeft enerzijds ertoe geleid om een nog betere aansluiting tussen aan te bieden produkten en diensten en de wensen van de KNMG-leden trachten te realiseren en anderzijds om te bezien of een marktonderzoek in dit verband wenselijk zou zijn.

IX Tenslotte

Veel plannen en ideeën werden in de loop van het verslagjaar ontwikkeld, die voor de continuïteit van de SDM en voor de behartiging van de belangen van de KNMG-leden belangrijk zullen blijken te zijn. Het SDM bestuur zal zich in het komende jaar inzetten om deze plannen ook daadwerkelijk gerealiseerd te krijgen.



Samengaan Algemene Vergadering/Ledencongres

Rapport van de werkgroep 'Samengaan Algemene Vergadering/Ledencongres'

Punt XI van de Beschrijvingsbrief voor de 194ste Algemene Vergadering

1. Ten geleide

Bovenvermelde commissie heeft zich beraden over de vraag op welke wijze de najaarsbijeenkomst van de Algemene Vergadering gecombineerd c.q. geïntegreerd zou kunnen worden met het jaarlijkse KNMG-congres. Dit op verzoek van het Hoofdbestuur. De commissie is als volgt samengesteld: Dr. C. J. Jonkman, voorzitter, Th. J. M. Beyerinck, lid HB, H. P. A. F. Hoebe, lid HB, G. J. Eikmans, secretaris.

Aanleiding tot het instellen van deze commissie lijkt een vrij algemeen gevoel dat zowel de Algemene Vergadering als het jaarlijkse KNMG-congres (nog) niet optimaal functioneert. Centraal daarbij staan kwalitatieve en kwantitatieve participatie van de leden. Vandaar dat de commissie zich in eerste aanleg bezig heeft gehouden met de vraag hoe optimale deelname bevordert of zo mogelijk zelfs gewaarborgd kan worden.

2. Uitgangspunten

Het zonder meer combineren van de Algemene Vergadering en het congres is op zich allerm minst een waarborg dat er meer deelnemers zullen zijn die actief participeren. Elk der onderdelen dient op zich voldoende aantrekkelijk te zijn voor een breed artsenpubliek. Alleen als aan dat uitgangspunt is voldaan, kan een combinatie van Algemene Vergadering en jaarcongres een hoger rendement opleveren.

Naar het oordeel van de commissie impliceert dit, wat de inhoudelijke kant betreft dat het te kiezen onderwerp op voorhand dient te anticiperen op het interesseveld van de totale artsenpopulatie. De kosten mogen geen belemmering zijn voor deelname. De voortdurende aanslagen op de artsenhonoraria alsmede het groeiend aantal werkloze artsen maken dit beslist noodzakelijk. Hetzelfde geldt voor artsen die in allerlei second-choice posities financieel weinig speelruimte hebben. Niet alleen de wetenschappelijke, financiële en algemeen maatschappelijke aspecten verdienen de nodige aandacht, maar ook de sociale functie van de onderhavige

bijeenkomsten dient uitgangspunt te zijn voor de nadere opzet en uitwerking. Tenslotte kan het congres c.q. de Algemene Vergadering een uitstekend p.r.-middel zijn dat dan ook optimaal uitgebuit dient te worden. Zowel intern als extern. Wat dat laatste betreft, wordt niet alleen gedacht aan publiciteit, doch ook aan het verstevigen van banden met relevante externe doelgroepen en het prononceren van de KNMG-visie.

3. Combinatie AV/Congres

Op zich is het heel goed denkbaar om de najaarsvergadering te combineren met het jaarlijkse KNMG-congres. Voordeel daarvan is dat de verenigingsgedachte beter tot haar recht kan komen. Immers, bij de programmering kan rekening worden gehouden met een afstemming tussen het verenigingsbeleid (Algemene Vergadering) en de meningsvorming van zoveel mogelijk leden rond een hoofdthema (congres). Uit een oogpunt van efficiency is die combinatie ook voor de afgevaardigden wellicht zinvol. Daarbij komt nog dat in de gecombineerde setting het eenvoudiger te realiseren valt om de afgevaardigden (feestelijk) door het HB te laten ontvangen. Enerzijds om een inbreng en positie te onderstrepen. Anderzijds om in informele sfeer banden te verstevigen.

Vanuit deze optiek beveelt de commissie aan:

- de congreskosten voor twee afgevaardigden en/of bestuurders plus partners per afdeling uit de afdelingskas te doen betalen;
- het HB de Algemene Vergadering plus de voor hun bedoelde ontvangst (inclusief de organisatoren van het congres daarbij uit te nodigen) te laten betalen (al of niet de combinatie met gedeeltelijke sponsoring door derden).

Meer in het algemeen stelt de commissie voor om een vast stramien te hanteren voor de combinatie van Algemene Vergadering en jaarcongres. Bijvoorbeeld aldus:

Eerste congresdag

- 14.00 uur – start Algemene Vergadering;
- 16.30 uur – afsluiting Algemene Vergadering gevolgd door de congresrede van de voorzitter (maximaal 20 minuten);
- 17.15 uur – één of meer zeer korte beschouwingen vanuit congresorganisatie en plaatselijke/regionale notabelen gevolgd door een informele bijeenkomst.

Het is de bedoeling dat zodra de Algemene Vergadering is afgeslo-

ten een korte pauze wordt ingelast om buitenstaanders te ontvangen.

19.30 uur – feestelijke ontvangst afgevaardigden plus partners, congresorganisatie en congresdeelnemers door het HB;

Tweede congresdag

09.30 uur – start van het ééndaagse congres;

- start partnerprogramma;

19.00 uur – feestavond.

Gelet op deze programmering komen de donderdag en vrijdag het eerst in aanmerking.

3.1. Thema

Als algemeen uitgangspunt voor het thema geldt dat dit in beginsel alle artsen moet aanspreken. Voor een actieve participatie van de leden is zo'n keuze op zich echter onvoldoende. Vandaar dat de commissie voorstelt om het thema als voorbereiding op het congres nieuwe stijl ruim tevoren in de periferie ter discussie te stellen. Daarbij kunnen de afgevaardigden een belangrijke rol spelen in combinatie met het afdelingsbestuur. De idee is om deze discussie te begeleiden met in ieder geval een heldere vraagstelling en een duidelijke omschrijving van het verwachtingspatroon van het HB. Eén en ander kan in de p.r.-sfeer worden gestimuleerd. Wellicht kan Medisch Contact daarbij een belangrijke rol spelen.

De voorgestelde programmering houdt in dat op de combinatie van congres en Algemene Vergadering niet perse hetzelfde thema wordt behandeld. Immers, de Algemene Vergadering gaat vooraf aan het congres. Heel goed denkbaar is dat op het congresgedeelte een nieuw thema wordt voorbereid dat dan vervolgens in de voorjaarsbijeenkomst van Algemene Vergadering verder wordt uitgediept en vervolgens in de najaarsbijeenkomst van de Algemene Vergadering tot besluitvorming leidt.

3.2. Kosten

De kosten mogen beslist niet remmend werken voor deelname aan het congres. Vandaar de idee om het congres in principe op één dag te doen plaatsvinden. Wie wil kan 's avonds naar huis zonder bezwaar van hotelkosten. Zonder zich nu al uit te spreken over een absoluut maximumbedrag voor deelname, acht de commissie het wel gewenst dat de congresfee de goedkeuring moet krijgen van het hoofdbestuur dat deze kosten toetst aan het voormelde algeme-

ne uitgangspunt. Hetzelfde geldt voor de hotelkosten (arrangementen op verschillende niveaus).

De jaarlijkse bijdrage van het HB ad f 10.000,—, zou de commissie als vaststaande donatie willen beschouwen aan de congresorganisatie. Hoe zij dit bedrag wensen te besteden is verder hun zaak. Vast staat evenwel dat dit de maximale bijdrage is van het HB.

3.3. Sponsoring

De commissie kan zich niet geheel aan de indruk onttrekken dat ten aanzien van sponsoring een dubbele moraal geldt. Enerzijds is men er vrij algemeen van overtuigd dat zonder sponsoring het welslagen van het congres moeilijk is zo niet onmogelijk. Anderzijds wordt met de belangen van sponsors soms slordig omgesprongen. Indien sponsoring mag, dan dient dit ook professioneel te gebeuren. Om deze reden en ook vanwege de toetsing van de uitgangspunten en de continuïteit, beveelt de commissie aan een vaste Congresbegeleidingscommissie in het leven te roepen, waarin in ieder geval de p.r.-discipline is vertegenwoordigd. Deze Congresbegeleidingscommissie dient tevens een stevige vinger in de sponsorpap te hebben.

3.4. Sociale programma

De commissie beveelt aan om het sociale programma meer doelgroep gericht te doen zijn. Immers, het is de bedoeling om ook de jongere artsen meer te interesseren voor het congres. De vaste Congresbegeleidingscommissie zou op dit aspect telkens kunnen toetsen en wellicht in een latere fase tot richtlijnen c.q. aanbevelingen kunnen komen. Daarbij staat het 'elk wat wils-beginsel' voorop.

3.5. Wetenschappelijk partnerprogramma

Zo langzamerhand begint het uit de tijd te raken om een typisch damesprogramma als partnerprogramma te presenteren. Vandaar de idee om ook aandacht te besteden aan een populair wetenschappelijk georiënteerd partnerprogramma.

3.6. Human interest

Speciaal voor mensen die voor het eerst een congres bezoeken en heel in het bijzonder voor jongere artsen, verdient het aanbeveling een soort mentorschap tijdens het congres te overwegen. Aldus voelt men zich eerder op zijn gemak. De idee is om zo veel mogelijk leden uit de organiserende afdeling hierbij te betrekken.

KNMG

Wijziging statuten en huishoudelijk reglement

Voorstel van het hoofdbestuur tot wijziging van statuten en huishoudelijk reglement der KNMG

Punt XII van de Beschrijvingsbrief voor de 194ste Algemene Vergadering

I. In de eerste plaats vertegenwoordigt op grond van het huidige artikel 15 lid 5 van de Statuten het voltallige (gekozen) DB de Maatschappij in en buiten rechte. Dit blijkt in de praktijk niet erg praktisch te zijn indien er handtekeningen nodig zijn. Sommigen zijn op vakantie, moeilijk bereikbaar etc.. Mede om die reden hebben de maatschappelijke verenigingen allen een eenvoudiger procedure in hun Statuten opgenomen. Aangezien het hier een puur formele kwestie betreft (het gaat altijd om reeds door het hoofdbestuur goedgekeurde voorstellen) zou het hoofdbestuur u willen voorstellen artikel 15 lid 5 van de Statuten als volgt te wijzigen:

Artikel 15 lid 5:

Het hoofdbestuur kiest uit zijn midden op de wijze als beschreven in het Huishoudelijk Reglement een voorzitter, een of meer ondervoorzitter(s) en een of meer leden, die tezamen het dagelijks bestuur vormen. De maatschappij wordt in en buiten rechte vertegenwoordigd door de voorzitter en secretaris-generaal casu quo hun plaatsvervangers.

II. In de tweede plaats blijkt in 1985 bij een voorgaande reglementswijziging ten aanzien van de afdeling waarbij een lid aangesloten kan zijn (namelijk waar hij woont, waar hij zijn functie uitoefent, of waarmee hij zijn functionele binding heeft; zie de artikelen 203 en 204 HR) een artikel vergeten te zijn, namelijk artikel 100 lid 1. Voorgesteld wordt derhalve artikel 100 lid 1 HR al volgt te wijzigen:

Artikel 100 lid 1:

Voor het gewone lidmaatschap van de Maatschappij kan men zich

aanmelden bij de secretaris-generaal van de Maatschappij of bij de secretaris van de afdeling binnen welker gebied men woont, zijn functie uitoefent of zijn functionele binding heeft. In het geval dat men wenst te worden aangesloten bij de afdeling binnen welker gebied men zijn functie uitoefent of zijn functionele binding heeft, terwijl men woont in het gebied van een andere afdeling of buiten Nederland, dient deze keuze ter kennis te worden gebracht van de secretaris-generaal.

III. In de derde plaats is bij de wijzigingen van het Huishoudelijk Reglement in het kader van de herziening van de KNMG-rechtspraak (Algemene Vergadering oktober 1987) het op zichzelf consistente besluit genomen om ook de KNMG-geschillenrechtspraak alleen te beperken tot leden van de Maatschappij. In de praktijk blijkt dit tot onverwachte problemen aanleiding te geven. Zo blijkt het voor te komen dat artsen/niet-leden in oude contracten (toen zij nog lid waren) de districtsraad als bevoegde instantie hebben aangewezen. Formeel gesproken is de districtsraad daartoe niet meer bevoegd. Ook in andere gevallen (bijvoorbeeld in het kader van waarnemingsconflicten) komt het voor dat artsen/niet-leden en leden het oordeel van de districtsraad wensen. Wellicht dat de oude regeling op dit punt dus iets te haastig is afgeschaft. Het hoofdbestuur zou u derhalve willen voorstellen de geschillenregeling in zoverre weer voor derden open te stellen dat artsen/niet-leden gebruik kunnen maken van deze regeling indien zij ook bereid zijn zich overigens te conformeren aan de KNMG-regels terzake. Hiermee wordt overigens niet teruggekeerd naar de oude regeling, aangezien die in beginsel voor alle derden openstond. De kosten die deze 'uitbreiding' teweeg zou kunnen brengen kunnen verhaald worden via artikel 675.

Er komt dan (opnieuw) een artikel 660 luidende als volgt:

Artikel 660:

Een arts/niet-lid die een geschil met een lid aanbrengt, erkent daardoor de bevoegdheid van de districtsraad en de bevoegdheid van de Raad van Beroep in geval van appel, van een geschil kennis te nemen en daardoor te beslissen.

Wanneer een lid een geschil met een arts/niet-lid aanbrengt, kan de districtsraad daarvan slechts kennis nemen, indien deze arts/niet-lid schriftelijk heeft verklaard zich aan de bevoegdheid van de districtsraad en die van de Raad van Beroep in geval van appel te onderwerpen.

IV. In de vierde plaats betreft dit het op verzoek van de minister van Onderwijs en Wetenschappen schrappen van de bepalingen gegrond op zijn betrokkenheid bij de medische vervolgoopleidingen. Dit in verband met het besluit om met ingang van 1 januari 1988 de verantwoordelijkheid voor de medische vervolgoopleiding ten volle bij de minister onder wie Volksgezondheid ressorteert te laten berusten.

Dit vergt in de *Statuten* een wijziging van artikel 26 lid 2, waar in de vierde regel slechts nog melding dient te worden gemaakt van de minister onder wie Volksgezondheid ressorteert.

Artikel 26 lid 2 komt dan als volgt te luiden:

De artikelen van het Huishoudelijk Reglement welke betrekking hebben op de erkenning en registratie van medische specialisten, sociaal-geneeskundigen en huisartsen, kunnen alleen worden gewijzigd in overleg met de minister onder wie Volksgezondheid ressorteert. Voor het aannemen door de Algemene Vergadering van een voorstel tot wijziging van artikelen van het Huishoudelijk Reglement welke betrekking hebben op de samenstelling van de organen bedoeld in lid 1, en van de artikelen waarin de rechtskracht van besluiten afhankelijk wordt gesteld van de goedkeuring door de bedoelde minister, is vereist, dat ten minste 2/3 van de uitgebrachte stemmen zich hiervoor uitspreken.

In het *Huishoudelijk Reglement* dient in de navolgende artikelen de vermelding van de minister van Onderwijs en Wetenschappen te vervallen (Voor de vergelijking dient men uit te gaan van de teksten zoals geaccordeerd door de Algemene Vergadering van 22 april 1988).

– *artikel 1003* lid 2a: nieuwe tekst:

medische hoogleraren in een aantal, gelijk aan het aantal medische faculteiten in Nederland. Iedere medische faculteit benoemt één hoogleraar.

Zolang een faculteit niet een hoogleraar benoemt, kan de minister onder wie Volksgezondheid ressorteert een hoogleraar aanwijzen bij voorkeur uit de betreffende faculteit.

lid 3a: vervalt; lid 3b: wordt 3a; lid 3c: wordt lid 3b.

– *artikel 1008* lid 1: nieuwe tekst:

De besluiten van het CC ter uitvoering van het gestelde in artikel 1007 worden tegelijkertijd ter kennis gebracht van de minister onder wie Volksgezondheid ressorteert en van het HB.

– *artikel 1010* lid 2: nieuwe tekst:

Het jaarverslag van het CC wordt door het HB gezonden aan de minister onder wie Volksgezondheid ressorteert en tevens gepubliceerd in het officiële orgaan der Mij.

– *artikel 1030* lid 2: nieuwe tekst:

Het jaarverslag van de SRC wordt door het HB gezonden aan de minister onder wie Volksgezondheid ressorteert en aan het CC en tevens gepubliceerd in het officiële orgaan van de Mij.

– *artikel 1031* lid 1c: nieuwe tekst:

twee leden, benoemd door de minister onder wie Volksgezondheid ressorteert.

lid 1d: nieuwe tekst: een voorzitter, bij voorkeur een hoge rechtelijke functionaris, benoemd door de minister onder wie Volksgezondheid ressorteert, gehoord het HB.

lid 2c: nieuwe tekst: door de minister onder wie Volksgezondheid ressorteert 2 personen.

– *artikel 1036* lid 2: nieuwe tekst:

Het jaarverslag van de CvB wordt door het HB gezonden aan de minister onder wie Volksgezondheid ressorteert en tevens gepubliceerd in het officiële orgaan der Mij.

– *artikel 1053* lid 4: vervalt; lid 5: wordt lid 4 (p.m. zie VI)

– *artikel 1058* lid 1: nieuwe tekst:

De besluiten van het CSG ter uitvoering van het gestelde in artikel 1057, worden gelijktijdig ter kennis gebracht van de minister onder wie Volksgezondheid ressorteert, van het centraal bestuur van de LVSG en van het HB.

– *artikel 1060* lid 2: nieuwe tekst:

Het HB zendt het jaarverslag van het CSG aan de minister onder wie Volksgezondheid ressorteert, aan de SGRC aan het CB van de LVSG en publiceert het in het officiële orgaan van de Mij.

– *artikel 1081* lid 2: nieuwe tekst:

Het HB zendt het jaarverslag van de SGRC aan de minister onder wie Volksgezondheid ressorteert, aan het CSG, aan het CB van de LVSG en publiceert het in het officiële orgaan van de Mij.

– *artikel 1082* lid 1c: nieuwe tekst:

twee leden ingevolge artikel 1031 lid 1 sub c benoemd door de minister onder wie Volksgezondheid ressorteert.

lid 1d: nieuwe tekst: de voorzitter ingevolge artikel 1031 lid 1 sub d benoemd door de minister onder wie Volksgezondheid ressorteert.

lid 2c: nieuwe tekst: door de minister onder wie Volksgezondheid ressorteert twee personen.

– *artikel 1086* lid 2: nieuwe tekst:

Het HB zendt het jaarverslag van de CvBSG, aan de minister onder wie Volksgezondheid ressorteert, aan het CSG, aan de SGRC, aan het CB van de LVSG, en publiceert het in het officiële orgaan van de Mij.

– *artikel 1103* lid 4: vervalt; lid 5: wordt lid 4; lid 6: wordt lid 5; lid 6a (oud): vervalt; lid 6b: wordt lid 5a; lid 6c: wordt lid 5b; lid 6f: wordt lid 5c.

– **artikel 1109 lid 1:** nieuwe tekst:

De besluiten van het CHG, ter uitvoering van het gestelde in artikel 1107, worden gelijktijdig ter kennis gebracht van de minister onder wie Volksgezondheid ressorteert, van het HB, van het CB, der LHV en van het bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

lid 2: nieuwe tekst: Het HB heeft het recht om binnen 2 maanden, nadat een besluit te zijner kennis is gebracht, aan de minister mede te delen, of en zo ja welke bezwaren het tegen dit besluit heeft.

lid 3: nieuwe tekst: Het CB der LHV en het bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap hebben het recht om binnen 6 weken, nadat een besluit te hunner kennis is gebracht, aan het HB mede te delen of en zo ja welke bezwaren zij tegen dit besluit hebben. HB doet hiervan binnen de termijn, genoemd in lid 2 van dit artikel, mededeling aan genoemde minister.

lid 4: nieuwe tekst: De in het eerste lid genoemde minister kan binnen drie maanden nadat een besluit te zijner kennis is gebracht, bij gemotiveerde beslissing mededelen, dat hij tegen dit besluit overwegende bezwaren heeft.

lid 5: nieuwe tekst: Een besluit krijgt rechtskracht, indien de minister niet binnen de gestelde termijn te kennen heeft gegeven, dat hij overwegende bezwaren heeft of zodra hij heeft medegedeeld dat er bij hem geen overwegende bezwaren bestaan.

lid 8: nieuwe tekst: Een besluit, waartegen de minister overwegende bezwaren heeft, wordt met zijn gemotiveerde beslissing gepubliceerd in het officiële orgaan van de Maatschappij met vermelding dat dit besluit geen rechtskracht heeft.

– **artikel 1110 lid 2:** nieuwe tekst:

Het HB zendt het jaarverslag van het CHG aan de minister onder wie Volksgezondheid ressorteert, de HRC, het CB der LHV en het bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap en publiceert in het officiële orgaan der Maatschappij.

– **artikel 1111 lid 4:** nieuwe tekst:

In het geval dat een organisatie genoemd in lid 1 binnen een termijn van 4 maanden na het ontstaan van een vacature daarin niet heeft voorzien, wordt het betrokken lid of plaatsvervangend lid door het CHG aangewezen.

– **artikel 1129 lid 1c:** nieuwe tekst:

twee leden, benoemd door de minister onder wie Volksgezondheid ressorteert.

lid 1d: nieuwe tekst: de voorzitter, die ingevolge artikel 1031, lid 1 sub d is benoemd door de minister, genoemd sub c.

lid 2c: nieuwe tekst: twee personen door de minister onder wie Volksgezondheid ressorteert.

– **artikel 1133 lid 2:** nieuwe tekst:

Het HB zendt het jaarverslag van de CvBH aan de minister onder wie Volksgezondheid ressorteert, het CHG en aan de HRC en publiceert in het officiële orgaan der Maatschappij.

V. In de vijfde plaats is er enige tijd gelegen een vraag vanuit de LHV binnengekomen inzake de mogelijkheden tot opzegging van het lidmaatschap in relatie tot de koppeling lidmaatschappen KNMG – LHV – PHV.

Vast ligt dat een KNMG-lid automatisch LHV-lid is. Alleen LHV-leden kunnen PHV-lid zijn. Een groot aantal PHV's heeft echter eigen rechtspersoonlijkheid. Deze PHV's zijn zelfstandige verenigingen. De lidmaatschappen KNMG, LHV en PHV zijn niet identiek. Leden van de PHV kunnen hun lidmaatschap opzeggen (in tegenstelling tot leden van KNMG-afdelingen aangezien deze geen rechtspersoonlijkheid hebben en het hier geen lidmaatschap in de zin van het verenigingsrecht betreft) en de PHV kan zelf het lidmaatschap opzeggen, b.v. (na goedkeuring van de LHV) wanneer een lid zijn verplichtingen niet nakomt.

Op zichzelf houdt een dergelijke opzegging op dit moment niet mede een automatische opzegging van het LHV of KNMG-lidmaatschap in. De Statuten van de LHV houden deze mogelijkheid wel open door artikel 6 lid 1e (zie bijlage).

Over deze op het Burgerlijk Wetboek (artikel 35) gebaseerde opzeggingsmogelijkheid reppen KNMG-Statuten noch huishoudelijk reglement.

Artikel 9 lid 1 van de KNMG-Statuten luidt als volgt:

1. Het gewone lidmaatschap van de maatschappij gaat verloren:

a: door overlijden;

b: door schriftelijke opzegging, met dien verstande dat het lidmaatschap pas eindigt een half jaar na de datum van opzegging en voorts met dien verstande dat wanneer het opzeggende lid gedurende dit half jaar betrokken is of wordt bij een tuchtzaak of geschil als bedoeld in het huishoudelijk reglement, de afwikkeling daarvan volledig geschiedt volgens de daar gestelde regels en dat het betrokken lid ook na het eindigen van zijn lidmaatschap ten aanzien van de behandeling en de uitspraak tot hetzelfde verplicht en gerechtigd is als ware hij nog lid;

c: door administratieve of tuchtrechterlijke schrapping volgens de bepalingen van het huishoudelijk reglement.

Voor leden van de KNMG is het derhalve niet kenbaar dat de KNMG naast de in de statuten genoemde mogelijkheden nog wettelijke mogelijkheden heeft om het lidmaatschap te beëindigen en dat de KNMG bovendien een koppeling KNMG, LHV, PHV beoogt. Ditzelfde geldt overigens voor andere maatschappelijke verenigingen en hun eventuele plaatselijke verenigingen. Dit laatste na overleg met de betreffende maatschappelijke vereniging. Ervan uitgaande dat de KNMG de koppeling van lidmaatschappen zowel nu als in een eventuele toekomstige structuur wenst te handhaven wordt voorgesteld na overleg met de notaris, de volgende wijzigingen in de Statuten van de KNMG aan te brengen:

Artikel 9 lid 1 aanvullen als volgt:

d: in gevallen door de wet bepaald;

e: door opzegging door het hoofdbestuur in geval van beëindiging van het lidmaatschap van een maatschappelijke vereniging, anders dan in de zin van artikel 502 lid 3 huishoudelijk reglement, en/of van een plaatselijke vereniging van een maatschappelijke vereniging.

VI. In de zesde plaats werd van het College voor Sociale Geneeskunde bijgaand verzoek ontvangen inzake artikel 1053 lid 5. (Bijlage II).

De gedachtengang van het CSG volgend wordt voorgesteld artikel 1053 lid 5 (nieuw lid 4, zie vervolgblad 1) als volgt aan te vullen: (artikel 1053 lid 1: Het College voor Sociale Geneeskunde bestaat uit gewone leden en adviserende leden).

lid 4. De adviserende leden zijn:

a: Een door de minister onder wie Volksgezondheid ressorteert aangewezen vertegenwoordiger;

b: een door de Geneeskundig Hoofdingspecteur voor de Volksgezondheid aangewezen vertegenwoordiger;

c: een door de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid aangewezen vertegenwoordiger.

Bijlage 1: Uit de Statuten LHV

Artikel 6 Einde lidmaatschap

1 Het gewone lidmaatschap der LHV eindigt:

a door overlijden van het lid;

b indien betrokkene geen lid meer is van de Maatschappij;

c door schriftelijke opzegging door het lid, met dien verstande dat het lidmaatschap eerst eindigt een half jaar na de datum van opzegging;

d door opzegging namens de LHV, ingeval het lid niet meer voldoet aan de vereisten voor het gewoon lidmaatschap, zoals in artikel 5 lid 2 vermeld;

e in de gevallen door de wet bepaald.

2 Een lid is niet bevoegd door opzegging van zijn lidmaatschap

OFFICIEEL

een besluit, waarbij de verplichtingen van de leden van geldelijke aard zijn verzwaaard, te zijnen opzichte uit te sluiten.

3 Het kandidaat-lidmaatschap van de LHV eindigt:

a door opzegging door de LHV, indien het lid niet meer voldoet aan de in artikel 5 lid 3 voor dit lidmaatschap genoemde vereisten;

b conform het bepaalde in artikel 6 lid 1, sub a, b, c en e.

4 Het rustend lidmaatschap eindigt:

a door opzegging door de LHV, indien het lid niet meer voldoet aan de in artikel 5 lid 4 voor dit lidmaatschap genoemde vereisten;

b conform het bepaalde in artikel 6 lid 1, sub a, b, c en e.

5 Het erelidmaatschap eindigt:

a door intrekking van het erelidmaatschap door de ledenvergadering op voorstel van het Centraal Bestuur, een of meer districtsbesturen of tenminste vijftig leden van de LHV gezamenlijk, welk voorstel moet zijn aangenomen met tenminste driekwart van de geldig uitgebrachte stemmen;

b conform het bepaalde in artikel 6 lid 1, sub a, c en e.

6 Het buitengewone lidmaatschap eindigt:

a door opzegging door de LHV, indien de functie van de betrokkene voor het Centraal Bestuur geen reden meer is artikel 5 lid 6 op hem of haar van toepassing te verklaren;

b conform het bepaalde in artikel 6 lid 1, sub a, b, c en e.

7 Opzegging en ontzetting namens de LHV geschieden door het Centraal Bestuur.

Bijlage II

Aan het Hoofdbestuur der KNMG

Dames en Heren,

Bij brief van 10 maart jl. verzocht ik u over te willen gaan tot aanpassing van het Huishoudelijk Reglement, nu de Minister van Onderwijs en Wetenschappen te kennen had gegeven zich terug te trekken uit de aangelegenheden rond de medische vervolgoopleidingen. In de artikelen 1001 e.v., 1051 e.v. en 1101 e.v. moeten daarom wijzigingen worden aangebracht.

Overigens zal een en ander ook leiden tot wijziging van de Statuten, waar in artikel 26 lid 2 een taak is toegekend aan de Minister van O en W.

Een gevolg van de overdracht van verantwoordelijkheid voor de beroepsopleiding van O en W naar WVC is nu dat de Minister tevens enige wijzigingen heeft aangebracht in de samenstelling van zijn vertegenwoordiging in de Colleges. Concreet betekent dit dat deze vertegenwoordiging thans bestaat uit ambtenaren van het Departement, terwijl voorheen zowel in het College voor Sociale Geneeskunde (CSG) als in het College voor Huisartsgeneeskunde (CHG) het adviseurschap werd vervuld door de Geneeskundig Hoofdinspecteur of iemand anders van de inspectie.

In het CSG wordt deze wijziging betreurd, reden waarom men heeft gezocht naar een andere oplossing, t.w. twee adviserende leden in plaats van één en wel één namens de Minister en één namens de GHI. De adviseurschappen zijn verschillend van karakter: de vertegenwoordiger van het Departement bewaakt de beleidsaspecten, terwijl de Geneeskundig Hoofdinspecteur of diens plaatsvervanger vooral de kwaliteitsaspecten in het oog houdt.

In verband met het bovenstaande moge ik u verzoeken art. 1053 lid 5 in deze zin te willen aanvullen. Ik kan hier nog aan toevoegen dat dit verzoek wordt gesteund door zowel het Departement als de Hoofdinspectie.

Tenslotte: wellicht ware het te overwegen analoge bepalingen voor het Centraal College en het CHG in te voeren. Waar de laatste jaren in toenemende mate WVC onder beleid vooral financiële consequentie verstaat, waarbij de kwaliteit o.i. nogal eens in het gedrang lijkt te komen, zou ook in de beide andere Colleges een kwaliteitsbewakend adviseur niet misstaan. Alvorens dit aan betrokkenen en Colleges voor te leggen, zou ik gaarne uw mening hierover vernemen.

Met dank voor de door u te nemen moeite, verblijf ik, met vriendelijke groet,

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

UIT DE VERENIGINGEN

LAD

Academisch ziekenhuis krijgt ondernemingsraad

'Aan het vormgeven van de medezeggenschap in de academische ziekenhuizen werd tot voor enkele jaren met wisselend succes gewerkt. Dit heeft een bonte verzameling overlegorganen opgeleverd, omdat er geen eenduidige voorschriften of afspraken met betrekking tot de medezeggenschap van toepassing zijn. Op grond van het COPWO-statuut bestaat er thans op instellingsniveau het georganiseerd overleg (GO), maar in de praktijk blijkt er meer behoefte aan een overlegorgaan dat kan functioneren als een ondernemingsraad', aldus de inleiding van een brochure van het 'Bureau Academische Ziekenhuizen' over de nieuwe regeling 'Medezeggenschap Academische Ziekenhuizen' die op 25 februari 1988 werd vastgesteld. De nieuwe regeling is opgesteld door de werkgroep Regeling Medezeggenschap Academische Ziekenhuizen.

Namens de centrales van overheidspersoneel maakte LAD-staf-medewerker Mr. Wouter van den Brand als adviseur deel uit van

deze werkgroep. De werkgroep werd op 24 april 1987 ingesteld en heeft kans gezien in opmerkelijk korte tijd deze nieuwe regeling tot stand te brengen.

Belangrijkste kenmerken nieuwe regeling medezeggenschap

Academische ziekenhuizen

Uitgangspunten voor de medezeggenschapsregeling vormde de Wet op de Ondernemingsraden. Deze werd zoveel mogelijk op de voet gevolgd met aanpassingen waar de publiekrechtelijke status (overheid) van het academisch ziekenhuis dat vereiste. Hieronder volgen enkele belangrijke aandachtspunten:

– Uiterlijk per 1 januari 1989 moeten in alle academische ziekenhuizen medezeggenschapsraden gaan functioneren.

UIT DE VERENIGINGEN

- De raden komen in de plaats van de hier en daar bestaande personeelsraden en het georganiseerd overleg.
- Zowel bij de vergadering van de medezeggenschapsraad als bij de overlegvergadering kan een deskundige in de vorm van een vertegenwoordiger van de centrale voor overheidspersoneel als adviseur aanwezig zijn.
- Voor de verkiezingen van de medezeggenschapsraad wordt het zogenaamde lijstenstelsel gehanteerd. Daarbij hebben de centrales het recht om een eigen lijst in te dienen. Met steun van tenminste 30 personen (ongeorganiseerd) kunnen ook vrije lijsten ingediend worden. De gedachte achter het kieslijstenstelsel op basis van een eigen programma is dat de medezeggenschapsraad het deelgroepen overschrijdende algemeen belang van het academisch ziekenhuis moet behartigen en niet moet blijven steken in groepsbelangen.
- De medezeggenschapsraad stelt, net als de ondernemingsraad, een eigen reglement op waarin onder andere de verkiezingen worden geregeld, de werkwijze van de raad, de werkwijze van commissies etc.
- De medezeggenschapsraad pleegt overleg met het bestuur van het ziekenhuis, zijnde het hoogste gezagsorgaan. Het bestuur wordt in het overleg vertegenwoordigd door de directie van het ziekenhuis die daartoe één van de directieleden als vaste overlegpartner aanwijst.
- Minstens zesmaal per jaar vergadert de medezeggenschapsraad met de directie. Dit zijn de zogeheten overlegvergaderingen.
- Het aantal leden van de medezeggenschapsraad bedraagt tenminste 15 (ziekenhuis met 1000 tot 2000 personeelsleden) en ten hoogste 25 (ziekenhuis met 6000 tot 7000 personeelsleden).
- Kiesgerechtigd zijn zij die op de dag van de verkiezingen tenminste zes maanden in dienst zijn van het ziekenhuis.
- Verkiesbaar zijn zij die op de dag van de verkiezingen tenminste één jaar in dienst zijn.
- De leden van de medezeggenschapsraad worden gekozen voor een zittingsperiode van tenminste 3 jaar.
- Net als bij de ondernemingsraad kent de medezeggenschapsraad een advies- en een instemmingsbevoegdheid.

Adviesbevoegdheid

De medezeggenschapsraad wordt door de directie in de gelegenheid gesteld advies uit te brengen over een voorgenomen besluit tot onder andere:

- overdracht van de zeggenschap over het ziekenhuis of een onderdeel daarvan;
- beëindiging van de werkzaamheden van het ziekenhuis of van een belangrijk onderdeel daarvan;
- samenwerking dan wel verbreking van samenwerking met andere instellingen;
- belangrijke inkrimping, uitbreiding of andere wijziging van de werkzaamheden van het ziekenhuis;
- belangrijke wijziging in de organisatie van het ziekenhuis, dan wel in de verdeling van de bevoegdheden binnen het ziekenhuis;
- wijziging van de plaats waar het ziekenhuis haar werkzaamheden uitoefent.

De medezeggenschapsraad heeft ook de adviesbevoegdheid met betrekking tot de benoeming of het ontslag van een directielid. Het advies van de medezeggenschapsraad wordt dan door het bestuur gevraagd.

Indien het advies door de directie geheel of gedeeltelijk niet wordt opgevolgd, dan dient de directie dit besluit met redenen omkleed aan de medezeggenschapsraad mede te delen. De medezeggenschapsraad kan hiertegen eventueel in beroep gaan bij een eigen bedrijfscommissie genaamd de Bedrijfscommissie Academische Ziekenhuizen (BEDAZ).

Instemmingsbevoegdheid

De instemming van de medezeggenschapsraad is onder andere vereist voor elk door het bestuur of de directie, overeenkomstig hun respectievelijke bevoegdheden, voorgenomen besluit tot vaststelling, wijziging of intrekking van:

- een werktijd- of vakantieregeling;
- een belonings- of functiewaarderingssysteem;
- een regeling op het gebied van het aanstellings-, ontslag- of bevorderingsbeleid;
- een regeling op het gebied van de personeelsbeoordeling.

Recht op informatie

Net als de ondernemingsraad heeft ook de medezeggenschapsraad recht op de verstrekking van alle inlichtingen en gegevens die zij voor de vervulling van haar taak nodig heeft. Daarnaast wordt tenminste éénmaal per jaar de algemene gang van zaken in het ziekenhuis met de medezeggenschapsraad besproken.

Recht van beroep

Zoals eerder gesteld, is het mogelijk over het niet opvolgen van een advies of het niet vragen van instemming aan de medezeggenschapsraad beroep aan te tekenen bij de speciaal met het oog op het functioneren van de medezeggenschapsraad opgerichte Bedrijfscommissie Academische Ziekenhuizen (BEDAZ). De BEDAZ bestaat uit vijf leden en vijf plaatsvervangende leden. Twee leden en twee plaatsvervangende leden worden benoemd door de gezamenlijke centrales van overheidspersoneel.

De voorzitter en de plaatsvervangend voorzitter (beiden tevens lid respectievelijk plaatsvervangend lid) worden door het bestuur en door de centrales gezamenlijk benoemd op voordracht van de reeds benoemde leden en plaatsvervangende leden. Hiermede is de onpartijdigheid van het instituut BEDAZ gewaarborgd.

Belangrijk

Uit het voorgaande moge duidelijk zijn geworden dat inspraak in de academische ziekenhuizen door de instelling van de medezeggenschapsraad het 'fopspeen-stadium' geheel en al ontgroeid is. In de medezeggenschapsraad worden in de toekomst voor het academisch ziekenhuis belangrijke beslissingen genomen en door de advies- en instemmingsbevoegdheid kan de invloed van de medezeggenschapsraad op het ziekenhuisbeleid aanzienlijk zijn. Het is daarom van het grootste belang als op de lijst van de centrales, in ons geval het Ambtenarencentrum (AC) zoveel mogelijk artsen voorkomen. Het academisch ziekenhuis staat voor een aantal forse problemen in de toekomst. Daar is de dreigende invoering van de nieuwe Honoreringsregeling, de gevolgen van de nota HOOP (een CAO voor academische ziekenhuizen?), een nieuwe financieringsstructuur voor het academisch ziekenhuis (wetje academische ziekenhuizen), de gevolgen van de krimp- en groeioperatie (SGK) en daar bovenop nog eens de eventuele gevolgen van de voor 1989 voorziene bedden- en functiereductie. Dit laatste moet leiden tot een forse bezuiniging op de begroting van WVC. De medezeggenschapsraad zal daarmee te maken krijgen en het is derhalve van het grootste belang als u daar zelf in zit.

Binnenkort worden in alle academische ziekenhuizen verkiezingen gehouden. In Maastricht moeten rond 16 september 1988 de kandidaten worden gesteld, omdat op 1 november 1988 de verkiezingen zullen plaatsvinden. Voor Leiden zijn de verkiezingen op 14 december 1988 en is de sluitingsdatum 4 november 1988. Wouter van den Brand (LAD) zet zeer gaarne uw naam op de kandidatenlijst die straks namens het AC voor de verkiezingen gaat deelnemen.

Wilt u meer weten, bel dan 030-823344.