



## redactioneel

- Hoe passiever en vrijblijvender de nascholing, des te kleiner de animo en waardering. De geringe waardering voor opgedrongen nascholingsvormen wijst op een weerstand tegen instellingen die pressie uitoefenen, inclusief overheid, ziekenfonds en mogelijk ook de Stichting Nascholing Huisartsen. Aldus enkele conclusies op grond van de inkomsten van een onderzoek naar de betrokkenheid van de huisartsen in de regio Leiden bij de aldaar geboden nascholing. W. J. de Graaff, huisarts te Sassenheim en regionaal nascholingscoördinator, brengt verslag uit.
- De econoom Drs. W. B. de Greve en Prof. Dr. H. K. A. Visser, hoogleraar Kindergeneeskunde aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam, besluiten hun beschouwingen over professie en management in het ziekenhuis met een verslag van een werkbezoek aan Zweedse ziekenhuizen. Daar hebben zij in de praktijk kunnen waarnemen dat decentralisatie van de ziekenhuisorganisatie een aantal belangwekkende voordelen biedt.
- De wijze waarop men in ziekenhuizen en verpleeginrichtingen geneesmiddelen ten behoeve van de patiënt moet aanvragen en verstrekken wordt nauwelijks bij de wet geregeld. Om de mogelijkheden van een optimale farmacotherapie in het verpleeghuis te garanderen is in Utrecht een geneesmiddelen-registratiesysteem ontwikkeld, dat door de daarbij betrokken geneesheer-directeur en een team van farmacologen wordt besproken.
- Verderop schrijven enige andere farmaceutische deskundigen over de taak, samenstelling en werkzaamheden van de Centraal Medisch Farmaceutische Commissie, een adviescommissie van de Ziekenfondsraad.
- De ondervoorzitter van het Raadgevend Comité voor de Medische Opleiding binnen de EEG, Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, brengt verslag uit van de derde vergadering van de werkgroep Opleiding Specialisten. Men sprak uitvoerig over een studie omtrent de structuur van de opleiding van de specialisten en met name over de tendenzen die daarin gaan ontstaan.



Rotterdamse cardioloog A. D. Erkelens ('Is van jongs af bezig, tekent en aquarelleert met veel plezier') zond deze aquarel, getiteld 'Fazenda Pau d'Ajo, Brazilië' (55 x 43 cm), in voor de tentoonstelling van 'Met pincet en penseel' in het Centraal Ziekenhuis te Alkmaar.  
Foto: H. Frese, arts te Bergambacht.

## Inhoud

### REDACTIONEEL

Brieven .....	566
<i>Inzenders: S. Molenaar + naschriften Dr. H. Lamberts en Centraal Bestuur der LHV, Dr. L. Meinsma, J. Stork, K. F. Gunning</i>	

Huisarts en nascholing. Uitkomsten van een enquête in de regio Leiden, mei 1977, door W. J. de Graaff .....	571
---	-----

Professie en management in het ziekenhuis. III. Decentralisatie in de ziekenhuisorganisatie, verslag van een werkboek aan Zweedse ziekenhuizen, door Drs. W. B. de Greve en Prof. Dr. H. K. A. Visser .....	575
---	-----

Een geneesmiddelenregistratiesysteem in een verpleeghuis, door Mej. H. G. Dieleman, Drs. J. J. de Gier, Prof. Dr. F. A. Nelemans, G. J. van Ommeren, Dr. J. A. Stoop en Mw. H. P. C. van de Vaart-van Zutphen .....	580
---	-----

De Centraal Medisch Farmaceutische Commissie. Over taak, samenstelling en werkzaamheden der CMPC, door Drs. J. P. de Man, Drs. C. F. Minderop en Prof. Dr. F. A. Nelemans .....	585
---	-----

Aantal verkeersslachtoffers weer gestegen .....	588
---	-----

Trends in de opleiding van specialisten in de landen van de EEG. Een werkgroep uit het Raadgevend Comité voor de Medische Opleiding, door Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen .....	589
--	-----

OFFICIEEL .....	604
-----------------	-----

Inhoudsopgave officieel .....	604
-------------------------------	-----



**MEDISCH CONTACT**  
verschijnt wekelijks

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

#### **Bestuur Medisch Contact**

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

#### **Redactie Medisch Contact**

F. A. Bol, arts, hoofdredacteur;  
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris;  
R. A. te Velde, redacteur;  
Mw. G. W. Valkenburg-van Straten,  
redactrice;  
Mw. C. R. van der Goot-van der  
Sluijs, secretaresse;  
Mw. W. G. Juffermans-Kaltoven,  
secretaresse.

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

#### **Uitgeverij**

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

#### **Abonnementen**

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

#### **Advertenties**

Advertenties behoeven de goedkeu-  
ring der redactie en kunnen zonder  
opgaaf van redenen worden geweig-  
erd. Opgaven uitsluitend bij de uit-  
geverij.

#### **Adreswijziging**

Leden der KNMG uitsluitend aan de  
afdeling Ledenregister der Maats-  
chappij, Lomanlaan 103, Utrecht.  
Niet-leden uitsluitend aan de uitge-  
ver.

**Opplage:** 21.000 exemplaren.

**Druk:** Tijl, Zwolle.

## BRIEVEN

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

### **GEZONDHEIDSCENTRA EN AWBZ**

Met argwaan heb ik het artikel van collega Lamberts gelezen in Medisch Contact van 3 maart jl. (MC nr. 9/1978, blz. 278). Immers, het is bijzonder vervelend een commentaar te lezen over het blijkbaar geheime advies van de sub-commissie financiële aspecten van een duidelijk belanghebbende. Het is uiterst merkwaardig dat een commissie van de overheid een advies geeft dat uitsluitend aan belanghebbenden wordt aangeboden (wie zijn dat?), terwijl het toch duidelijk gaat om zaken van algemeen belang. Het moet in MC worden gepubliceerd en niet na modificatie door belanghebbenden. Voor het gemak neem ik in mijn commentaar aan dat collega Lamberts het betreffende artikel in MC geheel zelf heeft bedacht.

Het is geen publiek geheim dat voor een aantal gezondheidscentra (alle dienstverbanden) de stijgende exploitatietekorten zelfs de subsidiërende instanties te veel worden. Er moest dus naarstig gezocht worden naar een voortdurende geldstroom, en die zou nu gevonden zijn in de AWBZ. Collega Lamberts vergeet hierbij dat gelukkig de meeste samenwerkingsverbanden geen exploitatietekort hebben, waarschijnlijk door een wat grotere inzet van de betrokken medewerkers en een betere kostenbeheersing. Het zijn vooral de dienstverbanden die zich tot nu toe in ruil voor hun zelfstandigheid kunnen verheugen op een vrijwel ongelimiteerde financiering. Want overheid en ziekenfondsen zien dienstverbanden als middel om hun macht en invloed op de gezondheidszorg te vergroten, hierbij gesteund door de socialistische partijen en vakbonden die dienstverbanden zien als voorlopers van een nationalisatie van de gezondheidszorg. Het financiële débâcle van de dienstverbanden wordt dan ook niet in dank afgenomen, vandaar de grote geheimzinnigheid waarmee de exploitatietekorten worden omgeven.

Niet duidelijk wordt in het artikel van collega Lamberts welke vorm of vormen van samenwerking nu precies in komen voor deze uitkering uit de AWBZ. De naam 'gezondheidscentrum' staat voor een aantal vormen van samenwerking. Welke financiële aspecten voert collega Lamberts

aan om deze extra honorering te rechtvaardigen?

1. **Gebouw.** Gesteld wordt dat alleen al het gebouw het gezondheidscentrum voor hogere lasten stelt dan een gewone huisarts. Als men echter kijkt naar de lasten van een beginnende huisarts (die vaak nog goodwill moet betalen, wat een gezondheidscentrum meestal niet doet) dan zijn deze heel goed vergelijkbaar met die van een centrum. Mits men er natuurlijk een niet te luxueus gebouw van maakt en de ruimte optimaal gebruikt.
2. **Personeelskosten.** Nergens wordt aangetoond waarom samenwerking meer personeel vergt. Meestal heeft een huisarts in een centrum 'minder dan één doktersassistente' nodig. Alleen wanneer men een aantal taken afschuift die een solo-arts zelf doet, heeft men meer personeel nodig (administrateur, boekhouder, medisch secretaresse, coördinatrice). Hierdoor komt dus voor de huisarts tijd vrij.
3. **Tijd.** Ook voor huisartsen buiten centra kost samenwerking tijd, zoals collega Lamberts zelf opmerkt. Als men er van uit gaat dat alle huisartsen moeten samenwerken met andere werkers in de eerste lijn (en dat vind ik ook) dan hoeft men voor huisartsen in centra geen uitzonderingspositie te claimen.
4. **Huisartsen in samenwerkingsverbanden** kunnen minder patiënten aan. Wanneer huisartsen in dienstverbanden niet meer dan acht uur per dag willen werken, dan zal men inderdaad minder patiënten aankunnen; dit geldt voor iedere huisarts. De honorering van de huisartsen is dan ook gebaseerd op een meer dan achturige werkdag.

Collega Lamberts vergeet dat men bij het opstellen van de voorlopige stimuleringsregeling er niet van uitging dat gezondheidscentra noodlijdend zouden blijven. Planologen en sociologen hadden zelfs voorspeld dat er door gezondheidscentra besparingen zowel in de eerstelijns als in de tweede lijns gezondheidszorg te verwachten zouden zijn (Structuurnota Hendriks). Stimuleren van gezondheidscentra was daarom noodzakelijk om voortdurende stijging van

**Doorlezen naar blz. 568**

## WERKWIJZE CMPC

In de brief van collega Stork (blz. 569) heeft de redactie van Medisch Contact aanleiding gezien de Centraal Medisch Pharmaceutische Commissie (CMPC) te verzoeken haar werkwijze voor de lezer uiteen te zetten. De vrucht van de bemoeienissen van commissiewege is te vinden op blz. 585; CMPC-voorzitter Minderop was volgaarne bereid om aan ons verzoek te voldoen.

Iedere behandelende arts heeft te maken met het werk van deze commissie. De Regeling en Klapper die door haar wordt samengesteld omvat de lijst van geneesmiddelen die voor rekening van de ziekenfondsen aan de verzekerden kunnen worden verstrekt. De commissie, bestaande uit vertegenwoordigers van de belanghebbende organisaties (namelijk de ziekenfondsen en de medewerkersorganisaties), garandeert door haar samenstelling dat een optimale farmaceutische behandeling van ziekenfondspatiënten mogelijk is.

Zoals bekend brengt de farmaceutische handel een welhaast eindeloos aantal geneesmiddelen op de markt. Vele daarvan verschillen alleen in naam en prijs, andere onderscheiden zich door nauwelijks relevante combinaties van min of meer werkzame stoffen. Door de Regeling en Klapper blijft het mogelijk door de bomen het bos te zien. Doordat bij het opnemen van nieuwe middelen een zekere terughoudendheid wordt betracht, is bijvoorbeeld waarschijnlijk bereikt dat in ons land het middel Softenon minder slachtoffers heeft gemaakt dan elders. Een nadeel kan zijn, dat het soms geruime tijd duurt alvorens een nieuw effectief middel op de lijst van voor ziekenfondsverzekerden toegelaten geneesmiddelen wordt geplaatst.

Wellicht de belangrijkste activiteit van de CMPC is de voorlichting. De commissie verstrekt informatie over vrijwel alle geneesmiddelen. Die informatie betreft niet alleen de werkzaamheid en de indicatie van het geneesmiddel; tevens wordt de prijs van het middel in de voorlichting betrokken.

Het is duidelijk dat het wel of niet plaatsen van een geneesmiddel op de lijst gemakkelijk tot controversen kan leiden. Een voorbeeld daarvan is de weigering voor ziekenfondsverzekerden met allergische rhinitis van dosisdrukverstuivers gevuld met beclomethasondipropionaat, terzake van welke weigering de commissie zich op wettelijkevoorschriften kan beroepen.

Interessanter wordt de beoordeling, indien op grond van wetenschappelijk onderzoek geen ondersteuning kan worden geboden aan middelen die op grond van levensovertuigingen of alternatieve opvattingen over geneeskunde aan de patiënten worden aangeboden. Het

*Het is duidelijk dat het wel of niet plaatsen van een geneesmiddel op de lijst gemakkelijk tot controversen kan leiden*

woord 'kwakzalverij' ligt dan voorop de tong van de beoefenaren van de officiële wetenschap. Het is onduidelijk welke lijn in die gevallen door de CMPC wordt gevolgd.

De werkzaamheid van homeopathische geneesmiddelen is volgens de huidige geneeskunde niet wetenschappelijk te onderbouwen. Het is nauwelijks denkbaar dat een verdunning D30 waar zelfs geen molecuul van de werkzame stof in voorkomt toch als geneesmiddel zou kunnen dienen, tenzij men aanneemt dat onbekende, niet op de gebruikelijke wijze in maat en getal uit te drukken krachten op het verdunningsmiddel zijn overgegaan. Desondanks hebben ziekenfondsverzekerden recht op enkelvoudige homeopathische geneesmiddelen, ook al zou het om een verdunning D100 gaan. Celtherapie of preparaten als Vasolastine vallen niet binnen het verstrekkingenpakket. Hoewel hier van een duidelijke discrepantie sprake is – ook de celtherapie en de behandeling met Vaso-

lastine zijn niet wetenschappelijk te onderbouwen – ligt het voor de hand, dat de CMPC zich in haar advisering omtrent nieuwe middelen niet anders op kan stellen dan binnen het kader van de huidige wetenschappelijke normen. Het is evenwel denkbaar dat naast deze normen ook andere normen zouden kunnen worden gehanteerd, namelijk wanneer een middel op belangrijke schaal zou worden gebruikt. Men dient zich dan wel te realiseren dat de CMPC in dat geval op een uiterst glibberig pad terechtkomt. Anderzijds zou worden voorzien in een behoefte die kennelijk leeft.

In dit verband lijkt het nuttig te wijzen op het organisatorisch verband waarbinnen de Centraal Medische Pharmaceutische Commissie functioneert. De CMPC is een orgaan van de Ziekenfondsraad. Haar werk bestaat uit het bepalen van de omvang van het geneesmiddelenpakket voor ziekenfondsverzekerden. De samenstelling van de commissie wijst daar ook op. Logischer zou dan ook zijn dat de CMPC een orgaan zou worden van ziekenfondsen en medewerkersorganisaties tezamen, die in gemeen overleg tot een optimaal pakket van geneesmiddelen zouden kunnen komen. De Ziekenfondsraad zou als toezichthoudend orgaan daarover het laatste woord dienen te hebben. Een dergelijke werkwijze zou wellicht beter kunnen leiden tot een consent tussen de medewerkersorganisaties en de ziekenfondsen over de lijst van geneesmiddelen.

Binnen de zojuist aangegeven organisatiestructuur zou de Regeling en Klapper een bindend karakter kunnen krijgen: de eigen organisatie is immers mede verantwoordelijk voor de samenstelling van de lijst. De vrijheid van prescriptie van de arts behoeft hierdoor niet te worden aangepast, indien de mogelijkheid zou bestaan in voorkomende gevallen van de Regeling en Klapper af te wijken, mits de betrokken arts zich tegenover de adviserend geneeskundige van het ziekenfonds en in laatste instantie tegenover de Ziekenfondsraad kan verantwoorden.

B.

de kosten in de gezondheidszorg te drukken. Tot nu toe heeft men nog geen bezuiniging in de eerste of de tweede lijn kunnen aantonen.

Huisartsen in gezondheidscentra zien zich graag als idealisten die zich offers moeten getroosten (Lamberts: . . . 'prijs in energie en motivatie . . .') voor de vermaatschappelijking van de gezondheidszorg of andere meestal vaag geformuleerde zogenaamde inhoudelijke doelstellingen. Dit waarschijnlijk om de feitelijk teleurstellende resultaten te camoufleren. Het is duidelijk dat wanneer men het recht op deze AWBZ-uitkering voor gezondheidscentra erkent, dat men dan de onderhandelingspositie voor de honorering van de andere huisartsen ondermijnt. Daar komt nog bij dat de honoraria en tarieven van de huisartsen vallen onder controle van Economische Zaken en de AWBZ onder het beheer van de ziekenfondsen (Ziekenfondsraad). De LHV zal er zich dus over moeten uitspreken of het rechtvaardig is twee soorten huisartsen te onderscheiden en verschillend te honoreren.

Maarssenbroek, 30 maart 1978

S. Molenaar

#### Naschrift (I)

Onze Maarssenbroekse briefschrijver heeft het maar moeilijk met de gezondheidscentra. Ik kan hem daar nauwelijks bij helpen. Het grootste deel van de brief berust op gebrek aan kennis. Molenaar heeft van de alom beschikbare informatie – inclusief het gewraakte doch niet minder toegankelijk advies – geen kennis genomen. Ik vind niet dat het in dit geval op mijn weg ligt een soort schriftelijk privé-onderricht in burgerschapskunde en in het functioneren van de gezondheidszorg in Nederland te geven. Dit ligt veeleer op de weg van de LVH; overigens kan het NHI Molenaar best van dienst zijn en tenslotte bevindt zich op een steenworp afstand van hem een gezondheidscentrum, waar men in ieder geval wel goed op de hoogte is. Eigenlijk resteert er maar één substantiële opmerking in het gesnik van Molenaar. Het gaat om de vraag: 'Zijn er twee soorten huisartsen?' Natuurlijk zijn er – tenminste – twee soorten huisartsen. Er is een soort huisarts die zich kritisch bezint op eigen professioneel functioneren en daarvan ook iets tastbaars laat merken, die met anderen echt samenwerkt en die bereid en in staat is verantwoordelijkheid te delen, die zich daadwerkelijk bezighoudt met de plaats van de gezondheidszorg in het gehele maatschappelijke bestel, die zich in zijn hele professionele handelen consequent voor toetsing openstelt en die in staat is tot doelgericht veranderen. Er is ook een soort huisarts die de genoemde eigenschappen, vaardigheden en houdingen niet of slechts

---

## van de ledenregistratie

### De nieuwe postcode

De ledenregistratie der KNMG wijst de leden en de abonnees van MC erop, dat het niet nodig is haar de nieuwe postcode door te geven. Met de PTT is namelijk een regeling getroffen, die er voor zorgdraagt, dat in de periode van 15 juli tot 1 september a.s. in het adressenbestand automatisch de nieuwe postcode wordt aangebracht.

Reeds thans is te voorzien dat gedurende de tweede helft van dit jaar bij de ledenregistratie een achterstand in de mutatieverwerking zal optreden. Na de eenmalige centrale PTT-verwerking zullen dan namelijk nog handmatig moeten worden aangebracht de mutaties, die zich in de maanden juli en augustus in het bestand zullen voordoen, benevens de wijzigingen die bij de PTT-verwerking niet konden worden meegenomen.

In het geval dat leden/abonnees met dit ongerief worden geconfronteerd dan wordt reeds thans hiervoor begrip gevraagd.

Ook bij de uitgever van Medisch Contact zal de PTT deze werkzaamheden uitvoeren. Of dit in 1978 nog zal gebeuren, staat thans nog niet vast. Totdat deze werkzaamheden hebben plaatsgehad zal op het etiket van M.C. derhalve nog de oude postcode voorkomen.

in sluimerende staat bezit. Ik denk dat de eerste soort huisarts in de gezondheidscentra relatief vaak en de tweede soort er relatief zelden wordt aangetroffen. Ik ben echter beslist niet van mening dat huisartsen van de eerste soort tot samenwerkingsverbanden beperkt zijn, allerminst. Huisartsen van de eerste soort kunnen het echter in de solo-situatie extra moeilijk hebben wanneer zij wetenschappelijk willen werken en wanneer zij eens iets op papier willen zetten.

Het verwondert mij daarom niet dat vanuit de gezondheidscentra de afgelopen jaren meer over de eerstelijns gezondheidszorg is gepubliceerd dan door alle solo-huisartsen tezamen (bij deze schatting blijven de universitaire huisartseninstituten even buiten beschouwing). Daarom is er ook geen sprake van dat de vergelijking tussen de werkwijze in samenwerkingsverbanden en die in de solo-situatie in de eerste plaats wordt bemoeilijkt door gebrek aan informatie over de gezondheidscentra. Het tekort aan informatie over het functioneren van de solo-hulpverleners in veel schrijnender. Desondanks is vooral de afgelopen twee à drie jaar ook een duidelijke emancipatie van de solo-huisarts zichtbaar geworden. Dat is de reden waarom ik in ieder geval niet pleit voor een financieringssysteem waarin feitelijk een scheiding tussen twee soorten huisartsen wordt aangebracht.

Capelle a/d IJssel, 12 april 1978

Dr. H. Lamberts

#### Naschrift (II)

Naar aanleiding van de laatste opmerking van collega Molenaar, dat de LHV zich zal

moeten uitspreken of het rechtvaardig is twee soorten huisartsen te onderscheiden en verschillend te honoreren, dient gezegd te worden dat de LHV zich herhaaldelijk heeft uitgesproken voor de pluriforme beroepsuitoefening. De Nederlandse huisarts moet de gelegenheid hebben zijn beroep te verrichten naar keuze; al of niet werkzaam in een gemeenschappelijk praktijkpand. Daarbij is de kans aanwezig dat de praktijkvoeringskosten verschillen. De LHV wil, onder handhaving van eenzelfde netto-honorering van alle huisartsen – als onderdeel van een voorwaardenscheppend beleid – het mogelijk maken dat de huisarts in het kader van samenwerking aanspraak kan maken op een integrale kostenvergoeding; het voeren van een dergelijk beleid impliceert derhalve niet dat twee of meer soorten huisartsen worden gecreëerd.

Centraal Bestuur LHV

#### VAKANTIEREIZEN KWF

Dank zij een succesvolle puzzelactie ten bate van de Stichting Buitenlandse Vakanties voor Gehandicapten, in de kranten van de Stichting Samenwerkende Dagbladen, komen binnenkort middelen beschikbaar voor vakantiereizen. Het Koningin Wilhelmina Fonds deelt mee in de opbrengst van deze actie 'zet ze ook in 't zonnetje'. Daarom kunnen ook kankerpatiënten en ex-patiënten, al of niet met een begeleider in aanmerking komen voor een vergoeding van, c.q. een tegemoetkoming in de kosten van een vakantie.

Kort na hun psychisch vaak moeilijk te verwerken behandeling kunnen kankerpatiënten (ook kinderen) bijzonder gebaat zijn bij een verblijf elders, voordat de dagelijkse problemen in hun volle

omvang gaan drukken op hun vaak verzaamd leefpatroon. Daarnaast, zo wordt aangenomen, zal een aantal niet te genezen patiënten met een relatief goede conditie evenzo gebaat zijn met een aldus geschapen reismogelijkheid. Het KWF heeft met deze vorm van hulpverlening nog geen ervaring opgedaan. Voorlopig wordt daarom in de eerste plaats de medewerking van (huis-)artsen gevraagd om het KWF te attenderen op in aanmerking komende gegadigden onder hun patiënten of ex-patiënten. Ook indien van andere zijde een vakantiereis wenselijk wordt geacht – bijvoorbeeld door verpleegkundigen of maatschappelijk werkers – moeten de aanvragen daarvoor vergezeld zijn van een aanbeveling van de behandelende arts. Hierbij worden gaarne uitvoerige inlichtingen over de (ex-) patiënt ingewacht, waaronder gegevens over de grootte van een mogelijke eigen financiële bijdrage van betrokkene voor zo'n vakantiereis en omtrent de noodzaak een begeleider mee te laten reizen, bijvoorbeeld de echtgeno(o)t(e) of ouders. Aanvragen voor vakantiereizen kunnen worden ingediend bij Dr. L. Meinsma, directeur Stichting Koningin Wilhelmina Fonds, de Lairesestraat 33, 1071 NS Amsterdam (tel. 020-735574).

Amsterdam, 18 april 1978

Dr. L. Meinsma

## BECONASE NIET VOOR ZIEKENFONDSVERZEKERDEN

Blijkens een mededeling van de CMPC december 1975-5 kan becotide-inhalator zijnde beclomethasonpropionaat voor astma worden voorgeschreven op kosten van het ziekenfonds. Blijkens een mededeling van de CMPC-april 1977-1 kan beconase zijnde beclomethasonpropionaat voor allergische rhinitis niet worden voorgeschreven op kosten van het ziekenfonds. Reden: de beconase doseer-drukverstuiver is een apparaat in de zin van de Beschikking kunst- en hulpmiddelen ziekenfondsverzekering. Dit mag wel voor astmapatiënten, maar niet voor patiënten met allergische rhinitis. Het is mij een volslagen raadsel op welke gronden een doseer-drukverstuiver wel voor astma maar niet voor allergische rhinitis kan worden toegestaan, als het niet gaat om bijwerkingen, prijsverschillen en geen andere vervangende preparaten voorhanden zijn. Ik meen dan ook dat een belangrijk middel als beconase, dat bij allergische rhinitis als een aanwinst kan worden beschouwd, op deze wijze ten onrechte wordt onthouden aan de ziekenfondsverzekerden. Bovendien dient men daarbij nog te bedenken dat er vaak een duidelijke relatie is tussen allergische rhinitis en astma bronchiale, waarbij deze

aandoening gecombineerd kan voorkomen dan wel dat de allergische rhinitis voorafgaat aan de astma en een behandeling van de allergische rhinitis met beconase mogelijk het ontstaan dan wel het beloop van de astma in gunstige zin kan beïnvloeden.

Ik meen dan ook dat de incongruentie bij de beoordeling van het al dan niet toestaan voor ziekenfondsverzekerden van becotide versus beconase de vraag opwerpt of juridische toetsing van de beslissingen van de CMPC niet aan de orde dient te worden gesteld. Gezien het feit dat beconase een duidelijke aanwinst in het therapeutische arsenaal inhoudt, zou dit wel eens kunnen betekenen dat de CMPC-adviezen ten aanzien van beconase zouden dienen te worden gewijzigd.

Amsterdam, 12 februari 1978

J. Stork

Zie ook het artikel over de CMPC op blz. 585. *Red.*

## DE RECHTSPOSITIE VAN DE ONGEBOREN MENS

De artikelen van Prof. Dr. H. J. J. Leenen (MC 1977: 37/1155, 38/1187 en 39/1223) leiden tot onjuiste conclusies omdat zij uitgaan van onjuiste vooronderstellingen of althans van onjuist gehanteerde of niet gedefiniëerde begrippen.

1. De bevruchte eicel is de eerste verschijningsvorm van de mens. Vanaf het moment van de bevruchting ondergaat de nieuwe mens invloeden vanuit de buitenwereld die hij opvangt door steeds nieuwe vormen aan te nemen maar steeds zijn eigen individualiteit te handhaven. Het gevolg is een onvoorstelbaar snelle ontwikkeling, waarbij al na twee maanden de volwassen verschijningsvorm herkenbaar is. Maar ook vóór deze twee maanden is er steeds dezelfde individuele vertegenwoordiger van de soort mens, bezig met het doormaken van een ontwikkeling die wij allen hebben moeten doormaken als een onlosmakelijk deel van het leven.

Het criterium voor mens-zijn is de aanwezigheid van een specifiek menselijke individualiteit. Zelfstandige levensvatbaarheid is zeker geen criterium voor mens-zijn. Het is zelfs de vraag of er één mens bestaat die geheel zelfstandig, zonder hulp van medemensen, kan blijven bestaan.

Ook de aanwezigheid van typisch geen vermogens is geen criterium. Eén van de meest unieke menselijke eigenschappen is het vermogen tot bewust zelfstandig handelen. Maar dit typisch menselijke vermogen is niet voortdurend aanwezig.

2. Wat schrijver bedoelt met een 'biologisch mensbeeld' is evenmin duidelijk. Er zijn twee mogelijke opvattingen over de mens. Volgens de ene

– laten we zeggen de realistische – opvatting is de mens een geestelijk-stoffelijke eenheid. Volgens de andere – laten we zeggen de materialistische opvatting – is de mens een zuiver stoffelijk verschijnsel en is alles wat wij geestelijk of psychisch noemen een uiting van stoffelijke factoren. Volgens beide opvattingen is mens-zijn altijd biologisch mens-zijn.

In vele opzichten komen de realistische en de materialistische opvatting tot verschillende, soms lijnrecht tegenovergestelde conclusies, maar ten opzichte van dit biologische aspect zijn beide conclusies gelijklopend. Wil men een ander dan het biologische mensbeeld gebruiken als basis voor de rechtsnormen, dan is niet duidelijk wat dit voor mensbeeld zou kunnen zijn.

3. Het is overigens evenmin duidelijk waarom de rechtsgemeenschap niet met de biologische feiten zou rekening houden. Zowel het geboren worden als het sterven van een mens zijn biologische feiten, die belangrijke juridische consequenties hebben, zoals Leenen reeds voortreffelijk heeft aangetoond.

Een rechtsgemeenschap die ons wil beschermen tegen menselijke willekeur door wetten in te stellen die voor alle mensen gelijk zijn, dient er in de eerste plaats voor te zorgen dat ons biologisch leven door de wet wordt beschermd, het 'habeas corpus'. Die bescherming wordt onvoorwaardelijk gegeven door onze Grondwet Art. 4: 'Allen die zich op het grondgebied van het Rijk bevinden, hebben gelijke aanspraak op bescherming van persoon en goederen'. Geen voorwaarde van beschikking over geestelijke vermogens, over reeds geboren zijn, etc. wordt vermeld.

Ook aan het ongeboren kind wordt deze bescherming onvoorwaardelijk gegeven door Art. 2 van het Burgerlijk Wetboek: 'Het kind waarvan een vrouw zwanger is wordt als reeds geboren aangemerkt, zo dikwijls zijn belang dit vordert'. Geen enkele voorwaarde wordt aan deze bescherming verbonden, ook niet de voorwaarde dat de ongeborene levend geboren zal worden. 'Komt het dood ter wereld, dan wordt het geacht nooit te hebben bestaan', is de rest van het artikel. Het zal dus niet worden aangemerkt reeds eerder te hebben bestaan als het levend geboren wordt. Het wordt nu reeds aangemerkt als nu reeds geboren, zolang het niet dood ter wereld is gekomen. Het spreekt vanzelf dat men moeilijk de ongeboren mens kan administreren. Men kent niet eens zijn geslacht. Men kan hem niet van de moeder losmaken. Ook dit zijn biologische feiten, waarmee de rechtsgemeenschap rekening moet houden. Het is volledig te begrijpen dat een georganiseerde staat de mens vanaf zijn geboorte als medeburger beschouwt en registreert. Maar dit verandert niets aan het biologische feit dat de individuele mens reeds vele maanden vóór zijn geboorte

bestaat. Het artikel 2 BW geeft de dezelfde rechten als een geregistreerde burger zonder hem te registreren, zelfs zonder de eis om aan te tonen dat de ongeborene mens is. Status nascendi, inderdaad, maar met de volledige rechten van de reeds geborene.

Het eerste belang van de ongeborene is te leven. Wordt zijn leven beëindigd dan heeft hij niets aan zijn recht op erfenis, etc. De meest voortreffelijke wetten worden zinloos voor degene die zijn leven verliest. De bescherming van de ongeborene eist een andere wetgeving dan de bescherming van de geborene. Ook dit is een biologisch feit. Deze bescherming wordt onvoorwaardelijk gegeven door Art. 251 Wetboek van Strafrecht: 'Hij die opzettelijk eene vrouw in behandeling neemt of eene behandeling doet ondergaan, te kennen gevende of de verwachting opwekkende dat daardoor zwangerschap kan worden verstoord, wordt gestraft met . . .'. De aanwezigheid van zwangerschap wordt uitdrukkelijk *niet* vereist. De vrouw die mogelijk in grote nood heeft gehandeld, wordt zelf niet strafbaar gesteld in dit artikel. Alleen de arts die nalaat zijn medische ervaring te gebruiken om een voor moeder en kind beide levensreddende oplossing te zoeken, wordt gestraft.

4. Nog een woord over het begin van de zwangerschap. Het woord zwangerschap hangt samen met het woord bezwangeren dat bevruchten betekent. Wordt een vrouw bezwangerd dan begint haar zwangerschap. De innesteling is een stadium in de zwangerschap, niet het begin. Ook vóór de innesteling of nidatie draagt de moeder het ongeboren kind bij zich. Verhindert men de innesteling dan wordt het kind letterlijk afgedreven. Nu is onze kennis omtrent het begin van de zwangerschap nog maar zeer recent, terwijl de wet 'Infans conceptus pro nato habetur, quoties de commodis ejus agitur' ongeveer zo oud is als de weg naar Rome. Het artikel 2 BW spreekt met geen woord over nidatie, terwijl het kennelijk is afgeleid van de genoemde Romeinse formulering. De voorstelling dat met dit artikel alleen de zwangerschap vanaf de nidatie is bedoeld brengt een element van willekeur en discriminatie in ons rechtstelsel dat niet verenigbaar is met de beginselen van de democratie. Op grond van de hier gegeven overwegingen kan men niet anders dan vaststellen dat de ongeborene vanaf het eerste moment van zijn bestaan, dus vanaf het moment der bevruchting, hetzelfde recht heeft op bescherming van zijn leven als iedere andere burger, zulks in tegenstelling tot de opvatting van Prof. Leenen.

Rotterdam, 10 april 1978

K. F. Gunning  
Voorzitter Nederlands Artsenverbond



#### Voorlichting door de apotheker –

'Voorlichting door de apotheker' is het onderwerp van een speciaal nummer van het Pharmaceutisch Weekblad, het orgaan van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Pharmacie (KNMP), d.d. 10 maart jl. Subthema's: Hoe groot is de behoefte aan voorlichting? (gesprekken met twee patiënten, een apothekersassistent, een tweetal artsen en twee apothekers); Voorlichting over geneesmiddelen aan patiënt en arts (de KNMP en haar commissies); Waardering van de groepsbijsluiters KNMP/KNMG in de praktijk (conclusies onder meer: groepsbijsluiters voorzien in een duidelijke behoefte, de verstrekte informatie zou uitgebreider kunnen zijn, taak, functie en kennis van de apotheker blijken – althans in Haaksbergen – weinig bekend); Voorlichting aan de arts in de praktijk (een verslag van tien jaar experimenteren in Rhenen, waar de artsen de laatste vijf jaar niet door artsenbezoekers maar tweemaal jaarlijks door de apotheker met nieuwe preparaten bekend worden gemaakt; effecten: standaardisering in de voorschriften, kostenbesparing en een optimale zorg voor de patiënt); Project 'Omgaan met geneesmiddelen' in het kader van de GVO (treffende slotzin, opgetekend uit de mond van een patiënt: 'Ik wist niet dat je in een apotheek iets kon vragen'). In hetzelfde nummer wordt de 'informatiekaart' geïntroduceerd, een hulpmiddel bij de voorlichting over het gebruik van geneesmiddelen voor orale toediening. Het Pharmaceutisch Weekblad wordt uitgegeven door Bohn, Scheltema & Holkema, Herengracht 386/Postbus 10697, Amsterdam, tel. 020-223303.

**Schizofrene psychosen** – Ten aanzien van het ontstaan en de behandeling van schizofrene psychosen worden biologische en sociologische opvattingen nogal eens tegenover elkaar geplaatst. In deze gedachtengang is schizofrenie óf een biochemisch óf een maatschappelijk bepaalde ziekte. Qua behandeling wordt dan het primaat gelegd bij (depot)neuroleptica dan wel bij (familie)psychotherapie. Met empirische gegevens te staven dat deze opvatting niet houdbaar is, is de bedoeling van een op vrijdag 26 mei 1978 door de psychiatrische universiteitskliniek te Utrecht te organiseren wetenschappelijke vergadering met als thema: 'Management of schizophrenia; biological and sociological aspects'. Biologische en

maatschappelijke factoren verhouden zich volgens de organisatoren in deze niet antipodisch maar complementair; hun wisselwerking lijkt bepalender te zijn voor het ontstaan van een psychotische fase respectievelijk voor het al dan niet aanslaan van een behandeling, dan de werkzaamheid van deze groepen van factoren afzonderlijk. G. Hogarty, socioloog (Pittsburg, VS), J. Leff, psychiater (Londen, Engeland) en D. Johnson, psychiater (Manchester, Engeland) zullen hun experimentele werk op dit terrein bespreken. Twee Nederlandse sprekers, Dr. D. Jacobs en Drs. W. J. Hardeman, zullen een overzicht geven van de stand van de schizofreniebehandeling in ons land en tevens ingaan op de vraag of wijziging van dit beleid gewenst is. Het aantal deelnemers aan het symposium – plaats: Psychiatrische Universiteitskliniek, Nicolaas Beetslaan 24, Utrecht – is beperkt tot ongeveer 130 personen.

**Dr. Saal van Zwanenberg-prijs** – De jury van de Dr. Saal van Zwanenbergstichting heeft de prijs voor 1978 toegekend aan de heren Prof. Dr. H. K. A. Visser (hoogleraar kindergeneeskunde Erasmus Universiteit), Prof. Dr. J. J. van der Werff ten Bosch (hoogleraar fysiologie Erasmus Universiteit) en Dr. R. Steendijk (lector fysiologie en pathologie van de groei en lichamelijke ontwikkeling van het kind aan de GU Amsterdam). Prof. Dr. A. Querido (hoogleraar inwendige geneeskunde RU Leiden) heeft de prijzen (elk groot f 5.000,—) en de daarbij behorende penning op woensdag 19 april uitgereikt. De winnaars hebben deze prijs gekregen voor de oprichting in 1963 van, en het werk dat zij hebben verricht ten behoeve van de Groeistichting.

**Fusie** — De besturen en directies van het Van Dam ziekenhuis en het ziekenhuis Bethesda in Rotterdam hebben besloten een volledige fusie aan te gaan. Voorshands zullen beide ziekenhuizen normaal blijven functioneren. De medische staven uit beide ziekenhuizen zullen echter van nu af nauw met elkaar samenwerken. Op lange termijn, naar schatting over vijf of zes jaar, is te verwachten dat beide ziekenhuizen zullen overgaan naar het te bouwen nieuwe ziekenhuis in Spijkenisse. In deze plaats wordt reeds aan de rand van het stadscentrum ruimte gereserveerd voor het nieuwe streekziekenhuis. De fusie heeft geen directe gevolgen voor het personeel en de medische staven. Het is de bedoeling de gehele organisatie intact te houden om haar in haar geheel te kunnen doen overgaan naar het nieuwe ziekenhuis. De ondernemingsraden en de medische staten in beide ziekenhuizen hebben hun instemming met de plannen uitgesproken. Inmiddels is daarover contact opgenomen met de vakbonden.



---

# Huisarts en nascholing

## Uitkomsten van een enquête in de regio Leiden, mei 1977

De laatste jaren zijn wij ons in huisartsenkring steeds meer de noodzaak bewust aan het worden van een betere opzet van de nascholing, die nu nog vaak bestaat uit allerlei incidentele activiteiten van wisselende kwaliteit en sterk van plaats tot plaats verschillende kwantiteit. Naarmate de geneeskunde zich meer ontwikkelt, geneeswijzen sneller verouderen, nieuwe onderzoeksmethoden in ons arsenaal worden opgenomen maar ook niet strikt medische hulpverleningsvormen tot onze beschikking komen en bovendien het samenspel met andere disciplines toeneemt, is het voor een verantwoorde beroepsuitoefening noodzakelijk dat de huisarts zich systematisch bijschoolt om – onder meer door toetsing aangetoonde – leemten in zijn kennis, vaardigheid en attitude te onderkennen en aan te vullen.

In het kader van de Wet op het wetenschappelijk onderwijs (WWO) is op 25 juni 1975 een *Overlegorgaan Post Academisch Onderwijs Geneeskunde* ingesteld, dat na inventariseren van alle bestaande nascholingsactiviteiten een landelijke structuur voor dat post-academisch onderwijs geneeskunde (PAOG) moet voorbereiden. Ook regionaal zullen dergelijke PAOG-organen tot stand komen, gekoppeld aan de universiteiten. Deze zullen voor 50% worden bemand door de faculteit, voor 50% vanuit de beroepsorganisatie: wat de sectie huisartsgeneeskunde betreft dus door vertegenwoordigers uit huisartsenkring.

Willen wij als huisartsen invloed houden op onze eigen nascholing en niet afhankelijk worden van onderwijsmensen, die onze

---

door **W. J. de Graaff**



De heer De Graaff, huisarts te Sassenheim, fungeert als regionaal nascholingscoördinator van de Regionale Nascholingscommissie Huisartsen in de regio Leiden.

---

werksituatie niet van binnenuit kennen, dan zullen wij een gedegen inbreng moeten hebben bij de opzet van dit post-academisch onderwijs. Dan zal kennis moeten worden vergaard omtrent de bestaande behoeften binnen onze groep. Normen moeten worden ontwikkeld, waaraan de nascholing moet voldoen om voor de werksituatie van de huisarts van nut te zijn. Bovendien zullen wij tegen de tijd dat deze wet van kracht wordt een pasklare organisatie gereed moeten hebben. Daartoe is in 1973 de landelijke *Stichting Nascholing Huisartsen* (SNH) in het leven geroepen, terwijl het de bedoeling is dat op afdelingsniveau de organisatie van de nascholing berust bij zogenaamde *perifere nascholingswerkgroepen* en regionaal de diverse nascholingsactiviteiten worden gecoördineerd door een achttal *regionale nascholingscommissies* rond de universitaire huisartseninstituten en waarin de perifere werkgroepen

van de betreffende regio zijn vertegenwoordigd.

### Doelstelling

De Regionale Nascholingscommissie Huisartsen in de regio Leiden had in het begin van haar bestaan behoefte aan een eerste oriëntatie betreffende de betrokkenheid van de huisartsen in de regio bij de aldaar geboden nascholing. Daarom werd besloten tot een eenvoudig verkennend onderzoek door middel van een schriftelijke enquête.

Eerste doel was daarmee een indruk te krijgen van de mate van deelname aan een zesentwintigtal nascholingsactiviteiten alsook van de uiteenlopende waardering voor elk van deze vormen. Via een schrijven, dat tevens diende ter introductie van de commissie en haar werkzaamheden, werden in mei 1977 alle 475 huisartsen in de regio uitgenodigd een vragenlijst te beantwoorden. Nevendoel van de enquête was, daarmee de aandacht te vestigen op de scala van mogelijkheden die de huisarts tegenwoordig ten dienste staan om zijn vakbekwaamheid te verhogen.

### Response

De response was zo hoog – namelijk 73%, tegen een verwachting van niet meer dan 50% – dat de enquête een vrij betrouwbaar beeld geeft van de ervaring met en de waardering voor de diverse vormen van nascholing in de regio Leiden.

De response blijkt veel hoger onder de leden van de zogenaamde *perifere*

*kliniek* (dat zijn alle huisartsen die actief meewerken met het huisartseninstituut aan de opleiding), namelijk 85% tegen 58% onder de niet-leden. Het verschil in geïnteresseerdheid in nascholing tussen wel en niet-leden van de perifere kliniek ligt natuurlijk niet aan het al dan niet lid zijn als zodanig. Waarschijnlijk zijn zowel de houding tegenover de nascholing als tegenover de opleiding beide het resultaat van een zelfde attitude.

De 231 artsen van de afdeling *Den Haag* vertonen een aanmerkelijk lagere response (132 van de 231 = 57%) dan de bijna even grote groep huisartsen uit de andere afdelingen (213 van de 244) = 87%), zoals de hele interesse in nascholing bij de Hagenaars kleiner is. Weliswaar draaien er in Den Haag vele nascholingsactiviteiten, maar deelname daaraan komt niet zo vanzelfsprekend tot stand als bijvoorbeeld in een dorp. Mogelijk speelt daarbij een rol, dat je als huisarts minder stimulansen ontvangt in een grote stad, waar je als solistisch werker eerder zal ondergaan in anonimiteit en isolement dan wanneer je werkt in een kleiner groepsverband waarbinnen je bekend bent. (Misschien dat sommige artsen daartoe zelfs bewust de stad als werkterrein kiezen . . .)

## Ervaring

Het deelnemen aan verschillende vormen van nascholing varieert zeer sterk naar activiteit: van kennisname van vakliteratuur door praktisch iedereen (er zijn toch nog altijd zestien artsen die zeggen daar geen ervaring mee te hebben!) tot deelname aan blokcursussen in Rotterdam door slechts één op de twaalf. In *tabel 1* staan de verschillende vormen van nascholing geplaatst in de volgorde van het aantal huisartsen dat er mee bekend is; 60% of meer zegt dan ervaring te hebben met alle individuele vormen van nascholing, met klinische demonstraties, symposia van de farmaceutische industrie en Boerhaavecursussen; 25-55% is bekend met de meeste vormen van toetsing, kringavonden van KNMG en NHG-bijeenkomsten. Met studiegroepen, 'mental health consultation' en trainingen, waarbij meer nadruk ligt op zelfwerkzaamheid, heeft slechts

*Tabel 1. Zevenentwintig nascholingsactiviteiten in volgorde van bekendheid. (Tussen haakjes: percentage artsen met ervaring in de betreffende activiteit.)*

1. Individuele nascholing d.m.v. vakliteratuur (93,0%).
2. Klinische demonstraties (83,8%).
3. Individuele nascholing d.m.v. specialistenbrief (83,2%).
4. Individuele nascholing d.m.v. studiemateriaal farmaceutische industrie (79,1%).
5. Individuele nascholing d.m.v. Teleac-uitzendingen (70,7%).
6. Symposia farmaceutische industrie (65,8%).
7. Boerhaavecursussen huisartsen (59,1%).
8. Kringavonden KNMG met specialistische voordrachten (54,5%).
9. Toetsing door patientenbesprekingen vanuit eigen praktijk (47,5%).
10. Toetsing door zelfevaluatiecyclus huisartsen SNH/Boots (40,9%).
11. Toetsing door onderlinge praktijkobservatie (31,6%).
12. NHG-bijeenkomsten rond praktijkgerichte thema's (27,2%).
13. Toetsing door weekenddienstbespreking in waarnemersgroep (26,4%).
14. Fonodidactische Dienst NHI (22,0%).
15. Studiegroepen huisartsen met specialist als consultant voor electrocardiografie (20,3%).
16. Studiegroepen huisartsen met specialist als consultant ter uniformering farmacotherapie (16,8%).
17. Lunchbijeenkomsten Huisartsen Instituut (16,2%).
18. Cursussen gespreksvoering (15,1%).
19. 'Warffum-cursussen': Treekweken, Kraanvecursussen (13,9%).
20. Toetsing door 'mental health consultation' vanuit SPD (13,6%).
21. Andere vormen van nascholing (12,5%).
22. Relatietrainingen (12,2%).
23. Studiegroepen huisartsen met specialist als consultant ter uitwerking praktische diagnostiekschemata (11,9%).
24. Studiegroepen huisartsen met specialist als consultant voor rationele laboratoriumdiagnostiek (11,9%).
25. Balintgroepen (11,6%).
26. 'Overige' studiegroepen huisartsen met specialist als consultant (9,3%).
27. Blokcursussen Rotterdam (8,4%).

10-20% ervaring.

De cijfers betreffende de bekendheid met nascholing zijn waarschijnlijk te rooskleurig. Dit is in de hand gewerkt door omschrijvingen in de zin van 'de laatste jaren' en 'vrij recente ervaring' welke niet eenduidig zijn.

Beter zou geweest zijn in de enquêtevragenlijst een concreet aantal jaren te noemen. Omdat je niet kan maken niet aan nascholing te doen bestaat de neiging ook ervaringen van bijvoorbeeld langer dan drie, vier jaar geleden nog als 'vrij recent' aan te merken.

Leeftijd speelt zo'n kleine rol bij de mate waarin de respondenten aan nascholing doen, dat hier verder aan wordt voorbijgegaan. Alleen lijkt boven de 55 jaar de behoefte aan bijscholing af te nemen. (Wie geïnteresseerd is in verdere details wordt verwezen naar het integrale enquêterapport, dat bij de schrijver te bestellen is.)

Veel duidelijker is het verschil tussen leden en niet-leden van de perifere kliniek. De leden blijken niet alleen meer betrokken te zijn bij de opleiding van aankomende huisartsen maar zijn ook actiever ten aanzien van hun eigen nascholing; het een staat niet los van het ander. Praktisch alle vormen van nascholing – 22 van de 27 – genieten bij de leden een grotere bekendheid (zie *tabel 2 volg. blz.*); bij negen activiteiten is het verschil twee maal of meer, met name bij die vormen die een grote persoonlijke inbreng vergen, zoals Balintgroepen, Warffumcursussen, relatie- en gespreksttrainingen en 'mental health consultation', maar ook bij Boerhaavecursussen, NHG-bijeenkomsten en Fonodidactische Dienst.

## Waardering

De mate waarin de verschillende nascholingsactiviteiten voldoen is uitgedrukt op een vijfpuntschaal en varieert van een 1 voor 'voldeed totaal niet' tot een 5 voor 'voldeed uitstekend'. De gemiddelde waardering voor het geheel van de nascholing is 'goed' (4,0), variërend van 4,6 voor blokcursussen tot 3,1 voor de zelfevaluatiecyclus van de SNH.

*Tabel 3 (volg. blz.)* geeft de diverse nascholingsvormen in volgorde van waardering. Opvallend is de hoge mate van voldoening bij het merendeel der activiteiten: tweederde wordt als goed of nog beter gewaardeerd. Boven het gemiddelde uitstekend zijn vooral de blok- en Warffumcursussen, de studie- en Balintgroepen, patiëntenbesprekingen en NHG-kringen, welke zich alle in kleiner verband afspeelen en daaraan waarschijnlijk hun aantrekkelijkheid ontlelen, al worden toch ook de Boerhaavecursussen voor huisartsen en de klinische demonstraties met hun passieve kennisoverdracht hoog gewaardeerd. Zoals te verwachten wordt de nascholing aangeboden door de farmaceutische industrie niet hoog aangeslagen. Pijnlijk is dat dat ook geldt voor de Fonodidactische Dienst van het Nederlands Huisartsen Instituut en nog meer voor de Teleac-uitzendingen en de Zelfevaluatiecyclus van de SNH. Leeftijd en lidmaatschap van de perifere kliniek blijken weinig invloed te hebben op de waardering voor



Tabel 2. Bekendheid met nascholing bij leden en niet-leden van de perifere kliniek, percentagegewijs met elkaar vergeleken.

	leden	niet-leden
1. Boerhaavecursussen huisartsen	73,0%	37,9%
2. Blok cursus Rotterdam	9,5%	6,1%
3. Symposia farmaceutische industrie	64,0%	68,9%
4. Klinische demonstraties	85,8%	80,3%
5. Kringavonden KNMG	59,2%	47,0%
6. Lunchbijeenkomsten LIH	25,1%	2,3%
Studiegroepen van huisartsen met specialist als consultant b.v. voor	10,4%	7,6%
7. – electrocardiografie	22,7%	16,7%
8. – praktische diagnostiek-schemata	14,2%	8,3%
9. – rationele laboratoriumdiagnostiek	14,2%	8,3%
10. – uniformering farmacotherapie	19,0%	13,6%
11. NHG-bijeenkomsten	33,6%	17,4%
12. Balintgroepen	16,6%	3,8%
13. Cursussen gespreksvoering	19,4%	8,3%
14. Relatietrainingen	15,6%	6,8%
15. 'Warffum-cursussen'	17,1%	9,1%
16. Fonodidactische Dienst NHI	30,3%	9,1%
Individuele nascholing d.m.v.		
17. – specialistenbrief	82,9%	83,3%
18. – vakliteratuur	93,8%	91,7%
19. – studiemateriaal farmaceutische industrie	76,8%	82,6%
20. – Teleac-uitzendingen	67,3%	75,8%
Toetsing door		
21. – onderlinge praktijkobservatie	33,2%	29,5%
22. – patiëntenbesprekingen	53,6%	37,1%
23. – weekenddienstbesprekingen	26,5%	26,5%
24. – 'mental health consultation'	17,5%	7,6%
25. – zelfevaluatiecyclus huisartsen	44,1%	35,6%
26. Andere vormen	15,2%	8,3%
gemiddeld	38,5%	30,7%

In vet gedrukt zijn de percentages die twee of meer malen zo hoog zijn bij leden als bij niet-leden van de perifere kliniek.

nascholing. De jonste leeftijdsgroep (25 tot 34 jaar) scoort het hoogst voor relatie- en gespreksttrainingen en studiegroepen, mogelijk te verklaren vanuit de onzekerheid van de beginnening. De boven 55-jarigen voelen relatief minder voor deze trainingen en ook minder voor uniformering van farmacotherapie. Zij vertonen een hogere waardering voor de traditionele KNMG-avonden en klinische demonstraties, maar ook voor Teleac-uitzendingen en specialistenbrieven. Misschien zijn zij meer ingesteld op de passieve kennisoverdracht uit de gezaghebbende specialistenkoker of wordt op oudere leeftijd het oordeel milder?! (Voor verdere details verwijs ik weer naar het enquête-rapport.)

## Conclusies

Bij de interpretatie van de uitkomsten van deze globale verkenning van het nascholingsgedrag van huisartsen is voorzichtigheid geboden. Verschillen in deelname hoeven geen gevolg te zijn van verschillen in kwaliteit van het gebodene, maar zullen vaak berusten op omstandigheden als plaats, tijd en gelegenheid. De variatiebreedte in waardering binnen

de groep respondenten is soms groot, maar zonder navraag naar de achtergronden valt ook daar weinig over te zeggen. Zo zijn het eerder hypothesen dan harde conclusies die uit dit inventariserende onderzoek zijn te trekken. Enkele ervan zijn:

1. Hoe passiever en vrijblijvender de nascholing, des te kleiner de animo en waardering. De geringe voldoening over vakliteratuur, KNMG-avonden, symposia, lunchbijeenkomsten en Fonodidactische Dienst past bij deze stelling. Zo ook de lage waardering voor ongevraagd aangeboden nascholingsmateriaal van de farmaceutische industrie, Teleac en SNH, vergeleken met die vormen waarvoor men de deur uit moet, deze laatste scoren waarschijnlijk hoog vanwege de zelfselectie van de deelnemers. De stelling klopt ook met de onderwijskundige bevinding: hoe meer eigen inbreng en hoe beter aansluiting bij eigen werk, des te meer aandacht, zelfwerkzaamheid, motivatie en daarmee leereffect. Activerende nascholingsvormen verdienen daarom de voorkeur.
2. De geringe waardering voor opgedrongen nascholingsvormen wijst op een weerstand tegen instellingen die pressie uitoefenen, inclusief

overheid, ziekenfonds, mogelijk ook SNH. Huisartsen willen graag hun patiënten goed behandelen maar zijn ook merendeels solisten die hun positie willen handhaven. Daar zullen de nascholers op bedacht moeten zijn.

3. De geringe ervaring met blok cursussen en Warffum cursussen, die toch hoog worden gewaardeerd, berust waarschijnlijk op de onmogelijkheid zich er vrij voor te maken. Het Nederlands Huisartsen Genootschap stelt terecht dat nascholing een onderdeel van het werk van de huisarts is en dus in werktijd zou moeten gebeuren, wat in feite voor velen onmogelijk is. Daarvoor zou een verandering van werksetting nodig zijn.

4. Er is een hoge waardering voor blok-, Boerhaave- en Warffum cursussen, klinische demonstraties en patiëntenbesprekingen, studiegroepen en NHG-kringen. Deze vormen moeten we daarom in ere houden.

Tabel 3. Zevenentwintig nascholingsactiviteiten in volgorde van waardering. (Tussen haakjes: aantal artsen dat uit ervaring spreekt + waarderingsscijfer.)

1. Blok cursussen Rotterdam (29-4,6).
2. Andere vormen van nascholing (43-4,6).
3. 'Overige' studiegroepen huisartsen met specialist als consultant (32-4,5).
4. 'Warffum-cursussen': Treekweken, Kraanven-cursussen (48-4,4).
5. Studiegroepen huisartsen met specialist als consultant voor electrocardiografie (70-4,3).
6. Studiegroepen huisartsen met specialist als consultant voor rationele laboratoriumdiagnostiek (41-4,3).
7. Toetsing door patiëntenbesprekingen vanuit eigen praktijk (164-4,3).
8. Boerhaavecursussen huisartsen (204-4,2).
9. Studiegroepen huisartsen met specialist als consultant ter uniformering farmacotherapie (58-4,2).
10. Studiegroepen huisartsen met specialist als consultant ter uitwerking praktische diagnostiek-schemata (41-4,2).
11. NHG-bijeenkomsten rond praktijkgerichte thema's (94-4,2).
12. Balintgroepen (40-4,2).
13. Klinische demonstraties (289-4,1).
14. Toetsing door onderlinge praktijkobservatie (109-4,1).
15. Cursussen gespreksvoering (52-4,0).
16. Relatietrainingen (42-4,0).
17. Individuele nascholing d.m.v. vakliteratuur (321-4,0).
18. Toetsing door weekenddienstbespreking in waarnemersgroep (91-3,8).
19. Individuele nascholing d.m.v. specialistenbrief (287-3,7).
20. Kringavonden KNMG met specialistische voordrachten (188-3,7).
21. Lunchbijeenkomsten Huisartsen Instituut (56-3,7).
22. Fonodidactische Dienst NHI (76-3,6).
23. Symposia farmaceutische industrie (227-3,6).
24. Toetsing door 'mental health consultation' vanuit SPD (47-3,5).
25. Individuele nascholing d.m.v. Teleac-uitzendingen (244-3,2).
26. Individuele nascholing d.m.v. studiemateriaal farmaceutische industrie (273-3,1).
27. Toetsing door zelfevaluatiecyclus huisartsen SNH/Boots (141-3,1).

5. Studiegroepen van huisartsen met een bekende specialist als consulent worden hoog gewaardeerd en zijn overal haalbaar, zeker buiten werktijd. Het betekent wel dat we de specialist te vriend moeten houden!

## Beleid

Tenslotte meent de Regionale Nascholingscommissie Huisartsen in de regio Leiden enkele beleidslijnen voor de organisatie van de nascholing aan de enquête te mogen ontleen:

1. De vermelde ervaring met diverse nascholingsactiviteiten vormt een zekere indicatie voor de mate van deelname, zonder iets te zeggen over de reden van het al dan niet deelnemen (lacunes in kennis, belangstelling voor het gebodene, persoon van de spreker, positieve herinneringen, sociale contacten etc.). Ook de mate van participatie blijft in het ongewisse, om over de effectiviteit in de zin van kwaliteitsverbetering van de patiëntenzorg maar te zwijgen. Een grote deelname aan deze of gene activiteit is dan ook op zich geen argument om er mee door te gaan. Betrouwbarder criterium is al de waardering voor de nascholing als maat van tevredenheid en daarmee zekere garantie voor een positieve instelling. Maar ook daarbij ga je uit van de feitelijke situatie. Eerst zou je moeten vaststellen wat je precies met de nascholing beoogt: wat is je doelstelling, wat zijn de gesignaleerde behoeften en van daaruit: wat zijn de *leerdoelen* waar je op mikt? (Is dat bijvoorbeeld verbetering van de gespreksvoering of een attitudeverandering, dan moet je dat opzetten ook al is daar tot nu toe weinig deelname aan of zelfs al vrees je weerstanden.) Vervolgens moet je de vraag oplossen wat de beste weg is om die doelen gerealiseerd te krijgen. Een pragmatische benadering eist wel dat je je moet afvragen of attractieve cursussen (met een hoge deelname en/of waardering) daarbij zijn te benutten, bijvoorbeeld door ze in de vanuit nascholingsdoeleinden gewenste richting aan te passen.

2. Huisartsen die zelden deelnemen aan de groepsgewijze vormen van nascholing kunnen zich best individueel op de hoogte houden en uitstekende artsen zijn. De regionale

commissie doet er daarom goed aan de *pluriformiteit* van nascholingsmogelijkheden als gegeven te accepteren en niet te proberen hier voor iedereen geldende waardeoordelen aan te verbinden.

Ideaal zou zijn als de vast te stellen inhoud de nascholing in verschillende vormen aangeboden wordt, zodat iedereen daaruit naar eigen voorkeur zijn vorm kan kiezen. Gezien de aanwezigheid van voldoende nascholingsmogelijkheden in de regio is verdere uitbreiding onnodig. Bovendien, de collegae voor wie dit nuttig zou zijn komen toch niet. Wat wel zinvol is, is verbetering van de bestaande activiteiten, bijvoorbeeld:

- a. betere afstemming van de nascholing op het morbiditeitspatroon en de werksituatie in de huisartspraktijk, onder meer door een behoefte- en lacunepeiling vooraf;
- b. meer reclame in de afdelingen voor georganiseerde nascholing;
- c. halfjaarlijks rondsturen van een Nascholingsagenda met alle activiteiten voor de hele regio met onderlinge afstemming wat data betreft;
- d. drempels tot deelname verlagen, bijvoorbeeld door vormen te kiezen die in een normale werkdag zijn in te passen zonder waarneming, door onkostencompensatie bij langer durende cursussen die wel waarneming vergen, door enigerlei beloning voor het volgen van een cursus (het moet wat opleveren, al is het maar een goed idee voor de praktijk!);
- e. de cursus in de zelfde vorm herhalen, zodat ook de waarnemende collegae eraan kunnen deelnemen;
- f. een voor spreekuurgebruik geschikte syllabus verstrekken met diagnostiek- en therapierichtlijnen, beleidschema's e.d.;
- g. evaluatie na afloop ter bijsturing van volgende cursussen;
- h. inschakeling van een onderwijsdeskundige bij de vormgeving van de cursus (methoden van instructie, toetsing, evaluatie).

3. De hoog gewaardeerde vormen van nascholing blok cursus, Warffum cursus en studiegroep voldoen alle aan het zelfde principe van activerende nascholing,

gebaseerd op *zelfwerkzaamheid* in kleine groepen. Passief-receptieve vormen dienen daarom in deze richting te worden omgebogen, bijvoorbeeld:

- Boerhaavecursussen en andere langdurige, massale hoorzittingen naar het model van de 'blok cursus' met maximaal twintig deelnemers, meer tijd voor discussie, meer gelegenheid tot inbreng van eigen praktijkproblemen en intensiever contact met de docent-specialist en de medecursisten-huisartsen;
- klinische demonstraties met het risico van specialistische monologen naar het model van de 'patiëntenbespreking', waar zowel bij de keuze als bij het voordragen van de te bespreken patiënt de huisarts een actiever aandeel heeft.

4. Als wij als huisartsen de *verantwoordelijkheid* voor onze eigen nascholing willen opeisen, dan houdt dat in dat wij op regionaal en op perifeer niveau zowel een doorslaggevende invloed moeten hebben op de keuze van de onderwerpen als op de vormgeving van de activiteiten en de eindverantwoordelijkheid moeten dragen voor de uitvoering:

- Boerhaave- en blok cursussen moeten regionaal worden opgezet in samenspel met de faculteit, maar de vaststelling van de onderwerpen moet in laatste instantie niet door de specialisten gebeuren maar door een programmacommissie bestaande uit huisartsen;
- de perifere werkgroepen moeten in toenemende mate invloed uitoefenen op klinische demonstraties, NHG- en KNMG-avonden en vakbekwamingscursussen voor liefhebbers (ECG, oogspiegelen, Rö-practicum e.d.);
- op de kleinste schaal perifeer werkzaam zijn studiegroepen van dicht bij elkaar wonende en vaak in de waarneming samenwerkende huisartsen. Dan is het de waarnemingsgroep zelf die verantwoordelijk is.

Een en ander staat of valt met voldoende geëngageerde huisartsen, wil niet de enkele actieveling zwaar worden overbelast.

# Professie en management in het ziekenhuis

## III Decentralisatie in de ziekenhuisorganisatie, verslag van een werkbezoek aan Zweedse ziekenhuizen

### 1. Inleiding

Naar aanleiding van een rapport dat reeds in 1969 door het SPRI (een organisatie die met het NZI in Nederland kan worden vergeleken) in Zweden is gepubliceerd en dat handelde over de zogenaamde blokkenstructuur hebben wij het plan opgevat om in Stockholm te gaan kijken hoe de blokkenstructuur in de praktijk functioneert. Wij hebben in het beperkte aantal dagen dat ons ter beschikking stond gesproken met 18 functionarissen uit 4 ziekenhuizen en 2 functionarissen van het SPRI. In de ziekenhuizen hebben wij gesproken met functionarissen uit blokleidingen (hoogleraren, verpleegkundigen en beheerders), een ziekenhuisdirecteur, functionarissen van een stafafdeling 'organisatie', een onderwijscoördinator en verscheidene kliniekchefs.

### 2. Ziekenhuisblok en sectorblok

Vanuit de oorspronkelijke gedachte om de ziekenhuisorganisatie in decentrale, relatief autonome eenheden op te splitsen, genaamd ziekenhuisblokken (bijvoorbeeld interne geneeskunde, chirurgie, specialismen met betrekking tot kinderen etc.) is in een later stadium in Zweden de gedachte opgekomen om de aldus gevormde blokken onder te brengen in een regionale ordening in groepen van soortgelijke ziekenhuisblokken. Zo vormen bijvoorbeeld alle ziekenhuisblokken chirurgie samen één regionale eenheid, waaraan de naam van *sectorblok* werd verbonden (zie figuur 1 op de volg. blz.).

Onder de titel 'Professie en Management in het Ziekenhuis', verscheen in Medisch Contact nr. 17 en 18 een tweetal artikelen waarin tot de conclusie werd gekomen dat decentralisatie van de ziekenhuisorganisatie een aantal belangwekkende voordelen biedt. Hoe die voordelen in de praktijk kunnen uitpakken beschrijven de auteurs in nevenstaand artikel naar aanleiding van een studiereis die zij in december 1977 hebben gemaakt naar een viertal ziekenhuizen in Stockholm die volgens decentralisatiebeginselen functioneren.

door **Drs. W. B. de Greve**  
en **Prof. Dr. H. K. A. Visser**



Drs. W. B. de Greve (links) is econoom, verbonden aan het Instituut voor Sociale Geneeskunde van de Medische Faculteit van de Rijksuniversiteit van Leiden en tevens organisatieadviseur bij Van de Bunt, adviseurs voor organisatie en beleid te Amsterdam.

Prof. Dr. H. K. A. Visser is hoogleraar in de kindergeneeskunde bij de Erasmus Universiteit te Rotterdam, verbonden aan het Sophiakinderziekenhuis, onderdeel van het Academisch Ziekenhuis te Rotterdam; hij is gedurende 5 jaren Medisch Directeur geweest van het SKZ.

Per regio van bijvoorbeeld 30.000 inwoners is er een aantal (4 à 6) sectorblokken, elk voorzien van een blokleiding waarin een arts – de blokchef – een centrale rol speelt. De

blokchefs functioneren als knooppunt met betrekking tot zowel de korte als de lange termijnplanning en de begrotingsbewaking voor alle activiteiten die onder de blokleiding ressorteren, activiteiten die dus in meerdere ziekenhuizen worden uitgevoerd.

Dit systeem van sectorbloksgewijze ordening vervangt daarmee min of meer het systeem van de ziekenhuisgewijze ordening. Vanuit de ziekenhuiskliniek bezien immers is het belangrijker in welk sectorblok men thuis hoort met het oog op beleidszaken als bijvoorbeeld middelentoeijzing, dan in welk ziekenhuis men zijn kliniek heeft. Men zou kunnen stellen dat het ziekenhuis als zodanig is 'gedegradéerd' tot (één der) vestigingslokatie(s) van het sectorblok. Tot zover echter slechts de theorie. De praktijk wijst in een aantal opzichten anders uit.

- De afdelingen uit de *kleinere* ziekenhuizen klagen over de vermindering/verslechtering van hun contact met het voor hen relevante management. Dat was de eigen ziekenhuisdirectie en is nu de sectorblokleiding die vaak ver buiten het eigen ziekenhuis zijn bureau heeft.
- De afdelingen uit de *grotere*

**Figuur 1. Model voor de indeling in sectorblokken van een Stockholmse regio**

SEKTORBLOKKEN ↓	groot akademisch ziekenhuis	middel- groot ziekenhuis	klein ziekenhuis	verpleeg- tehuis
interne geneeskunde →				
chirurgie				
psychiatrie				
kinderen gynaecologie obstetrie	Z I E K E N H U I S B L O K K E N			
langdurig zieken				
medische dienstverlening				
eerste lijns gezondheidszorg				

ziekenhuizen daarentegen voelen weinig verschil tussen hun lidmaatschap van het sectorblok en hun lidmaatschap van het ziekenhuisblok. Hun ziekenhuisblok vormt namelijk het grootste en dus invloedrijkste onderdeel van het sectorblok.

- De beoogde flexibiliteit binnen het sectorblok met betrekking tot het uitwisselen van personeel, het verwijzen van patiënten en het gezamenlijk gebruiken van dure apparatuur heeft men niet kunnen realiseren althans minder dan was verwacht.

Als extra problemen c.q. verklaringen worden verder vermeld:

- De feitelijke macht (bijvoorbeeld budgettaire vrijheid) van de blokchef is te gering;
- De belangstelling voor een opleiding in (o.a. financieel) management bij de blokchefs (medici) is ontoereikend.

Zeer opmerkelijk vonden wij de wijze waarop men schetste hoe veel méér identificatie de werkers hadden met het ziekenhuis waarin men werkte dan met het sectorblok waartoe men behoorde. Met alle gevolgen van dien. Wat de noodzaak tot het onderhouden van externe relaties buiten het ziekenhuis betreft deelden de medici ons mede dat daarvoor op zich geen steun werd ondervonden van het bestaan van sectorblokken. Niettemin werd het sectorbloksysteem als

decentralisatieprincipe wel positief beoordeeld, mits de decentrale blokautonomie in de toekomst meer inhoud zou krijgen. Anderen daarentegen stelden dat juist de decentralisatie binnen het ziekenhuis verder zou moeten worden ontwikkeld: het creëren van autonome ziekenhuisblokken dus en vanuit deze goede regionale relaties. Over het algemeen werd erkend dat een dualiteit in de medicus zelf door dit alles heen een rol speelde: enerzijds een verlangen naar algehele autonomie en anderzijds de wens om geen verantwoordelijkheid te dragen voor zaken van bestuur én beheer.

Naast alle bezwaren die in de praktijk tegen het sectorbloksysteem zijn opgebracht worden echter ook voordelen genoemd. Deze liggen met name op het vlak van de mogelijkheden van beïnvloeding door de overheid met betrekking tot de prioriteitenstelling. Daarnaast wordt gesteld dat het sectorbloksysteem het meeste nut afwerpt met betrekking tot de regionale planning van de geriatrische zorg, de psychiatrische zorg, de zorg voor langdurig zieken, de ambulante zorg en de eerstelijns gezondheidszorg (voor zover in Zweden aanwezig!). De meer acute zorg en de in technisch opzicht geavanceerde zorg ondervinden qua planning geen verbetering van het sectorbloksysteem, zo heeft men geconstateerd. Met andere woorden: naarmate er van langduriger zorg sprake is en/of deze

zorg uit meerdere zorgsoorten is opgebouwd ontstaat er de noodzaak tot meer coördinatie van de betrokken zorgverleners uit de regio/sector. Men zou kunnen spreken van een noodzaak tot het beheren van 'circuits van zorgverlening'. Het creëren van regionale sectorbloks biedt daarvoor naar men zegt goede organisatorische condities.

*In het voorgaande bleek dat voor de grotere ziekenhuizen het verschil tussen een ziekenhuisblok en een sectorblok in de beleving van de werkers zeer gering is. De macht van het grootste ziekenhuisblok in het sectorblok overheerst de invloed van de kleinere partners in het sectorblok in sterke mate. Aan de andere kant is dit ziekenhuisblok in het kleine ziekenhuis onttrokken aan, althans formele, beïnvloeding.*

*Al met al komen velen dan ook tot de conclusie dat het sectorbloksysteem enerzijds de macht van de grote ziekenhuisblokken accentueert en anderzijds de invloed van de kleine miniseert. Op grond daarvan wordt vooral door de medici (een terugkeer tot) de ziekenhuisgewijze ordening met ziekenhuisblokken bepleit.*

### 3. De blokkenstructuur

Voor de bestudering van het begrip ziekenhuisblok en ziekenhuisblokkenstructuur hebben wij ons primair geconcentreerd op het Karolinska Ziekenhuis, omdat in dit ziekenhuis de meeste ervaring met dit systeem is opgedaan. De keuze van het ziekenhuisblokkensysteem is het meest duidelijk: de blokken van het Karolinska Ziekenhuis zijn *niet* tevens onderdeel van sectorblokken. De problemen die aanleiding vormden tot de invoering van het blokkensysteem in 1972 waren de volgende:

- het aantal eenheden (klinieken en stafafdelingen) dat rechtstreeks onder de directie ressorteerde was te groot, namelijk ca. 50;
- de grenzen tussen verantwoordelijkheids- en bevoegdheidsgebieden waren onduidelijk;
- te veel besluitvorming op te hoog niveau;
- te sterke concentratie van bestuurlijke activiteiten in afzonderlijke, geïsoleerde stafafdelingen (deskundigheidsmacht van adviesorganen);
- machtsvorming van de centrale

diensten (de diensten voor materiële dienstverlening);

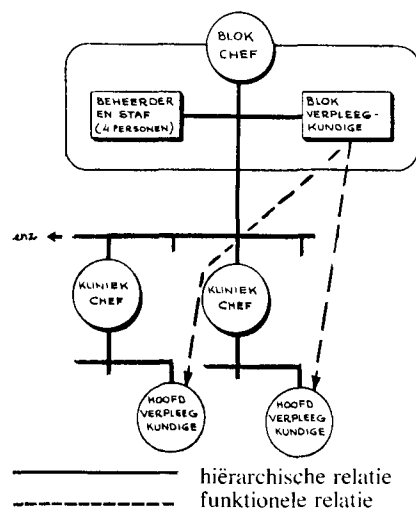
- onvoldoende aandacht voor lange termijnplanning, coördinatie en evaluatie;
- onvoldoende rationele elementen in de besluitvorming; sterk ongelijke beïnvloedingsmogelijkheden per kliniek op de prioriteitenstelling in het ziekenhuis;
- onvoldoende beheersbaarheid van het gebruik van laboratorium- en röntgenvoorzieningen;
- geen beschikking over adequate beleidsinformatie.

Deze problemen geven een indruk van een door toegenomen omvang en complexiteit uit zijn krachten gegroeide organisatie. Om deze problemen qua organisatiestructuur aan te pakken heeft men gekozen voor het formeren van zes decentrale blokken, chirurgie, interne geneeskunde, oncologie, kindergeneeskunde en gynaecologie en obstetrie, psychiatrie en 'sociaal geneeskundige zorg' en tenslotte laboratoria en röntgenologie (Zie figuur 2).

#### 4. Het blok

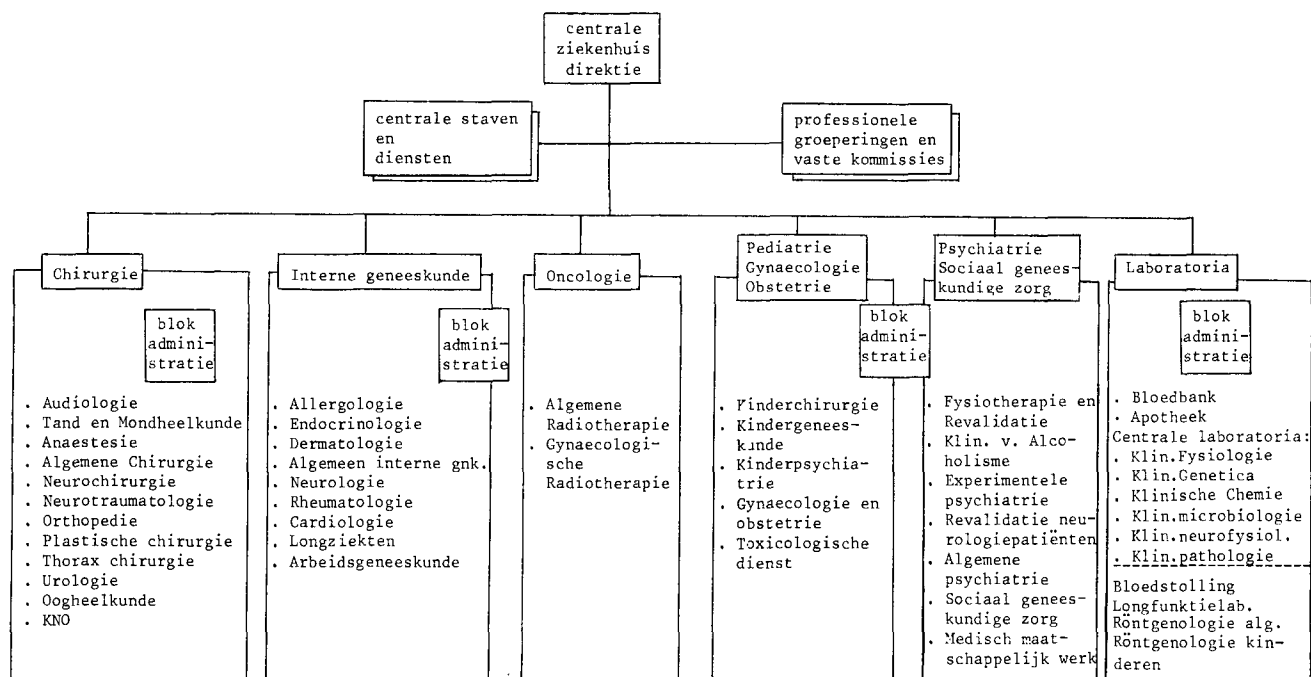
Een blok is een min of meer zelfstandige eenheid binnen het ziekenhuis die rechtstreeks onder de directie ressorteert. Elk blok is samengesteld uit een aantal afdelingen, klinieken of laboratoria die worden gecoördineerd door een blokleiding. Deze bestaat uit een blokchef een administrateur/beheerder en een verpleegkundige (figuur 3). De blokchef, voorzitter van de blokleiding en vertegenwoordiger voor het blok is een medicus die deze functie parttime, ca. 4 uur per week verricht en daartoe voor een bepaalde periode (2 à 3 jaar) wordt aangewezen door de directie. Deze functie kan in de praktijk niet worden geweigerd; de functie wordt wel afzonderlijk gehonoreerd. De administrateur/beheerder en de verpleegkundige vervullen hun functie permanent; zij kunnen vanuit hun functies derhalve voor de nodige continuïteit zorgen in de blokleiding. De blokleiding beschikt over een eigen blokstaf, soms hebben twee blokken

Figuur 3: De verhouding blokafdelingen



samen één blokstaf. Een blokstaf bestaat uit 4 à 5 personen die zich hoofdzakelijk bezighouden met het beheer van personele en materiële middelen binnen het blok. Daarin worden zij ondersteund door de centrale staven en diensten van het ziekenhuis.

Figuur 2. De organisatiestructuur Karolinska Hospitaal Stockholm



. = min of meer zelfstandige afdeling, kliniek of laboratorium

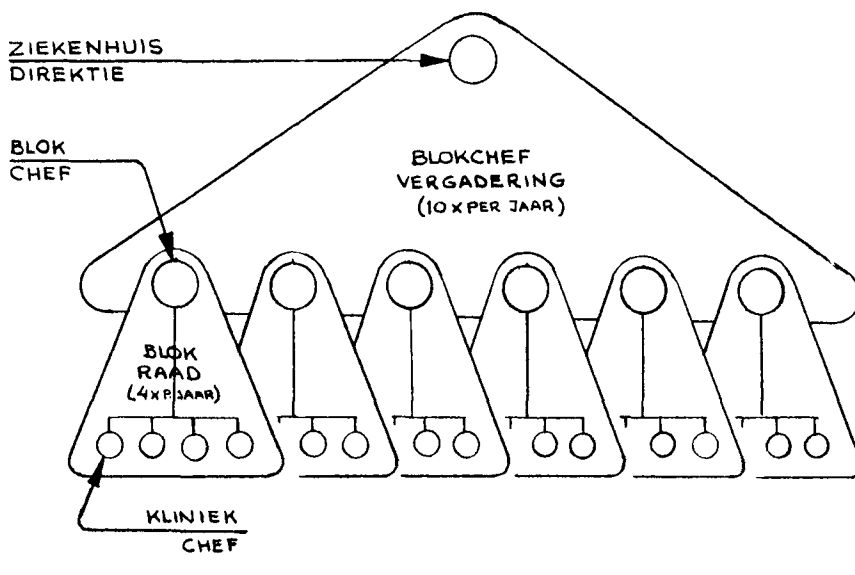
De blokleiding is verantwoordelijk voor de meerjarenplanning, de jaarplanning en voor de dagelijkse leiding van het blok. Binnen de door de ziekenhuisdirectie vastgestelde budgetten en procedurele richtlijnen heeft het blok een zekere vrijheid om bestedingen te doen, personele formaties te wijzigen, of ook om maatregelen als het sluiten van een afdeling te nemen.

Het opstellen van begrotingen en het aangeven van prioriteiten vormt een belangrijk onderdeel van het werk van de blokleiding. Voor het opstellen van prioriteiten is er binnen het blok een zogenaamde blokraad, een vergadering van kliniekschefs die daartoe ca. vier keer per jaar bijeenkomt. De in deze blokraad ontstane blokprioriteiten worden ingebracht in de vergadering van blokchefs onder leiding van de ziekenhuisdirectie.

Uitsluitend in deze vergadering ligt het formele contact tussen ziekenhuisdirectie en blok. Het individuele kliniekhoofd heeft derhalve geen – althans geen formele – entree tot de directie.

De macht van de blokchef is beperkt in die zin dat hij 'slechts' gespreksleider van het besluitvormingsproces binnen het blok is en mandaathebber bij de verdediging van de blokbelangen in de vergadering van blokchefs. Een vrije financiële bestedingsruimte heeft hij niet of nauwelijks. Wel heeft hij mogelijkheden binnen het blok om bij ongelijke budgetbestedingen per kliniek 'overhevelend' op te treden. Ontstaat evenwel – door wat dan ook – enige financiële ruimte in het totale blokbudget dan valt deze ruimte toe aan de directie. Initiatieven binnen het blok die besparingen voor het blok opleveren leveren dus geen speelruimte op voor de blokleiding. De verpleegkundige die deel uitmaakt van de blokleiding vervult hoofdzakelijk een staffunctie. Dat wil zeggen dat zij meer dan 50% van haar tijd besteed aan de bewaking van de verpleegkundige kwaliteit en de lange termijnplanning. Daartoe onderhoudt zij contacten met de kliniekschefs en met de hoofdverpleegkundigen van de kliniek. De resterende tijd wordt besteed aan algemene coördinerende, regelende activiteiten. Zij staat echter *niet* in een hiërarchische relatie tot de hoofdverpleegkundigen in het blok; wel in een functionele relatie (Zie figuur 4).

Figuur 4: De overlegstructuren



De hoofdverpleegkundigen in de kliniek ressorteren hiërarchisch onder de kliniekschefs. De verpleegkundige uit de blokleiding ressorteert hiërarchisch onder de blokchef al heeft zij in de praktijk een zeer zelfstandige functie. Maar met de ziekenhuisdirectie heeft zij geen rechtstreekse formele relatie. Er is dan ook geen verpleegkundig directeur.

Samenvattend: de blokverpleegkundige heeft een functie die zich gedeeltelijk laat vergelijken met die van de Nederlands coördinerend of algemeen hoofdverpleegkundige. De blokverpleegkundige is echter geen hiërarchische chef van de hoofdverpleegkundigen en besteed relatief veel tijd aan de verpleegkundige beroepsontwikkeling en lange termijnplanning.

## 5. De praktijk

Het is aanvankelijk de bedoeling geweest elk der blokken vergaande bevoegdheden te geven en wel de meest vergaande van de in ons vorig artikel beschreven niveaus van autonomie, namelijk het beleidsbepalende niveau waarbij de blokautonomie niet alleen een beheersverantwoordelijkheid en een beleidsinitiatie verantwoordelijkheid, maar tevens een *economische* verantwoordelijkheid draagt. Dat wil zeggen verantwoordelijkheid voor de

verhouding van inkomsten en uitgaven met bijbehorende beslissingsbevoegdheden over de 'omzet', de personele en materiële bestedingen, etc. Zover is het echter (nog?) niet gekomen. Als hoofdreden werd hiervoor genoemd dat de medici onvoldoende zijn geschoold om een economische verantwoordelijkheid te dragen. Men spreekt van te laat gestarte bijscholingsactiviteiten.

Onlangs is wel een opleiding gestart (drie keer één week) met de onderwerpen: organisatie, samenwerken, leidinggeven, financieel management. Een andere reden voor het minder ver doorgevoerd hebben van de blokautonomie is het feit dat de blokstaven zich onvoldoende hebben ontwikkeld om zwaardere verantwoordelijkheden dan alleen in administratief/registratief opzicht aan te kunnen. Aan de andere kant geldt dat de centrale ziekenhuisstaven onvoldoende hebben willen (kunnen/durven?) overlaten aan de blokstaven.

Dit heeft geleid tot veel duplicatuur: centrale staven en blokstaven houden zich met identieke beheerstaken bezig en – wat ernstiger is – zij ontwikkelden daartoe verschillende systemen. De ziekenhuisdirectie en ook de centrale stafafdeling 'organisatie' hebben in deze hun taken onderschat. Uit de plannen voor het aanpakken van dit vraagstuk blijkt overigens dat een denken in drie



niveaus is ontwikkeld.

Naast het centrale niveau en het blokniveau heeft men ook verantwoordelijkheden op kliniekniveau geformuleerd. Evaluaties hebben namelijk uitgewezen dat voor sommige beheerstaken zelfs het blok een te omvangrijke eenheid is, waardoor de kliniek als beheerseenheid (opnieuw) in de aandacht is gekomen. Toch betekent dit niet dat er sprake is van een ontwikkeling waarbij nu autonome blokken binnen de blokken gaan ontstaan. Besluitvorming over wezenlijke zaken als de prioriteitenbepaling bij de begrotingsbehandeling wil men op blokniveau handhaven.

De blokkenstructuur als decentralisatieprincipe wordt zo positief beoordeeld dat men zegt voort te willen gaan op de weg van het versterken van de zelfstandigheid der blokken.

Toen men in 1972 begon met de blokkenstructuur waren er acht blokken, nu zijn er zes. Het oorspronkelijke blok 'specialismen met betrekking tot kinderen' is samengevoegd met het blok obstetrie/gynaecologie. Het blok intensive care is opgenomen in het blok chirurgie. Laboratoria en röntgen zijn samengevoegd. En als 'nieuw' blok is gevormd het blok oncologie. De genoemde samenvoegingen zijn op praktische gronden tot stand gekomen. Met de vorming van het blok oncologie heeft men een nieuwe ontwikkeling in de patiëntenzorg willen volgen. Met name de medici hebben de vorming van een blok oncologie voorgesteld, zoals trouwens de gehele indeling in blokken sterk specialist-georiënteerd is. Dat wil zeggen dat de indeling tot stand is gekomen op grond van door specialisten gehanteerde criteria, zoals ziekte (bijvoorbeeld oncologie), orgaan of orgaansysteem (bijvoorbeeld interne geneeskunde), leeftijd (bijvoorbeeld pediatrie) en dienstverlenend/patiëntgericht (bijvoorbeeld laboratorium, röntgen). Door de indeling in klinieken lijkt dit een zinnige zaak. Op blokniveau evenwel zou het goed voorstelbaar zijn. Zo werd opgeworpen dat criteria van een ander soort zwaarder zouden worden meegewogen, zoals bijvoorbeeld zorgintensiteit (intensive care) en mate van ambulant zijn van patiënten (poliklieken, langdurig

zieken).

Een evenwichtiger patroon van te hanteren criteria en een wat minder permanente indeling in blokken – dat wil zeggen gemakkelijker aan te passen aan nieuwe situaties – werd door een aantal van onze gesprekspartners als zinvol aangegeven. Anderen daarentegen meenden dat flexibiliteit in de relatievorming tussen (onderdelen van) blokken een meer praktische en daardoor effectievere oplossing zou kunnen betekenen. Dit zou ook reeds zijn gebleken. De relaties bijvoorbeeld met betrekking tot oncologie tussen de verschillende blokken zijn autonoom ontstaan; later ontstond hieruit een afzonderlijk blok oncologie.

Het bestaan van de blokkenstructuur als ordeningsprincipe is over het algemeen positief beoordeeld. Als belangrijkste factor geeft men de meer *rationele* besluitvorming op. De afweging tussen de belangen van verschillende klinieken binnen één blok verloopt – naar algemeen wordt beweerd – rationeler.

Daardoor worden de beslissingen van de ziekenhuisdirectie 'de blokchefs gehoord hebbende' beter geaccepteerd, al betreuren ook vele medici dat de vergadering van blokchefs een extra ingeschoven tussenniveau voor hen betekent. Hun – voorheen rechtstreekse – entree tot de ziekenhuisdirectie is daarmee afgesneden. Persoonlijke overtuiging of 'lobbyen' bij de directie is althans formeel niet meer mogelijk.

## 6. Samenvatting

Achteraf bekeken zijn er goede argumenten geweest om de blokstructuur in te voeren. In de praktijk evenwel is de blokkenstructuur thans nog maar ten dele ingevoerd. Daaraan liggen zeer verschillende oorzaken ten grondslag. In de eerste plaats heeft men met het creëren van ziekenhuisblokken twee problemen tegelijk trachten op te lossen, namelijk het organisatievraagstuk binnen in het ziekenhuis en de reorganisatie met betrekking tot de ziekenhuizen (vorming van sectorblokken). Dit heeft verwarrend en daardoor vertragend gewerkt. In de tweede plaats heeft men in het begin onvoldoende aandacht geschonken

aan twee zaken: de scholing van medici met betrekking tot leidinggeven en samenwerken en het decentraliseren van de taken der centrale staven en diensten. Toch zijn de voordelen van de blokkenstructuur (meer open en rationele besluitvorming en meer aandacht voor lange termijnplanning) van zo grote waarde geacht dat men de blokkenstructuren per saldo sterk positief beoordeelt. Dit neemt niet weg dat de interne organisatie (zowel de structuur als het functioneren) nog steeds een actueel punt van discussie vormt. Enerzijds zoekt men naar vormen om de blokkenstructuur (met name de lokale autonomie) verder te ontwikkelen. Anderzijds zoekt men naar vormen om de contacten tussen klinieken uit verschillende blokken een duidelijke plaats in de organisatie te geven.

## 7. Conclusies voor de Nederlandse situatie

De problemen die aanleiding zijn geweest om de blokkenstructuur in te voeren vertonen een grote parallelliteit aan de problematiek binnen de middelgrote en grote ziekenhuizen in ons land. Het is om die reden dat wij concluderen dat de blokkenstructuur als organisatieprincipe voor het Nederlandse ziekenhuis de aandacht verdient, zeker gelet op de per saldo positieve ervaringen in Zweden. Van de Zweedse ervaringen kunnen wij het volgende leren:

- de blokkenstructuur dient als een nuttig *hulpmiddel* te worden beschouwd om vraagstukken van bestuurbaarheid en beheersbaarheid op te lossen; niet meer dan dat;
- invoering van een blokkenstructuur dient niet revolutionair doch in duidelijk te onderscheiden fasen te geschieden;
- de invoeringsactiviteiten vragen om een projectmatige aanpak;
- de betrokkenheid van medici dient daarbij centraal te staan (participatie bij de invoering, bijscholing enz.);
- de verhouding tussen medici en verpleegkundigen dient zorgvuldig te worden geregeld (in de door ons in Zweden bezochte ziekenhuizen zei

men hieromtrent geen problemen te hebben).

De mate waarin een blokkenstructuur voor een Nederlands ziekenhuis van belang kan zijn hangt – evenals in Zweden – sterk af van de omvang en complexiteit van het ziekenhuis. In ieder geval de grotere, maar zeker ook de middelgrote ziekenhuizen (vanaf

ca. 350 bedden) zullen naar ons oordeel baat hebben bij een of andere vorm van decentralisatie.

In kleinere ziekenhuizen zal het aantal blokken waarschijnlijk kleiner zijn terwijl de blokautonomie geringer zal kunnen/hoeven zijn.

Een andere toepassingsmogelijkheid voor de gedachte van de blokkenstructuur zien wij gelegen in

situaties waarin ziekenhuizen zijn gefuseerd of situaties waarin een multifunctionele instelling is gevormd. De gefuseerde, respectievelijk functionele delen van het geheel zijn wellicht als blok te beschouwen. In de loop van het komende jaar zullen wij hieromtrent verdere studie verrichten, waaruit publikaties zullen volgen.

## Een geneesmiddelenregistratiesysteem in een verpleeghuis

Het is duidelijk, dat het voor een goede farmacotherapie op zijn minst nodig is dat men een overzicht heeft van wat een patiënt op een bepaald ogenblik gebruikt. Ook voor de beoordeling van de in het verleden toegepaste farmacotherapie is het noodzakelijk over duidelijke en overzichtelijke informatie te beschikken. Dat hiervoor een schriftelijke, door de arts getekende overdracht met betrekking tot de gewenste medicatie op naam van de patiënt nodig is, behoeft geen nadere toelichting. Dit geschiedt in ziekenhuizen en verpleeginrichtingen echter eerder als uitzondering dan als regel.

In de Wet op de geneesmiddelenvoorziening, die op 1 oktober 1963 in werking is getreden, staat niets vermeld over de wijze waarop men in ziekenhuizen en verpleeginrichtingen geneesmiddelen ten behoeve van de patiënt moet aanvragen en verstrekken. Om deze redenen is men voornamelijk in ziekenhuizen werkzaam om de procedures van de aanvraag en de distributie van geneesmiddelen te verbeteren, waarbij de ziekenhuisapotheker een belangrijke rol speelt. Het resultaat is het voorkomen van een aantal uiteenlopende systemen waarmee geneesmiddelen worden aangevraagd

### Samenvatting

De wijze waarop men in ziekenhuizen en verpleeginrichtingen geneesmiddelen ten behoeve van de patiënt moet aanvragen en verstrekken wordt nauwelijks bij de wet geregeld. Met name in de verpleeginrichting ontbreekt een controleerbare overdracht arts-verpleging ten aanzien van de medicatie van de patiënt, terwijl de behoefte aan een dergelijke overdracht zeer groot is.

Om de mogelijkheden van een optimale farmacotherapie te garanderen is een geneesmiddelen-registratiesysteem voor een verpleeghuis ontwikkeld. Hiermede is een aanzet gegeven om de noodzakelijke controleerbaarheid van de aanvraag en de verstrekking van geneesmiddelen praktisch mogelijk te maken.

De ontwikkeling van dit systeem in een verpleeghuis alsmede de voordelen van dit systeem in farmacotherapeutisch opzicht en de allereerste ervaringen met het werken met dit systeem worden in dit artikel besproken.

**door Mej. H. G. Dieleman,  
Drs. J. J. de Gier,  
Prof. Dr. F. A. Nelemans,  
G. J. van Ommeren,  
Dr. J. A. Stoop en  
Mw. H. P. C. van de Vaart-  
van Zutphen**

De heer Stoop is geneesheer-directeur van het Albert van Koningsbruggenhuis, centrum voor reactivering en verpleging te Utrecht.

De overige auteurs zijn werkzaam op de afdeling Farmacotherapie van de subcultuur der Farmacie van de Rijksuniversiteit te Utrecht.

en door de apotheek worden afgeleverd. In veel verpleeginrichtingen ontbreekt een dergelijke registratie. De technische mogelijkheden in een verpleeghuis zijn vergeleken met het ziekenhuis beperkt. De patiëntenstatus laat vaak verschillen zien in de medicatie zoals die door de verpleging moet worden toegediend en welke door de arts in de status is ingevuld.

Om de mogelijkheid van een optimale farmacotherapie te bereiken is een controleerbaar geneesmiddelenregistratiesysteem ontwikkeld. Deze ontwikkeling en de eerste ervaringen met het werken met

dit systeem worden in dit artikel nader besproken.

### Redenen tot de ontwikkeling van een geneesmiddelenregistratiesysteem

Tot de ontwikkeling van het hieronder beschreven geneesmiddelenregistratiesysteem is besloten op grond van de resultaten van een vooronderzoek naar het medicatiebeleid in het verpleeghuis. Zo bleek na bestudering van een groot aantal patiëntenstatussen en de respectieve medicatiekaarten op de afdeling, aan de hand waarvan de geneesmiddelen werden uitgedeeld, dat er discrepanties bestonden tussen deze medicatie en die welke in de status stond vermeld. Als voornaamste reden kan hiervoor worden aangevoerd, dat de opdrachten van de medicus aan het verplegend personeel mondeling geschieden, hetgeen een grote bron van fouten is. Voor een deel ontstonden deze verschillen tevens als gevolg van het niet invullen van het medicament in de status door de arts en door het op eigen initiatief toedienen van geneesmiddelen door de verpleging. De kans op verschillen is extra groot, daar de patiënten in dit verpleeghuis over het algemeen niet aan een enkele aandoening lijden doch bejaarde patiënten zijn met een multipathologie, hetgeen het gebruik van veel geneesmiddelen met zich meebrengt. De arts ontbreekt bij een dergelijk systeem met mondelinge overdrachten de mogelijkheid te controleren of zijn opdracht aan de verpleging juist is uitgevoerd.

Primair is er bij de ontwikkeling van het nieuwe systeem naar gestreefd de informatie omtrent de door de medicus bedoelde medicatie schriftelijk en direct de verpleging te laten bereiken. Bovendien is getracht de arts door middel van een schriftelijke overdracht tot een meer overwogen keuze van medicatie te leiden, wat de patiënt alleen maar ten goede zal komen. Verschillen tussen de medicatie die de arts voor ogen staat en de toegepaste medicatie mogen niet voorkomen.

In eerste instantie dienen fouten in de overdracht medicus-uitvoerend orgaan te worden geëlimineerd. Gegevens over de medicatie in de patiëntenstatus en op de

medicatiekaart op de afdeling moeten gelijkkluidend zijn. Om dit te verwezenlijken dient een wederzijdse controle opdrachtgever-uitvoerend orgaan in het systeem te worden opgenomen. Het simpelweg invullen van geneesmiddelen op een lijst met datum en dosering is te summier. De geneesmiddelen worden onder elkaar opgesomd, waarbij vooral het aangeven van doseringsveranderingen moeilijkheden geeft. Voeg hierbij het feit dat in de praktijk zo'n lijst in zijn geheel dikwijls onnauwkeurig wordt ingevuld, dan blijkt het moeilijk te bepalen wat een patiënt op een bepaald moment gebruikt. Verder is een nauwkeurige registratie nuttig om later te kunnen nagaan op welke indicatie een geneesmiddel is voorgeschreven, waarom de dosering is gewijzigd of waarom een geneesmiddel is gestopt en of bijwerkingen bij de patiënt optraden.

De tot heden toe gebruikte lijst bood daarvoor, zoals gezegd, geen ruimte. Een foutenbron die toch ook zeker niet over het hoofd mag worden gezien, is het ontbreken van een directe overdracht arts-apotheek. In het voorheen gebruikte systeem werden de geneesmiddelen na mondelinge opdracht van de arts door de verpleging per afdeling aangevraagd in een bestelboek. Tweemaal per week werd hierin een lijst opgesteld, waarop zowel de nieuwe medicatie als de iteraties werden vermeld. Deze aanvraaglijsten werden weliswaar geparafeerd door de arts, maar bij het controleren van geneesmiddelaanvragen voor meerdere patiënten op één lijst was een gevaar voor automatisme niet te miskennen. Tevens volgde uit de bovenstaande manier van bestellen, dat een patiënt een geneesmiddel ongelimiteerd lang kon gebruiken zonder dat de arts hier direct op werd geattendeerd. Daarom was het gewenst een maximale iteratieperiode in te voeren.

De deels mondelinge overdracht arts-verpleging-apotheek diende bij een nieuw systeem te worden vervangen door een directe schriftelijke overdracht arts-apotheek. Als gevolg van het vervangen van de aanvraaglijsten per afdeling door individuele recepten per patiënt heeft de apotheker de mogelijkheid beter inzicht te verkrijgen in het medicatiebeleid bij een patiënt.

### Ontwikkeling en beschrijving van het geneesmiddelenregistratiesysteem

De behoefte aan een medicatiesysteem dat een schriftelijke overdracht tussen arts, verpleging en apotheker omvat, blijkt duidelijk aanwezig. De praktische uitvoering van zo'n systeem zal het mogelijk moeten maken dat de medicatiewijzigingen overzichtelijk kunnen worden vastgelegd; de reden er van behoort daarbij te kunnen worden vermeld. Als *eisen* voor een geneesmiddelenregistratiesysteem gelden dat het praktisch, controleerbaar en economisch verantwoord is en dat het geen zware belasting voor de medicus noch voor de verpleging vormt. Na een proefperiode, waarin het geneesmiddelenregistratiesysteem werd bijgeschaafd, is gekozen voor de volgende definitieve vorm, waarbij gebruik wordt gemaakt van medicatieopdrachten en een medicatieformulier.

#### Medicatieopdracht

De medicatieopdracht is uitgevoerd in viervoud en bestaat uit zogenaamd NCR (non carbon reproducing) papier. De sets medicatieopdrachten zijn gebundeld in een boekje en hebben het formaat van 10×13,3 cm (zie *figuur 1*).

*Figuur 1. Medicatieopdracht.*

CENTRUM VOOR REAKTIVERING EN VERPLEGING „Albert van Koningsbruggen“, Utrecht, Tel. 030-887911 <b>MEDIKATIEOPDRACHT</b>	
Naam patiënt	
No 0906	
Datum begin	Afd.
Datum stop	Paraaf verpl.
Datum dosisver	Paraaf arts
Naam en sterkte	Dosering
Afgeleverd:	iteratie 0 1 2 3 4 5

De arts schrijft voor zowel toedienen, stoppen als doseringswijziging een medicatieopdracht uit. Daarop worden de naam van de patiënt, de afdeling, de datum van beginnen, stoppen van de medicatie of doseringsverandering, naam en sterkte van het geneesmiddel, dosering en de paraaf van de arts genoteerd (zie fig 1 en *figuur 2a, b, c, d*). Met het aantal iteraties geeft de arts aan hoe dikwijls de verpleging, zonder nieuwe medicatieopdracht, de opdracht kan herhalen bij de apotheek, die in beginsel voor de periode van één maand aflevert. Bij de laatst toegestane iteratie geeft de apotheker op het etiket via de verpleging aan de arts te kennen dat er een nieuwe medicatieopdracht moet komen, indien de therapie met dat geneesmiddel dient te worden voortgezet.

De eerste drie delen van de medicatieopdrachtset geeft de arts na paraferen aan de verpleging. Het origineel (wit) wordt aan de apotheker gezonden. De eerste doorslag (groen) geeft de verpleging, nadat de opdracht is uitgevoerd, met haar paraaf aan het medisch secretariaat. De tweede doorslag (rose) behoudt de verpleging voor het bijwerken van de medicatiekaarten op de afdeling en de verpleegkundige status. De laatste doorslag (geel) wordt gebruikt door de arts bij het invullen van de patiëntenstatus.

Na ontvangst van de groene doorslag tekent het medisch secretariaat in de patiëntenstatus door middel van een paraafcontrole aan dat de opdracht is uitgevoerd. De apotheker levert na ontvangst van de medicatieopdracht, zoals reeds vermeld, voor de periode van één maand af. Hij bewaart de opdrachten op naam van de patiënt door deze dakpansgewijs, van onder naar boven, op te plakken. De medicatieopdracht is zodanig ingedeeld, dat bij deze wijze van opbergen de voor de apotheker noodzakelijke gegevens van elke opdracht zichtbaar zijn, namelijk naam en sterkte van het geneesmiddel, dosering, aantal iteraties en het vakje afgeleverd', waarin de apotheek zonodig aantekeningen kan maken over hetgeen is afgeleverd.

#### Medicatieformulier

Het medicatieformulier in de patiëntenstatus is gedeeltelijk

*Figuur 2a. Begin van de medicatie.*

CENTRUM VOOR REAKTIVERING EN VERPLEGING „Albert van Koningsbruggen“, Utrecht, Tel. 030-887911 MEDIKATIEOPDRACHT	
Naam patient <b>No 0902</b> <i>P.A. Tient</i>	
Datum begin <i>22-9-'77</i>	Afd <i>B 1</i>
Datum stop	Paraaf verpl.
Datum dosisver	Paraaf arts <i>Can</i>
Naam en sterkte <i>Noriman 25mg</i>	Dosering <i>1-0-1</i>
iteratie	
Afgeleverd	0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 4 5

*Figuur 2b. Doseringsverandering.*

CENTRUM VOOR REAKTIVERING EN VERPLEGING „Albert van Koningsbruggen“, Utrecht, Tel. 030-887911 MEDIKATIEOPDRACHT	
Naam patient <b>No 0903</b> <i>P.A. Tient</i>	
Datum begin	Afd <i>B 1</i>
Datum stop	Paraaf verpl.
Datum dosisver <i>17-11-'77</i>	Paraaf arts <i>Can</i>
Naam en sterkte <i>Noriman 25mg</i>	Dosering <i>2-0-2</i>
iteratie	
Afgeleverd	0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 4 5

*Figuur 2c. Doseringsverandering.*

CENTRUM VOOR REAKTIVERING EN VERPLEGING „Albert van Koningsbruggen“, Utrecht, Tel. 030-887911 MEDIKATIEOPDRACHT	
Naam patient <b>No 0904</b> <i>P.A. Tient</i>	
Datum begin	Afd <i>B 1</i>
Datum stop	Paraaf verpl.
Datum dosisver <i>7-1-'78</i>	Paraaf arts <i>Can</i>
Naam en sterkte <i>Noriman 25mg</i>	Dosering <i>1-0-2</i>
iteratie	
Afgeleverd	0 1 2 <input checked="" type="checkbox"/> 4 5

*Figuur 2d. Stoppen van de medicatie.*

CENTRUM VOOR REAKTIVERING EN VERPLEGING „Albert van Koningsbruggen“, Utrecht, Tel. 030-887911 MEDIKATIEOPDRACHT	
Naam patient <b>No 0905</b> <i>P.A. Tient</i>	
Datum begin	Afd <i>B 1</i>
Datum stop <i>20-3-'78</i>	Paraaf verpl.
Datum dosisver.	Paraaf arts <i>Can</i>
Naam en sterkte <i>Noriman 25mg</i>	Dosering
iteratie	
Afgeleverd	0 1 2 3 4 5

afgebeeld in *figuur 3* (volg. blz.). Het medicatieformulier bestaat uit vijf van deze eenheden, gedrukt op één kant van een vel van A4-formaat (tweezijdig bedrukt). Daarop kan bovenaan de naam en de afdeling van de patiënt worden ingevuld. De arts noteert de medicatie aan de hand van de gele doorslag van de

medicatieopdracht in de status (*figuur 4*, volg. blz.). Bij beginnen van een therapie wordt ingevuld: naam en sterkte, indicatie, nummer medicatieopdracht, datum begin, dosering en paraaf arts. Bij stoppen vult de arts 'datum stop' in, kruist een van de daarna vermelde redenen aan of noteert bijwerkingen of andere



blijkt dat verschillen tussen de door de arts bedoelde medicatie en die op de medicatiekaart op de afdeling nog zelden voorkomen. Het medicatieformulier in de patiëntenstatus wordt nauwkeuriger bijgehouden. Het aantal genoteerde medicatiewijzigingen is toegenomen in vergelijking met het aantal dat vóór de invoering van het systeem in de status stond vermeld. Ook wat betreft het vermelden in de status van de reden tot medicatiewijzigingen komt duidelijk naar voren dat dit is verbeterd.

Bij een vorig onderzoek naar het medicatiebeleid in het verpleeghuis is geconcludeerd, dat bij gemiddeld 50% van de medicatieveranderingen de reden in het geheel niet uit de gegevens in de status was af te leiden. Na tien maanden werken met het ontwikkelde registratiesysteem is gebleken, dat vóór controle in gemiddeld 30% de reden niet op het medicatieformulier is ingevuld. Het percentage redenen die in de gehele status niet vermeld staan ligt echter lager dan deze 30%, aangezien naast de vermelde redenen op het formulier ook redenen uit de cursus of uit laboratoriumuitslagen zijn af te leiden.

Uit de controle komt verder naar voren, dat het aantekenen door het medisch secretariaat correct geschiedt en tevens dat de tijd tussen het uitschrijven van de opdracht en het aantekenen in de status over het algemeen een week bedraagt, wat voornamelijk is te wijten aan het feit dat de geneesmiddelen slechts tweemaal per week kunnen worden aangevraagd bij de apotheek. De betrokkenen – artsen, verpleging, apotheek en medisch secretariaat – ervaren het werken met het systeem positief. Een belangrijk aspect van het systeem is het feit, dat het tot een meer overwogen keuze van medicatie leidt. Schriftelijke overdrachten bevorderen het bezinnen op wat de arts gaat voorschrijven. Bovendien ligt de verantwoordelijkheid met betrekking tot de medicatie nu duidelijk alleen bij de arts, terwijl deze dat nu ook sterker ervaart. Met behulp van de verkregen resultaten en ervaringen kan een kritische vergelijking van het voorheen gebruikte met het ontworpen systeem worden gemaakt. Samenvattend kan worden gezegd dat:

- de overdracht medicus-uitvoerend orgaan is verbeterd;
- het invullen in de status eveneens is verbeterd;
- de arts tot een meer overwogen keuze van medicatie komt;
- de apotheker duidelijk inzicht in het medicatiebeleid bij een patiënt krijgt.

Het ‘nadeel’ van iets meer schrijfwerk (overigens niet meer dan in de extramurale zorg) valt weg tegen de duidelijke voordelen van het nieuwe geneesmiddelenregistratiesysteem.

### Discussie

Het is duidelijk dat een goede, overzichtelijke en controleerbare registratie van de medicatie op naam van de patiënt een van de voorwaarden voor een optimale farmacotherapie is.

De plaats van de farmacotherapie, als belangrijk specialisme, is geheel gerechtvaardigd als men bedenkt dat veel geneesmiddelen nu in tegenstelling tot vroeger een meer gerichte werkzaamheid hebben. Maar de kans dat er iets mis kan gaan is ook veel groter geworden.

Aangezien farmacotherapie steeds meer op exacte natuurwetenschappelijke pijlers komt te rusten, is de rol van de apotheker een heel belangrijke. Het stellen van de diagnose en het bepalen van de aard van de therapie blijft het specifieke terrein van de arts. Nadat de arts heeft bepaald dat farmacotherapie noodzakelijk is, kan hij specialistisch advies aan de apotheker vragen (Nelemans, 1976). Ook de samenwerking arts-apotheker, onlangs nog in dit tijdschrift besproken door Dolmans e.a. (1977), wordt met een registratiesysteem als boven beschreven ten aanzien van de medicatiebewaking verbeterd. Een ander voordeel van het systeem is dat het tegemoet komt aan het Besluit Uitoefening Artsenijbereidkunst, hetgeen algemene wettelijke voorschriften betreffende de uitoefening artsenijbereidkunst bevat. In artikel 29 van genoemd besluit wordt gesteld dat de apotheker indien hij in een hem aangeboden recept een vergissing vermoedt of indien het recept onvolledig, onleesbaar of

verminkt is, contact dient op te nemen met diegene die het recept voorschreef; hij gaat niet tot aflevering over voordat hij omtrent het voorgeschrevene de nodige zekerheid heeft gekregen. Welnu, de medicatieopdracht heeft ten aanzien van dit besluit duidelijk de ‘status’ van een recept gekregen.

Naast de vele praktische voordelen, zoals die zijn beschreven, draagt dit systeem ook bij tot noodzakelijke wettelijke controlebaarheid van de verstrekking van geneesmiddelen. Het zal een ieder duidelijk zijn, uit eigen ervaring en uit de publiciteit, dat met name voor de verpleeginrichtingen maar ook voor de ziekenhuizen de verstrekking van geneesmiddelen zo snel mogelijk aan wettelijke eisen dient te voldoen. Een eerste aanzet in deze richting is nu in de praktijk gegeven.

*De ontwikkeling van dit geneesmiddelenregistratiesysteem is mede mogelijk gemaakt door de medewerking van de heer H. Goedemoed, arts; Mw. S. G. J. van Herwaarden, arts; de verpleegkundige staf van het Albert van Koningsbruggenhuis te Utrecht; de apotheek van het Academisch Ziekenhuis Utrecht en Drukkerij Deurne te Deurne.*

### Literatuur

- Nelemans, F. A. (1976) Morgen wordt heden geschreven. *Pharm. Weekblad* 112, 221.
- Dolmans, J. M. E. V., de Bruin, H. J. en Nelemans, F. A. (1977), Samenwerking (huis)arts-apotheker, *Medisch Contact* 32, 1149.



---

# De Centraal Medisch Pharmaceutische Commissie

## Over taak, samenstelling en werkzaamheden van de CMPC

Na de tweede wereldoorlog nam het aantal nieuw op de markt komende specialités snel toe. Daarmee stegen ook de kosten voor dit deel van de farmaceutische hulp ten laste van de ziekenfondsverzekering. Bij vele ziekenfondsen bestonden controle-organen welke de noodzakelijkheid van voorgeschreven geneesmiddelen beoordeelden; dit gebeurde echter op zeer uiteenlopende wijze. Gepleit werd daarom voor de samenstelling van een uniforme lijst van soorten en hoeveelheden van genees- en verbandmiddelen welke voor rekening van algemene ziekenfondsen zouden mogen worden voorgeschreven.

### Taak

In 1949 is de Ziekenfondsraad overgegaan tot het installeren van een adviescommissie voor medisch-farmaceutische aangelegenheden, de Centrale Medisch Pharmaceutische Commissie (CMPC). De taak van de commissie werd als volgt omschreven:

I. De commissie zal aan de Ziekenfondsraad een voorstel doen voor een uniforme lijst van soorten en hoeveelheden van genees- en verbandmiddelen welke voor rekening van algemene ziekenfondsen kunnen worden voorgeschreven. De commissie zal daarna van tijd tot tijd voorstellen moeten doen voor aanvulling c.q. herziening van deze lijst.

II. De commissie zal de Ziekenfondsraad moeten adviseren inzake herziening en aanvulling van de lijst van bijzondere geneesmiddelen welke aan apotheekhoudende huisartsen boven hun

---

**door Drs. J. P. de Man,  
Drs. C. F. Minderop en  
Prof. Dr. F. A. Nelemans**

De heer De Man, apotheker, farmaceutisch adviseur bij de Ziekenfondsraad, is secretaris van de CMPC.

De heer Minderop arts, medisch-farmaceutisch adviseur bij de Ziekenfondsraad, fungeert als voorzitter van de CMPC.

De heer Nelemans, buitengewoon hoogleraar in de farmacotherapie in Utrecht, is wetenschappelijk adviseur van de CMPC.

---

abbonnementshonorarium worden vergoed.

III. De commissie zal moeten adviseren over het vraagstuk der niet vervangbare specialités en de eventueel voor de verstrekking daarvan te eisen medische indicaties.

IV. De commissie zal moeten adviseren inzake het voor rekening van de algemene ziekenfondsen verstrekken van nieuwe geneesmiddelen.

V. De commissie zal van advies moeten dienen met betrekking tot andere problemen de farmaceutische verzorging van ziekenfondsverzekerden rakende, welke haar door de Ziekenfondsraad worden voorgelegd.

Uitgezonderd het onder II genoemde is de taak van de commissie in feite gelijk gebleven, al werd later (1966) een enigszins andere omschrijving gegeven, te weten:

I. De CMPC is een adviescollege van de Ziekenfondsraad en geeft de raad – al dan niet gevraagd – adviezen over medisch-farmaceutische

aangelegenheden.

II. De CMPC houdt namens de betrokken groeperingen het technisch gedeelte van de Regeling en Klapper 'up to date', waaronder tevens valt:

- a. het opnemen in de Regeling en Klapper van adviezen over geneesmiddelen;
- b. het opzetten en bijhouden van het kaartsysteem ten behoeve van de voorlichting van de controlerend geneeskundigen over nieuwe geneesmiddelen;
- c. het rondzenden van belangrijke publikaties, verschenen in binnen en buitenlandse vaktijdschriften, eveneens aan de controlerend geneeskundigen.

### Samenstelling

Uitgangspunt was dat de CMPC een commissie van deskundigen is, benoemd in overleg met de belangengroeperingen waaruit zij voortkwamen. De leden van de commissie waren derhalve niet als vertegenwoordigers van de verschillende organisaties aangewezen; uiteraard werd wel contact gehouden met de respectieve beroepsverenigingen. Eerst bij een reorganisatie in 1966 werd hierin verandering aangebracht en kwam de samenstelling tot stand die ook nu nog geldt.

Als leden hebben zitting in de commissie zes vertegenwoordigers van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ), zes van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), zes van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) en twee van de Nederlandse Maatschappij tot

bevordering der Tandheelkunde. Voorts zijn q.q. als algemeen adviseur aan de commissie verbonden de Geneeskundig Hoofdinspecteur en de Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid voor de Geneesmiddelen. Verder zijn een aantal wetenschappelijke adviseurs vast aan de commissie verbonden en kunnen ad hoc adviseurs worden aangetrokken. Voorzitter, tevens lid van de commissie, is de medisch-farmaceutisch adviseur bij de Ziekenfondsraad, terwijl de farmaceutisch adviseur bij de Ziekenfondsraad secretaris is.

## Werkzaamheden

Naar buiten toe is de CMPC vooral bekend via de door haar samengestelde Regeling en Klapper. Na een eerste voorlopige lijst van soorten en hoeveelheden van genees- en verbandmiddelen welke voor rekening van algemene ziekenfondsen mogen worden voorgeschreven, verzonden in 1950, verscheen in 1952 de definitieve Regeling. Deze had een zeer eenvoudig karakter. Alle middelen genoemd in de Codes Medicamentorum Neerlandicus en in de Nederlandse Farmacopee waren toegestaan alsmede een aantal met name genoemde specialités. De overige middelen mochten eerst worden voorgeschreven nadat een machtiging van het betreffende ziekenfonds was verkregen. Daar vele artsen niet over genoemde handboeken beschikten, werd overgegaan tot het nominatief vermelden van die middelen welke vrij konden worden voorgeschreven (de Klapper). De regels voor het voorschrijven van geneesmiddelen en de Klapper vormden samen de Regeling en Klapper. Al vrij spoedig bleek er bij de adviserend geneeskundigen (destijds nog controlerend geneeskundigen geheten) behoefte te bestaan aan voorlichting over nieuwe geneesmiddelen. De CMPC voorzag in deze behoefte door aan alle adviserend geneeskundigen gedrukte adviezen omtrent nieuwe geneesmiddelen te verstrekken. Voorts werd de Voorlichtingsdienst van de CMPC te Rotterdam opgericht, waar adviserend geneeskundigen inlichtingen konden verkrijgen over geneesmiddelen welke werden aangevraagd door de behandelend

artsen; tevens werden door deze voorlichtingsdienst belangrijke mededelingen over de farmacotherapie uit binnenlandse en buitenlandse medische en farmaceutische tijdschriften rondgezonden.

Na de reorganisatie in 1966 is de Voorlichtingsdienst van de CMPC opgeheven en is de taak hiervan overgedragen aan de medisch-farmaceutische afdeling van het secretariaat van de Ziekenfondsraad. Van de zijde van de voorschrijvende artsen bleek belangstelling te bestaan voor de door CMPC aan de adviserend geneeskundigen rondgezonden adviezen. Aanvankelijk werd gedacht aan publikatie van deze adviezen in Medisch Contact. Hiervan werd echter afgezien. In 1962 werden de adviezen in de Regeling en Klapper opgenomen onder de naam Medisch Farmaceutische Voorlichting (MFV). De MFV is allengs gegroeid tot het hoofdgedeelte ervan, zozeer zelfs dat nu de naam Medisch Farmaceutische Voorlichting vooropstaat hoewel officieel de naam Regeling en Klapper nog van kracht is.

Terwille van de overzichtelijkheid zijn voor geneesmiddelen behorende tot dezelfde farmacotherapeutische groep verzameladviezen opgesteld. Bij de opstelling van de 'CMPC-adviezen' wordt als regel de volgende gedragslijn gevolgd: Een fabrikant respectievelijk importeur dient bij de commissie een verzoek in om zijn produkt voor gebruik voor ziekenfondsrekening 'toe te laten'. Dit verzoek gaat vergezeld van literatuur omtrent de eigenschappen van bedoeld produkt. Aan de hand hiervan en van eventueel andere ter beschikking staande gegevens wordt het middel in de commissie besproken. Na deze eerste bespreking wordt door het secretariaat een conceptadvies opgesteld, dat aan de commissie ter goedkeuring wordt voorgelegd. Hierna wordt het door de commissie eventueel gewijzigde goedgekeurde advies voor commentaar aan de fabrikant respectievelijk importeur gezonden. Indien deze geen commentaar heeft wordt het advies gepubliceerd. Indien de fabrikant respectievelijk importeur wél commentaar heeft wordt dit besproken in de commissie, waarna – eventueel na verdere besprekingen tussen fabrikant/importeur, commissie(leden) en adviseurs – het al

dan niet gewijzigde advies wordt gepubliceerd. Veelal is de commissie voor wat betreft de literatuur aangewezen op wat de fabrikant overlegt. Die materie is soms onvoldoende voor de commissie om tot een oordeel te komen; daaruit kan een negatief advies voortkomen. Een fabrikant zal om hem moverende redenen een nieuw geneesmiddel niet altijd direkt bij de commissie aanmelden. Dit heeft als gevolg dat de Regeling en Klapper niet volledig is. Bovendien is er altijd enige achterstand door het verschil in tijd tussen aanmelding en 'toelating'. De commissie tracht deze 'achterstand' zo klein mogelijk te houden en in de komende uitgaven van de Regeling en Klapper ook alle niet aangemelde in Nederland verkrijgbare specialités zo veel mogelijk te verwerken. Dit is bepaald geen eenvoudige taak. Van de circa 1500 in Nederland verkrijgbare UA- en UR-specialités zijn er ruim 600 nog niet door de CMPC beoordeeld. De vraag wordt nog wel eens gesteld of het werk van de CMPC geen doublure is, nu alle fabrieks geneesmiddelen moeten worden geregistreerd en de bijsluiters moeten zijn goedgekeurd door het College ter beoordeling van Geneesmiddelen. Dit college beoordeelt of het geneesmiddel de aangeprezen therapeutische werking heeft en of het bij gebruik overkomstig voorschrift niet schadelijk is. De therapeutische voordelen dienen uiteraard te prevaleren boven de potentiële risico's. De door het college goedgekeurde bijsluiter wordt door de CMPC uiteraard als een vast gegeven aanvaard. De beoordeling van de CMPC gaat echter verder. Zij gaat namelijk ook het behoefte-element na en *beoordeelt of niet een beter respectievelijk goedkoper gelijkwaardig geneesmiddel beschikbaar is.*

Voor wat betreft de prijsvergelijkingen van geneesmiddelen kan een aanvulling op de Regeling en Klapper worden gevonden in de folders (periodiek verzameld in het boekje Voorlichting prijzen geneesmiddelen) welke in overleg tussen KNMG, KNMP en VNZ worden opgesteld. Uiteraard dient de CMPC ook rekening te houden met het gestelde in de Ziekenfondswet en de daaraan ten grondslag liggende besluiten. Hier ligt een raakvlak met de nog niet nader besproken taak van de CMPC,

namelijk de adviserende aan de Ziekenfondsraad. Een voorbeeld kan dit duidelijk maken. Dosis-drukaërosolen worden in het kader van de ziekenfondsverzekering tot de zogenaamde kunst- en hulpmiddelen gerekend. Tot voor een paar jaar waren dosis-drukaërosolen niet opgenomen in de Beschikking Kunst- en Hulpmiddelen Ziekenfondsverzekering en mochten zij daarom niet voor Ziekenfondsrekening worden afgeleverd.

In 1973 heeft de Ziekenfondsraad, nadat deze materie besproken was in de CMPC, de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne nog geadviseerd de dosis-drukaërosolen niet in het ziekenfondspakket op te nemen omdat zij niet onontbeerlijk zijn voor een optimale therapie. Toen in 1974 dosis-drukaërosolen met beclomethason-dipropionaat (Aldecin<sup>®</sup>, Becotide<sup>®</sup>) ter beoordeling werden voorgelegd moest de CMPC deze dosis-drukaërosolen in eerste instantie afwijzen. Echter gezien de grote voordelen van deze preparaten voor een aantal patiënten *lijdende aan asthma bronchiale* heeft de CMPC tevens aan de Ziekenfondsraad geadviseerd aan de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne te adviseren de dosis-drukaërosolen gevuld met beclomethason-dipropionaat in de Beschikking Kunst- en Hulpmiddelen ziekenfondsverzekering op te nemen. De staatssecretaris heeft het advies van de Ziekenfondsraad opgevolgd. Bij besluit van 30 september 1975 zijn de dosis-drukaërosolen gevuld met beclomethason-dipropionaat ter behandeling van astma in het verstrekkingenpakket van de ziekenfondsen opgenomen, echter niet de andere dosis-drukaërosolen. De CMPC zal derhalve (vooralsnog) in de Regeling en Klapper moeten aangeven dat andere dosis-drukaërosolen dan die gevuld met beclomethason-dipropionaat niet voor rekening van de ziekenfondsverzekering kunnen worden afgeleverd\*.

\* Zie hierover ook de brief aan de redactie van J. Stork, afgedrukt op blz. 569 van dit nummer. Red.

## Problemen rond de Regeling en Klapper

Het lag in de bedoeling dat de noodzakelijk geachte beperkingen bij het voorschrijven van genees- en verbandmiddelen in acht zouden worden genomen in het kader van de overeenkomst ziekenfondsen-medewerkers, en wel met name door de Regeling en Klapper als bindende richtlijn hierin op te nemen. Hiernaar hebben de ziekenfondsorganisaties steeds gestreefd. De eerste twee uitgaven van de Regeling en Klapper bevatten dan ook een inleiding waarin regels waren opgenomen die ziekenfondsen, artsen en apothekers bij het hanteren van de Regeling en Klapper in acht dienden te nemen. Echter in 1959 verwierp de Algemene Vergadering van de KNMG de eerder in overleg tussen partijen opgestelde richtlijnen. Met slechts één stem tegen aanvaardde de Algemene Vergadering de volgende motie: 'De inleiding van de Regeling en Klapper kan in de voorgestelde vorm niet geaccepteerd worden en moet dus worden gewijzigd. Het hoofdbestuur stelle een commissie in, die op korte termijn voorstellen zal doen voor een aanvaardbare inleiding.' De Algemene Vergadering kon de Regeling en Klapper zelf echter wel aanvaarden. Als voornaamste bezwaar tegen de inleiding kwam naar voren de beperking van de vrijheid van de artsen bij het voorschrijven van geneesmiddelen, met als uiterste consequentie het 'onbehoorlijk' verklaren van het particuliere recept voor de ziekenfondsverzekerden. Conform de aangenomen motie werd een commissie ingesteld (commissie-Denekamp). De voornaamste conclusies van deze commissie waren:

1. De lijst van toegestane middelen behoort te worden uitgebreid.
2. De rechten en verplichtingen van de arts-medewerker behoren duidelijk te worden weergegeven.
3. De bestaande preventieve controle behoort te worden omgezet in een repressieve controle.
4. Er dient een mogelijkheid te komen voor het toepassen van sancties tegenover artsen-medewerkers die blijf geven niet aan de regeling te willen meewerken.
5. De beoordeling omtrent het al dan niet toepassen van deze sancties

behoort te geschieden door een landelijk werkzame Maatschappij-commissie bestaande uit zogenaamde 'wijze mensen'.

Partijen werden het echter niet geheel met elkaar eens. Dit kwam weer duidelijk naar voren in 1969, toen de ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging met algemene stemmen besloot de Klapper als zwaarwegend advies te aanvaarden bij het voorschrijven van genees- en verbandmiddelen ten behoeve van ziekenfondsverzekerden, waarnaast evenwel tevens werd besloten de Regeling en Klapper niet te aanvaarden als onderwerp van overeenkomst tussen ziekenfondsen en huisartsen. Voor dit besluit werden de volgende vier motieven aangevoerd:

1. de, ook internationaal aanvaarde, eis van vrijheid van receptuur is in het belang van de patiënt;
2. men moet erop vertrouwen dat de arts, die uitgaat van deze vrijheid, zich verantwoordelijk weet voor de gepaste zuinigheid;
3. tot op heden is onvoldoende aangetoond dat een regeling op het gebied van voorschrijven noodzakelijk is. Bovendien kan de uitvoering van de Regeling en Klapper geen garantie bieden dat kostenbewaking op dit punt zal plaatsvinden. Immers binnen het raam van de Regeling en Klapper is het heel wel mogelijk 'onverantwoord duur' voor te schrijven;
4. wanneer artsen ten onrechte dure geneesmiddelen voorschrijven, bestaat nu reeds de mogelijkheid om hiertegen op te treden (interne rechtspraak).

In een later stadium werd door de ziekenfondsen hiertegen aangevoerd, dat:

1. aan de arts in de ons omringende landen geenszins zonder meer de volle vrijheid wordt gelaten inzake het voorschrijven van geneesmiddelen, omdat ook daar niet alle middelen voor vergoeding door de (sociale) verzekering in aanmerking komen;
2. is gebleken dat de arts zijn verantwoordelijkheid voor het betrachten van de gepaste zuinigheid bij het voorschrijven slechts kan realiseren, indien kan

- worden gesteund op goede voorlichting en exacte afspraken ter zake;
3. het onder 2 gestelde duidelijk uit de beschikbare cijfers naar voren is gekomen. Weliswaar zou men in theorie kunnen stellen dat ook uitgaande van de Regeling en Klapper onnodig duur kan worden voorgeschreven, doch dan is hoogstens de juiste toepassing van de Regeling en Klapper in het geding en niet de Regeling en Klapper zelf;
  4. de eventuele gang naar de interne rechtspraak van de KNMG c.q. de burgerlijke rechter dient te worden beschouwd als een ultimatum refugium, terwijl het via een (model-)overeenkomst maken en doen naleven van concrete afspraken inzake het voorschrijven van genees- en verbandmiddelen als minder ingrijpend en derhalve meer voor de hand liggend moet worden beschouwd;

5. ook binnen de Regeling en Klapper de verantwoordelijkheid van de behandelend arts met zich meebrengt dat men de vrijheid van handelen moet worden gelaten om in voorkomende gevallen van de Regeling en Klapper te kunnen afwijken, zulks dan echter wel op goede gronden, welke hij desgevraagd achteraf tegenover de adviserend geneeskundige van het ziekenfonds behoort te kunnen adstrueren;
6. indien inzake de inhoud van de Regeling en Klapper en/of de toepassing daarvan onvolkomenheden aan het licht treden, daarvoor dan in goed overleg tussen partijen een oplossing dient te worden gevonden.

In 1976 zijn tussen partijen wederom besprekingen omtrent landelijke afspraken inzake de geneesmiddelenprescriptie op gang gekomen. Als eerste stap in deze

richting is in 1977 een regeling tot stand gekomen omtrent de voor te schrijven hoeveelheden, inhoudende een iteratieverbod en een als regel niet méér voorschrijven dan voor een periode van dertig dagen noodzakelijk is (met uitzondering van groepen van geneesmiddelen waarvan het chronisch gebruik eerder regel dan uitzondering is). Partijen hebben besprekingen geopend met het doel ook te komen tot afspraken betreffende de voor te schrijven soorten van geneesmiddelen.

Twintig jaar geleden werd een artikel in Medisch Contact gepubliceerd over de CMPC. Vrij spoedig daarna werd de Regeling en Klapper door de Algemene Vergadering van de KNMG afgewezen. Moge ditmaal het tegenovergestelde resultaat worden bereikt!

---

## Aantal verkeersslachtoffers weer gestegen

Volgens de voorlopige cijfers in het Statistisch Bulletin van het CBS, welke in samenwerking met de Dienst Verkeersongevallenregistratie zijn samengesteld, werden er in 1977 in ons land 56 000 verkeersongevallen met dodelijke afloop en/of persoonlijk letsel geregistreerd. Ten opzichte van 1976 is dit een stijging van 3,1%. Binnen de bebouwde kom vond ten opzichte van het vorig jaar een stijging plaats van 2,1% en buiten de bebouwde kom van 5,6%. De zogenaamde alcoholongevallen vertonen nog steeds een stijgende lijn: 5270 in 1977 tegenover 4585 in 1976 (+ 15%). Bij de letselongevallen werd in 1 van de 11 gevallen alcoholgebruik geconstateerd en bij de verkeersongevallen met dodelijke afloop zelfs in 1 van de 7 gevallen. In 1977 overleden 2560 mensen ten gevolge van een verkeersongeval. In vergelijking met 1976 (2432 personen) is dit een stijging van 5,3%. Het aantal gewonden nam eveneens toe, namelijk met 4,2%. Van de 64 900 gewonden in 1977 werden er 22 600 in

een ziekenhuis opgenomen. De toeneming van het aantal overleden slachtoffers nam hier toe met 12,5%.

Daarnaast kan het verheugende feit worden geconstateerd dat er binnen de bebouwde kom sprake is van een daling van het aantal overleden slachtoffers van 5,9%. De grootste groepen overleden verkeersslachtoffers worden gevormd door bestuurders van personenauto's met 710 doden, passagiers van personenauto's met 500 doden en fietsers met 485 verkeersdoden. In vergelijking met 1976 was vooral de stijging van het aantal doden onder de passagiers van personenauto's met 24,1% in het oog springend. De toeneming bij motorrijders bedroeg 16,7% en bij bestuurders van personenauto's 8,4%. Een daling werd geconstateerd bij de voetgangers (6,9%), de bromfietzers (3,5%) en bij de fietsers (3%). Het grootste aantal gewonden werd bij de bromfietzers geconstateerd (18 520). Deze

categorie verkeersdeelnemers was echter de enige die in vergelijking met 1976 een daling van het aantal gewonden te zien gaf (1,7%). Alle andere categorieën vertoonden een stijging van het aantal gewonden. Uit de verdeling over de leeftijdsklassen bleek dat de klasse van 15-24 jaar ook in 1977 de kwetsbaarste groep was. Van de 2560 in 1977 overleden slachtoffers viel meer dan 30% in de leeftijdsklasse van 15-24 jaar. Het voorgaande jaar was dit 26,6%. Het aantal overleden slachtoffers in deze klasse nam in één jaar tijd toe met meer dan één vijfde. Het grootste aantal gewonden wordt ook in deze leeftijdsklasse gevonden. In 1976 bedroeg dit aantal 26 329 en in 1977 is dit aantal toegenomen tot 28 200. Van alle leeftijdsklassen vertoonde de klasse van 15-24 jaar eveneens de grootste stijging (7,1%). Alleen in de leeftijdsklasse van 0-4 jaar namen zowel de ongevallen met dodelijke afloop als de letselongevallen af.

# Trends in de opleiding van specialisten in de landen van de EEG

## Een werkgroep uit het Raadgevend Comité voor de Medische Opleiding

Zoals reeds eerder in Medisch Contact is vermeld (zie MC nr. 38/1977, blz. 1197) heeft het *Raadgevend Comité voor de Medische Opleiding* tot taak zowel de basisopleiding tot arts als de voortgezette opleidingen op een vergelijkbaar hoog niveau te brengen. Ter bestudering van de daarbij zich voordoende vraagstukken heeft het Raadgevend Comité een aantal werkgroepen bepaalde onderwerpen ter bestudering in handen gegeven. Deze werkgroepen bestaan in principe uit de leden en plaatsvervangende leden van het Raadgevend Comité. Men ging ervan uit dat door de keuze van de leden van het Raadgevend Comité een deskundigheid ten aanzien van vele problemen bij voorbaat was gegeven. Toch bestaat de mogelijkheid aan werkgroepen andere deskundigen toe te voegen, zij het in beperkte mate, en zo heeft de werkgroep *Opleiding Specialisten* (op verzoek van deze werkgroep zelf) als deskundige toegewezen gekregen collega Delune, lid van het bestuur van de *Union Européenne des Médecins Spécialistes* (UEMS) en sinds jaren de coördinator van de werkzaamheden van de zogenaamde *mono-specialistische comités* van de UEMS.

Deze mono-specialistische comités, waarin ieder land twee leden per specialisme kan benoemen, hebben de opdracht een onderzoek te doen naar de opleidingsduur, de opleidingsinhoud en de opleidingsmethodieken; zij kunnen via het bestuur van de UEMS voorstellen indienen tot veranderingen in de zin van verbeteringen. Daardoor is er een zeer grote hoeveelheid informatie vrijgekomen, informatie die via het coördinatiepunt UEMS ter

door **Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen**



De heer Van Nieuwenhuizen is vice-voorzitter van het Raadgevend Comité voor de Medische Opleiding.

beschikking van de hierboven genoemde werkgroep kan komen.

Op de derde vergadering van de werkgroep *Opleiding Specialisten* op 13 januari 1978 werd uitvoerig gesproken over een studie omtrent de structuur van de opleiding van de specialisten maar vooral ook de tendensen die langzamerhand te voorschijn komen in deze opleiding.

### Organisatie

In de twee voorafgaande vergaderingen heeft men zich hoofdzakelijk beziggehouden met een soort accountancy van de bestaande toestand: welke specialismen bestaan er in de verschillende landen? wat is daarvan de opleidingsduur? wat is, voor zover na te gaan, de inhoud van de opleiding? wat zijn de knelpunten in de landen? in welk opzicht verschillen de opleidingen principieel

van elkaar? Een overzicht van de opleidingen in de verschillende landen was, na een *enquête* binnen de werkgroep, door collega Brearly (Engeland) samengesteld. Enkele punten uit zijn verslag worden hieronder, zij het zeer verkort, weergegeven.

### België

Er is op dit ogenblik een vrij diepgaande verandering in de structuur van de opleiding in studie ten aanzien van de bevoegdheden, de opleidingsplaatsen aan te wijzen etc. Zoveel mogelijk tracht men daarin het Nederlandse voorbeeld te volgen; het moet uit zijn met de '*éducations sauvages*'! Dit betekent, dat nu voor het eerst degene die een opleiding aangaat zich moet melden, hetzij bij de Waalse, hetzij bij de Vlaamse commissie, die paritair samengesteld gezamenlijk een lichaam vormen dat overeenkomt met ons Centraal College. Men moet dan zijn opleidingsschema overleggen, dat vervolgens kan worden bekrachtigd. Vooral ten aanzien van de opleidingen die gedeeltelijk in het buitenland plaatsvinden is een overleg van tevoren noodzakelijk. Merkwaardig is dat men zich voor de opleiding aanmeldt via de betreffende wetenschappelijke vereniging; een *Specialisten Registratie Commissie* ontbreekt. Er is tussen de wetenschappelijke verenigingen dan ook geen georganiseerd contact! De wetenschappelijke verenigingen staan in contact met de opleidingscommissie, hetzij met de Waalse, hetzij met de Vlaamse sector. Een beroep op een besluit van de wetenschappelijke vereniging een

opleiding niet goed te keuren is slechts mogelijk bij de commissie die met het Centraal College karaktertrekken gemeen heeft. Wanneer men ook daar op tegenwerking stuit, kan men nog in beroep bij de minister van Onderwijs. Opmerkelijk in dit systeem is ook dat de ziekenhuizen op generlei wijze inspraak hebben in de opleidingen, terwijl toch in de ziekenhuizen de opleiding plaatsvindt. Een volgend tekort is dat visitatie niet plaatsvindt en dat een opleidingserkenning nooit wordt opgeheven. Uiteraard is er helemaal geen sprake van een verslaggeving van degene die wordt opgeleid per jaar noch van een appreciatie van de opleiding door de assistenten in opleiding; dat zijn voor Belgen uiterst revolutionaire begrippen. Samenvattend: een stap in de goede richting, maar toch nog ten aanzien van de eisen die Nederland aan de opleiding stelt uiterst primitief.

#### Denemarken

Denemarken moet vooral gezien worden in de context van de samenwerking met Zweden en Noorwegen. Er bestaat daar ten aanzien van de medische opleidingen een 'gemeenschappelijke markt': een diploma uit Zweden of Noorwegen is in Denemarken geldig, en omgekeerd. De volksgezondheid ressorteert in Denemarken onder het ministerie van Binnenlandse Zaken (!); er is dus geen ministerie van Volksgezondheid. Ook in Denemarken is veel aan het veranderen, waarschijnlijk voor een groot deel door het contact met de EEG. Ten aanzien van de opleidingseisen ontbreekt ook hier de inspraak van de ziekenhuizen. Na een werkzaamheid van achttien maanden in enigerlei ziekenhuis kan de specialistenopleiding dan wel de opleiding tot huisarts aanvangen; sociale geneeskunde als derde tak aan de boom ontbreekt formeel. Het is in Denemarken mogelijk van de specialistenopleiding over te stappen op die van de huisartsen, en omgekeerd. In principe is de opleiding niet aan één ziekenhuis gebonden (zie Engeland). Men streeft naar een spreiding van de opleiding over grote, maar wel degelijk ook daarnaast kleine typen ziekenhuizen. Dit in verband met de noodzakelijke ervaring voor de praktijkbeoefening na de opleiding.

Opmerkelijk is voorts dat er een sterke inbreng is van cursorisch onderwijs, vaak voor meerdere specialismen tegelijk. Ook in Denemarken ontbreekt iedere vorm van supervisie op de opleiding. De ziekenhuizen worden door de regering aangewezen. Visitatie vindt niet plaats. Evenals in Engeland meet men vooral de tijd die nodig is voordat men de functie krijgt van wat wij stafarts zouden noemen; in de regel krijgt men die niet binnen tien jaar, gerekend van de aanvang van de specialistenopleiding af. De praktijk wordt in Denemarken door specialisten heel vaak part-time in de ziekenhuizen uitgeoefend met daarnaast een eigen praktijk. Terwijl men vroeger de specialistenopleiding in twee vormen had, hetgeen dan resulteerde in twee graden van specialistische kennis, is dat tegenwoordig niet meer het geval. Meegedeeld werd dat er in Denemarken een groot overschot is aan chirurgen, internisten en gynaecologen.

#### Frankrijk

De erkenning tot specialist wordt gegeven door de lokale 'Ordres'.

Men kan op drie wijzen worden opgeleid tot specialist. De meest bekende, maar niet meest frequente, specialistenopleiding is die via het zogenaamde *internaat*. Reeds tijdens de studie tot arts kan men op het spoor van het internaat worden gezet door bijzondere prestaties. Hier komt de uitverkiezingsgedachte, die in alle opleidingen in Frankrijk zeer overheerst, weer tot uiting. Iemand die geacht wordt begaafd te zijn en op den duur van belang voor de geneeskundige praktijk of wetenschap krijgt een apart soort beveiligde opleiding, die van de laatste jaren in de artsenopleiding af doorloopt tot een aantal jaren daarna. Deze opleiding wordt gekenmerkt door erg veel praktische ervaring en weinig theoretische vorming. Het gaat hier om artsen die later 'chef de service' worden en eventueel hoogleraar. Enige controle op deze opleiding ligt in handen van de opleider, meestal een hoogleraar. De inhoud van de opleiding wordt niet beoordeeld; standaards ter beoordeling ontbreken dan ook. Er is hier geen visitatie; een eenmaal

gegeven opleiding gaat voor eeuwig verder. Een beoordeling van de opleiding dóór de artsen in opleiding is ondenkbaar.

De tweede wijze waarop men tot specialist kan worden opgeleid is via een methode die leidt tot het '*certificat d'études spéciales*' (de zogenaamde CES-variant). De 'leer'inhoud is wettelijk vastgesteld, is praktisch en theoretisch, en vangt aan na het zevende jaar van de opleiding tot arts. In tegenstelling tot de eerste groep worden degenen die in deze opleiding komen praktisch nooit betaald voor hun werk. Na één jaar moet dan examen worden afgelegd waarbij wordt uitgemaakt of men de opleiding kan voortzetten; aan het einde van de opleiding moet eveneens een examen worden afgelegd. Dit is begrijpelijk omdat de controle op de opleiding zelf minimaal is; bovendien is deze opleiding voor een groot deel part-time. Het aantal artsen dat in opleiding komt via de CES is ongelimiteerd.

De derde wijze waarop men als specialist kan worden erkend gaat geheel buiten iedere opleiding om, via de typisch Franse gedachte dat een uitzonderlijke prestatie als zodanig moet worden erkend en dat is dus de *erkenning via de 'notoriteit'*. Wanneer iemand blijkt heeft gegeven van uitzonderlijke prestaties op een bepaald specialistisch gebied kan hij door de 'Ordre' als specialist worden erkend. Dergelijke erkenningen zijn echter zeer zeldzaam.

Geen van deze drie opleidingen voldoet geheel aan de voorschriften van de Richtlijnen. Op het ogenblik wordt een diepgaande studie verricht door de commissie-Fougère, die zich bezighoudt met een stroomlijning van de zeer verschillende wijzen van opleiden in Frankrijk en aanpassing aan de Richtlijnen. Deze commissie heeft vooral grote aandacht voor de voortgezette opleiding van de arts tot huisarts.

#### West-Duitsland

De opleiding in West-Duitsland komt het meest overeen met die in Nederland: de opleiding is full-time en betaald. De toelating tot de opleiding wordt echter niet gegeven door een registratiecommissie, maar door de 'Chef-Arzt' van het opleidingsziekenhuis. Formaliteiten zijn op generlei wijze nodig. Ook in



Duitsland bestaat echter geen visitatie en is er geen contact tussen de wetenschappelijke verenigingen over opleidingsproblemen.

Sinds kort bestaat hier de noodzakelijkheid van een eindexamen. Dit is destijds in hoger beroep door het Hof van Karlsruhe voorgeschreven, hetgeen eveneens inhoudt dat de landelijke 'Ärzttekammern' het laatste woord hebben in de erkenning van een specialist; de landelijke artsenkamers trekken echter één lijn, het finale examen is tot nog toe niet meer dan een formaliteit.

Voor een aantal opleidingen bestaat een voorschrift met betrekking tot de inhoud van de theoretische training. Deze inhoud wordt vastgesteld door een commissie uit de 'Bundesärztekammer', een vrijwillig overkoepelende organisatie boven de landelijke artsenkamers. Hoewel de Bundesärztekammer geen wettelijke status heeft, worden haar voorschriften toch door de artsenkamers van de landen voor praktisch 100% gevolgd.

#### *Engeland en Ierland*

In Engeland én in Ierland begint de opleiding tot specialist na het beëindigen van de basisopleiding tot arts en na het zogenaamde 'pre-registration year'.

Men kan de opleiding in Engeland slechts goed begrijpen wanneer men vaststelt dat de positie van de arts in opleiding in de ziekenhuizen in feite een positie is binnen de National Health Service, die dus de werkgever is. Wanneer de Engelsen dan zeggen dat het twaalf tot veertien jaar kost voordat men als specialist wordt erkend, dan betekent dit alleen dat men op dat ogenblik een van de hogere ziekenhuisposten van de National Health Service kan bekleden, dus die van 'senior registrar' of 'consultant': het heeft op zich niets te maken met de opleiding tot specialist.

In het Engelse systeem springen enkele bijzonderheden in het oog, die in de overige landen van de EEG overigens niet voorkomen. In de eerste plaats is het opleidingssysteem niet per specialisme voor iedereen gelijk. Integendeel, men streeft naar een zekere differentiatie in de curricula van de opleiding. In feite komt het erop neer dat degene die in

opleiding gaat voor zichzelf een aantal vormen van praktische werkzaamheid en theoretisch onderwijs opstelt.

Als eerste toetssteen dient het examen voor een van de 'Royal Colleges'. Het bezwaar van de jongeren is dat deze examens steeds moeilijker worden en dat er steeds meer kandidaten worden afgewezen, zodat men deze examens vaak ziet als een soort barrière die de gearriveerden opwerpen tegen de nieuwkomers. Of dit zo is valt moeilijk te beoordelen. Sinds enige tijd hebben de 'Royal Colleges' bovendien de mogelijkheid bij benoemingen een raadgevende positie in te nemen, indien noodzakelijk tezamen met de universiteiten. De specialisten in opleiding zijn dus wel met handen en voeten gebonden aan de 'Royal Colleges', die daarmee hun invloed ook zeer hebben versterkt. De opleidingsinstellingen worden erkend door de 'Royal Colleges' en de faculteiten; zij worden wel regelmatig gevisiteerd en worden dan beoordeeld op hun 'educational value'.

Men heeft een diploma van een 'Royal College' nodig wil men verder gaan voor wat genoemd wordt de 'higher speciality training'. Deze HST staat weer onder auspiciën van een 'joint committee' van enerzijds de 'Royal Colleges' en anderzijds de academische vereniging. Hier wordt het programma van iedere specialist in opleiding gevisiteerd. Ook hier wordt vóór alles gewaakt tegen een te uniform opleidingsschema. Aan het eind van deze opleiding behoeft men geen examen af te leggen; men krijgt een certificaat waarin staat vermeld dat men bijvoorbeeld de 'higher medical training' of de 'higher surgical training' heeft vervuld. Op dit moment is een dergelijke hogere opleiding nog niet nodig voor alle posten in de 'health service', maar in de nabije toekomst zal dit wel het geval zijn.

Een overeenkomstige regeling bestaat ten aanzien van de 'Royal Colleges' in Ierland. 'In de lagere rangen in de National Health Service is het behoefte-element overheersend, terwijl de posten in de hogere rangen vooral worden gereguleerd ten aanzien van de mogelijkheden voor het opbouwen van een carrière' (Brearly).

#### *Italië*

Ondanks herhaalde aansporingen is

het lid van de werkgroep uit Italië nog nooit verschenen. De werkgroep bereiken slechts zeer verontruste mededelingen uit onder meer Frankrijk.

Het is bekend, dat het aantal studenten in opleiding in Italië de honderdduizend is gepasseerd en dat minstens 80% van hen een specialistenopleiding kiest. Dit heeft geleid tot een totale overstrooming van de opleidingskanalen, met als resultaat een notoir slechte opleiding. Gevreesd wordt dat de 'eindprodukten' van deze slechte opleiding zich naar elders zullen trachten te begeven, met name naar Frankrijk, als enige mogelijkheid tot uitoefening van hun beroep.

Thans is in Italië een diep insnijdende reorganisatie van de gezondheidsdienst in discussie, die erop neer zal komen dat de artsen in de ziekenhuizen minstens 80% van hun tijd daar moeten doorbrengen (het schijnt nu minder dan 20% te zijn), hetgeen ook weer zijn weerslag zal hebben op het aantal posten in de ziekenhuizen. Het ziet er voor de artsen in Italië voorlopig uitermate somber uit.

#### *Luxemburg*

Zoals bekend heeft Luxemburg geen universiteit. Specialistenopleidingen moeten dus in andere landen worden gevolgd. Het daar verkregen diploma moet dan gewaarmerkt worden door het ministerie van Gezondheid, maar behoeft de aanbeveling van de 'Orde' in Luxemburg. Wel moet degene die in opleiding gaat van tevoren het schema van zijn opleiding voorleggen aan een medisch college.

#### **Harmonisatie**

Het bovenstaande heeft vooral te maken met de bestaande toestanden en de veranderingen in de organisatie van de specialistenopleiding in de verschillende landen. Het is duidelijk dat verschillende van de bestaande toestanden niet in overeenstemming zijn met de grondregels neergelegd in de Richtlijnen voor de vrije uitwisseling van artsen in de negen landen. Het is een *politieke vraag* in hoeverre de landen bereid zijn hun systeem aan te passen aan een gemiddeld Europees systeem. Het is zeker niet de bedoeling dat de verschillende typen van opleiding nu

zonder meer worden gelijkgeschakeld; Traditie en ervaring in ieder land tellen wel degelijk zwaar mee. Waar het vooral om gaat is te voorkomen dat onvoldoend opgeleide specialisten zich in Europa gaan vestigen zonder dat enige controle op hun opleiding mogelijk is.

Ten aanzien van een aantal landen in Europa is de erkenning van het specialisme niet zo moeilijk wanneer de betrokken artsen een gewaarmerkt diploma meebrengen waaruit blijkt dat de minimum opleidingstijd is volbracht. Pas in de toekomst zal het door het werk van de werkgroep Opleiding Specialisten en door de fiatting van het Raadgevend Comité mogelijk zijn voorschriften te geven die meer in de richting gaan van een harmonisatie van de opleiding. Moeilijker ligt het echter met enkele landen waar geen diploma bestaat, zoals Engeland en Ierland. Dit geldt in beide richtingen. Een Nederlandse arts die zich als specialist in Engeland zou willen vestigen komt voor dezelfde keuzecommissie als een Engelse arts, een commissie die zoals we zagen bestaat uit leden van een 'Royal College' en vertegenwoordigers namens de universiteiten, waarbij de autoriteiten van de National Health Service als werkgever het advies van de commissie opvolgen. Uit de staat van dienst van de specialist in Nederland zal dus moeten volgen op welke trede van de carrière ladder hij in Engeland kan beginnen. Het ontbreken van een 'higher specialist training' in Nederland zal naar mijn mening een struikelblok worden voor de erkenning van de specialist in de functie van 'consultant'. Mogelijk is echter wel dat men op een lagere trede begint en zoals in Engeland gaandeweg stijgt tot aan de uiteindelijk hoogste positie. Moeilijker echter is het met de waardering van de Engelse specialist die naar Europa komt. Er is immers geen gewaarmerkt diploma; zonder meer kan men daaruit niet afleiden dat iemand een opleiding heeft genoten die vergelijkbaar is met die in de andere landen. Zoals bekend reikt de 'General Medical Council' de emigrerende artsen een erkenning uit die niet uniform is. Voor degenen die de hogere specialistenopleiding niet hebben gevolgd wordt een 'diploma of equivalence' gegeven, hetgeen erop neer komt dat de opleiding wordt gezien als overeenkomstig de

vereisten van de Richtlijnen. Voor degenen die de hogere opleiding wel hebben gevolgd wordt een diploma in die zin afgegeven. Nederland kan aan Engelse specialisten dus vragen een van beide diploma's over te leggen.

### Tendensen

Tot dusverre hebben we ons vooral beziggehouden met het 'organogram' van de specialistenopleiding in de verschillende landen. Over de inhoud daarvan en over de tendensen in de toekomstige ontwikkeling is nog weinig gezegd.

Een van de opmerkelijkste problemen is het volgende: terwijl we er tot nog toe van uitgingen dat de opleiding in Noordelijke landen vrijwel identiek was, zij het in een verschillende 'setting', moet men nu erkennen dat er ook binnen de Noordelijke landen in feite een verschillende benadering bestaat. Terwijl Nederland en Duitsland erop uit zijn – Nederland vooraan – de opleiding zoveel mogelijk in details vast te leggen, met een voorgeschreven visitatie die in feite een controle op de opleiding inhoudt (met de mogelijkheid tot opheffen van de opleiding), met een waardering van de opgeleide door de opleider en een waardering van de opleider door de opgeleide, en terwijl er een neiging bestaat de curricula steeds dwingender voor te schrijven, volgen Engeland, Ierland en Denemarken bewust een andere koers.

In de eerste plaats pleit Engeland voor een grotere variatie van opleidingsmogelijkheden, zodat men in feite te maken krijgt met pakketten van opleidingen binnen een specialisme. Ook Denemarken voelt daar veel voor. In feite heeft dat te maken met een andere filosofie van de opleiding. Terwijl Duitsland en Nederland menen dat door nauwkeurige voorschriften de opleiding wordt bevorderd, menen Engeland, Ierland en Denemarken dat men door het scheppen van variatie-mogelijkheden en door de opleiding hoofdzakelijk aan de opleider over te laten een klimaat schept waarin de opleiding het best tot haar recht komt. De schaduwzijde van beide systemen is duidelijk. In Duitsland en in Nederland is er een neiging tot dwangmatig reguleren, maar met de zekerheid dat de opleiding zoveel mogelijk inhoudelijk gelijkwaardig is;

in Engeland, Ierland en Denemarken is er het voordeel van de aanpassing aan de individuele geaardheid, maar het nadeel van ondoorzichtigheid in het pakket van opleidingen. Men gaat in Engeland zelfs zover dat men het partiel binnenhalen van een onderdeel van een ander specialisme binnen een specialistenopleiding bevordert. Merkwaardigerwijze bleek op sommige punten in Frankrijk een zelfde neiging te bestaan; om een enkel voorbeeld te noemen: men streeft ernaar de opleiding voor cardiologie te doen bestaan uit drie onderdelen: interne geneeskunde, cardiologie, maar ook reanimatie. Zo zijn er meer voorbeelden te noemen waaruit blijkt dat de commissie-Fougère erop uit is de opleidingen elkaar te laten overlappen. Ook bij het Centraal College in ons land neemt de neiging om de opleidingen zoveel mogelijk gedetailleerd voor te schrijven echter af; in de Commissie Opleidingsproblematiek Specialisten (COS) is van onderwijsdeskundige zijde gewezen op de onmogelijkheid de opleiding altijd volstrekt vast te leggen en op het gevaar dat men met een dergelijk systeem in een bureaucratie verzeilt die in feite inhoudelijk geen voordeel biedt. Een volgende tendens die in Engeland sterk tot ontwikkeling is gekomen is de afkeer van een 'parochiale' opleiding, dat wil zeggen een opleiding die van de eerste tot de laatste dag onder de zelfde opleider in één en hetzelfde ziekenhuis plaatsvindt. In feite is dat ook niet mogelijk, omdat men voor een volgende trede op de carrière ladder van de National Health Service in de regel naar een ander ziekenhuis toe moet. Niet ontkend kan worden dat in Nederland te zeer de neiging bestaat de opleiding onder één opleider door te maken, hetgeen uiteraard tot een zekere vernauwing binnen het gezichtsveld van de specialistische kennis kan voeren. Een van de manieren om daaraan te ontkomen is het inrichten van cursussen voor specialisten in opleiding (zoals Den Otter heeft uitgewerkt) maar ook voor de latere jaren. Ook de mogelijkheid van een centrale toetsing tijdens de opleiding kan er aanleiding toe zijn zich te bezinnen op de vraag of men in een bepaalde opleiding voldoende kennis krijgt met betrekking tot essentiële problemen uit het betreffende specialisme.

Een derde trend in Engeland is de opleiding vooral te bespreken met de opleider en dus niet centraal te laten registreren – alweer een facet van de variabiliteit in de opleiding. Tenslotte is de toetssteen daar niet een beoordeling door de opleider, maar het examen voor een van de 'Royal Colleges'. Toch kan dit alles, in summatie, voeren tot wat Delune noemt een 'éducation sauvage': men krijgt op den duur steeds minder inzicht in de wezenlijke inhoud van de opleiding en de waarde daarvan. Het is vanuit deze superindividualistische instelling begrijpelijk dat er weerstand ontstaat tegen het opvolgen van de Richtlijnen, die juist overheersend gaan in de richting van gedetailleerd voorschrijven, al hebben we op dit ogenblik alleen nog maar te maken met de opleidingstijd. Op dezelfde wijze wil Engeland vooral ruimte houden voor een deel van de opleiding in het buitenland, bijvoorbeeld in de Verenigde Staten (ook in Nederland bestaat die mogelijkheid). Men wil dit nu ook uitstrekken over de negen landen van Europa, niet alleen uit een oogpunt van zuiver wetenschappelijke vorming maar ook om degene die opgeleid wordt kennis te doen maken met andere systemen van gezondheidszorg. Weliswaar is dit op zich een nuttig streven, maar het is mijn voortdurende zorg dat in de wetenschappelijk goed verantwoorde opleiding in Nederland in feite de maatschappelijke component van de gezondheidszorg nauwelijks of nooit ter sprake komt. Tot voor kort was de opvatting van de hoog gekwalificeerde wetenschappelijke werkers in de specialistische geneeskunde dat zich intensief bezighouden met de praktijkbeoefening in het bestaande systeem van de gezondheidszorg een kwestie van latere duur was, 'al doende leert men'.

De werkgroep zag zich dus geplaatst voor een grote verscheidenheid aan tendensen, opvattingen die min of meer in het stadium van studie zijn. Daarom was de opmerking van rapporteur Brearly verstandig, dat niet moest worden gestreefd naar uniformiteit maar dat als hoofdtak van de werkgroep moest worden gezien het opzoeken van die elementen in de opleiding die niet ontbreken mogen. In dit licht bezien is het ook begrijpelijk dat verschillende landen minder waarde toekennen aan

een specialistendiploma dan wij. De vertegenwoordiger uit Denemarken deelde mee dat er in zijn land verschillende hoogleraren zijn in een specialisme die het specialistendiploma nooit hebben verkregen (ook in Nederland komt dat wel voor); met name was de waarde van het diploma uiterst dubieus, wanneer men niet veel of niets wist van de inhoud van de opleiding. Wat stelt een diploma voor een bepaald specialisme aan een Italiaanse universiteit voor, als men niet weet niet alleen hoeveel jaar men nodig heeft om dit diploma te verkrijgen maar ook of dit diploma werd verkregen na een 80% cursorisch-theoretische en 20% of minder praktische opleiding? Ook in het Engelse systeem is het diploma van minder betekenis dan bijvoorbeeld in Nederland of in Duitsland. Het initiatief van Wolvius, die naar de 'General Medical Council' is gegaan om ter plaatse inlichtingen te verkrijgen over het systeem van de opleiding en opleidingsplaatsen, werd daarom een goed initiatief genoemd. Men kwam overeen als een van de aanbevelingen uit de werkgroep aan de plenaire zitting van het Raadgevend Comité uit te spreken dat een voortdurend contact tussen functionarissen die belast zijn met de erkenning van de diploma's in de Negen noodzakelijk is; daartoe dient een vorm van samenwerking te worden geïnstitutionaliseerd.

### Centrifugaal of centripetaal?

Een interessant punt van discussie was de vraag of men moest streven naar een centrifugale of naar een centripetale ontwikkeling van de specialismen, dus verdergaande uitsplitsing of reïntegratie? Het werd duidelijk dat alle landen in feite het meest voelen voor een centripetale ontwikkeling.

De vertegenwoordiger van Frankrijk sprak uit, dat men in het verleden te gemakkelijk specialismen heeft erkend die in feite nauwelijks bestaansrecht hebben. Het is bekend dat West-Duitsland streeft naar een opnieuw incorporeren van de afgeleide specialismen in het moederspecialisme – een soort omgekeerde partus! Van de afgeleide specialismen van de interne staat alleen het specialisme longziekten nog buiten de deur, alle andere zijn

opgenomen binnen het interne specialisme; men is in Duitsland dus specialist voor interne ziekten met de 'Unteranzzeichnung' cardiologie, gastro-enterologie etc. Ten aanzien van de afgeleide chirurgische specialismen doet zich daar eveneens een dergelijke ontwikkeling voor. Ook in Nederland zal men zo gauw niet meer overgaan tot het erkennen van bepaalde onderdelen van een specialisme tot zelfstandig specialisme tenzij (zie het rapport-Majoor van jaren geleden) een grote groep van patiënten in aanmerking komt voor moderne behandelingsmethodieken die onvoldoende tot hun recht komen in het moederspecialisme, waarvoor zoveel tijd en deskundigheid nodig is dat de uitoefening van het moederspecialisme in volle omvang daarmee onmogelijk wordt. Maar in Nederland wijst ook alles erop dat wij zullen gaan in de richting van een aantekening, dus bijvoorbeeld een internist met aantekening hematologie, nefrologie etc. Dit biedt het voordeel van een zekere *erkenning van specifieke bevoegdheid zonder dat dit leidt tot een zelfstandig specialisme*, dat zich dikwijls ook maatschappelijk nauwelijks staande kan houden. Het is denkbaar dat op den duur reumatologie, gastro-enterologie en allergologie weer terugkeren in de moederschoot.

Bij deze discussie kwam de vraag naar voren wat bij verdergaande uitsplitsing de functie zou kunnen blijven van het moederspecialisme. Dat is de andere kant van de medaille: bij een verdergaande uitsplitsing wordt het moederspecialisme steeds magerder. Men spreekt in dit verband van de 'tronc commun'. Een van de leden van de werkgroep, zelf een plastisch chirurg, sprak uit dat de 'tronc commun' van de chirurgie niets anders was dan buikchirurgie. Dit werd door vele anderen bestreden:

Het moederspecialisme chirurgie heeft zin, omdat de eigen geaardheid van het specialisme daarin het best tot uitdrukking komt en omdat degenen die opgeleid wordt in een onderdeel van de chirurgie kennis moet hebben van de algemene vraagstukken van wondgenezing, het ontstaan en de behandeling van shock, in het algemeen de biologische response op een bloedige ingreep, en bovendien in dat specialisme zijn vingeroefeningen

vindt voor het later uitvoeren van het afgeleide specialisme. Hetzelfde geldt voor de interne; juist de interne heeft de laatste jaren bewezen een specialisme op zichzelf te zijn met een toenemend aantal onderzoeken op andere dan alleen de orgaangebieden. Het is daarom te hopen dat bijvoorbeeld de oncologie zich niet zal afsplitsen als zelfstandig specialisme, maar een plaats zal trachten te vinden binnen het geheel van de interne.

In het algemeen werd ook in deze werkgroep betreurd dat er specialismen zijn ontstaan op zeer verschillende gronden. Men kent immers van oudsher orgaanspecialismen, waarbij de specialist vrijwillig afstand deed van de beoefening van de geneeskunde in volle omvang die aan de algemene arts werd voorbehouden, daarnaast echter ook systeemspecialismen (reuma), vervolgens leeftijdspecialismen (pediatrie, mogelijk ook geriatrie) en ondersteunende specialismen (bacteriologie, röntgenologie, pathologische anatomie) en ook wel specialismen die een deel van de taak van het oorspronkelijke specialisme overnemen (revalidatie). Het is bijna een wonder dat de specialistische geneeskunde zich staande heeft weten te houden bij een dergelijke, bijna catastrofale, onlogische ontwikkeling. Toch zijn de tendensen die drijven naar een reorganisatie steeds sterker. Het zal zeker een belangrijke taak zijn van de werkgroep Opleiding Specialisten, maar in laatste instantie vooral van het Raadgevend Comité voor de Medische Opleiding, te trachten in Europa deze reoriëntatie op rationele gronden te bevorderen.



## De koppige footballplayer

Vanavond meldde zich op de EHBO een meisje van rond de 28 jaar dat drie weken tevoren moeder was geworden. Ze was niet getrouwd maar had wel een vaste vriend, die haar gelukkig niet in de steek had gelaten. Het meisje had een astma-aanval gehad die nogal hardnekkig van aard was volgens de huisarts. Toen ik haar van achteren zag lopen, gingen mijn gedachten het eerst uit naar een Amerikaanse 'football-player' die van top tot teen beschermd is door een heel arsenaal aan schokbrekers en schokdempers. Ik probeerde haar eerst wat te kalmeren, hetgeen echter niet gemakkelijk was. Vanaf het eerste moment maakte zij een koppige indruk.

Het lichamelijk onderzoek bevestigde onze diagnose en mijn assistent wilde haar laten opnemen. Alles was klaar gemaakt voor het infuus, toen 'Madame' begon tegen te sputteren: 'De vorige keer ging het ook met pilletjes . . .' 'Ja, maar ditmaal lijkt mij een infuus beter, omdat u op deze wijze een constante stroom van het werkzame medicament krijgt toegediend'. 'Maar waarom ging het toen dan zo goed met tabletjes?' 'Omdat die hetzelfde werkan als de medicamenten die wij in de infuusvloei stof hebben gestopt. In dit geval lijkt ons een infuus echter noodzakelijk'. 'Maar kan ik morgenochtend dan geen infuus krijgen?' 'Nee, het is echt veel beter wanneer wij nu een infuus bij u aanbrengen'. 'Nou, dat gaat mij zeker veertien dagen kosten'. 'Dat hoeft helemaal niet'. 'Maar ik ken dat wel'. 'Dat hangt af van uw toestand'. 'Hoe dan ook, dan is er niemand die voor mijn baby kan zorgen'. 'Daar vinden wij wel een oplossing voor'. 'Ja, gemakkelijk gezegd . . .' 'U maakt zich dus vooral zorgen om de baby?' 'Ja, natuurlijk; dat infuus kan mij niets schelen'. Nadat wij met de 'hoofdwacht' hadden gesproken, bleek het geen probleem te zijn tegelijkertijd met de moeder ook het kind op te nemen. Toch bleek de patiënte niet te

overreden. Het infuus bleek opnieuw een struikelblok te vormen en na een lang gesprek met haar vriend besloot ze toch maar weg te gaan!

Omdat ik toch dienst heb, ben ik maar doorgedaan met het uitwerken van de voorgeschiedenis van een van mijn patiënten. Van verschillende ziekenhuizen heb ik gegevens gekregen. Wellicht ga ik later deze ziektegeschiedenis voordragen onder de titel, 'Prednison-diabetes of iatrogene mishandeling'.

Ik heb trouwens alweer een patiënt gekregen. Het is een twintigjarige jongen, die met spoed is opgenomen met een morbus Reiter. Alleen die naam heeft al een zekere aantrekkingskracht en daarom heb ik hem maar als patiënt genomen.

DAGBOEK  
VAN EEN  
CO-ASSISTENT  
(28)

Vanmiddag hebben wij 'college' van Dr. Wouters gehad. Ik heb nog nooit van mijn leven iemand zo goed horen doceren – en dan nog wel uit de losse hand en onvoorbereid – als hij. Het was werkelijk verbazingwekkend. Achteraf beschouwd lette ik misschien meer op zijn wijze van doceren dan op wat hij doceerde.

Alexander van Es



## officieel

---

### KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

#### Dagelijks Bestuur

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

#### Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

#### Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

#### Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

#### Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

#### Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

#### Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

#### Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

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

Mevr. Mr. H. A. van Andel, secretaris van deze drie colleges;  
W. J. de Jager, secretaris van het Centraal College tot 1-6-1978;  
Mw. E. M. Dekker-Meelker, secretaresse.

#### Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

#### Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

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

#### Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (SBA)

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



## Van het centraal bestuur

### **Convocatie ledenvergadering vrijdag 2 juni 1978**

Het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging roept ex artikel 26 lid 1 van het Huishoudelijk Reglement een ledenvergadering bijeen op vrijdag 2 juni 1978. Deze vergadering zal worden gehouden te Utrecht in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum, Jaarbeursplein (tel. 030-914914).  
Aanvang: 19.30 uur.

#### **Agenda**

1. Opening.
2. Mededelingen.
3. Notulen.
4. Jaarverslag van de secretaris over 1977.
5. a. Financieel Jaarverslag van de penningmeester over 1977; accountantsrapport; decharge van de penningmeester.  
b. Financieel Jaarverslag van de secretaris-penningmeester van de Apotheekcommissie over 1977 (dit verslag is geïncorporeerd in dat wat is genoemd onder 5a); de decharge van de secretaris-penningmeester van de Apotheekcommissie.
6. Wijziging van het lidmaatschaps criterium en in verband daarmee wijziging van relevante artikelen in het Huishoudelijk Reglement van de LHV.
7. Folluw up regionale bijeenkomsten.
8. Wat verder ter tafel komt.
9. Rondvraag.
10. Sluiting.

#### **Toelichting**

Wegens plaatsgebrek in het officiële gedeelte van het vorige nummer van Medisch Contact is deze convocatie toen geplaatst in het redactionele gedeelte van dat nummer. Daarom wordt de convocatie nu herhaald.

*ad. 3.* Vaststelling van de notulen van de ledenvergaderingen van 31-08-1977 (no. 77/1301) 25-11-1977 jo 16-12-1977 (nos. 77/1443 en 78/134) 16-12-1977 (no. 78/137) 27-01-1978 (no. 78/590).

*ad. 4.* zie verderop.

*ad. 5a en 5b.* zie het volgend nummer van Medisch Contact.

*ad. 6.* Invoering van het dubbelcriterium: huisartsen in dienstverband worden ook lid van de LHV. In verband hiermede is aanpassing van artikel 6 van het Huishoudelijk Reglement noodzakelijk.

Tevens zal worden voorgesteld, dat assistenten niet in loondienst en waarnemend huisartsen kandidaat-lid blij-

ven en dat assistenten, werkzaam in loondienst kandidaat-lid worden.

Tevens zal de ledenvergadering worden voorgesteld de LHV-contributie voor huisartsen in dienstverband, gewoon lid, te bepalen op f 25,—, en wel gedurende een proefperiode van 2 jaren.

Voor de volledige tekst van deze reglementswijziging: zie het volgend nummer van Medisch Contact.

### **Nog te houden regionale LHV-bijeenkomsten**

#### **donderdag 18 mei**

Alkmaar – Schouwburg 't Wapen, Breedstraat 33, tel. 072-112201, aanvang 19.30 uur

Nijmegen – Concertgebouw 'De Vereniging', Keizer Karelplein, tel. 080-221028, aanvang 19.30 uur

Almelo – Postiljon Motel, Aalderinksingel 2, tel. 05490-15261, aanvang 19.30 uur

Den Haag – Promenade Hotel, Van Stolkweg 1, tel. 070-574121, aanvang 19.30 uur

#### **maandag 22 mei**

Leiden – Elisabeth Ziekenhuis, S. Smitweg, Leiderdorp, tel. 071-899250, aanvang 19.30 uur

Venlo – Restaurant Valuas, Urbanusweg 9-11, tel. 077-41141, aanvang 19.30 uur

Leeuwarden – Congrescentrum Harmonie, Ruiterskwartier 4, tel. 05100-39225, aanvang 19.30 uur

Maastricht – Maaspaviljoen, Maasboulevard, tel. 043-54361, aanvang 20.00 uur

#### **dinsdag 23 mei**

Rotterdam – Restaurant Engels, Stationsplein 45, Rotterdam, tel. 010-119551, aanvang 19.30 uur

Arnhem – Musis Sacrum, Velperplein, tel. 085-423052, aanvang 19.30 uur

Bergen op Zoom – 'Den Hollandsche Tuyn', Huijbergsestraat 14, tel. 01640-34073, aanvang 19.30 uur

#### **woensdag 24 mei**

Dordrecht – Gebouw 'Kunstmin', St. Jorisweg 76, tel. 078-36464, aanvang 19.30 uur

Eindhoven – Cocagne, Vestdijk 47, tel. 040-444755, aanvang 19.30 uur

Epe – Hotel-Restaurant 't Hof van Gelre', Hoofdstraat 46, tel. 05780-2232, aanvang 19.30 uur

Amersfoort – Berghotel, Utrechtseweg 225, tel. 033-16110, aanvang 19.30 uur

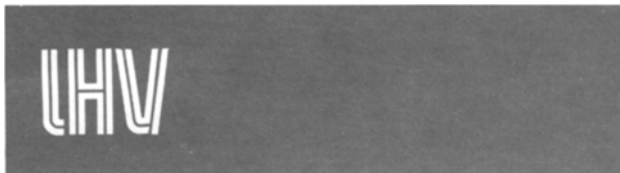
#### **donderdag 25 mei**

Middelburg – Schouwburg, Molenwater 99, tel. 01180-25156, aanvang 19.30 uur

Utrecht – Jaarbeurs, Croeselaan 8, tel. 030-914914, aanvang 19.30 uur

Gouda – Ziekenhuis Bleuland, Bleulandweg 10, tel. 01820-19555, aanvang 19.30 uur

Groningen – Postiljon Motel Haren, Emmalaan 33, tel. 050-347041, aanvang 19.30 uur



## Jaarverslag 1977

### Inleiding

Het veel bewogen jaar 1977 overziend, kan door een buitenstaander van de LHV moeilijk worden gezegd, dat zij zich als een fiere leeuw koninklijk te weer heeft gesteld op al die plaatsen waar dat nodig was. Veeleer deed de LHV denken aan de leeuwen in Burgers Leeuwenpark die, af en toe met weinig effect agerend, doorgaans slechts de toename van het aantal bezoekers constateren en zich ongerust maken over hun oudedagsvoorziening, die af en toe door de oppassers tot grotere activiteit worden geprikkeld en bang zijn voor vermindering van het rantsoen, die onderling verdeeld zijn over de vraag of zij de vrijheid van het ruime Afrikaanse land moeten verlangen of zich binnen de beperkte ruimte, die hen toegemeten is, zouden moeten aanpassen. Geen verheffend beeld kortom. De vraag is of dat komt door de omstandigheden waarin zij verkeren, door het beleid van de directie of door het toenemend aantal bezoekers die met een te grote verwachting naar hen komen kijken.

De allegorie gaat niet op. Leeuwen kunnen zelf weinig doen aan de afrastering van hun territoir. De huisartsen daarentegen zullen ten gerieve van hun patiënten wel duidelijk hun mening kunnen deponeren en dienen te deponeren daar waar anderen hen in hun mogelijkheden willen beperken.

Niet dat er weinig gedaan is in 1977; voor de cijfers verwijs ik naar de bijlage van dit verslag. Hier geef ik slechts een staatje, dat ten dele een indruk geeft van de stijgende hoeveelheid werkzaamheden van het bureau.

	1973	1974	1975	1976	1977
Ingekomen nummer post	3113	4780	3811	4203	4752
Uitgaande brieven	1973	2272	1942	2656	3179
Uitgaande stencils	872	1020	921	1294	1513

Belangrijker is echter de context waarin de werkzaamheden zich afspeelden en dan wil ik hier in de eerste plaats noemen de toename van de noodzakelijke contacten over een toenemend aantal aandachtsvelden met de overheid. Voor sommigen zal dit lijken op een vergroting der overheidsbemoeienis in zaken die dit nauwelijks behoeven, voor anderen zal dit slechts duiden op een overheidsbeleid, dat op verantwoorde wijze meespeelt in de ontwikkelingen op het gebied der gezondheidszorg. Vast staat dat dit jaar heel duidelijk de vraag aan de orde kwam naar de ruimte voor het particulier initiatief ten opzichte van het overheidshandelen.

### Overheid

Niet slechts op nationaal niveau, maar ook op provinciaal- en gemeentelijk niveau speelde deze vraag. De huisartsen werden daarmee, gewild of ongewild geconfronteerd. Om een beeld te geven op welke terreinen dit zich afspeelde, noem ik deze hier, met name, om vervolgens over enkele nader uit te wijden. Het is echter niet de opzet van een jaarverslag der Landelijke Huisartsen Vereniging om een volledig beeld te schetsen van het overheidsbeleid.

#### Wetsvoorstellen

- Wet Tarieven Gezondheidszorg.
- Wet Voorzieningen Gezondheidszorg.
- Wet Openbaarheid Inkomens.
- Wet Bevolkingsonderzoek.

#### Uitvoeringsbesluiten

- Prescriptiebeschikking.
- Subsidieregeling gezondheidscentra.
- Beperkingen in de gezinszorg en het algemeen maatschappelijk werk.
- Nascholing.
- Prijzenbeschikking.
- Intrekking vergunning apotheekhoudende huisartsen.

#### 'Afspraken'

- Vestigingsbeleid.
- Kostenonderzoek.
- Waarnemingsproblematiek.
- Uniforme registratie verloskunde.

Waarschijnlijk is deze opsomming niet volledig, wel toont deze aan, dat de LHV veel werk heeft moeten verzetten om gelijke tred te houden met de gedachten en ontwikkelingen, die in het bijzonder bij de overheid leven. Er blijkt ook uit, dat het niet zo onbegrijpelijk is dat de LHV naar oplossingen in zijn eigen structuur zoekt om te komen tot adequate besluitvorming. Tevens blijkt er uit, dat de problemen waarvoor de LHV zich gesteld ziet, zich allang niet meer beperken tot tarieven en wat randverschijnselen, maar ook heel wezenlijk kunnen ingrijpen in het werk en het functioneren van de individuele huisarts. Dit laatste geeft weer aan hoe het kan komen, dat de individuele huisarts, (maar ook de groep) zich niet zeker van zijn taak voelt, als zou hij zijn werk niet goed doen, als zou niet dankzij ook zijn inzet de gezondheidszorg in Nederland het peil hebben dat zij gelukkig nog heeft.

### Wetsvoorstellen

Een en ander betekende meer overleg. Zo werd mede ter voorbereiding van het overleg tussen de staatssecretaris van VoMil en de KNMG een ambtelijk overleg gecreëerd tussen ambtenaren van het departement en functionarissen van de diverse verenigingsbureaus. Voor de LHV wordt hieraan deelgenomen door de directeur van het Bureau.

In KNMG-verband werd het zogenaamde presidia-overleg gecreëerd tussen vertegenwoordigers van het Hoofdbestuur en de Centrale Besturen der maatschappelijke verenigingen. Dit overleg functioneerde ter voorbereiding van de standpunten ten aanzien van de wet Tarieven Gezondheidszorg en de wet Voorzieningen Gezondheidszorg.

Uit dit presidia-overleg vloeide weer twee werkgroepen voort, waarin naast de KNMG ook de maatschappelijke verenigingen en enkele deskundigen van buiten zitting hadden. Deze werkgroepen hebben o.a. de visie van de KNMG en de maatschappelijke verenigingen voorbereid ten aanzien van de Voorzieningswet.

Over de totstandkoming van de wetsvoorstellen kon de LHV zich met recht gekrenkt voelen. Immers deze belangrijke wetsvoorstellen waren uitgebracht zonder dat de vereniging (of andere groeperingen) daarin van te voren was gekend. Het vorig jaarverslag gaat hier uitvoerig op in.

De inhoud van deze wetsvoorstellen is door ons uiterst kritisch ontvangen. De Tarievenwet houdt de mogelijkheid in, dat overeenkomsten tussen ziekenfondsen en beroepsorganisaties niet slechts door een centraal tarievenorgaan worden afgekeurd, maar tevens dat dit orgaan vaststelt welke tarieven wel mogen gelden. Ook in de Voorzieningenwet komen bepalingen voor waarbij op cruciale momenten de stem van de huisarts hooguit wordt gehoord, zonder dat er naar geluisterd moet worden en zonder dat steeds voldoende beroepsmogelijkheden aanwezig zijn.

De LHV publiceerde tezamen met KNMG, LSV en LAD haar Memoranda over deze wetten, mede ten behoeve van de hearing van de Tweede Kamer-commissie voor Volksgezondheid op 11 maart. De ledenvergadering nam op 4 februari de volgende motie aan:



### *overwegende*

dat de totstandkoming van de wetsvoorstellen wet Voorzieningen Gezondheidszorg en wet Tarieven Gezondheidszorg heeft plaatsgevonden zonder dat van enige inspraak der beroepsorganisatie LHV sprake is geweest en dat dit weinig vertrouwen ten aanzien van participatie van het particulier initiatief in de beleidsontwikkeling voor de toekomst biedt.

### *overwegende voorts*

dat de inhoud der wetsvoorstellen gedragen wordt door de gedachte van een eenzijdige machtsconcentratie bij de overheid en dat dit onvoldoende recht doet aan de deskundigheid en verantwoordelijkheid van de nederlandse huisartsen voor de individuele gezondheidszorg en derhalve de gezondheidszorg niet kan dienen.

### *overwegende tenslotte*

dat het de taak is van een organisatie als de LHV om binnen het kader der wettelijke mogelijkheden een optimale gezondheidszorg na te streven en dat dit door wetten als voorgesteld onmogelijk dreigt te worden gemaakt, geheel ten detrimente van de patiënt.

nodigt het Centraal Bestuur der LHV uit om in goede samenwerking met KNMG en zusterorganisaties met alle geëigende middelen het gewraakte streven dat neergelegd is in beide wetsvoorstellen te bestrijden onder aanbieding van uitgangspunten welke de gezondheidszorg wel kunnen dienen.

verklaart zich akkoord met strekking en teneur der commentaren zoals opgesteld door het Centraal Bestuur'

Naar aanleiding van genoemde hearing stelde de KNMG in samenwerking met LSV, LAD en LHV in de zomer een visie op, waarin werd vermeld hoe de gezondheidszorgvoorzieningen wel geregeld zouden kunnen worden. Tevens werden diverse gesprekken met kamerleden over de wetten gevoerd waarvan wij tenminste hopen dat dit zal leiden tot meer begrip voor onze standpunten.

Ook tijdens het bestuursweekend op 18 en 19 februari werd over de wetsvoorstellen gesproken (daarnaast werd toen uitvoerig gesproken over het concept-modelcontract tussen de individuele huisarts en het ziekenfonds). Aan de ene kant is het juist dat met wetsvoorstellen als de onderhavige weinig bereikt kan worden wanneer er met de werkers in het veld geen goed garen te spinnen valt, aan de andere kant moeten de beroepsorganisaties zich bewust zijn van hun verantwoordelijkheid in dit tijdsgewricht. In dit verband is het bepaald onvoldoende wanneer het bestuur van de LHV al tenminste tien jaar van de kansel roept dat door de organisatie zelf een basis moet worden geformuleerd, die anderen duidelijk maakt waar zij staat, terwijl beleidsstukken als Blauwdruk en Takenpakket, als al te bedreigend, grote weerstanden wekken.

### **Vestigingsbeleid**

Toegegeven zij echter dat een landelijke organisatie van de weeromstuit niet moet vervallen in dezelfde fout als de overheid, door al te dirigistisch voor iedere individuele situatie landelijk geldende normen op te leggen. Toch moet een LHV in staat zijn om daar waar aan de basis bijvoorbeeld niets aan vestigingsbeleid gebeurt zelf kaders aan te geven waarbinnen dat kan geschieden. Ook moet de eigen organisatie de mogelijkheden krijgen om daar waar een verkeerd vestigingsbeleid wordt gevoerd de wege aan te geven hoe – ten behoeve der volksgezondheid – weer op het rechte spoor te komen.

In 1977 werden wij geconfronteerd met een toenemend aantal vestigingsproblemen, waarbij enerzijds sprake was van minder juiste vrije vestigingen, anderzijds van weinig collegiaal gedrag van gevestigde artsen, maar soms bovendien van een onoordeelkundige inmenging van de plaatselijke overheid, die de eerstelijns gezondheidszorg als politiek item in zijn vaandel schreef.

Tenslotte bleken er organisaties tot stand te komen van potentiële patiënten: een bij mijn weten in dit kader nieuw fenomeen en iets waarmee wij, huisartsen, in de nabije toekomst (gaarne)

rekening zullen moeten houden; hoewel het wel even wennen zal zijn.

### **Nieuwe Blauwdruk en Takenpakket**

Telkens weer blijkt de regeling voor een vestigingsbeleid niet los gezien te kunnen worden van de wijze van praktijkvoering, van de verrichtingsfrequentie, van de praktijkgrootte en van het inkomen. En aangezien het laatste medebepaald wordt door landelijke tarieven, is het duidelijk dat alle andere genoemde punten landelijke kaders moeten krijgen. Plaatselijke initiatieven die nu nog succes lijken te hebben, zullen later in een enkel geval nadelig blijken te zijn omdat zij het probleem niet in deze bredere context geplaatst hebben en voorbijgaan aan de landelijke consequenties. Of zou het toch mogelijk zijn vol te houden dat een gemiddelde beschermde praktijkgrootte van meer dan 2600 niet zou leiden tot een ter plaatse aangepaste dagtaakpraktijk en dus: honorering?

Het Centraal Bestuur deed er het zijne toe: het kwam met het rapport 'de Taken van de Huisarts' en met de 'Nieuwe Blauwdruk'. Het eerste heeft in 1977 nog niet tot een besluit van de ledenvergadering geleid. Het tweede is amper ter discussie geweest.

### **De ziekenfondsen en de pensioenpremie**

Het Centraal Bestuur heeft bij de presentatie van deze stukken niet bepaald het gunstigste moment gekozen, want deze stukken verschenen in de zomer van 1977 op hetzelfde moment waarop duidelijk werd dat met de ziekenfondsen geen of althans moeilijk overeenstemming bereikt kon worden over de honorering van hetzelfde jaar.

Eind 1976 had het Centraal Bestuur een aantal voorstellen gedaan voor 1977, welke hierop neerkwamen, dat aan het oude bezwaar dat de ziekenfondsen onvoldoende bijdroegen aan de pensioenreservering ten behoeve van de huisartsen, tegemoet zou worden gekomen. Bovendien dienden enige andere punten te worden rechtgetrokken. Tenslotte kwam in deze voorstellen een nacalculatie voor van de aanpassing van onderdelen van het kostenbudget, die onvoldoende was geweest ten gevolge van de prijzenbeschikkingen.

De pensioenbijdrageclaim was weliswaar volledig berekend en geadstrueerd, maar de ziekenfondsen hebben in hun gesprekken in de Onderhandelingscommissie deze nauwelijks in discussie genomen.

Er is over dit probleem binnen de LHV veel gezegd en veel gesproken, er is bovendien ook veel over geschreven. Er is een stuk publiciteit naar buiten gekomen en het is zelfs zover gekomen dat het erop leek, dat de besturen van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) en de LHV via de media onderhandelden.

Wat de zaak extra ingewikkeld maakte was het feit dat het Centraal Bestuur geconfronteerd werd met twee problemen. Enerzijds het punt, dat er ten aanzien van de Nieuwe Blauwdruk toch het nodige van de grond moest komen, wilde inderdaad de LHV zijn bijdrage ook in de toekomst nog kunnen leveren bij de wijzigingen welke in de gezondheidszorg, naar het oordeel bijvoorbeeld van de overheid, noodzakelijk waren. Daartoe diende een snelle produktie van de Blauwdruk en daartoe diende ook een snelle bespreking ervan. Anderzijds moet de honoreringsstructuur goed zijn geregeld, alvorens, mede daarop voortbouwende plannen als de Blauwdruk, met anderen te kunnen bespreken. Is dat niet gebeurd dan wordt het moeilijker onvolkomenheden in de structuur uit het verleden bij de realisering van de plannen nog weg te werken, hetgeen het blijvend behoorlijk functioneren van de huisartsgeneeskunde in de waagschaal zou kunnen stellen.

Tussen deze scylla en charibdis heeft het Centraal Bestuur getracht te varen. Daarbij was haar voorlichting in de ledenvergadering van juni bijvoorbeeld niet gelukkig. Het is ook, en het



blijft steeds voor het Centraal Bestuur bijzonder moeilijk om volledig op de hoogte te zijn van datgene wat overgekomen is bij de leden en datgene wat het zelf doen voor ogen staat. Immers al geruime tijd vóór juni was o.a. in de voorzittersinleidingen heel duidelijk naar voren gebracht dat er problemen zouden komen ten aanzien van de pensioenzaak. Het verband met de Nieuwe Blauwdruk was eveneens eerder gelegd. Niettemin was de ledenvergadering perplex toen bleek, dat het Centraal Bestuur de consequenties voor een niet-honorering van de claim ten aanzien van de pensioenbijdrage geheel of gedeeltelijk zou willen voorleggen aan het bestuur van de VNZ. De ledenvergadering eiste meer voorlichting alvorens tot dergelijke besluiten kon worden overgegaan.

De pensioenclaim hield in dat het percentage van 24 uit het advies van de commissie-Van der Ven voor huisartsen niet toepasselijk is. Dit percentage is door één premie van alle ambtenaren voor het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds. Dit werd later in het rapport van de Commissie Raven over de inkomensvorming van de vrije beroepsbeoefenaren bevestigd. Men schatte toen ook al de hoogte van de pensioenpremie voor deze categorie op circa 34%. Een dergelijk getal was ook gerealiseerd in de uitkomsten van het rapport Donner over de particuliere honoraria.

Getalsmatig is er naar aanleiding van deze claim in de ledenvergadering, in het bestuur en in het bijzonder ook in de betreffende adviescommissie van het Centraal Bestuur, de Ziekenfondstarievencommissie – medische sectie – uitvoerig gesproken. Een stroom van cijfers, die niet altijd op elkaar afgestemd bleken te zijn, volgde. Maar de leden werden geïnformeerd en de boodschap kwam over, namelijk: het pensioengedeelte dat de ziekenfondsen moeten vergoeden moet omhoog en wel op korte termijn. Daarbij speelde dat ook de pensioenpremie voor het eigen huisartsenpensioen zo langzamerhand een hoogte had bereikt die het de vele, vooral kleine praktijken bijzonder moeilijk maakte. Het is duidelijk dat deze gegevens, gekoppeld aan elkaar, een stemming teweeg brachten die het Centraal Bestuur de indruk gaf dat, wilde het Bestuur deze claim realiseren, ook de leden bereid waren tot het uiterste te gaan, namelijk het opzeggen van de medewerkerovereenkomst met de ziekenfondsen.

Uiteindelijk is het niet zover gekomen. Door een overigens kleine tegemoetreding van de ziekenfondsen en een ander systeem van verdeling, namelijk via een knik (of liever in dit verband een maximum) bij 2000 zielen leek het alsof hier niet meer voldoende reden voor een conflict aanwezig zou kunnen zijn. Het Centraal Bestuur adviseerde positief op het VNZ-bod van augustus en maande de ledenvergadering hierin te volgen. Deze zaak is o.a. in het Informatiebulletin van de LHV een paar keer besproken en het heeft weinig zin om hier op dit moment aan dit conflict nog veel woorden te wijden.

Belangrijk was, dat de ledenvergadering de samenhang van de pensioenclaim en de voorstellen van de Blauwdruk beter ging doorzien maar tot de conclusie kwam dat dit soort vergaande voorstellen toch een veel uitvoeriger en meer op de basis gerichte informatie behoeften, alvorens hierover beslissingen konden worden genomen.

Resultaat van het dreigende conflict was dan ook: een Centraal Bestuur dat onzeker leek omdat de ledenvergadering slechts weinige van zijn voorstellen zonder ernstige kritiek over het algehele beleid bereid was te aanvaarden, een ledenvergadering die onzeker leek omdat het een strakke leiding van het Centraal Bestuur niet zonder meer aanvaardde maar zich duidelijk in een proces van verdergaande democratisering voelde, en een ledenkring die weliswaar zich bereid had getoond om met het Centraal Bestuur de consequenties van de oorspronkelijke claim te trekken maar die overigens de andere voorstellen teveel vanuit een ivoren toren op zich af zag komen. De leden kregen daardoor de indruk, dat het Centraal Bestuur een tweede overheid was met alle dirigistische facetten die het individuele lid de overheid inmiddels toedichtte. Het Centraal Bestuur heeft tenslotte in het najaar besloten dat alvorens tot bespreking van de nieuwe voorstellen te komen, de basisfilosofie en de procedure eerst in eigen kring goed doordacht moesten zijn

## Kostenenquête

Hierboven is al even het andere belangrijke punt dat in het jaar 1977 heeft gespeeld ter sprake geweest. Het betreft hier de pogingen van de LHV om te bewerkstelligen dat de tekorten welke in het kostenbudget waren gecreëerd te niet werden gedaan. Deze tekorten waren ontstaan door de onvoldoende aanpassingen van het budget ten gevolge van de Prijzenbeschikkingen. Het zal bekend zijn dat de LHV in 1976 onder protest aanvaardde dat de Prijzenbeschikkingen zo werden toegepast dat deze tekorten konden ontstaan. De toenmalige minister van Economische Zaken, Lubbers, achtte echter een witte rand aanwezig in het kostenbudget van de gemiddelde huisarts. Wij hebben dat immer tegengesproken. Niettemin was er een onderzoek nodig om aan te tonen dat er geen sprake was van een witte rand. Dit onderzoek heeft in 1977 plaatsgevonden en heeft de LHV in het gelijk gesteld. Een structuurenquête waaraan 80% van de leden zijn medewerking verleende ging vooraf aan deze op kleinere schaal gehouden kostenenquête.

Natuurlijk is het niet zo, dat daarbij uitsluitend van reële uitgaven is uitgegaan. Er zijn nu eenmaal kosten in een kostenbudget van een normatieve praktijk die daartoe niet behoren.

Het is echter in 1977 niet meer gelukt de toen inmiddels demissionair geworden minister Lubbers te overtuigen van de noodzaak dat al in 1977 deze bedragen dienden te worden aangepast. Met de ziekenfondsen werd echter afgesproken, dat indien daartoe de mogelijkheid zou worden geopend, het tekort voor 1977 zou worden nabetaald.

## Samenwerking

Het is wellicht zinvol om in het kader van dit jaarverslag een poging te wagen de organen waarin de LHV zitting heeft en welke (delen van) de samenwerkingsproblematiek behandelen, op een rijtje te zetten.

Allereerst is er de *Commissie Samenwerkingsverbanden* (SACO) Dit is een beleidsadviescommissie van het Centraal Bestuur, die zich in het afgelopen jaar steeds duidelijker heeft ontwikkeld tot een commissie die de belangen van de samenwerkende huisartsen in zijn advisering behartigt. Een en ander kwam tot uitdrukking in de wens betrokken te worden in de onderhandelingen met de VNZ over de honorering van samenwerkende huisartsen.

### NOBEL (Nationaal Overleg Beleid Eerste Lijn)

Dit topeverleg van huisartsen, maatschappelijk werk en Kruiswerk heeft zich dit jaar ondermeer beziggehouden met de rapporten 'Alleen Samen' van de Nationale Kruisvereniging, Nieuwe Blauwdruk, Taken van de Huisarts en 'Hoe helpt de dokter'. Dit college trad bovendien voor het eerst van zijn bestaan, krachtig naar buiten naar aanleiding van de beperkingen in de ontwikkeling in de eerstelijns gezondheidszorg. Dit standpunt werd duidelijk ondersteund door de ledenvergadering, die immers op 25 november de volgende motie over dit onderwerp aannam:

De ledenvergadering der Landelijke Huisartsen Vereniging te Utrecht bijeen op 25 november 1977

### Kennis genomen hebbend van

- de vacaturestop voor het maatschappelijk werk
- de beperking in de gezinsverzorging
- en het voornemen ook de wijkverpleging in zijn financiële mogelijkheden te beperken.

Gehoord de onrust die deze regeringsmaatregelen te weeg brengen

Overwegende dat deze maatregelen, ingegeven door de behoefte om te bezuinigen, afbreuk doen aan het beleid om de eerste lijn te versterken

Overwegende voorts dat deze maatregelen de beantwoording der groter wordende hulpvraag door de eerste lijn – in al zijn facetten ook die van de samenwerking – bemoeilijken en soms verhinderen

Overwegende tenslotte dat deze maatregelen tot gevolg kunnen hebben dat door een tekort aan faciliteiten in de eerste lijn een groter beroep op de intramurale zorg moet worden gedaan Meent dat zo spoedig mogelijk een herwaardering van deze maatregelen moet plaatsvinden om tot een doelmatiger en evenwichtiger beleid te komen.'

#### *De Begeleidingsgroep van de Stimuleringsregeling Wijkgezondheidscentra*

Deze groep telt in zijn midden vertegenwoordigers van de departementen van VoMil en CRM en daarnaast van allerhande organisaties zoals Ziekenfondsraad, Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ), maar ook vertegenwoordigers van belanghebbende beroepsorganisaties. In de praktijk slaagde deze werkgroep erin te bereiken dat ook groepen, welke de intentie hadden in een gezamenlijk pand te werken, van de subsidieregeling gebruik konden maken. Tevens werd een begin gemaakt met een verruiming van de subsidiemogelijkheid naar duidelijke samenwerkingsverbanden, zonder dat sprake was van een gemeenschappelijk pand. Een wijziging in de voorlopige stimuleringsregeling is in voorbereiding.

Bovendien zijn drie subcommissies waarin de LHV eveneens is vertegenwoordigd aan het werk geweest, namelijk de subcommissie Accomodatiebeleid Wijkgezondheidscentra, die met een advies over de accommodatie gereed kwam, de subcommissie Juridisch Aspecten Wijkgezondheidscentra en de subcommissie Financiële Aspecten Wijkgezondheidscentra. De rapporten van beide laatsten zijn in 1977 nog niet gereed gekomen.

Niet alleen de laatste subcommissie hield zich met de financiering bezig maar ook de subcommissie Wijkgezondheidscentra van de financiële commissie van de Ziekenfondsraad. Ook hierin was de LHV vertegenwoordigd. Deze commissie behandelt ten behoeve van de ziekenfondsraad de financiële consequenties van de individuele overeenkomsten welke gezondheidscentra met ziekenfondsen sluiten.

Bij ontbreken van landelijke overeenstemming tussen LHV en VNZ over deze materie is de weg van de individuele overeenkomst aangewezen; daar komt bij, dat de aard der verschillende centra en de structuur onderling een grote diversiteit kunnen vertonen, hetgeen in de overeenkomsten tot uitdrukking wordt gebracht. Niettemin is ook deze subcommissie bezig om te komen tot een advies aan de Ziekenfondsraad over de financiering van samenwerkingsvormen in het algemeen. Dit laatste is ook daarom zinvol omdat de overheidssubsidieregeling slechts een bijdrage kan geven gedurende vijf jaar, terwijl ook daarna zonder extra maatregelen de continuïteit van deze vorm van eerstelijns hulp niet is gewaarborgd.

#### *Het S1-overleg*

Dit is een overleg, dat onder leiding van het departement van VoMil tweemaal per jaar plaatsvindt en waaraan eveneens beroepsorganisaties, Ziekenfondsraad en CRM deelnemen. Hierin wordt behandeld de halfjaarlijkse rapportage van het S1-project, dat de samenwerkingsvormen van huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden begeleidt en onderzoekt. Dit project wordt gesubsidieerd door VoMil en wordt geleid door de Nationale Kruisvereniging, de Landelijke Organisatie voor Maatschappelijke Dienstverlening: JOINT en het Nederlands Huisartsen Instituut. In deze halfjaarlijkse rapportages komen signalen voor die wijzen op de belemmeringen welke samenwerkende groepen ondervinden. Deze signalen kunnen worden teruggebracht tot de algemene stelling dat de structuur in de eerstelijns gezondheidszorg te weinig ruimte biedt aan deze voor de ontwikkeling van de volksgezondheid zo belangrijke experimenten.

Desgevraagd nam het Centraal Bestuur ten aanzien van de samenwerking, mede naar aanleiding van datgene wat hieronder vermeld staat in het rapport de taken van de Huisarts, de volgende stelling aan: 'Onder samenwerking dient te worden verstaan het overleg tussen tenminste de huisarts, de wijkverpleegkundige en de maatschappelijk werker. De mate van samenwerking hangt af van de aard der contacten.' Het CB heeft

zich daarbij wel voorgenomen deze stelling aan de ledenvergadering ter goedkeuring voor te leggen.

#### *De Contactgroep Gezondheidscentra*

Tenslotte het orgaan waarin de beroepsorganisaties van de werkers in de eerstelijns elkaar treffen om informatie en inzichten in het kader van de samenwerking uit te wisselen. Deze contactgroep heeft zich in 1977 beziggehouden met het verkrijgen van meer inzicht in de plaats, taak en functie van de diverse disciplines. Het secretariaat van dit laatste orgaan wordt gevoerd door het bureau van de LHV, evenals dat van NOBEL. Ten behoeve van het goed functioneren van dit laatste orgaan is rond de secretaris de technische commissie van NOBEL geformeerd, bestaande uit bureaufunctionarissen van de aan NOBEL deelnemende organisaties en het NHL.

Naar mijn mening heeft de idee, dat samenwerking in de eerstelijns een goede zaak is, thans wel algemeen ingang gevonden. Realisering daarvan dient de taak van de landelijke organisaties zijn de mogelijkheden daartoe te scheppen. Deze uitspraak is gemakkelijker gedaan dan uitgevoerd, dat moge alleen al blijken uit de verscheidenheid van colleges, die zich met de problematiek bezighouden. Opvallend is de goede wil, die alle betrokkenen hebben ondanks de geringe mogelijkheden om bijvoorbeeld op landelijk niveau tot elkaar te komen. Een en ander hangt nauw samen met de verschillende structuur der organisaties en de verschillende inzichten ten aanzien van de weg waarlangs een behoorlijke samenwerking tot stand dient te komen.

Als LHV zijn wij gelukkig met het feit dat een zeer geëngageerde commissie Samenwerkingsverbanden, maar ook zeer veel sterk bij de samenwerking betrokken leden, het CB blijven stimuleren bedoelde voorwaarden te scheppen. In dit kader zal het straks een extra stimulans betekenen wanneer de huisartsen in dienstverband eveneens lid van de LHV kunnen worden. Hierover werd het volgende in MC bekend gemaakt:

'In de ledenvergadering van 16 december 1977 is mededeling gedaan over de voortgang der werkzaamheden ten aanzien van het openen van de mogelijkheid voor huisartsen in dienstverband lid te worden van de Landelijke Huisartsen Vereniging (naast hun lidmaatschap van de Landelijke Vereniging van Huisartsen in Dienstverband). Een definitieve regeling hiervoor hoopt het bestuur te kunnen afronden op de ledenvergadering van 2 juni 1978. In afwachting hiervan heeft het Centraal Bestuur besloten huisartsen in dienstverband werkzaam in gezondheidscentra en lid van de KNMG, uit te nodigen zich bij de LHV op te geven, waarna aan hen alle informatie welke aan de LHV-leden wordt verstrekt, zal worden toegezonden. Tevens zullen hun adressen worden doorgegeven aan de districtsbesturen en PHV-besturen, opdat deze hen kunnen uitnodigen voor hun respectievelijke districts- of PHV-vergaderingen. Ook op de ledenvergadering der LHV zijn deze huisartsen welkom. Zij hebben echter geen stemrecht en geen actief of passief kiesrecht binnen de LHV, zolang hun lidmaatschap van de LHV nog niet formeel geregeld is. Het Centraal Bestuur verwacht dat zeer velen van deze collegae gebruik zullen maken van deze voorlopige regeling'.

#### *Commissie eerste – tweede échelon*

In het kader van de behoefte tot een blijvende goede samenwerking tussen huisartsen en specialisten werd mede met het oog op het uitgangspunt van de versterking van de eerste lijn door LSV en LHV een gezamenlijke commissie opgericht die tot taak heeft:

- te inventariseren hetgeen thans in den lande met betrekking tot het intensiveren van de samenwerking huisarts – specialist geschiedt.
- na te gaan welke aanbevelingen aan huisartsen en specialisten gedaan kunnen worden teneinde een optimale samenwerking tussen huisartsen en specialisten te realiseren, daarbij uitgaande van de wens tot versterking van het eerste echelon en intensivering van de poliklinische behandeling.
- te bezien in hoeverre binnen deze optimale samenwerking een versterking van het eerste echelon geëffectueerd kan worden.

#### *De prescriptieovereenkomst*

In het kader van de ook door ons noodzakelijk geachte kostenbewaking, werd o.a. van de zijde van de staatssecretaris J. P. M. Hendriks, aandrang uitgeoefend om niet slechts via zwaarwegende adviezen (Regeling en Klapper) maar ook via concrete

afspraken te komen tot een medisch en economisch verantwoord voorschrijven. De LHV heeft van stonde af aan de mogelijkheden om een en ander contractueel te regelen, beperkt geacht, maar kwam zelf met een royaal aanbod, dat niet door de ziekenfondsen werd geaccepteerd. Toch was de LHV bereid om vervolgens in goed overleg met KNMP, LSV en VNZ tot een dergelijke overeenkomst met de laatste te komen. Een dergelijk overleg heeft natuurlijk tot nadeel, dat niet alle partijen op ieder punt hun eigen inzichten ook ingang kunnen doen vinden bij de diverse partners. Vandaar dat de uitkomst van dit overleg een overeenkomst is geworden die een proefperiode van 1 jaar (1 nov. 1977 tot 1 nov. 1978) inhield. De criteria waaraan een dergelijke afspraak moet voldoen zijn natuurlijk duidelijk: de gezondheidszorg voor de ziekenfondsverzekerden moet er niet op achteruitgaan, de verhoudingen tussen huisartsen, specialisten, apothekers en ziekenfondsen moeten werkbaar blijven en er moet sprake zijn van kostenbesparing. Evaluatie van deze overeenkomst zal leren of hier steeds sprake van is. Wel kan gezegd worden, dat de ontvangst welke deze regeling genoot onder de leden bepaald geen enthousiaste was en dit laatste niet zozeer vanwege het extra werk dat deze regeling met zich meebracht, maar vooral de last welke het de langdurig zieken bezorgde en de duidelijke twijfels welke bestaan over het kostendrukkend effect.

## Buitenland

De UEMO bestond op 18 maart 1977 tien jaar. Op dat moment vergaderde twee commissies van deze Europese huisartsenorganisatie in Amsterdam. Het Centraal Bestuur vatte deze gelegenheid aan om in een zeer informele ambiance wat nader met dit internationale werk en zijn deelnemers in contact te komen. Tijdens dit contact werd aan ons erelid en voorzitter van het bestuur van de UEMO, collega J. F. A. van Rijn, de Hartmann Thieding Medaille van de Hartmannbund uitgereikt.

Onze inbreng in de UEMO mag een zeer grote genoemd worden. Immers ook collega J. I. van der Leeuw, als secretaris-generaal van de UEMO, collega F. Pasdeloup, de directeur van het bureau en Mej. Van der Meulen nemen intensief aan het buitenlandse werk deel, terwijl collega J. P. Freriks de Nederlandse delegatie completeert. Het belang dat Nederland bij dit werk heeft is dan ook aanzienlijk. De richtlijnen van de EEG zijn immers van kracht geworden en dat betekent voorts nog dat buitenlandse artsen welke niet in het bezit zijn van een specifieke beroepsopleiding tot huisarts zich vrijelijk kunnen vestigen in Nederland. Het Centraal Bestuur heeft op advies van de UEMO verscheidene malen de tot zijn beschikking staande kanalen gebruikt om de door de UEMO voorgestane specifieke beroepsopleiding in de andere Europese landen eveneens ingang te doen vinden.

In de UEMO zelf werd een aanvang gemaakt met een Europees rapport over de basisopleiding en de nascholing. Ook werd gewerkt aan stellingnames tegen belemmeringen voor de vrije uitwisseling van artsen, welke ondanks de richtlijnen toch door diverse nationale autoriteiten (niet de Nederlandse) werden gecreëerd.

Tenslotte werkte de Nederlandse delegatie in belangrijke mate mee aan de totstandkoming van een symposium over de huisartsgeneeskunde in Europa en de financiële implicaties daarvan. Dit symposium, dat ter gelegenheid van het tienjarig bestaan in Luxemburg werd gehouden, vond echter pas in 1978 plaats.

## Apotheekzaken

Op 19 april 1977 beschikte de staatssecretaris, in de voor de artsen in ongunstige zin, op het beroepsschrift van de huisartsen in Huissen, wier vergunning tot het hebben van een apotheek voor onbepaalde tijd gegeven, door de Commissie voor Gebiedsaanwijzing in Gelderland niettemin was ingetrokken, toen een apotheker zich aldaar vestigde. Het bestuur besloot wegens

de vergaande consequenties van deze beschikking dat zij haar medewerking aan een procedure voor de Raad van State zou verlenen. In het kader van dit jaarverslag zal ik niet op deze zaak ingaan, maar mij beperken tot de hoofdlijn.

De LHV is er in zijn beleid steeds vanuit gegaan, dat artsen die zich vestigden in een gemeente waar een apotheker was gevestigd of grenzend aan een dergelijke gemeente, een vergunning voor onbepaalde tijd tot het uitoefenen der artseneijbereidkond konden krijgen, wanneer de geneesmiddelenvoorziening vanwege de bereikbaarheid niet, althans moeilijk, in handen gesteld kon worden van de gevestigde apotheker. De grond voor deze vergunning zou volgens de LHV pas wegvallen wanneer de bedoelde bereikbaarheid zich in gunstige zin zou wijzigen (bijvoorbeeld een nieuwe brug). De vestiging van een nieuwe apotheker is in de ogen van de LHV – en volgens onze overtuiging oorspronkelijk ook van de overheid – geen reden om de vergunning in te trekken. Wil de overheid iets dergelijks toch bereiken, dan staat haar daartoe een andere weg open. In dat geval kan de overheid een bepaald gebied apothekerkrijp verklaren, zodat het de zich daarna vestigende apotheekhoudende huisarts duidelijk is, dat zijn bevoegdheid ophoudt op het moment, dat een apotheker zich ter plaatse vestigt.

De beschikking van de staatssecretaris doorkruist dit systeem, maar schept bovendien een grote bron van onzekerheid voor zeer vele apotheekhoudende huisartsen, waarmee noch de geneesmiddelenvoorziening noch de medische gezondheidszorg ten plattelande is gediend. Een uitspraak van de Raad van State over deze kwestie kan pas in de loop van 1978 worden verwacht. Om ook de Nederlandse bevolking te interesseren voor de problematiek van de geneesmiddelenvoorziening en het standpunt dat de overheid daarbij inneemt, werd een wachtkameraffiche voor de apotheekhoudende artsen ontworpen. Daarmee is uitdrukkelijk niet bedoeld de bevolking een oordeel te vragen over de kwaliteit van de zorg welke door apothekers wordt verstrekt. Helaas is dit misverstand bij de KNMP wel gewekt, hetgeen door ons wordt betreurd, temeer daar overleg met deze organisatie op vele terreinen (BACO, medicatiebewaking, patiënteninformatie) is aangewezen.

Ook het vestigingsbeleid van de apothekers is een punt, dat zeker met onze organisatie besproken dient te worden. In de loop van 1976 werden wij gewaar dat er een werkgroep, die een dergelijk beleid voorbereidde, ten departemente bestond, waaraan ook de KNMP deelnam. Ons verzoek om aan de werkzaamheden van deze werkgroep te mogen deelnemen werd echter niet gehonoreerd. Wel heeft de staatssecretaris in de Tweede Kamer uitgesproken dat, voordat wettelijke voorstellen voor een dergelijk beleid de Kamer zouden bereiken, overleg met de KNMG noodzakelijk was.

## Regionalisatie

Als uitvloeisel van de geslaagde bijeenkomst over dit onderwerp in december 1976 nam het Centraal Bestuur twee projecten ter hand, welke de toekomst van de huisartsen en de mogelijkheden van de organisatie voor een belangrijk deel zullen mede bepalen. Gedoeld wordt hier op de LHV-kadercursus, die gezien moet worden als een kopstudie op de KNMG-kadercursus, maar dan in het bijzonder toegespitst op de eigen problematiek van de huisartsen in de regio. Hierover vonden inleidende besprekingen in de ledenvergadering plaats. Bovendien besloot het Centraal Bestuur ervaring op te doen met een politicoloog in het Bureau, opdat meer inzicht over de daarmee te creëren mogelijkheden zou ontstaan alvorens te beslissen over een aanstelling. Dit experiment kon echter in 1977 nog niet aanvangen.

Tevens werd een aanvang gemaakt met de voorbereiding van een subregionalisatiedag om dit idee, dat veel meer op de huisartsen is toegespitst, uit te werken. Tenslotte besloot het Centraal Bestuur de gelden noodzakelijk voor een uitvoering van het vestigingsbeleid in de proefregio Eindhoven niet te voteren, maar dit probleem aan de ledenvergadering voor te leggen.

## Nascholing en Huishoudelijk Reglement

De ledenvergadering besprak uitvoerig de nascholingsplannen van de Stichting Nascholing Huisartsen en besloot daarvoor belangrijke bedragen uit te trekken. Daarbij zij aangetekend dat het noodzakelijk is na te blijven gaan of de kosten van deze stichting ingepast kunnen worden in de activiteiten op nascholingsgebied, welke de overheid voorbereidt.

De ledenvergadering wenste inzicht te houden in de activiteiten van de stichting, om mede aan de hand daarvan te kunnen bepalen of de grote uitgaven verantwoord zijn. Opnieuw kwam daarbij ter discussie, dat de materiële belangenbehartiging van de LHV nu toch wel zeer ruim werd opgevat en dat het toch wel de vraag werd of de ledenvergadering daar ooit zijn fiat aan zou hebben gegeven. Deze discussies kwamen ook los rond de noodzakelijk geworden reglementswijzigingen. Immers de invoering van het nieuwe Boek II van het Burgerlijk Wetboek maakte van de Landelijke Huisartsen Vereniging (notabene ongevraagd) een eigen rechtspersoonlijkheid hebbende vereniging. Het zal zaak zijn in 1978 op deze punten uitvoerig terug te komen.

Tenslotte werd een reglementswijziging aanvaard die het de LHV mogelijk maakte naast haar gewone leden en buitengewone leden ook kandidaatleden te hebben en wel huisartsen die als zodanig nog niet gevestigd zijn (waarnemers en assistenten) en artsen in opleiding tot huisarts. Tegen een vergoeding die in dit verband symbolisch mag worden genoemd (f 25,—) kunnen zij nu alle informatie van de LHV ontvangen.

## KNMG

Voor wat betreft vele van deze zaken werd nauw overleg gepleegd met de KNMG, zijn hoofdbestuur en zijn diverse andere organen. Nieuwe organen werden daarbij geformeerd. Genoemd werd reeds het Praesidia-overleg. Daarnaast kwam tot stand de Werkgroep Personeelsbeleid, die een aantal punten welke nadere regels behoeften in de arbeidscontracten met de medewerkers tot oplossing (in de zin van advisering aan de besturen) moest brengen.

Daar doorheen speelden de voorstellen voor de statutenwijziging van de KNMG, die noodzakelijk werden om de nieuwe status (rechtspersoonlijkheid) van de maatschappelijke verenigingen binnen de KNMG vorm te geven. Daarbij werd door de gezamenlijke besturen als uitgangspunt aanvaard, hetgeen reeds jarenlang in de praktijk tot doelstelling van de maatschappelijke verenigingen was gegroeid. Het betreft hier het feit dat de LHV sinds jaar en dag zijn reglementaire doelstellingen 'het behartigen en bevorderen der maatschappelijke belangen in de ruimste zin van de Nederlandse huisartsen' interpreteert in de zin van het bevorderen van het goed functioneren van de Nederlandse huisartsen en het behartigen van hun belangen. Dat met deze statutenwijziging en de toekomstige LHV-statuten en -reglementen de vraag aan de orde komt bij wie de LHV-personeelsleden in dienst zijn, in formele zin, is duidelijk.

Voor Mw. Mr. H. A. van Andel, die jarenlang op het bureau van de LHV werkzaam was, speelt dit niet meer. Zij trad op 1 augustus in dienst van de KNMG om secretaris van o.a. het College Huisarts Geneeskunde te worden. Evenmin speelt dit meer voor Mw. M. J. Blok, die ultimo 1977 haar bijna 25-jarige staat van dienst bij de LHV beëindigde om te genieten van haar pensioen.

## Waarnemingen

Tevens werd in KNMG-verband uitvoerig over de te creëren waarnemingsrichtlijnen gesproken. Ook hier was sprake van druk van overheidszijde ofschoon een studie van het NHG naar ons oordeel aantoonde, dat de publiciteit rond individuele incidenten op dit terrein ten onrechte het geheel der getroffen regelingen in discrediet bracht. Uitgangspunt van het bestuur is

hierbij steeds geweest dat de individuele huisarts en zijn waarnemgroep verantwoordelijk zijn voor de te treffen regeling. Daarnaast heeft het bestuur een duidelijke voorkeur uitgesproken voor regelingen tussen ter plaatse gevestigde collegae, waarbij het aantrekken van een buitenstaander als waarnemer eerder een uitzondering dan regel dient te zijn.

## Ereleden

Op 10 november overleed ons erelid Hk. Robers, die vanaf de oprichting tot 1954 lid van het Centraal Bestuur was, waarvan de laatste jaren als voorzitter. Ook na deze tijd hebben wij van hem, zij het in een andere functie, en van zijn gaven als LHV mogen profiteren. In de ledenvergadering van 25 november herdachten wij hem.

Collega C. Landheer verliet in 1977 in stilte de huisartsenpraktijk. Voor zijn buitenlandse werk – onder meer de oprichting van het Comité Permanent des Médecins de la CEE – werd hij laatstelijk door de Deense artsenorganisatie geëerd.

## Reorganisatie

Uit het bovenstaande, dat ondanks de pogingen tot ordening van de veelheid van gegevens toch een ingewikkelde indruk zal kunnen maken, blijkt dat de LHV aan reorganisatie van zijn werkzaamheden toe is.

De ledenvergadering, geschokt door de gang van zaken rond de pensioenkwestie, sprak zich wel niet in die zin uit, maar signaleerde dat bezinning op taak en doelstellingen van de LHV noodzakelijk is alvorens krachtig beleid op allerhande terreinen kan worden gevoerd. Het zal ook ieder duidelijk zijn, dat naarmate de LHV zich meer beweegt op het terrein van het functioneren van de huisarts – als complement van de materiële belangenbehartiging – regels van bovenaf gegeven minder zeggenskracht hebben, ook al worden deze goedgekeurd door de ledenvergadering. Algemeen geldende tarieven zijn eenvoudiger in de bestaande verenigingsstructuur te bereiken. Het inhoud geven aan en het voorwaarden scheppen voor de zorg van de individuele huisarts is iets waarbij echter ieder lid zich direct betrokken hoort te weten. De LHV-structuur en zeker de bestuurswerkzaamheden dienen hierop toegespitst te worden. In het najaar van 1977 werden van de zijde van het bestuur hiertoe reeds gedachten naar voren gebracht. Onder meer werd een werkgroep ingesteld, die een commissie zou kunnen voorbereiden welke het Centraal Bestuur zou kunnen adviseren over de LHV-visie op de langere termijn.

## Slot

Er is in 1977 veel, zeer veel gedaan. Het bovenstaande moge daarvan getuigen. De leiding welke het Centraal Bestuur daarbij aan de Vereniging heeft willen geven, is steeds in overleg tot stand gebracht, maar in zijn effect niet altijd positief ervaren. Een bereidheid om gezamenlijk te functioneren is een noodzakelijk uitgangspunt, dat zowel voor bestuursleden als afgevaardigden geldt. Als hier de hand mee wordt gelicht, wrekt dat zich onvermijdelijk. Dit was zo in het verleden, het geldt voor het heden en naar te verwachten ook voor de toekomst, want de les wordt slecht geleerd. Is die bereidheid er, dan komen begrippen als coördinatie en coherentie aan de orde. Daarbij wordt de bereidheid dan op de proef gesteld. Maar ziet: 'Das Ego ist auch viele Malen dabei'. Mist men echter bij dit alles een gevoel voor solidariteit dan zal het eindprodukt er miezerig uitzien. Deze solidariteit is vaak zoek in de artsenengroep. Er zijn natuurlijk ook verschillende belangen. Maar deze solidariteit is ook vaak zoek in de huisartsengroepering. Kiezen we dan nu voor: 'ieder voor zich en God voor ons allen' of kiezen we toch voor een hechte organisatie, die alleen op basis van een gezonde en niet overdreven solidariteit kan werken.

De informatie naar leden en plaatselijke bestuurders en afgevaardigden kan zeker ook nog worden verbeterd, evenals de informatie naar het bestuur toe. Maar bij deze, wat negatieve, geluiden past mijnerzijds bewondering en respect voor de inzet van de inmiddels vertrokken voorzitter, collega W. Derksen en de ander bestuursleden en tevens voor het bureau. Zij moesten vaak onder moeilijke omstandigheden en onder grote druk trachten tot prestaties te komen.

Het zal u wellicht opgevallen zijn dat de diverse commissies niet apart onder de loep genomen zijn. Ik ben dit jaar meer van de algemene verenigingsproblematiek uitgegaan om u nog eens een

overzicht te geven. Die commissies hebben de onmisbare bouwstenen aangedragen voor het beleid. Het vergaderwezen heeft dan ook welig getierd dit jaar.

Het geheel overziende constateer ik een nog steeds groter wordende behoefte aan goed overleg over al deze zaken tussen 'Leidschendam' en Domus Medica. Laten de LHV-leden met z'n allen zorgen dat dit mogelijk blijft en dat de LHV geen leeuwenkooi in het plantsoen van het departement wordt.

F. A. van Spanje,  
secretaris.

---

## Feiten bij het jaarverslag der LHV over 1977

Op 31 december 1976 telde de LHV 4.641 leden, waarvan 1.320 apothekhoudende leden

Per 31 december 1977 waren deze aantallen respectievelijk 4.737 en 1.322.

In 1977 was het Centraal Bestuur als volgt samengesteld.

W. Derksen – voorzitter; J. W. Jacobze – ondervoorzitter; F. A. van Spanje – secretaris; F. Pasdeloup – penningmeester; Dr. L. M. van den Akker, A. B. M. van Berkel, H. J. C. Leusink, J. B. Schueler, W. M. van der Valk, W. Vegelin en W. Waal – leden.

Per ultimo 1977 vertrokken: W. Derksen, W. M. van der Valk en W. Vegelin, in hun plaats werden gekozen in de ledenvergadering van 16 december: H. G. Bessem, A. C. J. Gerritsen en A. J. Bosch.

### Adviserende leden

C. F. A. Heijen (namens het HB der KNMG); Dr. J. H. Bos (namens het CB der LSV); G. H. Kranendonk (namens het CB der LAD); J. C. M. Weijers (namens het bestuur van het NHG); F. N. M. Bierens (adv. lid i.v.m. zijn lidmaatschap van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid).

### De Commissie van Gedelegeerden

W. Derksen – voorzitter; J. W. Jacobze – ondervoorzitter; F. A. van Spanje – secretaris; F. Pasdeloup – penningmeester; C. F. A. Heijen – HB der KNMG.

### De Commissie Ziekenfondstarieven, medische sectie

A. B. M. van Berkel – voorzitter; W. Derksen, J. W. Jacobze, A. J. Metz, S. van Randen, J. B. Schueler, F. M. Vernooy en P. A. M. van der Werf – leden.

### De Commissie Ziekenfondstarieven, farmaceutische sectie

J. B. Schueler – voorzitter; A. B. M. van Berkel, A. J. Koning, G. C. Kooijker, H. J. C. Leusink, A. C. J. Gerritsen, C. van der Marel en W. Vegelin – leden.

### De Verrichtingentarievencommissie

J. W. Jacobze – voorzitter; F. A. van Spanje, J. G. de Vries, B.

Binnerts, R. E. J. Tubbergen en G. A. Meijer – leden; W. H. F. Klokke – adviseur scheepszaken en keuringsformulieren.

### De Apotheekcommissie

W. Vegelin – voorzitter; H. J. C. Leusink – secretaris/penningmeester; D. Post, plv. B. A. M. Eijkelkamp; A. J. Bosch, plv. J. W. Monster; Th. J. Litjens; plv. P. J. G. van Diggelen; J. F. A. Idema, plv. L. A. Muller; W. A. L. A. Leenaers, plv. J. Zandvoort – leden.

### De Commissie Voorlichting en Communicatie

F. A. van Spanje – voorzitter; J. W. Jacobze, Th. J. M. Beijerinck – leden; C. C. G. Jansens en B. Meier – adviseurs.

### De Commissie Samenwerkingsverbanden

W. M. van der Valk – voorzitter; Dr. L. M. van den Akker, R. Coppes, Dr. J. D. Mulder, G. J. Schmidt, M. Vos – leden. Sinds november: P. Rienstra, A. A. H. Kasbergen, S. J. Tromp en W. Tillema.

### De Commissie Takenpakket

A. B. M. van Berkel – voorzitter; Dr. L. M. van den Akker, C. J. Barents, G. A. Meijer, B. J. Kam, G. J. Kemperman, W. Verdenius – leden.

### De Werkgroep Verloskunde

W. Derksen – voorzitter; Dr. L. M. van den Akker, F. N. M. Bierens, G. A. Meijer, F. Pasdeloup – leden.

### De Financiële Raad

F. Pasdeloup; W. J. Waal; W. Vegelin; H. J. C. Leusink.

### De Financiële Commissie

A. J. M. Kuyper; W. P. J. M. Pierrot, G. J. Kemperman.

### Nederlandse delegatie UEMO

J. F. A. van Rijn (tevens voorzitter bestuur UEMO); J. I. van der Leeuw (tevens secretaris-generaal UEMO) J. P. Freriks en F. Pasdeloup – leden.

---

## Vergaderingen

De ledenvergadering kwam 7× bijeen, namelijk op 4/2, 3/6, 31/8, 30/9, 27/10, 25/11 en op 16/12.

Het Centraal Bestuur vergaderde 22× in gewone zitting, namelijk op 19/1, 16/2, 16/3, 30/3, 20/4, 11/5, 25/5, 26/5, 3/6, 14/6, 22/6, 9/8, 23/8, 25/8, 7/9, 21/9, 22/9, 19/10, 2/11, 16/11, 23/11, 14/12; en in college van 11 of 14, 6× op: 19/1, 11/5, 21/9, 28/9, 10/10, 21/12.

Het Centraal Bestuur vergaderde 6× met de Districtsvoorzitters, namelijk op 22/3, 15/8, 27/8, 22/9, 25/10, 8/11.

Het Centraal Bestuursweekend vond plaats in Wolfheze op 18 en 19 februari.

Het jaardiner vond plaats op 17 december te Blaricum.

Gedelegeerden vergaderden 14× en wel op 11/1, 8/2, 8/3, 22/3, 30/3, 12/4, 10/5, 14/6, 9/8, 23/8, 13/9, 11/10, 8/11, 6/12.

Het Gedelegeerdendiner vond plaats op 2 december te Amsterdam.

Gedelegeerden vergaderden 4× met het NHG op: 2/3, 8/6, 29/9, 1/12.

De Commissie Ziekenfondstarieven, medische sectie kwam (incl. voorbesprekingen OC-verg.) 30× bijeen, en wel op 5/1, 17/1, 25/1, 14/2, 23/2, 8/3, 9/3, 29/3, 31/3, 19/4, 26/4, 9/5, 12/5, 24/5, 1/6, 13/6, 23/6, 17/8, 24/8, 1/9, 5/9, 14/9, 19/9, 3/10, 5/10, 12/10, 26/10, 7/11, 7/12, 22/12.

De Onderhandelingscommissie, medische sectie vergaderde 12×, namelijk op 17/1, 14/2, 8/3, 19/4, 9/5, 24/5, 13/6, 5/9, 14/9, 3/10, 15/11, 22/12.

De Commissie Ziekenfondstarieven, farmaceutische sectie kwam (incl. voorbesprekingen OC-verg.) 8× bijeen en wel op 20/1, 28/2, 24/3, 14/4, 25/4, 16/5, 16/6, 1/12.

In de Onderhandelingscommissie, farmaceutische sectie werd 6× vergaderd, namelijk op 20/1, 28/2, 24/3, 25/4, 16/5, 16/6.

De Apotheekcommissie kwam 12× bijeen en wel op 12/1, 7/2, 9/3, 6/4, 4/5, 17/5, 1/6, 17/8, 14/9, 12/10, 9/11, 7/12.

De Apotheekcommissie vergaderde 1× met de Districtscommissarissen op 15/6.

De Apotheekcommissie vergaderde 2× met de medische Cobega- en Cecogeba leden, namelijk op 23/3 en 8/6.

Het AC-diner werd gehouden te Eersel op 3 september.

De Verrichtingentarievencommissie kwam in het verslagjaar 8×

bijeen, en wel op 6/1, 15/2, 24/3, 31/5, 18/8, 15/9, 14/11, 6/12 alsmede met de NVBL en NVOZ op 15/2.

De Commissie Voorlichting en Communicatie vergaderde 9× en wel op 17/1, 15/2, 9/3, 13/4, 3/5, 8/6, 1/9, 10/11, 21/12; alsmede 1× met vertegenwoordigers van het Bureau Berenschot op 9/3.

De Commissie Samenwerkingsverbanden vergaderde 7× en wel op 12/1, 9/2, 6/4, 8/6, 5/10, 9/11, en op 7/12. Een delegatie vergaderde 8× met ZTC en VNZ OP 1/3, 3/2, 29/3, 27/4, 31/5, 14/6, 25/7, 11/8.

De Commissie Takenpakket vergaderde 15×, namelijk op 4/1, 11/1, 25/1, 2/3, 15/3, 22/3, 5/4, 15/4, 16/4, 11/5, 25/5, 31/8, 25/10, 14/11, 7/12.

De Werkgroep Verloskunde vergaderde 4× en wel op 20/1, 25/8, 16/11, 16/12.

De Financiële Raad kwam 4× bijeen, namelijk op 2/4, 23/5, 4/10, 13/10.

De Financiële Commissie vergaderde 2× en wel op 28/4 en op 13/10.

De UEMO-commissies kwamen 7× bijeen en wel op 28 en 29 februari te Hamburg, op 18 maart te Amsterdam (tevens 10-jarig bestaan) op 27 en 28 mei te Londen en op 23 en 24 september te Amsterdam.

Het bestuur vergaderde op 19 maart en 28 oktober te Amsterdam, terwijl de Algemene Vergadering op 29 oktober te Amsterdam plaatsvond.

## Tarieven

### Particuliere tarieven

Per 1 mei 1977: consult f 19,25; visite f 29,—. Uurtarief: f 114,25.

### Abonnementshonorering

	<i>tot 1800 zielen</i>	<i>1800-2000 zielen</i>	<i>alle volgende zielen</i>
nettohonorarium	f 45,62	f 45,62	f 45,62
pensioenpremie	f 7,54	f 7,54	f —,—
kosten	f 24,71	f 2,16	f 2,16
	f 77,87	f 55,32	f 47,78

af teveel betaalde  
pensioenbijdrage in  
1976:

f 0,01	f 0,01	f 0,01
f 77,86	f 55,31	f 47,77

### Farmaceutische hulp

nettohonorarium	f 7,18
pensioenpremie	f 0,77
apotheekekosten	f 18,03
spillage e.a.	f 1,31
	f 27,29

## INHOUD OFFICIEEL

Nr. 19 – 12 mei 1978

LHV, van het centraal bestuur:	
Convocatie ledenvergadering vrijdag 2 juni 1978 .....	596
Nog te houden LHV-regionale bijeenkomsten .....	596
Jaarverslag 1977 .....	597