



redactioneel

- De inspraaknota inzake het wetsontwerp Tarieven Gezondheidszorg is kritisch getoetst door de KNMG en haar maatschappelijke verenigingen. Een 'contouren-nota': veel zal nog moeten worden geconcretiseerd.
- De medewerking aan de Structuurcommissie Honorering Medische Specialisten is van historische betekenis, aldus LSV-voorzitter A. M. Gründeman ter Ledenvergadering.
- De Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie vierde haar vijfjarig bestaan met een congres over 'Het recht op euthanasie'. Het congres verzond een brief aan de Verenigde Naties waarin het bijzondere aandacht vraagt voor de bescherming van het levenseinde.
- In de psychosociale hulpverlening in de eerste lijn naar het model van de Visie Commissie van St.-Bavo passen ook een wijk-maatschappelijk werker en een wijkpsycholoog. In dit nummer het laatste deel van de serie 'Van probleem tot psychiatrie'.
- Merkwaaide kanten zitten er aan een gedwongen psychiatrische opname. GG&GD-arts Dr. Eric de Winter en de praktijk.
- Hoe duidelijk op het ogenblik het vertrouwen in het beroepsgeheim van de huisarts ontbreekt blijkt uit het succes van de speciale jongerensprekuren van de Rutgersstichting. Geneeskundig inspecteur voor de Jeugdgezondheidszorg F. Wafelbakker vult zijn inleiding op het KNMG-Ledencongres Arnhem aan.
- De menselijke kant van de zorgverlening komt in het verpleeghuis nog veel tekort. Doe er maar eens wat aan bij een te krap 'rekentechnisch normeringsmodel' . . . De sectie V van de Nationale Ziekenhuisraad was in vergadering bijeen.



H. G. A. Naber, orthopedisch chirurg te Maastricht, werkt voornamelijk met olieverf. 'Stilleven in grijs en turkoois' is een olieverfdoek van 60x50 cm. Het KNMG-gezelschap 'Met Pincet en Penseel' stelde het doek ten toon in het Alkmaarse Centrale Ziekenhuis.
Foto: F. Frese, arts te Bergambacht.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven	1398
<i>Inzenders: S. Pruyt met naschrift van P. B. M. Rijnders, Th. G. Jansen, P. J. Stolk, Willem Schuurman Stekhoven, J. H. Schurink, Dr. J. Ph. Buschkens, M. G. Broekhuizen, W. J. Verkade, P. Chr. Mussert</i>	

KNMG reageert op inspraaknota Tarieven Gezondheidszorg	1403
--	------

Ledenvergadering der LSV. LSV-voorzitter Gründeman: 'Medewerking aan Structuurcommissie Honorering Medische Specialisten van historische betekenis'	1408
---	------

Het recht op euthanasie. Jubileumcongres Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie	1414
---	------

Uit de Ziekenfondsraad	1415
------------------------------	------

Derde rapport Visie Commissie St.-Bavo (Slot). Van probleem tot psychiatrie. Een ontwerp voor psychosociale hulpverlening in de eerste lijn - 3, door R. E. Offerhaus	1418
---	------

Rechtvaardiging van een gedwongen opname. Drie merkwaaidegheden, door Dr. Eric de Winter	1421
--	------

Polio-epidemie als geëindigd beschouwd	1423
--	------

Beroepsgeheim en adolescent	1424
-----------------------------------	------

Verpleeghuispatiënten worden de dupe van 'rekentechnisch normeringsmodel'	1424
---	------

OFFICIEEL	1427
-----------------	------



MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

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

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

Uitgever

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

Abonnementen

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

Advertenties

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

Adreswijziging

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

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Koninklijke Tijl, Zwolle.

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.

DE PSYCHOLOOG IN DE EERSTE LIJN

In MC nr. 37/1978, blz. 1131, staat een artikel van de heer P. B. M. Rijnders, psycholoog. Bij dit artikel wil ik enige kanttekeningen maken.

Het artikel heet: 'De psycholoog in de eerste lijn' en het is wel duidelijk dat hier de vlag de lading niet dekt. De heer Rijnders werd alleen geconsulteerd nadat patiënten naar hem werden verwezen door de huisarts, en dat is de situatie waarin medische specialisten zich bevinden. Het eind van het artikel wordt ingenomen door een hoofdstukje 'Voordelen'. Mijns inziens zou de schrijver het hoofdstukje beter hebben kunnen noemen 'Vooroordelen'. Hij schrijft letterlijk: 'Psychologische hulpverlening in de eerste lijn levert nog een geheel ander voordeel.

In die situaties waar verwijzing naar de psychiatrie het enige alternatief is, krijgt de patiënt gemakkelijk het stigma niet normaal, gek of onherstelbaar ziek. In dit licht is de verwijzing naar de psycholoog voor wat gesprekken van een totaal andere orde.'

Het is wel bijzonder merkwaardig dat een psycholoog die nauw met huisartsen samenwerkt nog dergelijke kwetsende en niet ter zake doende opmerkingen maakt over de psychiatrie. Het is ongelooflijk dat in een blad dat zich Medisch Contact noemt, staat dat mensen die naar de psychiater worden verwezen gemakkelijk het stigma niet normaal, gek of onherstelbaar ziek zouden krijgen. Als dat waar zou zijn, zouden alle psychiaters direct hun spreekuur moeten sluiten. Rijnders zegt ook dat een gesprek van de psycholoog van een totaal andere orde is. Ik zou graag van de heer Rijnders willen vernemen van welke orde dan wel. Hij citeert T. J. Scheff, Being mentally ill; a sociological theory, Aldine Publishing Company, Chicago 1966. Van de heer Scheff heeft hij geleerd dat iedere vorm van somatisch behandelen de patiënt sterkt in de mening dat hem op dat vlak iets mankeert. Rijnders voegt eraan toe dat inschakeling van de psycholoog de mogelijkheid biedt om op korte termijn adequaat te behandelen.

Ik ben het uiteraard eens met de heer Rijnders dat alleen maar een strikt somatische benadering van psychosomatische klachten een achterhaalde zaak is, maar uiteraard is het

alleen maar ingaan op de psychosociale nood waarin een patiënt verkeert ook een achterhaalde zaak. De hedendaagse psychiater/zenuwarts die wel in staat is de psychodynamische achtergronden van de klachten te overzien alsook de somatische kant van de klachten naar waarde te beoordelen, is in principe in staat een lijder aan een psychosomatische klacht te helpen. Het is misleiding te zeggen dat de arts vaak weinig anders overblijft dan de keuze tussen medicamenteuze behandeling of verwijzing naar een orgaanspecialist, die dan hopelijk zal bewijzen dat het allemaal niet zo ernstig is.

Bilthoven 2 oktober 1978

S. Pruyt, zenuwarts

Naschrift

1. Terecht stelt de heer Pruyt dat de titel: 'De psycholoog in de eerste lijn' de lading niet dekt. De tweede zin van het artikel: 'Het betrof hier geen zuivere eerstelijns functie . . .' was echter bedoeld om de titel te relativeren. Daar het ging om 'opmerkingen naar aanleiding van een driejarig experiment', zoals in de ondertitel wordt gesteld, ben ik daar niet verder op ingegaan. Immers, van een tweedelijns functie was in het geheel geen sprake. Ten tijde van het experiment was ik in dienst van de Stichting Capelse Huisartsen, een duidelijke eerstelijns setting. In tegenstelling tot de tweede lijn was er een maximum aan wederzijds overleg tussen huisarts en psycholoog, waren er geen wachtlijsten en was er geen sprake van focussen op een bepaalde doelgroep. Om deze reden is gekozen voor 'in de eerste lijn', hoewel ik moet toegeven dat 'ten dienste van de eerste lijn' beter op zijn plaats zou zijn geweest.

2. Het stigma waarover wordt gesproken is beslist niet bedoeld als kwetsend voor de psychiatrie in het algemeen of de praktiserend psychiater in het bijzonder. Bedoeld werd te wijzen op een mijns inziens nog steeds bestaand algemeen maatschappelijk verschijnsel. Vanuit die optiek is verwezen worden naar een psycholoog voor enkele gesprekken, terwijl die psycholoog qua setting duidelijk

doorlezen naar blz. 1400

KNMG TOETST INSPRAAKNOTA

Enkele weken geleden maakten wij melding van de inspraaknota die de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft doen uitgaan over de tarieven in de gezondheidszorg (MC nr. 41/1978, blz. 1300). In die nota wordt voorgesteld het ontwerp van Wet Tarieven Gezondheidszorg op enkele punten te wijzigen. Die wijzigingsvoorstellen hebben dan ook alleen maar betrekking op de samenstelling, de taak en de wijze van functioneren van een Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG), alsmede op de positie ervan in relatie tot het loon- en inkomensbeleid. Alvorens de Memorie van Antwoord en de Nota van Wijziging bij de Tweede Kamer in te dienen, zag de staatssecretaris van de KNMG en allerlei andere bij de gezondheidszorg betrokken instanties die zij inspraak heeft gegend vóór 1 november jl. schriftelijke reacties tegemoet. Dat hebben enkele – en zeker niet de minst belangrijke – instanties niet gehaald.

Zo kwam de Centrale Raad voor de Volksgezondheid na langdurig beraad tot de conclusie, dat de inspraaknota op enkele punten zó onduidelijk is dat het onmogelijk was er tijdig adequaat op in te spelen. Ook de Ziekenfondsraad bleek het niet voor 1 november te redden. De KNMG en haar maatschappelijke verenigingen daarentegen hebben hun kritische commentaar wel op tijd – zij het op de valreep – kunnen inleveren; daartoe zij verwezen naar blz. 1403 e.v. van dit MC-nummer. In grote lijnen sluit dit commentaar aan bij hetgeen bekend geworden is van hoe men er in de Centrale Raad tot dusver over denkt.

Zoals bekend zouden voor de tarieven en honoraria in de gezondheidszorg richtlijnen moeten worden vastgesteld door het COTG op advies van zogenaamde 'Kamers', die door het Centraal Orgaan moeten worden ingesteld en waarin in de visie van de staatssecretaris de belanghebbende partijen rechtstreeks kunnen zijn vertegenwoordigd. Het COTG, dat zelf zou moeten bestaan uit onafhankelijke deskundigen, krijgt echter vooraf 'aanwijzingen' van de centrale overheid 'terzake van de inhoud van de richtlijnen'. Daarbij

wordt van het Centraal Orgaan verwacht dat het deze aanwijzingen in acht neemt bij de vaststelling van de richtlijnen.

Niet duidelijk is evenwel hoe ver de overheid kan gaan met haar aanwijzingen en evenmin hoe de bevoegdheden van de bewindslieden van Volksgezondheid en/of (?) Economische Zaken op dit punt liggen en zich onderling verhouden. Daar komt nog bij dat volgens de inspraaknota de overheid achteraf altijd nog goedkeuring van de richtlijnen kan weigeren 'ingeval van strijdigheid met de aanwijzingen dan wel het algemeen belang'. Zo'n regeling werkt een centralistisch beleid in de hand en biedt nauwelijks ruimte voor echte vrije onderhandelingen.

Van de zijde der ziekenfondsorganisaties is inmiddels bekend geworden dat men ook in die kring zeker niet uitbundig heeft gereageerd op de inspraaknota. Weliswaar wordt daar geconstateerd dat er enige concessies zijn gedaan die de indruk wekken dat er reële medeverantwoordelijkheid wordt gebo-

*... inhoudelijk
niet tegemoet
gekomen aan de
fundamentele
kritiek op het
wetsontwerp ...*

den, maar een kritische bestudering van hoe de begrippen 'richtlijnen', 'aanwijzingen' en 'goedkeuring' in hun context worden gehanteerd roept het beeld op van een 'keurslijf waarbinnen de verantwoordelijkheid van de diverse groeperingen niet meer kan worden teruggevonden'.

Het commentaar van de de KNMG en haar maatschappelijke verenigingen beperkt zich allermindst tot deze algemene kritische kwalificaties; integendeel, systematisch en gedetailleerd wordt de inspraaknota getoetst aan wat indertijd door de beroepsorganisatie van de artsen is neergelegd in haar 'Visie' met betrekking tot een structuurwetgeving voor de gezondheidszorg. Daarbij valt op dat de KNMG-commentatoren zich niet in slaap hebben laten wiegen door de niet onwelluidende toonzetting van de nota, waar-

mee overigens nauwelijks kon worden gecamoufleerd dat de staatssecretaris inhoudelijk niet tegemoet is gekomen aan de fundamentele kritiek op het betreffende wetsontwerp van haar voorganger, niet eens voor zover het de paar deelproblemen betreft waartoe zij zich in haar stuk heeft beperkt.

Neem bijvoorbeeld de passage over de taak en wijze van functioneren van het Centraal Orgaan: de staatssecretaris stelt dat artikel 11 van het wetsontwerp, waartegen van KNMG-zijde zo sterk is geopponeerd, ook minder past in haar visie. Dan komt zij met haar indeling in Kamers die moeten gaan adviseren inzake richtlijnen ten behoeve van het COTG, dat deze dan op zijn beurt gaat toetsen aan de aanwijzingen van de centrale overheid. Behalve dat de gang van zaken er daardoor niet minder dirigistisch, maar wel veel ingewikkelder op wordt, voert de staatssecretaris nog extra onzekerheid in door niet te omschrijven aan welke eisen die aanwijzingen moeten voldoen. Aan 'het algemeen belang'? Dat wil nog wel eens verschillend worden beoordeeld! De KNMG heeft in ieder geval wel een poging gedaan een omschrijving te geven van te stellen eisen.

Ander voorbeeld: in de versie-Hendriks is sprake van richtlijnen, vast te stellen door de ministers van Vamil/EZ en de hoogte, de opbouw en de wijze van berekening van een tarief of onderdelen daarvan betreffend. Een dergelijke figuur biedt beroepsmogelijkheden. Maar hoe wordt dat met betrekking tot die 'aanwijzingen' geregeld?

Met haar inspraaknota is de staatssecretaris er niet in geslaagd een bijdrage te leveren, zoals zij zich die indertijd als Kamerlid blijkens het commentaar namens de VVD-fractie op de wetsontwerpen Tarieven en Voorzieningen Gezondheidszorg (MC nr. 28/1977, blz. 890) toch wel voorstelde: '... een tegenwicht te bieden aan de steeds voortschrijdende macht van de centrale overheid'. Of het terugdringen van die macht nu wel of niet moet worden gezien als een wenkend perspectief, de feitelijke maatschappelijke ontwikkelingen gaan blijkbaar zó dwingend hun eigen weg, dat deze of gene regeringscoalitie ze toch niet kan afremmen.

B.

verboden is aan de eigen huisarts – en die bovendien spreekuur houdt in de praktijk van de huisarts – veel minder zwaarwegend zowel voor de patiënt als voor zijn omgeving.

Capelle a/d IJssel, 17 oktober 1978

P. B. M. Rijnders, psycholoog

PLAATS SOCIALE GENEESKUNDE IN DE GEZONDHEIDSZORG

In MC nr. 37/1978, blz. 1121, is een samenvatting gepubliceerd van de discussienota: 'Plaats van de sociale geneeskunde in de gezondheidszorg'. * Als bestuur van de sectie Moederschapszorg en Kinderhygiëne van de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg voelen wij ons genoodzaakt hierop het volgende commentaar te geven:

Onder het kopje 'Knelpunten naar categorie' geeft U wel een tamelijk uitvoerig overzicht van de knelpunten aangaande de schoolgaande jeugd, terwijl U die ten aanzien van aanstaande moeders, zuigelingen en kleuters afdoet met enkele regels. Ons inziens doet dit onrecht aan de uitvoerige wijze waarop de discussienota aandacht besteedt aan deze categorie. Dit bevreemdt ons des te meer nu momenteel overal in het land het conceptrapport 'Vroegtijdige Opsporing Ontwikkelingsstoornissen' van de Subcommissie Interdepartementale Stuurgroep Revalidatiebeleid wordt bestudeerd en becommentarieerd. In dit rapport wordt aan zuigelingen- en kleuterbureaus juist een zeer belangrijke functie toegekend, mits er tenminste optimaal wordt gewerkt met terzake kundige teams. Over het belang van een goede samenwerking tussen huisarts en verloskundige, tussen ziekenhuis en kraamcentrum, over continuïteit van pre- naar postnataal spreekt ook het Advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid inzake Verstrekking Verloskundige Zorg. De discussienota signaleert dat er op deze punten nog veel te wensen overblijft. Wij zouden het zeer op prijs stellen, wanneer U onderdeel 6.2 van de discussienota alsnog in Medisch Contact publiceert, om daarmee een eerlijk gesprek over ook dit deel van de sociale geneeskunde mogelijk te maken.

Oldekerk, 17 oktober 1978

Namens het bestuur van de sectie Moederschapszorg en Kinderhygiëne, Th. G. Jansen, districtarts

* Het rapport 'Plaats van de sociale geneeskunde in de gezondheidszorg' van de Taakgroep Sociale Geneeskunde LAD/ANVSG is in zijn geheel gepubliceerd in het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 56 (1978) 573-596. Red.

GEDETINEERDEN (I)

De discussie over de behandeling van de RAF-leden laat enkele vragen onbeantwoord, waardoor de kwestie voor mij als eenvoudig krantelezer iets onwettelijks heeft. Het stellen van deze vragen betekent niet dat ik het op voorhand met de critici oneens ben; wel, dat ik mijn twijfels heb en dat die niet worden weggenomen door betogen waarin niet exact wordt gezegd waartegen men bezwaar maakt.

1. Is het geloofwaardig, wanneer mensen die doelbewust bepaalde maatschappelijke spelregels frustreren niettemin op diezelfde regels een beroep doen? Zou dit niet veeleer te maken hebben met manipuleren van de publieke opinie, waarbij ze handig misbruik maken van de integriteit van bijvoorbeeld de vertrouwensartsen?

2. Op grond waarvan wordt voortdurend gesproken over de 'isolatiefolter' van de RAF-leden? Waaruit bestond die nu precies? Is het juist dat zij in feite zichzelf isoleerden, door o.a. contact met hun bewakers te weigeren? Als ze tegelijk kunnen beginnen aan een hongerstaking, berust dat dan op telepathie? Is het onredelijk dat contact met elkaar werd beperkt (hoewel men zelfs een helikopter liet gaan om hierin tegemoet te komen) en dat bezoek zonder controle werd verboden, gezien de duidelijke intenties van de heren?

'Nooit', aldus collega Bol (hoofdartikel MC nr. 43/1978, blz. 1343) 'werd een isolatie zo lang volgehouden.' In het Algemeen Dagblad las ik de volgende ingezonden brief: 'Weten de vertrouwenslieden van Folkerts, Wackernagel en Schneider wel waar ze over praten als zij de behandeling van hun 'pupillen' isolatiefoltering noemen? Zijn wij goed geïnformeerd, dan hebben deze drie zo goed als onbeperkt de vrije beschikking over alle denkbare communicatiemiddelen. Zij hebben familiebezoek, briefwisseling en uitstapjes om hun verlangen naar onderling contact te eerbiedigen. Ikzelf werd tijdens de tweede wereldoorlog de eerste drie maanden van mijn detentie zogeheten 'einzelfhaft' opgesloten in een cel in Scheveningen. Dat betekende toen: geen bezoek, geen pastorale, juridische, psychologische, medische of maatschappelijke bijstand. Nooit, hoort men mij goed: nooit mocht de gedetineerde zijn cel verlaten om te worden gelucht. Het enige, visuele, menselijke contact was de hand van de cipier, wanneer deze zwijsend de schamele kost door het deurlijk schoof. Begrijpt u nu waarom ik lach? Ik huil verdomme!' (S. D. J. Bastiaanse, Rotterdam)

Delft, 27 oktober 1978

P. J. Stolk, psychiater

GEDETINEERDEN (II)

Het is toe te juichen, dat Bol in zijn hoofdartikel (MC nr. 43/1978, blz. 1343) Cremers' betoog over 'Arts en gevangene' (l.c. 1351) heeft ontzenuwd en als reactie zowel de 'vertrouwensartsen' aan het woord gelaten heeft als in de vorm van een bijlage het zuiver objectieve medisch-juridische advies dat dezerzijds desgevraagd aan een van de RAF-raadslieden werd verstrekt, afgedrukt heeft, zodat de vertrouwensartsen daarnaar konden verwijzen. Cremers' betoog – hij noemt zich wel politie-arts, maar ressorteert in werkelijkheid onder de GG & GD – miskent de bijzondere positie die gedetineerden in alle landen die het Verdrag van Rome van 4 november 1950 tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden ondertekenden, zoals Nederland, hebben. Dat is een zogenaamde supranationale rechtsregeling, die voorrang heeft boven elk nationaal wets- en rechtsvoorschrift. Wie zijn 'mensenrechten' geschonden acht, kan zich beroepen op de Commissie voor de rechten van de mens in Straatsburg. Die commissie en elke rechter, ook in ons land, kan ter zake van mensenrechten een zogenaamd prejudicieel oordeel vragen aan het Hof voor de rechten van de mens in Straatsburg. De uitspraak van dat Hof over het voorgelegde strijdpunt is dan voor de nationale rechter bindend. Het is een leemte in de artsenopleiding, dat de medische studenten noch met 'patiëntenrechten' noch met 'mensenrechten' worden geconfronteerd. Ter zake van het recht van gedetineerden op privacy heb ik mij op het 2e lid van artikel 8 van het Verdrag van Rome beroepen. Ten aanzien van hun recht op menselijke behandeling moge thans dezerzijds worden verwezen naar de tekst van artikel 3 van het Verdrag van Rome: 'Niemand mag worden onderworpen aan folteringen noch aan onmenselijke of vernederende behandelingen of straffen.' Een drietalige uitgave (o.m. in het Nederlands) van dit verdrag kan men vinden in de Schuurman & Jordens-editie van de Nederlandse Staatswetten, nr. 74. Daarin vindt men ook bij artikel 3 commentaar van de Commissie voor de rechten van de mens: 'Inhuman treatment covers at least such treatment as deliberately causes severe suffering mental or physical, which in the particular situation is unjustified.' De Oegstgeester internist Dr. J. F. Ph. Hers heeft in de Telegraaf de 'onmenselijkheid' van het strenge isolatiesysteem proberen te verdoezelen door eigen veel erger Gestapo-ervaring te schetsen. Dat is natuurlijk geen argument. In de gegeven omstandigheden ('in the particular situation') wordt dezerzijds – zoals Justitie stelde 'uit veiligheidsoverwegingen' – de wat

Cremers noemt 'extreme bewaking' niet gemotiveerd ('injustified') geacht, op basis van de door de 'vertrouwensartsen' terecht gelaakte 'hechtenisomstandigheden' en de door hen waargenomen geestelijke en lichamelijke gevolgen daarvan.

Naarden, 27 oktober 1978

Willem Schuurmans Stekhoven

VOLKOMEN ONBELANGRIJK (I)

Het komt helaas vaker voor dat goedkopere oplossingen niet voor ziekenfondsvergoeding in aanmerking komen en duurdere wel, zie het voorbeeld in het praktijkperikel op blz. 1322 van MC nr. 42/1978. Het afzien van preventieve fluorapplicatie is hiervan het meest recente en alom bekende voorbeeld.

Sedert jaar en dag zijn echter ook naast de ziekenfondsen aanvullingsfondsen gecreëerd ten einde toch enig soelaas te bieden ten aanzien van niet-ziekenfondsverstrekkingen. Ingeval ook dit fonds niet direct een verstrekking kan leveren, dan is er altijd via een 'hardheidsclausule'-procedure een beroep te doen op directie en bestuur van het ziekenfonds.

In de Zaanstreek wordt driftig gesleuteld aan de zinnigheid van verstrekkingen ten laste van het aanvullingsfonds.

Krommenie, 25 oktober 1978

J. H. Schurink, huisarts te Krommenie, lid Commissie aanvullende verstrekkingen van het Ziekenfonds Zaanland

VOLKOMEN ONBELANGRIJK (II)

Is het toeval dat in MC nr. 42/1978, blz. 1322, dit praktijkperikel is geplaatst na een gedegen uiteenzetting over het uitblijven van aantoonbare effecten van financiële remmen in het ziekenfondsbestel, zoals een eigen bijdrage, eigen risico, wachtdagen, Krankenschein (West-Duitsland) en remgeld of matigingsticket (België)? Deze remmen blijken vaak een averechts effect te hebben: geen bezuinigingen, doch integendeel een duurdere behandeling en geen verbetering van de eigen verantwoordelijkheid van hulpzoekers en hulpverleners. In dit praktijkperikel zien we de economische wet bevestigd dat elke verzekering tot verspilling leidt, omdat de verantwoordelijkheid wordt afgeschoven naar een veraf, vaag instituut: de verzekering. Deze wet is de overeenkomst tussen de verschijnselen die in beide artikelen zijn besproken.

Deze wet ook, is een der basisoorzaken van het uit de pan rijzen van de kosten van gezondheidszorg. De andere oorzaak hiervan is dat de kosten worden beheerst

Nederlands Congres voor Openbare Gezondheidsregeling

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

door economische wetten, de verwachte opbrengst door humane, niet-economische wetten. Rendementsoverwegingen zijn nauwelijks in het geding. Bezuiniging in de gezondheidszorg moet beginnen met het bestrijden van deze beide oorzaken, anders blijft het lapwerk van een miljoentje hier en een miljoentje daar. Vind maar eens het genie dat dat voor elkaar krijgt!

Utrecht, 31 oktober 1978

Dr. J. Ph. Buschkens

BRIEVEN

Gaarne geef ik U de suggestie om *habituële* schrijvers van stukjes voor de rubriek 'Brieven' te wijzen op de mogelijkheid tot het oprichten van een eigen periodiek. Dit heeft als voordelen: — de kosten van vele kolommen niet meer ten laste van de KNMG-leden; — toetsing van de lezenswaardigheid van hun meningen aan de hand van het aantal abonnementen op hun periodiek.

Een andere mogelijkheid is het om deze 'habituëlen' de gelegenheid te bieden tot plaatsing van hun bijdragen als ingezonden mededelingen tegen het geldend advertentietarief.

Ik verwacht dat er bij uitvoering van één dezer suggesties veel lezersirritatie zal verdwijnen.

Literatuur: MC nr. 41/1978, pag. 1274, doorlezen (voor wie de moed nog heeft) naar pag. 1276.

Zeist, 15 oktober 1978

P. Chr. Mussert

ROLSTOEL EN VALIDITEIT

Als ik mij niet vergis zien we nog te vaak mensen in een duwwagentje, ook wel genoemd invalidezwagentje; daarmee is de

hulpbehoefendheid goed getypeerd. Het zijn vooral oude mensen met loopstoornissen, maar goede arm- en handfuncties die deze afhankelijkheid kritiekloos aanvaarden. In een duwwagentje met vier kleine wielen zijn zij in en buiten huis voor elke meter verplaatsing op een helper aangewezen. Waarom geen rolstoel? Die heeft ook vier wielen, waarvan twee ter grootte van een fietswiel met hoepels eraan voor eigen handbediening en twee zwenkwielletjes om elke gewenste bocht te kunnen nemen, zonder hulp van anderen. Desgewenst kan een rolstoel ook worden geduwd. En dan altijd een opvouwbaar rolstoel met afneembare beensteunen. Die kan in elke auto worden meegenomen voor bezoek aan schouwburg, kerk, postkantoor, ziekenhuis of groentewinkel. Zo'n rolstoel kost hooguit 10% meer dan een duwwagen. Toch handhaaft de duwwagen zich blijkbaar nog in sommige verzorgings- en verpleeghuizen, en gewoon bij de mensen thuis. Heeft dat iets te maken met zuinigheid, of met 'hulpvaardig' betuttelend denken?

Utrecht, 28 oktober 1978.

W. J. Verkade, revalidatie-arts.

DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (XXV)

Hoewel het niet mijn gewoonte is spoedig te reageren op iets in een krant of tijdschrift waar ik het niet mee eens ben, doe ik dat nu toch wel, na met grote verontwaardiging in de 49ste aflevering van het dagboek van Alexander van Es (MC nr. 40/1978, blz. 1228), eerste alinea, te hebben gelezen dat hij een levensgenieter is en zich geweldig amuseert tussen al die crep(it)erende patiënten. Hoewel de woordspeling op zich aardig is gevonden vind ik de inhoud, voor zover het over creperende patiënten gaat, schandelijk en getuigend van totale

afwezigheid van respect vóór, en meeleven mét de (lijdende)mens. Ook dat stukje over de telefooncel geeft een stukje van zijn karakter prijs, namelijk een zeer verlaagde frustratietolerantie en een apart sadisme. Als deze jongen ooit arts wordt beklaag ik de mensen die zijn patiënten zullen zijn. Zoals al meerdere schrijvers van ingezonden stukken hebben geschreven: ik begrijp niet hoe u deze laag-bij-de-grondse schrijverij dult in uw (en ons) blad! De humor die er soms inderdaad in zit gaat volledig ten koste van eerbied voor de medemens; 'Alexander' moet zich maar eens gaan verdiepen in leven en werk van Albert Schweitzer, die 'eerbied voor het leven' in woord en daad toonde. Ik hoop dat Medisch Contact dit onwaardig geschrijf laat ophouden.

Wesepe (O), 16 oktober 1978

M. G. Broekhuizen, arts



Dr. Van Luyn-prijs – De Nederlandsche Vereniging van Artsen-Automobilisten (VVAA) te Utrecht heeft de Dr. W. L. van Luyn-prijs ingesteld. Deze prijs wordt eens in de drie jaar uitgelooft voor de beste publikatie op verkeersmedisch gebied. De prijs bestaat uit een trofee en een geldbedrag van f 30.000,—. Dr. W. L. van Luyn is dertien jaar voorzitter geweest van de VVAA, waarbinnen Dr. Van Luyn de drijvende kracht was bij de totstandkoming van de Verkeersmedische Commissie, die in 1967 werd ingesteld. Als voorzitter van de Internationale Unie van Verenigingen van Artsen-Automobilisten heeft Dr. Van Luyn zich zeer actief betoond bij het organiseren van internationale congressen op verkeersmedisch gebied.

Telefonisch advies seksuologie – De Stichting Medische Seksuologie Utrecht heeft samen met het Huisartsen Instituut van de Universiteit van Utrecht enige maanden geleden een telefonische consultatie medische seksuologie opgericht voor huisartsen in de regio Utrecht. Elke huisarts uit deze regio kan iedere tweede woensdag van de maand tussen 16.30-17.30 uur telefonisch een staf van de afdeling Medische Seksuologie van het Academische Ziekenhuis Utrecht consulteren over een probleem op dit gebied dat zich in zijn of haar praktijk heeft voorgedaan.



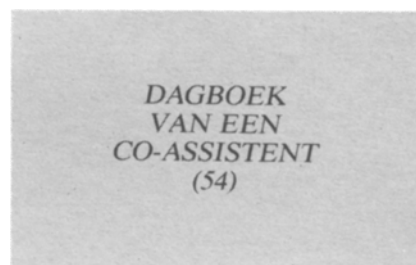
Het strat-ego van een co-assistent

Leny, de charmante secretaresse van ons paviljoen, bracht ons het kaartje van de een of andere artsbezoeker. Onze vaste vraag: heeft mijnheer een grote koffer bij zich? Dat bleek het geval te zijn. 'Goed', zei Leon, een assistent van een andere afdeling, die toevallig bij ons zat koffie te drinken, 'laat de man binnenkomen wanneer ik er vandoor ben gegaan.' Ook Joop, één van onze assistenten, stapte op, maar voordat hij de kamer verliet wisselden wij van naam-bordjes; dus nu stond er op mijn jas: 'J. de Wit, arts-assistent'. Het is namelijk heel opvallend dat artsbezoekers zich veel minder vriendelijk opstellen tegenover co-assistenten dan tegenover assistenten.

En ja hoor . . . We kregen een geweldige story over een of ander analgeticum, terwijl de artsbezoeker constant naar mijn naamkaartje aan het turen was. Alles ging uitstekend. Met een half oor luisterde ik naar wat hij zo vertelde; ondertussen bladerde ik een status door van een van mijn patiënten, die binnenkort zou worden overgeplaatst naar de neurologie. Dankbaar nam ik alle gratis monsters in ontvangst. Maar toen kwam het: 'Zou u hierop nog even uw naam willen zetten met uw handtekening? Dat is wettelijk verplicht wanneer u een preparaat heeft gekregen.' Och, waarom zou ik die man van mijn kant ook geen pleziertje doen, maar in mijn nonchalance schreef ik 'A. van Es' op het briefje in plaats van 'J. de Wit'. Ik merkte het net op tijd en krabbelde er boven mijn naam 't.a.v. J. de Wit' op. Maar het was al te laat. De artsbezoeker keek heel verwonderd naar het briefje met mijn krabbels, kwam er duidelijk niet uit, maar durfde niets te zeggen. 'Och, het spijt me, ik moet nog even naar de pathologische anatomie om een obductieverslag te halen', zei ik snel. En weg was ik . . . Ik heb mij voor enige tijd schuilgehouden in een leslokaaltje. Gelukkig had ik net op tijd nog een aantal mooie platen ontvangen, maar naar de boeken kon ik fluiten.

Na een minuut of tien belde ik Leny op. 'Hoi, Leny, weet je toevallig of die artsbezoeker nog op onze artsenkamer is?' 'Nee, die is net weggegaan. Er zit op dit moment een andere artsbezoeker' 'Prima . . .' 'Oh nee, Alex, hij staat hier net voor mijn neus. Moet je hem spreken?' 'Nee, eh . . . laat maar . . . Bedankt, en tot ziens.'

Later hoorde ik van Leny, die natuurlijk ontzettend verwonderd was over dit telefoongesprek, dat de artsbezoeker haar het kaartje dat ik had ingevuld had laten zien om te vragen wat er nu eigenlijk op stond.



Het kaartje met 'J. de Wit, arts-assistent' erop, maakte ik los van mijn jas en even later liep ik met een air van onverschilligheid onze artsenkamer binnen, waar mijn assistent mij onmiddellijk heel beleefd voorstelde aan de nieuwe artsbezoeker: 'En dit is dokter Van Es' . . . 'Die naam klinkt mij bekend in mijn oren', antwoordde de artsbezoeker: 'U bent toch niet toevallig familie van . . .' Heel toevallig was ik inderdaad familie van . . . en zo ontving ik – voordat ik er erg in had en zonder dat ik trouwens ook maar iets had gevraagd – drie doosjes met medicamenten, een prachtige platenatlas en een omrekeningstabel.

Alexander van Es

KNMG reageert op inspraaknota tarieven gezondheidszorg

Reactie van de KNMG en haar maatschappelijke verenigingen op inspraaknota van staatssecretaris mw. Mr. E. Veder-Smit inzake Wetsontwerp Tarieven Gezondheidszorg

1. Uitgangspunten tariefwetgeving

Alvorens op de inspraaknota zelf* in te gaan bestaat behoefte nog eens een aantal uitgangspunten van de KNMG en haar maatschappelijke verenigingen, ter beantwoording van de vraag waaraan wetgeving op het terrein van de tarifiering in de gezondheidszorg moet voldoen, te formuleren**, zoals:

1. Een planmatige aanpak van de gezondheidszorgvoorzieningen dient voorop te staan. Met andere woorden éérst zal een structuurwet op het terrein van de gezondheidszorgvoorzieningen moeten zijn vastgesteld***.

Wetgeving op het terrein van de tarifiering in de gezondheidszorg moet geen doel op zich zijn, doch dient op de boven bedoelde structuurwetgeving aan te sluiten. Met andere woorden: eerst moet door de wetgever – dat wil zeggen langs parlementaire weg – worden vastgesteld wat de uitgangspunten

voor de structuur der gezondheidszorg dienen te zijn, voordat kan worden gezien of en – zo ja – in hoeverre ter realisering daarvan nadere regulering der tarifiering nuttig en nodig is. Bij dit laatste kan zowel aan het opruimen van mogelijkerwijs op de gewenste ontwikkeling belemmerend werkende elementen van de geldende tarifiering worden gedacht, alsook aan een zeker inspelen met het tariefsysteem op die ontwikkelingen. Het is duidelijk dat zodanige wettelijke maatregelen niet dan na nauw overleg met de organisaties van betrokken beroepsbeoefenaren en instellingen kunnen worden genomen.

2. Tarieven van instellingen en die van beroepsbeoefenaren werkzaam in de gezondheidszorg vereisen zowel inhoudelijk als qua wijze van totstandkoming een afzonderlijke benadering. Het gaat hier om zó wezenlijk verschillende soorten 'tarieven', dat zij zich niet over één kam laten scheren.

3. Voor wat de beloning van de in het kader van de gezondheidszorg door artsen geleverde diensten betreft, dient voorts onderscheid gemaakt te worden tussen de in dienstverband werkzame artsen en hun collegae die als vrij beroepsbeoefenaar werkzaam zijn.
– De voor artsen in dienstverband geldende arbeidsvoorwaarden komen voor een deel reeds tot stand**** – en zullen in de toekomst steeds meer tot stand gaan komen – middels een CAO-overleg tussen organisaties van werknemers (zoals de LAD) en werkgevers (zoals de NZR). De resultaten van dit overleg dienen in beginsel voor de overheid of een in

haar opdracht handelend orgaan een gegeven te vormen. Voor wat de ziekenhuistarieven betreft heeft het COZ dan ook reeds terecht uitgesproken 'het niet juist te achten betrokken te worden in de bepaling van arbeidsvoorwaarden'. Met andere woorden: als regel zal zonder meer doorberekening van de CAO-resultaten in de tarieven moeten plaatsvinden.

– De artsen die als vrije beroepsbeoefenaren werkzaam zijn dienen thans reeds in het kader van Ziekenfondswet en AWBZ over de beloning van diensten welke door hen aan ziekenfonds- dan wel AWBZ-verzekerden worden geleverd, onderhandelingen te voeren met ziekenfondsen respectievelijk uitvoeringsorganen der AWBZ. Volgens dit wetsontwerp zouden daar in de toekomst nog soortgelijke onderhandelingen met de particuliere ziektekostenverzekeraars over de beloning voor aan particulier verzekerden te leveren diensten bijkomen. Het uit deze onderhandelingen voortvloeiend resultaat is de facto – met name in het kader van ziekenfondsverzekering en AWBZ – vergelijkbaar met een CAO. Daarom valt dan ook niet in te zien, waarom ook in die situatie niet het onderhandelingsresultaat als regel een gegeven voor de overheid zou dienen te vormen. In het algemeen dient de overheid een repressieve controle op het gebruik van de in beginsel aanwezige contractvrijheid uit te oefenen; dat wil zeggen het overheidsbeleid dient gericht te zijn op het bestrijden van misbruiken c.q. excessen, hetgeen bereikt kan worden door de bevoegdheid tot schorsing of vernietiging van een tussen partijen bereikte overeenstemming.

* Zie Medisch Contact nr. 41/1978, blz. 1300 e.v.

** Zie ook de door de KNMG en maatschappelijke verenigingen uitgebrachte memoranda naar aanleiding van het Wetsontwerp Tarieven Gezondheidszorg (Medisch Contact nr. 8/1977).

*** Voor de voorwaarden waaraan een dergelijke structuurwetgeving naar de mening van de KNMG zou moeten voldoen, zij verwezen naar de 'Visie' van KNMG en maatschappelijke verenigingen (Medisch Contact nr. 28/1977, blz. 885 e.v.).

**** In de huidige CAO voor het Ziekenhuiswezen komen nog geen salarisschalen voor artsen voor.

4. Nu moet worden erkend dat aan de hierboven onder 3 bedoelde beloning niet alleen een inkomensaspect zit voor de groep zelf, doch dat deze mede van invloed is op de sociale premies en daarmee de loonkosten in het bedrijfsleven alsmede op andere kosten in de gezondheidszorg (hulpkrachten, apparatuur). Om beide redenen – waarbij voor de KNMG bovenal een rol speelt de directe betrokkenheid van iedere burger bij de gezondheidszorg – is het aanvaardbaar dat partijen niet geheel en al vrij worden gelaten, doch dat de overheid terzake – aan het algemeen belang ontleend – ook enigerlei bevoegdheid toekomt. Deze kan echter uitsluitend door de verantwoordelijke bewindslieden worden uitgeoefend, waarbij dezen zich terdege bewust dienen te zijn van de bijzondere bevoegdheden die hen, in vergelijking met hetgeen landelijk ten aanzien van een in beginsel vergelijkbaar CAO-overleg geldt, daarmee worden toegekend.

5. Het is onjuist wanneer ten aanzien van de totstandkoming der tarifiering door de sector gezondheidszorg een oncontroleerbare macht zou worden uitgeoefend, waarbij bovendien in een ander kader reeds vastgestelde beleidsmatige uitgangspunten zouden worden doorkruist. Het is echter evenzeer onjuist wanneer de overheid c.q. een semi-overheidsinstelling een zodanige machtspositie inneemt, dat van die zijde een eigen, niet of nauwelijks controleerbaar beleid zou kunnen worden gevoerd.

6. De tarifiering in de gezondheidszorg dient, op dezelfde wijze als dit voor andere tariefstellingen geldt, in beginsel doorzichtig te zijn en – zoals reeds eerder betoogd – een samenhangend beleid waar mogelijk te ondersteunen. Dit is iets anders dan het propageren van: 'stroomlijning, uniformering en onderlinge afstemming' van de tarieven in de gezondheidszorg als doel op zich. Wanneer men in de huidige situatie knelpunten meent te kunnen onderkennen, dan zullen deze moeten worden geanalyseerd op hun realiteit en oorzaak, en – als de analyse daartoe aanleiding geeft – moeten worden opgelost. Daarbij dienen dan zorgvuldig de voor- en nadelen van verschillende oplossingsmogelijkheden te worden afgewogen.

7. Instellingen, daaraan verbonden en anderszins in de gezondheidszorg werkzame beroepsbeoefenaren dienen zich daadwerkelijk 'medewerker' aan het gezondheidszorgsysteem te kunnen voelen. Anderzijds echter dient de ziektekostenverzekeraar niet uitsluitend de rol van financier in de zin van betaalkantoor te worden toebedeeld. In feite gaat het om een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de totaliteit der zorg, waarbinnen duidelijke accentverschillen ten aanzien van bepaalde onderdelen moeten worden aangebracht.

8. Uit het streven naar zoveel mogelijk doorzichtigheid vloeit voort dat bij 'partijen' bereidheid aanwezig moet zijn die gegevens, die voor een 'reële beoordeling' van tarieven en honoraria noodzakelijk zijn, zowel in het kader der totstandkoming als in dat der evaluatie van overeenkomsten, aan de daarvoor in aanmerking komende instanties over te leggen. Een algemene informatieplicht zou ten deze zijn doel ver voorbij schieten. In ieder geval zal deze informatieplicht zich nimmer ook tot de patiënt mogen uitstrekken. Voorts zal een dergelijke wettelijk opgelegde informatieplicht duidelijk beperkt moeten worden tot hetgeen in het kader van deze tariefwetgeving werkelijk relevant is. Daarbij speelt tenslotte ook het recht op privacy van de 'medewerker' (instelling dan wel beroepsbeoefenaar) een belangrijke rol.

9. Naarmate de centrale overheid meer bevoegdheden tot het toetsen van overeenkomsten worden gegeven, dienen ook meer inhoudelijke beroepsmogelijkheden tegenover eventuele overheidsbeslissingen open te staan bij een uiteraard van de overheid onafhankelijke en terzake deskundige instantie.

II. Toetsing inspraaknota aan uitgangspunten

Algemeen

Direct valt op dat in de inspraaknota slechts op een beperkt deel van de door de KNMG en andere geuite kritiek wordt ingegaan. Niet alleen om die reden wordt met bijzondere belangstelling naar de Memorie van Antwoord uitgezien. Eigenlijk is het niet goed mogelijk een afgerond

oordeel over de in de inspraaknota behandelde materie te geven zolang de overwegingen niet bekend zijn welke aan de noodzaak van 'een grotere invloed van de centrale overheid op de vaststelling van de tarieven dan thans het geval is' ten grondslag liggen. Volgens de inspraaknota zal in de Memorie van Antwoord een nadere 'uiteenzetting' van de overwegingen terzake worden gegeven. Overigens kan het verschijnen van de nota en de daaraan ten grondslag liggende intentie om – zoals bijvoorbeeld door de Centrale Raad voor de Volksgezondheid bepleit – alsnog 'het veld' de gelegenheid te geven om over één hen wel zeer direct aangaande concept-wetgeving alsnog mee te denken, positief worden gewaardeerd. Ook het feit dat uit de nota de intentie spreekt om de eigen verantwoordelijkheid van de groeperingen in de gezondheidszorg zoveel mogelijk tot haar recht te doen komen kan – evenals de behoefte om de 'in het veld' aanwezige 'kennis van en inzicht in' de gezondheidszorg zowel in de constituerende fase van het gezondheidszorgbeleid als in de uitvoering daarvan optimaal te benutten – wederom positief worden gewaardeerd. De positieve waardering geldt eveneens voor het streven om in beginsel de tariefbeoordeling en het loon/inkomensbeleid te scheiden. Toch zullen enkele kritische kanttekeningen – soms zelfs van zeer fundamentele aard – moeten worden gemaakt. Daarbij zij aangetekend dat deze kanttekeningen voor een belangrijk deel voortvloeien uit het feit dat het hier nog maar om een 'contouren-nota' gaat, waarbij dus nog veel in een Nota van Wijzigingen zal moeten worden geconcretiseerd. Het is vooral ten behoeve van de komende Memorie van Antwoord en de Nota van Wijzigingen, dat de hierna volgende opmerkingen worden gemaakt.

Puntsgewijs

Het is niet geheel duidelijk wat de hoofddoelstellingen voor tariefwetgeving in de opvatting van de staatssecretaris nu eigenlijk zijn. Aangenomen mag worden dat gedoeld wordt op:

a. een goed functioneren van het stelsel van voorzieningen, een zonder meer positief te beoordelen doelstelling, en

b. het beheersen van de kosten daarvan.

Hierbij rijzen de volgende vragen:

- Op welke wijze denkt men via een Tarievenwet tot kostenbeheersing te komen?
 - Waarom is in dit opzicht een grotere invloed van de centrale overheid dan thans noodzakelijk?
- Ten aanzien van de twee afgeleide doelstellingen van de Tarievenwet, namelijk 'het meer inzichtelijk maken' en 'het onderling afstemmen van tarief – en honoreringssystemen' rijzen vragen als:
- Hoever denkt de overheid met die 'inzichtelijkheid' te gaan?
 - In welke opzicht ontbreekt op dit ogenblik een afstemming?

Zoals onder 'algemeen' reeds is opgemerkt kunnen de overwegingen, welke voor de staatssecretaris hebben gegolden om ten aanzien van de samenstelling van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) met een wijzigingsvoorstel te komen, worden onderschreven. Verheugend is ook dat nog eens duidelijk wordt uitgesproken dat 'alle tarieven in beginsel tot stand dienen te komen op basis van onderhandelingen tussen financiers en zorgverleners'. Aangezien deze beginselverklaring aan duidelijkheid niets te wensen over laat, mag – mede gelet op de algemene overwegingen die voor de staatssecretaris bij het opstellen van de inspraaknota als geheel hebben gegolden – daaraan de verwachting worden verbonden dat bij deze onderhandelingen partijen de nodige ruimte wordt gelaten om ook henzelf in het nut en het belang daarvan blijvend te doen geloven en hen daarmee tot het bereiken van resultaat te motiveren. Tegen de 'verbreding' van de onderhandelingsstructuur met die van de particuliere tarieven behoeft op zich geen bezwaar te bestaan. Zij vooronderstelt echter wel dat:

- a. de betrokken onderhandelars representatief zijn ten opzichte van hun achterban en derhalve over mandaat tot het bereiken van overeenstemming en de daaraan onverbrekkelijk verbonden toezegging van diezelfde achterban, om aan de uitvoering van een bereikte overeenstemming daadwerkelijk mede te werken, beschikken; en
- b. niet alleen over de tarieven zelve

doch tevens over nauw daaraan verbonden, voor een goed functioneren van het stelsel van voorzieningen noodzakelijke, onderwerpen zoals controle, kwaliteitsbewaking etc. overeenkomsten zijn te treffen, zoals dit ook met de ziekenfondsen het geval is.

Voorts moet in dit verband ook worden gewezen op het feit dat de ziekenfondsen ten opzichte van hun verzekeren een uniform pakket bieden, terwijl dit voor de particuliere verzekeraars allerm minst het geval is. Hoe zullen de mogelijkheden van de medewerkers in dat kader zijn om hun bijdrage te leveren met betrekking tot aard en omvang van het verstrekkingenpakket van deze verzekeraars? Dit mede gelet op in het kader van een uitgestippeld gezondheidszorgbeleid wellicht noodzakelijke aanvullingen c.q. wijzigingen.

De hiervoor genoemde punten hangen nauw samen met hetgeen in uitgangspunt 7 is verwoord, namelijk dat medewerkers en ziektekostenverzekeraars in feite een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de totaliteit van de zorg dragen, zij het dat daarbij duidelijk accentverschillen ten aanzien van bepaalde onderdelen bestaan. In ieder geval dient aan verzekeraars niet uitsluitend de rol van betaalkantoor te worden toegekend.

En tenslotte: komen de particuliere verzekeraars door de hen bij deze wet te verlenen status ook onder het toezicht van de Ziekenfondsraad te vallen?

Met de formulering welke wordt gehanteerd met betrekking tot de vereisten waaraan bestuurders van het COTG zouden moeten voldoen, kan in algemene zin worden ingestemd. Het verlangen van een onafhankelijkheid, 'in deze zin dat zij direct *noch indirect* betrokken mogen zijn bij tariefonderhandelingen', lijkt echter moeilijk verenigbaar met die algemene vereisten. Immers, kan niet van iedere beroepsbeoefenaar worden gesteld dat hij indirect – ja zelfs direct – bij tariefonderhandelingen is betrokken? De hier gehanteerde begrippen verdienen daarom verduidelijking. Het begrip 'indirect' zou waarschijnlijk zelfs beter volledig kunnen worden vermeden. Bepaald verduidelijking behoeft de zinsnede waarin wordt gesteld dat

'belanghebbende partijen in voldoende mate kunnen worden betrokken bij de *totstandkoming van tarieven* door middel van door het Centraal Orgaan in te stellen Kamers (vergelijkbaar met de huidige Kamers van het COZ) waarin partijen wel rechtstreeks vertegenwoordigd zijn'. Een zin, die aanleiding moet zijn tot het stellen van de volgende vragen:

- Hoe valt dit nog te rijmen met het beginsel dat tarieven *tot stand zouden komen* op basis van onderhandelingen?
- Hoe moet men zich deze Kamers qua aantal en samenstelling voorstellen?
- Wie moeten als zijnde 'belanghebbende partijen' worden aangemerkt?
- Hoever gaat overigens de vergelijkbaarheid met de huidige Kamers van het COZ?

Als aan deze Kamers de taak wordt toebedacht om het Centraal Orgaan (lees: het bestuur en de centrale overheid!) te adviseren over de richtlijnen voor de tariefbepaling, zou men daaruit moeten concluderen – wil geen strijdigheid met de basisprincipes van de staatssecretaris ontstaan – dat het Centraal Orgaan een veelheid van Kamers zou moeten hebben, welke steeds paritair tussen de betrokken groep zorgverleners en de financiers zouden zijn samengesteld. De vraag rijst echter of dit werkbaar is.

Daarom zou het overweging kunnen verdienen om sectorgewijs Kamers in te stellen, vervolgens om binnen de diverse Kamers commissies of werkgroepen in het leven te roepen, waarin de terecht gesignaleerde noodzaak van deskundigheid en betrokkenheid van specifieke groepen zorgverleners en hun financiers optimaal tot haar recht kan komen. Het resultaat van de werkzaamheden van die commissies – met name hun adviezen terzake van richtlijnen – zou dan voor de betrokken Kamer – evenals de adviezen van de Kamers op hun beurt voor het 'Centraal Orgaan' – een zeer zwaarwegend gegeven dienen te zijn.

Wil de weergegeven samenstelling van een COTG en haar diverse geledingen – waarbij het onderscheid tussen het 'Centraal Orgaan' en door haar in te stellen 'Kamers' enigszins onwerkelijk aandoet – weerspiegelen wat de staatssecretaris elders in de nota heeft overwogen, dan zal:

a. binnen het bestuur pariteit moeten bestaan tussen respectievelijk Kroonleden, georganiseerd bedrijfsleven tezamen met financiers, en zorgverleners (waaronder immers ook de instellingen vallen);

b. het aantal Kamers niet noodzakelijkerwijs gekoppeld moeten worden aan het aantal Kroonleden, doch voor de gezondheidszorg werkelijk functioneel dienen te zijn;

c. aan iedere Kamer een aantal werkgroepen of commissies moeten worden verbonden, welke in beginsel paritair tussen de direct betrokken zorgverleners en financiers dienen te zijn samengesteld.

Terecht wordt verderop gesteld, dat de samenstelling van het Centraal Orgaan en de wijze van functioneren zeer nauw samenhangen. Daarom dienen bij de vaststelling van tariefrichtlijnen voor instellingen de werkers in deze instellingen zowel functioneel, als – in de dienstverbandssituatie – voor wat hun rechtspositie betreft, betrokken te zijn. Een situatie als thans bestaat en waarin medische specialisten ten aanzien van de richtlijnen van het COZ op geen enkele wijze zijn betrokken en waarin artsen in dienstverband worden geconfronteerd met arbeidsovereenkomsten waarin wordt verwezen naar ‘COZ-richtlijnen’, waarop hun organisatie geen enkele invloed heeft gehad, dient bij voorbaat te worden uitgesloten. Dat door de overheid ‘in nauw overleg met het maatschappelijk leven’ de hoofdlijnen van het volksgezondheidsbeleid worden uitgestippeld, kan in zijn algemeenheid als juist worden onderschreven. Wel is daarbij ons inziens vóórondersteld dat de overheid daartoe gebruik maakt van wettelijk vastgelegde overlegstructuren. De primaire advisering terzake zal van de Nationale Raad moeten komen. Het is een ernstige lacune dat over de rol, die dit belangrijke adviesorgaan vanuit een oogpunt van volksgezondheidsbeleid ook in het kader van dit wetsontwerp onzes inziens dient te vervullen, totaal niet wordt gerept. Het vorenstaande laat onverlet dat het voor ons vanzelfsprekend is dat ten aanzien van de uiteindelijke

vaststelling van de hoofdlijnen van het beleid gesproken dient te worden van een gemeenschappelijke taak van regering en parlement. Wij nemen aan dat het begrip ‘centrale overheid’ ook in deze zin is bedoeld.

Volstrekt strijdig met de verantwoordelijkheid die aan het COTG ten principale in de nota wordt toegekend is, dat – indien strijdigheid bestaat met gegeven aanwijzingen of met het algemeen belang – door de overheid zelfstandig de richtlijnen worden vastgesteld. Het zou voor de hand liggen dat, indien het COTG naar het oordeel van de overheid richtlijnen heeft vastgesteld in strijd met de aanwijzingen, de zaak wordt terugverwezen naar het COTG, dat dan opnieuw met inachtneming van de voorgeschreven procedure zal beslissen.

Het zou voor het COTG overigens zeer onaantrekkelijk zijn te moeten constateren dat zijn taak door de overheid zo gemakkelijk zou kunnen worden overgenomen. Wat de toetsing aan het algemeen belang betreft, de overheid moet in staat worden geacht dit algemeen belang voldoende in de door haar te geven aanwijzingen te verdisconteren. Niet is in te zien waarom de richtlijnen hierna nog afzonderlijk zouden moeten worden getoetst aan het algemeen belang, wat deze term verder ook moge inhouden. Volgens de nota *kunnen* aanwijzingen vooraf terzake van de inhoud van de richtlijnen door de centrale overheid worden gegeven. Deze aanwijzingen, welke ‘zowel betrekking hebben op aspecten van volksgezondheidsbeleid als van prijs/inkomensbeleid’ dienen door het Centraal Orgaan in acht te worden genomen. Ook ten aanzien van dit punt moeten weer zeer cruciale vragen worden gesteld:

- Van welke aard zijn die aanwijzingen?
- Zij ‘kunnen’ door de centrale overheid worden gegeven; welke criteria gelden voor de noodzaak?
- Welke rol is aan de Nationale Raad met betrekking tot de aanwijzingen betrekking hebbend op aspecten van volksgezondheidsbeleid toegedacht?
- Welke rol wordt de bij de aanwijzingen direct betrokkenen toegedacht in het kader van de totstandkoming?

Wil geen strijdigheid met de door de staatssecretaris gekozen uitgangspunten ontstaan en wil een

noodzakelijke afstemming op de ten aanzien van de Voorzieningswet naar wij begrepen hebben in die Memorie van Antwoord nog nader te ontwikkelen visie mogelijk zijn, dan zal:

a. over aanwijzingen, voor zover het althans ‘aspecten van volksgezondheidsbeleid’ betreft, steeds verplicht advies bij de Nationale Raad moeten worden ingewonnen (de Nationale Raad hoort dan betrokkenen en doet terzake ontvangen adviezen in zijn advies tot uiting komen, bij afwijzing beargumenteerd. Betreft het één of meer beroepsgroepen specifiek dan zal de overheid ook nog zelfstandig met deze groepering(en) overleggen en bij een aan de van die laatste zijde ontvangen advies contraire beslissing, deze gemotiveerd toelichten);

b. aard van de aanwijzingen en omstandigheden waaronder zij worden gegeven concreter in Tarievenwet en derzelver toelichting moeten worden omschreven;

c. publikatie van de aanwijzingen dienen plaats te vinden opdat deze voor ieder kenbaar zijn;

d. bij niet-goedkeuring van een door het Centraal Orgaan in beginsel reeds vastgestelde richtlijn opnieuw met dit college in overleg moeten worden getreden;

e. de mogelijkheid van niet-goedkeuring aan een wettelijk vastgelegde termijn gebonden moeten zijn;

f. de toetsing van de richtlijnen door de overheid aan het algemeen belang dienen te worden geschrapt. Het algemeen belang moet immers worden geacht voldoende te zijn verdisconteerd in de eerder vanwege de overheid gegeven aanwijzingen;

g. in de wet duidelijk moeten zijn aangegeven op welk moment, tegen welke beslissingen, bij welke instanties en op welke gronden beroep kan worden aangetekend. *De beroepsmogelijkheden zijn in het huidige wetsontwerp bepaald onvoldoende. Onvoldoende zou ook zijn dat er enkel beroep openstaat tegen een concrete beslissing van het COTG – in de eindfase – waarbij een overeengekomen tarief wordt getoetst*

aan de richtlijnen. Welke is bijvoorbeeld de beroepsmogelijkheid in het geval dat het COTG bij het vaststellen van richtlijnen het advies van partijen, vertegenwoordigd in de zogenaamde Kamers, naast zich neerlegt?

h. bij het beroep tegen een vastgestelde richtlijn ook een eventuele aanwijzing waarop die is gebaseerd, inhoudelijk moeten kunnen worden getoetst. Een punt apart vormt de vraag of het College van Beroep voor het bedrijfsleven wel de voor een zo specifiek terrein als de gezondheidszorg meest aangewezen beroepsinstantie is.

III. Relatie met loon- en inkomensbeleid

Afzonderlijke aandacht vraagt nog hetgeen in de nota met betrekking tot de positie van het Centraal Orgaan in relatie met het loon- en inkomensbeleid staat vermeld. Het Centraal Orgaan zal in de opvatting van de staatssecretaris uitsluitend een orgaan zijn 'voor het vaststellen van tarieven en niet voor loon/inkomens'. Een in beginsel juist uitgangspunt, maar is het reëel daarom ook terzake van de zijde van het Centraal Orgaan geen daadwerkelijke bemoeienis te verwachten?

Gememoreerd zijn reeds bepaalde ervaringen van artsen in dienstverband met het COZ thans. Dit ondanks de door het COZ reeds in 1975 geuite – ook in de inspraaknota gememoreerde – opvattingen over zijn taak en bevoegdheden. Dit dreigt te meer omdat aan het Centraal Orgaan het norminkomen van een bepaalde beroepsgroep wel bij wijze van aanwijzing (dus iets dat bij de tariefbeoordeling door hem in acht genomen dient te worden!) zal worden medegedeeld. Ook in dit verband rijzen wederom enige vragen:

– Bij de Tarievenwet zal een overlegprocedure voor de vaststelling van het norminkomen worden vastgelegd. Houdt dit niet in dat bepaalde beroepsgroepen in een uitzonderingspositie ten opzichte van anderen worden geplaatst en hoe had de Centrale Overheid zich deze overlegprocedure gedacht?

– Welke betekenis moet aan het norminkomen worden toegekend en wat is de door de staatssecretaris gedachte samenhang met de normatieve 'workload'?

IV. Slotopmerkingen

Samenvattend kan tenslotte het volgende worden opgemerkt:

1. Nadere overwegingen over de verantwoordelijkheid van de centrale overheid en de wijze waarop deze vervolgens aan die verantwoordelijkheid in dit wetsontwerp inhoud denkt te geven worden wel aangekondigd, doch ontbreken. Dit maakt het moeilijk – zo niet onmogelijk – taken en bevoegdheden die COTG c.q. overheid zouden moeten hebben te beoordelen.

2. Een en ander speelt ook door in uiterst essentiële zaken als de aanwijzingen en de richtlijnen. Daarbij vragen aandacht zowel de inhoud en de wijze van totstandkoming als de beroepsmogelijkheden. Punten waarop de inspraaknota helaas in het vage blijft.

3. Volgens de inspraaknota zal de basis voor de totstandkoming van de tarieven blijven: onderhandelingen tussen partijen. Onduidelijk blijft echter welke verantwoordelijkheid partijen daarbij is toegedacht en welke rol zij daadwerkelijk zullen kunnen spelen bij de totstandkoming van richtlijnen en vooral ook aanwijzingen. Voorts blijft onduidelijk of aanwijzingen c.q.

richtlijnen primair bedoeld zijn om oplossingen te helpen vinden voor problemen welke voor partijen in bepaalde situaties onverhoopt onoplosbaar blijken dan wel dat zij een duidelijk richtinggevend karakter dragen. In het laatste geval zou de noodzakelijke speelruimte voor onderhandelingen al gauw komen te ontbreken.

4. Eveneens onduidelijk blijft op welke wijze de – noodzakelijke – samenhang met de Voorzieningswet gestalte krijgt.

5. Niet geheel duidelijk is hoe het Centraal Orgaan, overeenkomstig de in de nota verwoorde intentie, ook daadwerkelijk geen enkele bemoeienis met het inkomensbeleid zal kunnen hebben, waar het norminkomen immers bij wijze van aanwijzing aan hem wordt medegedeeld.

6. Met de inspraaknota wordt slechts op een beperkt deel – en dan nog in beperkte mate – tegemoetgekomen aan de uitgangspunten die in de 'Visie' van KNMG en haar maatschappelijke verenigingen tariefwetgeving moeten kenmerken, alsmede aan de door hen met betrekking tot het Wetsontwerp Tarieven Gezondheidszorg in hun respectievelijke memoranda geuite bezwaren.

Het valt te hopen dat de komende Memorie van Antwoord en de daarbij behorende toegezegde Nota van Wijziging terzake klare wijn zullen schenken, zodat het alsdan mogelijk wordt een afgerond oordeel over het wetsontwerp en de daaraan thans ten grondslag liggende bedoelingen te geven.

Ledenvergadering der LSV

LSV-voorzitter Gründeman: 'Medewerking aan Structuurcommissie Honorering Medische Specialisten van historische betekenis'

Ter inleiding van de Ledenvergadering van de Landelijke Specialisten Vereniging, zaterdag 28 oktober jl. gehouden in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht, heeft LSV-voorzitter A. M. Gründeman, de volgende rede gehouden:

In de extra Ledenvergadering van 21 september jl. is een besluit genomen dat mogelijkwerijs de toekomstige historie van de specialisten in Nederland zal bepalen. Toen is immers een reeds begin dit jaar ingezette diepgaande discussie afgerond en uiteindelijk vrijwel unaniem besloten om medewerking te verlenen aan een van staatswege in te stellen 'Commissie Structuur Honorering Medisch Specialisten'.

Wat deze commissie ons zal brengen dient te worden afgewacht. Wanneer echter de commissie de handelwijze van de huidige staatssecretaris voortzet – en wel om nauw voeling met het veld te houden – dan lijkt het doel: een voor allen aanvaardbare honoreringsstructuur, binnen bereik. Natuurlijk, als ik het over 'het veld' heb dan spreek ik niet alleen over ons specialisten. Met name doel ik dan ook op ziekenhuiswezen en ziektekostenverzekeringswereld. Waar het mij om gaat is dat nóch naar specialistenkant, nóch naar die van de overige betrokkenen in dit veld straks van een eenzijdige uitkomst kan worden gesproken.

Bestendig

Een historisch besluit heb ik zo juist de beslissing van de vorige ledenvergadering genoemd. Máár, zo voeg ik daar onmiddellijk aan toe, wel een besluit dat past in de bestendige beleidslijn van de LSV.

Ongetwijfeld zijn er slechts weinigen onder ons die zich nog voor de geest kunnen halen dat reeds bij de opzet van het



LSV-voorzitter A. M. Gründeman
... herkozen voor 1979 ...

landelijk ziekenfondstarief in 1949 niet alleen de inkomenspositie, maar evenzeer de doelstelling van een kwalitatief optimaal functioneren voor ogen stond. Vandaar dat indertijd gekozen is voor een gemengd systeem: enerzijds het verrichtingentarief, anderzijds de verwijfs- en herhalingskaarten, alsmede een gedifferentieerd dagentarief. Met het ziekenfondstarief als uitgangspunt bestond er in de vijftiger jaren binnen de Vereniging behoefte aan herbezinning. De 'Commissie Bingen' werd daartoe ingesteld. Met behulp van het accountantskantoor Klynveld, Kraayenhof & co werd daarop een X-aantal rapporten gepubliceerd. Daaruit kwam onder meer als grootste gemene deler van de onkosten een percentage van 30 naar voren. Een percentage dat sindsdien in de onderhandelingen met de ziekenfondsen een gegeven vormde. Het was immers gestoeld op objectieve waarneming. In de zestiger jaren werd op deze basis voortgebouwd. Enerzijds werden daarbij de verworvenheden als een gegeven

beschouwd. Anderzijds werd zo goed mogelijk – zij het binnen het bestaande bestek – op nieuwe ontwikkelingen ingespeeld. Deze methodiek ondervond in dezelfde jaren in toenemende mate kritiek. Die kritiek was van tweeërlei aard. Sommigen klaagden over de absolute hoogte van met name de ziekenfondsomzetten, uiteraard in samenhang met de van hen verwachte prestatie. Anderen begonnen zich in toenemende mate zorg te maken over – zoals zij dat toen reeds stelden – een gebrek aan visie over de wijze waarop van een specialist verwacht moet worden dat hij kwalitatief functioneert. Dit alles dan weer in samenhang met zijn honorering. Deze laatste groep heeft onder meer naar voren gebracht dat het totale inkomen per specialist weliswaar voldoende was, doch dat daarbij volledig uit het oog verloren dreigde te raken wat voor het optimaal functioneren van een specialist wenselijk zou zijn. Enkelen meenden destijds reeds dat het voornamelijk de toename van de consumptie was die het specialisteninkomen op peil hield, doch dat een objectieve maatstaf – bijvoorbeeld in de vorm van een normatieve 'workload' – node ontbrak.

Derde pijler

De discussie op deze basis is in de volgende jaren voortgezet. Zij heeft voor de successievelijke onderhandelingscommissies in de contacten met de ziekenfondsen ook zonder meer haar betekenis gehad. Een en ander culmineerde in de Ledenvergadering van 15 mei 1976. Toen werd een voorstel tot het toevoegen van een derde pijler aan het tariefbeleid der LSV aanvaard. Moest het Centraal Bestuur zich oorspronkelijk primair richten op,

- een ongeveer gelijke honorering voor de verschillende specialismen;
- een bij de verschillende specialismen bij benadering gelijke relatie tussen inspanning en honorering;

sindsdien kwam daar nog bij:

– een zodanige relatie tussen inspanning en honorering, dat de medische specialisten inkomens kunnen verwerven, die te vergelijkbaar zijn met die van andere vergelijkbare maatschappelijke groeperingen; een vergelijking waarbij uiteraard de specifieke 'workload' alsmede de praktijkkosten, de kosten van de opleiding van hen die te zijner tijd zijn werk zullen voortzetten en de voor hem aan een adequate oudedagsvoorziening verbonden kosten moeten worden betrokken.

Van meet af aan heeft de overheid belangstelling getoond voor het bereiken van resultaten in onderhandelingen tussen ziekenfondsen en specialisten. Zo heeft bij het ontstaan van het tarief minister Joekes in 1949 reeds een stimulerende rol gespeeld. In de vijftiger jaren heeft de toenmalige bewindsman van Sociale Zaken, toen er binnen de Vereniging problemen waren over de destijds geldende zogenaamde 'progressieve korting', een Staatscommissie ingesteld, de zogeheten 'Commissie De Quay'. Deze commissie heeft er mede toe bijgedragen dat de progressieve korting uiteindelijk verdween.

In de loop der jaren is de overheid bij de onderhandelingen steeds nauwer betrokken geraakt. Men ging zijn oorspronkelijke uitsluitend toezichthoudende repressieve functie steeds meer wijzigen in het beïnvloeden van partijen tijdens de onderhandelingen. Dit laatste bleek weer, toen van departementale zijde werd gesteld dat men de doelstelling van het 'nieuwe' tariefbeleid van de LSV gaarne wilde onderschrijven, maar dat men over de wijze van verwezenlijking minstens zo gaarne zijn zegje wilde doen. Wat dat dan inhield hebben de kinderartsen recentelijk mogen ondervinden, namelijk: fasering en verlaging van een reeds bereikte overeenstemming tussen ziekenfondsen en LVS over een structurele verhoging van hun tarieven.

Een belangrijke invalshoek van departementszijde vormde in de laatste jaren grote bezorgdheid van die kant over de kosten en de structuur van de gezondheidszorg. De neerslag van een en ander vindt men in de Structuurnota en de daarop gebaseerde wetontwerpen. Bovendien heeft in Nederland de gedachte postgevat van, zo niet nivellering, dan toch van beheersing van inkomens. In dit kader moeten we het prijs/inkomensbeleid van deze en de vorige regering zien. In met het departement gevoerde besprekingen bleek ons bij herhaling dat de behoefte tot een stringent prijsbeleid enerzijds en het gevoel dat de specialisten inkomensmatig tot de zeer bevoorrechten zouden behoren anderzijds, de verwezenlijking van een tariefbeleid zoals het Centraal Bestuur en de

Ledenvergadering op 15 mei 1976 voor ogen stond illusoir dreigde te maken. Punten als 'workload' en het ontbreken van reële mogelijkheden tot het jaarlijks realiseren van productiviteitsstijging in de praktijkvoering bleken wel bespreekbaar. Maar ze bleken niet voor vertaling in tariefaanpassingen vatbaar.

Hoop

Om terzake alle heil van de Structuurcommissie te verwachten gaat ongetwijfeld te ver. Veel heil zou ik echter geenszins willen uitsluiten, ja er zelfs mijn hoop vooralsnog op willen vestigen.

Uiteindelijk is deze commissie ingesteld en ik citeer letterlijk: 'in het licht van een goed functionerend systeem van gezondheidszorg en een in samenhang daarmee te voeren prijs-inkomensbeleid'. Het prijsbeleid heeft met andere woorden een ondersteunende doch geen overheersende functie.

De instelling van de commissie is derhalve positief te benaderen. Al was het alleen maar om te kunnen inspelen op een (latent) binnen de LSV levende behoefte. In hoeverre straks daadwerkelijk aan reeds lang ook bij ons met betrekking tot het huidige tariefsysteem levende verlangens van een tegemoetkoming kan worden gesproken, zal afhangen van de wijze waarop de commissie haar taak opvat. In dit verband lijkt het mij nuttig primair tegenover u, maar ook tegenover de commissie en haar instellers, tenminste duidelijk te maken hoe het Centraal Bestuur de probleemstelling ziet. Ik wil daartoe geen sectie toepassen op de Beschikking die in de Staatscourant van 5 oktober is gepubliceerd en u allen dus bekend is. Toch lijkt mij een zekere ontleding wel degelijk noodzakelijk. Niemand zal mij euvel willen duiden dat ik daaraan een aantal verwachtingen mijnerzijds verbind in welke richting onderzoek en aanbevelingen zich zouden kunnen begeven. Dat kan immers alleen maar verduidelijkend werken!

Derhalve neem ik u in gedachten mee naar deze Beschikking. De lijn van de considerans wordt in artikel 1 van de Ministeriële Beschikking tot instelling van de Structuurcommissie volledig doorgetrokken. Daarin wordt namelijk van de commissie niet alleen inzicht gevraagd in omzet en kosten, maar ook in 'workload' en productiviteit. Natuurlijk is het niet zo dat op het ogenblik ieder inzicht op genoemde punten ontbreekt. Zo worden bijvoorbeeld over omzet en kosten in de ziekenfondssfeer reeds vele jaren gegevens verzameld. En – voor wat de 'workload' betreft – deze is mede betrokken in het NZI-onderzoek naar 'specialistenplaats' en specialistenbehoefte.

De commissie zou er naar mijn opvatting derhalve goed aan doen allereerst te bezien wat er op dit moment aan relevant

materiaal reeds voorhanden is, respectievelijk binnen bereik kan komen, om dan vervolgens na te gaan in hoeverre dit materiaal voor haar doeleinden bruikbaar is. Dit teneinde een onnodig tijdbeslag op de specialisten te voorkomen. Wel zal de commissie daarbij zorgvuldig moeten screenen in hoeverre hier de doelstellingen van die gegevensverzamelingen overeenstemmen met het doel van de structuurenquête. Anders zou men in strijd komen met ons, in het kader van het 'Rapport Wolvius' mijns inziens nog steeds terecht gehuldigde, standpunt dat gegevens slechts gebruikt mogen worden voor het doel waarvoor zij zijn verstrekt.

Bovendien zou de commissie er naar mijn idee goed aan doen waar enigszins mogelijk met steekproeven te volstaan. Uiteraard zullen deze statistisch verantwoord dienen te zijn. Het op enigerlei wijze aan de commissie verbinden van statistische deskundigheid lijkt daarom onmisbaar. Dat bij enquêtes de privacy van de berichtgevers gegarandeerd dient te zijn, is zo vanzelfsprekend dat ik daar niet nader op hoeft in te gaan.

Voor wie?

De taakopdracht van de structuurcommissie spreekt verder van 'de noodzaak om te komen tot een duidelijke en overzichtelijke honoreringsstructuur op basis van objectieve criteria'. Binnen die structuur zou dan tegenover een normatieve 'workload' een norminkomen moeten kunnen worden opgebouwd. De hoogte daarvan zal onderwerp van apart overleg tussen LSV en betrokken departementen zijn.

Voor wie is die noodzaak tot een duidelijke en overzichtelijke tariefstructuur geboden? Tegenover de patiënt? Tegenover de verzekeraar? Tegenover de overheid? Of tegenover de specialist zelf? En hoever moet, c.q. kan men daarin gaan? Ik zie in dit opzicht vooral een reële behoefte bij de overheid. Daarbij denk ik dan meer speciaal aan het verkrijgen van meer inzicht waar bepaalde kosten worden gemaakt en het trachten te benaderen van wat de consequenties van bepaalde voorzieningen uit kostenooqpunt zouden zijn. Daarbij gaat het echter niet zo zeer om het effect van die honorering voor de betrokken specialist zelf, als wel om de samenhang van de betrokken verrichtingen, waarvan de kwantiteit uit de specialistendeclaratie blijkt, met bijvoorbeeld de daarvoor benodigde ziekenhuisvoorzieningen. Voor dit soort inzicht is het verrichtingssysteem overigens een zegen. Bij een dienstverbandssituatie vindt deze kwantificering niet vanzelf plaats en wordt dit soort kosten-allocatie wellicht volledig illusoir.

Misschien is ook meer duidelijkheid in tariefstructuur gewenst ten opzichte van de

specialist zelf. Wat wordt bijvoorbeeld gehonoreerd? Zijn verslaggeving en verslaggeving, zijn intercollegiale mondelinge consultaties en zijn contact met verzekeringsgeneeskundigen, bedrijfsgeneeskundigen, wijkverpleging en maatschappelijk werk? Welk onderdeel van de specialistendeclaratie vormen deze – wel patiënt-gebonden, maar veelal voor de patiënt niet direct zichtbare – werkzaamheden? Zij zitten wel in het tarief, of liever gezegd – worden wel geacht onderdeel van het tarief uit te maken, doch voor welk deel? En is dat in voldoende mate?

Daarbij komt nog het extra tijdsbeslag dat voortvloeit uit de – overigens terecht – toenemende mondigheid van de patiënt en de in het verlengde daarvan toenemende noodzaak tot het geven van meer informatie, waarop de patiënt evenzeer recht heeft.

Daarnaast spelen dan nog de niet direct aan de behandeling van één patiënt gebonden stafactiviteiten, welke in feite alle op een bewaking van de kwaliteit gericht karakter dragen. Deze werkzaamheden zijn niet meer uit het functioneren van de specialist weg te denken, doch ze maken op het ogenblik over het algemeen geen deel uit van het verrichtingentarief. Onmogelijk is dit echter niet, zoals blijkt uit de destijds vastgestelde honorering van de sectie bij de patholoog-anatoom. In deze honorering, welke overigens wordt verrekend tussen ziekenhuis en patholoog-anatoom, zijn algemene stafactiviteiten destijds wel degelijk mede verdisconteerd.

Objectieve criteria

Wij zijn hiermee als vanzelf beland in de problematiek van de objectieve criteria welke aan de honoreringsstructuur ten grondslag moeten liggen. Daartoe behoren onder meer:

- gekwalificeerdheid voor het eigen specialistische werk (waaronder de opleidingsduur);
- de disutility- en risicofactor;
- de normatieve workload met de verschillende elementen waarin deze uiteenvalt.

Natuurlijk is voor een objectief verantwoorde weging van deze en andere het specialistisch functioneren bepalende factoren een inzicht in de thans feitelijk aanwezige situatie vereist. Niet genoeg kan echter gewaarschuwd worden tegen het verheffen van deze situatie als norm. Ingeval van een te gering aantal beoefenaren van een specialisme zullen om begrijpelijke redenen de niet-patiënt-gebonden activiteiten stiefmoederlijk bedeed moeten worden. Het totaalinkomen zal dan vaak bovendien met voortdurend 'overwerk' tot stand komen. Daarnaast is het ook mogelijk dat bepaalde – voor een kwalitatief verantwoord functioneren wenselijke

elementen – thans om andere redenen (nog) niet voldoende aandacht krijgen. Het zal er nu om gaan zonder maximalisering tot een juist evenwicht te komen.

Het is met name dit aspect van de taak van de commissie dat bij een gelukkige taakopvatting haar werk voor ons specialisten een historische betekenis kan krijgen. Wellicht verdient het aanbeveling van meet af aan rekening te houden met de mogelijkheid van een fase-plan, waarmee op concrete wijze wordt aangegeven op welke wijze verwacht kan worden dat – bijvoorbeeld in 1985 – de specialist optimaal functioneert. Onverbrekelijk is daaraan verbonden het concreet aangeven van de wijze waarop de honorering van jaar tot jaar op deze gewenste functionele ontwikkeling zal moeten gaan inspelen. Een eenmalig 'plaatje' in 1979 zou immers slechts een zeer tijdelijke oplossing geven voor de problemen die tot de instelling van de commissie hebben geleid.

Een punt apart is het norminkomen en de daarbij behorende normatieve 'workload'. In dit verband vormt het rapport van een gezamenlijke LAD- en LSV-commissie over de positie van de specialist in dienstverband een wenkend perspectief. In dit rapport zijn behartenswaardige opmerkingen te vinden over zowel de hoogte van het inkomen als de daarbij behorende 'workload'. Ligt het eigenlijk niet veeleer voor de hand dat de omzet van de specialist/vrije-beroepsbeoefenaar teruggerekend wordt tot het in dit rapport gehanteerde inkomen van de specialist in dienstverband? En niet zoals thans geschiedt tot dat van een ambtenaar in welke schaal dan ook?

Het gaat hier overigens om een problematiek die – zoals gezegd – weliswaar de commissie niet aangaat, doch het leek mij goed met het oog op het komend overleg dit eens op te merken tegenover de betrokken departementen. Voorts kan deze probleemstelling moeilijk los gezien worden van de discussies omtrent een honoreringsregeling voor de aan de medische faculteiten – en in dit kader weer aan academische ziekenhuizen – verbonden medische specialisten. De vraag of een gelijke of meer gelijke honorering der verschillende specialisten – zoals dit in de taakopdracht van de structuurcommissie heet – moet worden nagestreefd, is ten principale door de Ledenvergadering reeds beantwoord. Tot nog toe hebben wij ons echter niet begeven in de vraag: hoe, of – beter misschien – tot hoever en op welke wijze? Voor een deel zijn de bestaande verschillen niet zo zeer een gevolg van een verschil in waardering van de individuele verrichtingen, dan wel van een verschil in 'workload'. Een verschil dat zowel in een structureel tekort aan beoefenaren (bijvoorbeeld orthopaeden) als in disutilityfactor (bijvoorbeeld gynaecologen) zijn verklaring kan vinden.

En, tenslotte, zal ook scheefgroei op basis van een achteraf verkeerd gekozen

historisch fundament een rol spelen. Zie hier drie mogelijke verklaringen van bestaande verschillen welke totaal verschillend van aard zijn en dus ieder een volstrekt eigen benadering vragen.

Evenwichtige aanpak

Boven dit alles uit speelt voor mij nog de vraag of het verstandig is – met name in de aanpassingsmethodiek – voor ieder specialisme, dan wel zelfs groep van min of meer gelijksoortige specialisten, een aparte benadering te volgen. Persoonlijk geloof ik in het algemeen van niet, al wil ik geenszins uitsluiten dat met het oog op het bereiken van het structureel juist gekozen uitgangspunt, althans gedurende een overgangperiode, mede het trendbeleid kan worden aangewend. Dit veronderstelt dan echter wel degelijk een evenwichtige aanpak. Dat wil zeggen, zowel optrekking naar boven als eventueel noodzakelijk gebleken correcties naar beneden.

Een volgend punt uit de Beschikking betreft 'het bevorderen van de poliklinische functie, althans neutraliteit van de honorering ten aanzien van klinisch respectievelijk poliklinisch werken'. Het bevorderen van de poliklinische behandeling is niet primair een honoreringskwestie. Het is eerst en vooral een kwestie van behandelingsmogelijkheden. Daarbij komen vragen aan de orde als: wat wil de patiënt en wat is in de gegeven situatie medisch gezien wenselijk en mogelijk? Het is duidelijk dat de medische mogelijkheden toenemen naarmate de poliklinische voorzieningen meer mogelijkheden bieden. Dit geldt niet alleen voor de deskundigheid van het op de polikliniek aan de specialist ter beschikking staand personeel. Het betreft ook de outillage van bijvoorbeeld een kleine OK en de mogelijkheid van een kortdurende opname onder deskundige en continue begeleiding en bewaking.

Het is vooral op deze en andere in het vlak der voorzieningen liggende punten dat de huidige situatie nog veel te wensen overlaat. Naar verluidt zouden bovendien voor die ziekenhuismanagers die aan hun ziekenhuispolikliniek dergelijke voorzieningen zouden willen verbinden de huidige COZ-richtlijnen belemmerend werken. Zou het geen aanbeveling verdienen om ook voor het ziekenhuiswezen een structuurcommissie in te stellen? Maar die dan haar werkzaamheden uiteraard niet beperkt tot de polikliniek.

Voor de LSV heeft altijd als adagium gegolden dat datgene wat verantwoord poliklinisch kan geschieden ook poliklinisch dient te gebeuren. De suggestie, dat de specialisten uitsluitend uit financiële overwegingen hun patiënten onnodig klinisch zouden behandelen, werp ik van mij. Opvallend is overigens dat zo'n suggestie nog nimmer met feiten is gestaafd.

Iets anders is dat in het kader van het door ons als LSV voorgestane tariefbeleid wel een kritische bezinning past met betrekking tot de vraag of de geldende honoreringsregeling voor poliklinische én klinische hulp nog wel voldoet aan het vereiste dat er – althans bij benadering – een gelijke relatie tussen honorering en inspanning dient te zijn. Een screening van het huidige tarief in de zin van: staat tegenover dezelfde behandeling klinisch dan wel poliklinisch in principe dezelfde honorering? past daarom wel in mijn opvatting. Zelfs zou daarbij kunnen worden nagegaan of in bepaalde gevallen de intensiviteit van de prestatie poliklinisch wellicht niet wat groter is dan klinisch. Dat zou zelfs in die gevallen een hogere poliklinische honorering wettigen. Echter, bovenal zal het er in de toekomst om gaan dat met behulp van de wetenschappelijke verenigingen én de patiënt uitgemaakt wordt wat en onder welke omstandigheden diagnostisch zowel als therapeutisch verantwoord poliklinisch kan geschieden. Het tariefsysteem zal daar vervolgens, zoals te doen gebruikelijk, op moeten inspelen. Moge de commissie ook hiermede in haar aanbevelingen rekening houden.

Een apart probleem vormt in dit verband nog dat, wanneer inderdaad een verschuiving naar de poliklinische behandeling doorzet, het aannemelijk is dat de gemiddelde zwaarte van het voor de verwijs- en herhalingskaarten verrichte werk is toegenomen. Maar zal dan ook niet tevens de gemiddelde zwaarte van de klinische gevallen toenemen door het wegvallen van eenvoudige 'gevallen'? Met andere woorden: een herziening van de poliklinische honorering zal ook de klinische honorering niet onberoerd laten. Waarbij dan nog komt dat ten aanzien van de klinische honorering ook structurele wensen liggen. Bijvoorbeeld wat betreft een onderscheid tussen zeer intensieve, intensieve en normale zorg. Tevens valt te denken aan een aangepaste honorering voor de behandeling van patiënten die extra lang in het ziekenhuis blijven, waarbij dan aan een honorering per bezoek gedacht zou kunnen worden.

Financiering opleiding

Voorts rept de taakopdracht van de structuurcommissie over: 'het bevorderen van een duidelijke en éénduidige financieringsstructuur voor de specialistenopleiding'. In dit verband zij in herinnering geroepen hetgeen de commissie Assistent-Geneskundigen (de Commissie-Rang) als uitgangspunten heeft geformuleerd en wel:

- de financiële verhoudingen dienen duidelijker te worden gesteld en de financieringsstructuur dient éénduidig te zijn;

- het is noodzakelijk dat voorkomen wordt dat de werkzaamheden van de assistent-geneeskundigen, hetzij in positieve, hetzij in negatieve zin, van invloed kunnen zijn op de inkomenspositie van de specialist-opleiders;
- bij het zoeken naar mogelijke richtingen ter verbetering van de financiële problematiek dient uitgegaan te worden van de idee dat degenen die baat hebben bij de produktieve prestaties en de opleiding van de assistent-geneeskundigen, ook de lasten hiervan dienen te dragen;
- omdat de produktieve prestaties van de assistent-geneeskundigen in de sector van de gezondheidszorg liggen zou deze sector die prestaties dienen te vergoeden. Deze sector zou ook de kosten van de opleiding van de assistent-geneeskundige dienen te dragen, als primair belanghebbende bij de opleiding van assistent-geneeskundigen. Bij een en ander zou verdisconteerd kunnen worden dat, in aanmerking genomen dat de assistent-geneeskundige zelf ook belanghebbende is, dit in zijn salaris tot uitdrukking wordt gebracht.

Tot zover de Commissie-Rang.

Niet onbegrijpelijk heeft de commissie zich mijns inziens in haar Tweede Interim Rapport op het standpunt gesteld, eerst nu maar eens te willen weten wat de bewindslieden van deze uitgangspunten vinden alvorens aan de uitwerking enigerlei richting te kunnen geven. Zoals het nu gaat kan het in ieder geval niet doorgaan. Wij hebben immers een in de afgelopen jaren steeds cumulerende situatie. Enerzijds nemen de aan de assistent-geneeskundigen verbonden salariskosten door een continue verbetering van hun rechtspositie toe. Dit zij de assistent-geneeskundigen overigens van harte gegund. Maar de opleiders hebben daar zelf geen invloed op, laat staan een financieringsbron voor. Anderzijds nemen ook de vanwege het Centraal College en de Specialist Registratie Commissie aan de opleiders zelve te stellen eisen toe. Die situatie is extra nijpend, omdat datgene wat in het verleden de specialisten-opleiders nog enig soelaas placht te bieden, te weten de wacht-assistentennorm, in feite veelal een druppel op de gloeiende plaat blijkt te zijn. De oplossing van deze problematiek lijkt geen geringe taak. Toch moet het mogelijk zijn, gezien ook een suggestie van de Commissie-Rang, de bijdrage van de assistent-geneeskundigen aan de patiënten apart te verrekenen, waartegenover de opleiders een vergoeding voor de door hen aan de opleiding bestede tijd en moeite zou toekomen. En – zo voeg ik daar aan toe – waarom zou dit niet met een verrichtingsstelsel verenigbaar zijn?

Tenslotte vermeldt de taakopdracht van de structuurcommissie de vraag of een gelijke – of meer gelijke – honorering voor

ziekenfondsverzekerden en particuliere verzekerden moet worden nagestreefd. Van de LSV mag dit, mits – en dat ligt voor de hand – het niet ten koste van een redelijke inkomenspositie van de specialisten gaat. Dit laatste hangt nauw samen met het zogenaamde norminkomen en de daarbij behorende omzet die het resultaat is van de ontvangen honoraria uit ziekenfonds- en particuliere praktijk. Zoals het zich thans laat aanzien, heeft de modale specialist een alleszins verdedigbare omzet. Zeker wanneer zijn 'workload' in ogenschouw wordt genomen. Hieruit vloeit logisch voort dat, wil men iets in zijn inkomsten-bestanddelen gaan wijzigen, dit neutraal dient uit te werken voor zijn totale omzet. Het is duidelijk dat het naar elkaar toegroeien alleen maar gefaseerd kan geschieden. Een fasering zoals die sinds 1967 van overheidswege heeft plaatsgevonden, waarbij de verhouding tussen ziekenfondstarieven – particuliere honoraria, die oorspronkelijk grosso modo op 1:3 lag, sluipenderwijs is gebracht op 1:2¼, kan echter niet blijven doorgaan. Dit verdraagt zich immers niet met het norminkomen.

Mijlpaal

Het Centraal Bestuur meent dat de instelling van de structuurcommissie een mijlpaal kan betekenen met betrekking tot het functioneren van de specialist. Het leek mij derhalve passend mijn inleiding te beperken tot een visie op de taakopdracht van deze commissie.

Dit neemt niet weg dat er nog veel andere belangrijke zaken zijn die in een sterk veranderende wereld de aandacht van de specialist vragen. Intern zijn er de Statuten en het Huishoudelijk Reglement van de LSV die vandaag aan de orde komen. Daarbij ligt de nadruk op de vertegenwoordiging van de LSV-leden in de Ledenvergadering door vaste afgevaardigden. Deze vertegenwoordiging betreft alle LSV-leden, onder wie ook de collegae in volledig dienstverband. Meer extern gericht en werkend aan de toekomst van het medisch functioneren, is bijvoorbeeld de voortgang der intercollegiale toetsing. In dit kader komen vandaag de Statuten van het Centraal Begeleidings Orgaan (CBO) ter sprake. Werken aan de toekomst is ook uw visie op de Wetsontwerpen Voorzieningen en Tarieven Gezondheidszorg. Het is met name dit laatste wetsontwerp dat vandaag de aandacht krijgt, en wel door de bespreking van de Inspraknota. Het Centraal Bestuur realiseert zich heel wel dat met de bespreking van deze verscheidenheid aan complexe vraagstukken veel van u wordt gevraagd. Ook al omdat beslissingen als vandaag van u gevraagd niet alleen voor u zelf van

fundamentele betekenis kunnen zijn, doch ook mede het functioneren van een toekomstige specialistengeneratie kunnen bepalen.

Het is de kracht van de LSV dat zij zich tot nog toe deze zware verantwoordelijkheid steeds terdege bewust is geweest en dus ook in haar besluitvorming tot uitdrukking heeft gebracht. Moge dit zo blijven!

*
* *

Aldus tenslotte LSV-voorzitter Gründeman ter inleiding van deze Ledenvergadering die haar voorzitter na het uitspreken van zijn rede bij acclamatie herkoos in dienst functie voor het verenigingsjaar 1979.

Instemming

De afgevaardigden stemden vervolgens in met het voorstel van het Centraal Bestuur, de heer R. A. F. Lind van Wijngaarden, anesthesist te Wassenaar, te benoemen tot bestuurslid, zulks ter vervulling van de vacature, ontstaan door het tussentijds aftreden van Dr. J. H. Bos, KNO-arts te Den Haag. Bij schriftelijke stemming werden herkozen tot bestuurslid van het Pensioenfonds Medische Specialisten Dr. P. J. A. van Voorst Vader, voorzitter, alsmede Dr. F. G. C. Buyse, secretaris. Bij die gelegenheid werd A. M. de Vlaam te Aalst/Waalre gekozen tot plaatsvervangend bestuurslid. Instemming werd voorts betuigd met de begroting voor het jaar 1979 en met het contributievoorstel voor volgend jaar.

Intercollegiale toetsing

Het bestuurslid A. J. Simons informeerde de Ledenvergadering over de stand van zaken met betrekking tot de oprichting van een Centraal Begeleidings Orgaan voor Intercollegiale Toetsing (CBO). Blijkens de toelichting bevinden de werkzaamheden van de werkgroep, die de totstandkoming van dit orgaan coördineert, zich thans in een stadium van afronding.

Als rechtsvorm van het CBO is gekozen voor de stichting. Daartoe zijn statuten geconcipeerd die de Ledenvergadering kreeg voorgelegd onder het voorbehoud dat over de uiteindelijke tekst ook nog overeenstemming zal moeten worden bereikt met de Geneeskundige Vereniging, de NZR en de VNZ, welke instanties immers in het CBO zullen gaan participeren. Bovendien zullen de statuten ter kennis van de overheid moeten worden gebracht, aangezien zij als waarnemer zal gaan fungeren.

Het is de bedoeling om op 1 januari aanstaande met het CBO van start te gaan, in de verwachting dat men dan de beschikking zal hebben over een voorzitter van de Wetenschappelijke Raad die de eerste jaren full-time voor het CBO werkzaam zal zijn en kort daarop over een directeur voor de dagelijkse leiding van het CBO-bureau. Het ligt voorts in de bedoeling de werkzaamheden van de Begeleidingscommissie Intercollegiale Toetsing geleidelijk aan in de loop van 1979 te doen overnemen door het CBO.

Het initiatief van de LSV, om op de begroting een bedrag van f 100.000 ter mede-dekking van de aanloopkosten van het CBO te reserveren, is door de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne gevolgd; zoals gemeld in MC nr. 38/1978 is op de begroting 1978/1979 van Volksgezondheid een bedrag van f 96.000 van overheidswege uitgetrokken en hiervoor ter beschikking gesteld. In dit verband werd besloten de in de LSV-begroting voor 1978 opgenomen post – voor zover in 1978 niet volledig besteed – over te hevelen naar 1979 en weer aan te vullen tot f 100.000. Over de financiering op langere termijn is door de staatssecretaris aan het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven de suggestie gedaan de kosten zowel in de individuele ziekenhuizen als in die van het CBO ten laste van de verpleegprijs te brengen.

Concept-Statuten

Geruime tijd heeft de Ledenvergadering zich daarop bezig gehouden met de behandeling van de concept-statuten en een nieuw concept-Huishoudelijk Reglement. De voorstellen van het Centraal Bestuur dienaangaande hadden als uitgangspunt, zoveel mogelijk de bestaande regelingen te handhaven en alleen wijzigingen aan te brengen als dat strikt noodzakelijk zou zijn. Zoals de voorzitter in zijn inleiding al had benadrukt stond centraal: de vertegenwoordiging van de LSV-leden in de ledenvergadering



... onderonsje tussen LSV-voorzitter A. M. Gründeman en Mr. H. J. Overbeek, directeur van het LSV-bureau; rechts ondervoorzitter Dr. A. Kastelein ...



... mede op verzoek van de afgevaardigde Dr. M. J. Horikx (op de voorgrond rechts) zal de LSV-Ledenvergadering worden opgedeeld in twee afdelingen ...

door vaste afgevaardigden, die alle leden, ook de medische specialisten in volledig dienstverband, representeren.

Aangezien het onderscheid leden, niet of deels in dienstverband praktizerend, en leden, geheel in dienstverband praktizerend, niet in de Statuten kan worden opgenomen, omdat de wet voorschrijft dat alle leden gelijk zijn, had het Centraal Bestuur zich opnieuw ernstig beraden over het stemrecht. Alles afwegende was het bestuur tot de conclusie gekomen dat het verre de voorkeur zou verdienen dat alle leden – en daarvan afgeleid dan ook alle afgevaardigden – gelijk zijn en een gelijke stem zouden hebben. Niettemin konden Centraal Bestuur en Ledenvergadering overeenstemming bereiken over een alternatief, de Ledenvergadering in te delen in twee afdelingen: afdeling A, bestaande uit de afgevaardigden die niet of slechts voor een deel in dienstverband praktizeren; afdeling B, bestaande uit afgevaardigden die uitsluitend in dienstverband praktizeren. Dit alternatief werd aanvaard, mede op verzoek van de afgevaardigde Dr. M. J. Horikx, die betoogde dat er in de praktijk slechts in uitzonderingsgevallen behoefte zou zijn aan dit onderscheid, dat dan wellicht over enkele jaren op grond

SPORTGENEESKUNDE – Artikelenserie gebundeld

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

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

van een dergelijke te voorspellen gang van zaken weer ongedaan gemaakt zou kunnen worden.

Inspraaknota

Nadat de afgevaardigden akkoord waren gegaan met een eerder door Amsterdamse afgevaardigden gesuggereerd en door het Centraal Bestuur overgenomen gewijzigd voorstel met betrekking tot wijziging van de Algemene inleiding op de richtlijnen voor de particuliere honoraria, werd het KNMG-commentaar op de Inpraaknota inzake het Wetsontwerp Tarieven Gezondheidszorg (zie blz.

1403 e.v. van dit MC-nummer) in bespreking genomen. Dit commentaar werd toegelicht door LSV-ondervoorzitter Dr. A. Kastelein, die constateerde dat de LSV weliswaar ingenomen mag zijn met het feit dat de huidige staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne deze nota heeft doen uitgaan, maar dat gezond wantrouwen geboden blijft. De beraadslagingen werden besloten met mededelingen vanuit de LSV-departementen Algemene Zaken (het CB-lid F. S. K. Scholl over recente P.R.-activiteiten) en Tariefzaken (J. Heckman, voorzitter Onderhandelingscommissie, over allerlei lopende honoreringskwesties).

UNIVERSITAIRE BERICHTEN

Benoemingen

Vrije Universiteit Amsterdam:

Dr. J. J. A. M. Bloem, buitengewoon lector in de heelkunde, in het bijzonder de handchirurgie.

Rijksuniversiteit Utrecht:

Dr. J. V. L. van den Brande, gewoon hoogleeraar in de kindergeneeskunde.

Dr. P. Egyedi, gewoon hoogleeraar in de mondziekten en kaakchirurgie.

Dr. N. Gluhbegovic, gewoon lector in de medische anatomie en embryologie.

Prof. J. Huber, gewoon lector in de kinderpathologie.

Dr. H. M. Pinedo, gewoon lector in de inwendige geneeskunde.

Dr. H. M. van Praag, gewoon hoogleeraar in de psychiatrie.

Rijksuniversiteit Limburg:

Dr. J. De Haan, hoogleeraar gynaecologie/obstetrie.

Dr. J. M. F. A. Mol, buitengewoon hoogleeraar in de klinische neurofysiologie.

Katholieke Universiteit Nijmegen:

C. M. Jongerius, buitengewoon lector in de inwendige geneeskunde, in het bijzonder de longziekten.

Dr. L. B. A. van de Putte, lector in de inwendige geneeskunde, in het bijzonder de reumatologie.

Leidse Universiteit:

Dr. L. J. Dooren, gewoon hoogleeraar in de kindergeneeskunde.

Dr. J. Rohmer, gewoon lector in de kinder cardiologie.

Dr. J. van Steveninck, gewoon lector om werkzaam te zijn op het vakgebied van de biochemie der membranen.

Erasmus Universiteit Rotterdam:

Dr. E. van der Does, gewoon lector in de geneeskunde met de leeropdracht huisarts-geneeskunde.

Dr. J. W. Wladimiroff, gewoon lector in de geneeskunde met de leeropdracht gynaecologie en verloskunde.

Rijksuniversiteit Groningen:

Dr. J. Fernandes, gewoon hoogleeraar in de kindergeneeskunde.

Dr. C. H. Gips, gewoon lector in de geneeskunde, in het bijzonder het klinisch-wetenschappelijk onderzoek in de hepatologie.

Dr. K. G. Go, gewoon lector in de experimentele neurochirurgie.

Universiteit van Amsterdam:

Dr. A. de Geus, buitengewoon hoogleeraar in de tropische geneeskunde.

Dr. A. J. Porsius, gewoon lector in de farmacotherapie.

Het recht op euthanasie

Jubileumcongres Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie

De Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie bestaat vijf jaar. Om aan dit feit luister bij te zetten organiseerde zij op vrijdag 27 oktober jl. een congres over 'Het recht op euthanasie'. Als sprekers waren uitgenodigd Dr. J. J. Rasker, reumatoloog te Enschede, Mw. Dr. H. M. Terborgh-Dupuis, docente ethiek aan de medische faculteit te Leiden, en Prof. Dr. H. J. J. Leenen, hoogleraar in de sociale achtergronden van gezondheid en gezondheidszorg aan de GU te Amsterdam.

Eigen wens

Dr. Rasker onderscheidde passieve euthanasie (het nalaten van levensverlengende handelingen) en actieve euthanasie (actieve beëindiging van het leven). Juridisch gesproken gaat het bij actieve euthanasie in feite om hulp bij zelfmoord. Ook praktisch maakt het verschil of een arts eigenhandig de dodelijke spuit toedient of dat hij de behandeling staakt. Daarnaast is er verschil in zekerheid: actieve euthanasie is zeker dodelijk, bij passieve euthanasie sterft de patiënt lang niet altijd in korte tijd. De patiënt kan passieve euthanasie eisen, aldus Dr. Rasker, om actieve euthanasie kan hij alleen vragen. Is een patiënt in de stervensfase en is er sprake van een ongeneeslijke ziekte, dan kan actieve euthanasie de enige oplossing zijn. Daaraan zouden dan wel de volgende strikte voorwaarden moeten worden gesteld: het moet de eigen wens zijn van de, goed voorgelichte, patiënt; er moet sprake zijn van een voor hem ondraaglijk lichamelijk of geestelijk lijden;

euthanasie moet door de behandelend arts worden toegepast, na uitdrukkelijke toestemming van één of meer van zijn collega's; euthanasie mag niet door familieleden worden toegepast en dezen mogen ook niet worden belast met medeverantwoordelijkheid voor het besluit.

Volgens Dr. Terborgh wordt het sterven steeds meer manipuleerbaar. Er wordt 'langer', en dus 'langzamer', gestorven. Daarmee ontstaat in principe de mogelijkheid dat de stervende zelf zegt hoe hij wil sterven. Het *zelfbeschikkingsrecht* van de mens moet zich ook uitstrekken tot de laatste fase van zijn leven. Maar, aldus deze spreekster, men kan in onze samenleving nog niet sterven zoals men verkiest, onder meer doordat onze gezondheidszorg nog niet is ingesteld op het *niet* of anders dan gebruikelijk bestrijden van ziekte en dood.

Prof. Leenen meende dat er een wettelijke regeling moet komen waarbij euthanasie die op zorgvuldig verzoek door een arts wordt gepleegd straffeloos is.

Uitgangspunt dient te zijn, dat euthanasie alleen op verzoek toelaatbaar is. Als niet (meer) kan worden nagegaan wat *de wil van de patiënt* is zal geen euthanasie mogen worden toegepast.

Anders dan Dr. Rasker meent Prof. Leenen dat er juridisch geen onderscheid is tussen passieve en actieve euthanasie: het nalaten van van een handeling waartoe men verplicht is kan even strafbaar zijn als een verboden handeling. Passieve euthanasie wel aanvaarden en actieve niet is een beetje kiekeboe spelen. Bovendien kan het hanteren van dit verschil passieve euthanasie zonder

dat de patiënt erom heeft gevraagd in de hand werken.

Brief aan de VN

Namens het congres verzonden verenigingsvoorzitter Mr. J. Ekelmans en congresvoorzitter Prof. Dr. P. Muntendam een brief aan de Verenigde Naties (zie *kader* blz. 1415) over de bescherming van het levenseinde.

Prof. Muntendam hierover: 'Na de belangstelling die reeds in 1975-1976 bij de Raad van Europa voor de rechten van zieken en stervenden is getoond en die is uitgemond in een resolutie, lag het voor de hand dat ook bij de Verenigde Naties voor deze rechten aandacht werd gevraagd. Niet vergeten dient te worden dat de Universele Verklaring dateert uit de jaren veertig. Aanpassing aan ontwikkelingen en waardeverschuivingen, onder andere met betrekking tot het recht op zelfbeschikking van de mens, is geboden. Nergens immers wordt in de Verklaring aandacht geschonken aan het levenseinde, aan de rechten ook van de stervende, aan de maatregelen zoals de Encyclopaedia Medica Neerlandica ze onder het trefwoord 'Euthanasia' noemt, om het lijden van de stervende te verlichten en eventueel de dood te bespoedigen.' Een afschrift van de brief ging naar de minister van Buitenlandse Zaken als hoofd van de Nederlandse delegatie in de Algemene Vergadering der Verenigde Naties, met het verzoek te willen bevorderen dat de delegatie tijdens de discussies over de mensenrechten aandacht schenkt aan de rechten van de stervende.

Het congres werd besloten met een forumdiscussie.

Uit de zaal kwamen ruim honderdvijftig vragen.

Van forumlid J. J. Voogd, lid van de Tweede Kamer voor de PvdA, kwam de opmerking dat het tijd wordt dat het parlement de Nederlandse regering vraagt gevolg te geven aan de uitnodiging die de Raad van Europa twee jaar geleden heeft gedaan om een *ationale commissie* in te stellen ter bestudering van het vraagstuk van de euthanasie.

Over de navolgende zaken bleek binnen het forum overeenstemming te bestaan:

- Het toepassen van euthanasie is een medische handeling, die dan ook in beginsel alleen door een arts mag worden verricht.
- De betrokken arts moet overleg plegen met een collega.
- De arts kan niet worden verplicht euthanasie toe te passen.

Bescherming levenseinde: brief aan de Verenigde Naties

Tijdens het congres 'Recht op euthanasie' van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie werd besloten aan de secretaris-generaal der Verenigde Naties een schrijven te richten van de volgende inhoud:

De Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie, bijeen in een congres over het recht op euthanasie, dringt erop aan dat tijdens de herdenking van het dertigjarig bestaan op 10 december a.s. van de 'Universal Declaration on Human Rights' aan het recht van de stervenden op bijzondere zorg en bijstand de nodige aandacht wordt besteed.

Toelichting

In de 'Universal Declaration on Human Rights' wordt in het tweede lid van artikel 25 gesteld, dat moeder en kind recht hebben op bijzondere zorg en bijstand.

Heeft het begin van het leven recht op bescherming, niet minder is dit het geval aan het levenseinde. De medisch-technische ontwikkeling sedert 1948 enerzijds, de ontwikkeling van het rechtsgevoel, ook bij zieken en stervenden anderzijds, hebben ertoe geleid dat in de laatste fase van het leven vaak langdurig lichamelijk lijden en geestelijke spanningen vragen om bijzondere steun in de stervensbegeleiding. De ervaring leert dat deze begeleiding in zeer veel gevallen ernstig tekort schiet, zodat het de indruk wekt alsof in de stervensfase voor de mens geen rechten meer bestaan, en met name geen recht op een zachte dood. Daarom is het noodzakelijk dat in de 'Universal Declaration on Human Rights' of in een daaraan ontleend 'international instrument' aan het levenseinde evenzeer aandacht wordt besteed als aan het begin van het leven.

UIT DE ZIEKENFONDSRAAD

In de op 26 oktober j.l. gehouden vergadering van de Ziekenfondsraad kwamen ondermeer de volgende onderwerpen aan de orde:

Ziekenfondspremies 1979

Verplichte verzekering

De raad besloot bij meerderheid van stemmen aan de staatssecretarissen van Volksgezondheid en van Sociale Zaken te adviseren de premie voor de verplichte verzekering vast te stellen op 8,1%. De Commissie Financiële Zaken van de raad had in een eerder stadium 8,2% voorgesteld (het percentage dat ook voor 1978 geldt). Bij de discussies ter vergadering speelden de opvattingen over de hoogte van de benodigde reserve een belangrijke rol. Gelet op de sterke fluctuaties in de ontwikkeling van de consumptie per verzekerde en in de autonome ontwikkeling van honoraria en tarieven, werd voor de uitvoering van de Ziekenfondswet (ZFW) tot nu

toe een omvang van de risicodekking van 6% van de jaarlijkse lasten noodzakelijk geacht. Een commissie van deskundigen van de Sociaal Economische Raad (SER) heeft in een rapport de noodzaak daarvan echter aangevochten. In verband hiermede acht de Ziekenfondsraad te dien aanzien nadere studie gewenst. In afwachting daarvan was een aantal leden van mening dat voor 1979 als pragmatische benadering van de premie-advisering een lagere risicodekking dan de huidige aanvaardbaar is. Voor 1980 en latere jaren zou de raad zich op basis van de te maken studie kunnen beraden over de in de toekomst te hanteren risicodekkingsnorm.

Het raadslid *De Vries* (Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen) wees erop, dat blijkens de bij het premie-advies gevoegde ramingen voor 1980 en volgende jaren met een aanzienlijk hoger premiepercentage rekening moet worden gehouden.

Voorts, dat interen op reserves slechts een éénmalig effect sorteert. Mede op grond daarvan bepleitte hij de premie voor 1979 te handhaven op 8,2%. Bij de daarop volgende stemming sprak de raad zich in meerderheid uit om voor 1979 een premie van 8,1% te adviseren. Deze meerderheid bestond uit vertegenwoordigers van de werknemers en van de werkgevers terwijl ook vijf van de zes Kroonleden ertoe behoorden. De vertegenwoordigers van de ziekenfondsen en van de organisaties van medewerkers bleven voorstanders van handhaving van de 8,2%.

Vermelding verdient nog, dat in het advies geen rekening is gehouden met een mogelijke uitbreiding van de eigen bijdrage van de verzekerden. Bij verwezenlijking van de in 'Bestek '81' aangekondigde besparing zou voor 1979 met een premie van 8% kunnen worden volstaan.

Bejaardenverzekering

De feitelijk te betalen premies in de bejaardenverzekering – die met behulp van bijdragen door het Rijk en door de kas van de verplichte verzekering worden afgeleid van de officieel geadviseerde premies – zullen, indien het advies van de raad wordt overgenomen, voor het jaar 1979 bedragen: f 26,60; f 52,25; f 78,25; f 104,25; en f 156,30, afhankelijk van de inkomensgroep waartoe de verzekerden behoren. Zulks met dien verstande, dat de premie voor ongehuwden in de hoogste groep f 104,25 bedraagt. Kosten: f 1.156 miljoen ten laste van het Rijk en f 778 miljoen ten laste van de verplichte verzekering.

Vrijwillige verzekering

De raad heeft geadviseerd om naast de hiervóór reeds genoemde reducties in de bejaardenverzekering, ook weer aan bepaalde groepen in de vrijwillige verzekering reductie op de te betalen premies te verlenen. De kosten daarvan komen grotendeels ten laste van het Rijk en voor de rest ten laste van de verplichte verzekering.

Overeenkomst medisch specialisten

De raad bekrachtigde onder meer een door de Commissie Overeenkomsten goedgekeurde 'Hernieuwde overeenstemming tussen de Landelijke Specialisten Vereniging en de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen inzake de honorering van medisch specialisten voor het jaar 1978'. Dit nadat de commissie kennis had genomen van de toezegging van partijen, inzake de door de commissie voorgestane heroriëntering aangaande de opbouw van het tarief informeel overleg te plegen binnen een daartoe door de commissie ingestelde werkgroep.

Tandheelkunde

Tandheelkundige hulp onder narcose

Indien tandheelkundige hulp onder narcose voor ziekenfondsverzekerden die in een AWBZ-inrichting verblijven noodzakelijk is en deze hulp eventueel *poliklinisch* in een ziekenhuis wordt verleend, levert dit voor de ziekenfondsen geen bijzondere

problemen op. Op grond van de bestaande bepalingen hebben verzekerden daar recht op. Moeilijkheden ontstaan echter, indien de behandeling onder narcose gepaard gaat met een *opname* in het ziekenhuis. In dat geval wordt de verzekerde overgeplaatst naar een ziekenhuis, zodat hij niet langer voor rekening van de AWBZ-verzekering in een AWBZ-inrichting verblijft. De aanspraak op tandheelkundige hulp voor rekening van de AWBZ-verzekering komt daarmee te vervallen.

Teneinde deze aanspraak op tandheelkundige hulp voor rekening van de AWBZ-verzekering toch te kunnen handhaven, besloot de raad de staatssecretaris van Volksgezondheid te adviseren, het Besluit tandheelkundige hulp Bijzondere Ziektekostenverzekering zodanig aan te vullen, dat de verzekerde die voor een tandheelkundige behandeling vanuit een AWBZ-inrichting in een ziekenhuis moet worden opgenomen geacht wordt nog in de AWBZ-inrichting te verblijven gedurende een termijn van maximaal acht dagen. De kosten van het verblijf in het ziekenhuis en van de anesthesie zullen dan echter niet voor rekening van de AWBZ komen en derhalve door ziekenfonds- of particuliere verzekering dienen te worden gedekt. Hieruit volgt, dat bij overname van het Ziekenfondsraadsadvies de financiering van een tandheelkundige behandeling onder narcose van een AWBZ-verzekerde bij opname in het ziekenhuis uit twee verschillende bronnen zal plaatsvinden. In het advies erkent de raad, dat dit geen fraaie oplossing is. Het zou echter te ver gaan om voor dit incidentele geval een wijziging van de AWBZ te bepleiten.

Maxillo-faciale prothetiek

Op grond van de bestaande regeling kunnen onder meer maxillo-faciale prothetische (MFP-)behandelingen door de ziekenfondsen slechts worden betaald, indien deze hulp wordt verleend hetzij binnen het kader van een Nederlandse universiteit, eventueel met inschakeling van de huistandarts, hetzij door een tandarts-specialist voor mondziekten en kaakchirurgie. Aangezien MFP-behandelingen in het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis reeds lang een belangrijk onderdeel

zijn van de behandeling van kankerpatiënten, heeft dit ziekenhuis verzocht in dit opzicht te worden gelijkgesteld met een Nederlandse universiteit. De Ziekenfondsraad besloot aan de staatssecretaris van Volksgezondheid te adviseren aan het verzoek te voldoen en aan het betreffende aanwijzingsbesluit terugwerkende kracht te verlenen tot 1 juli 1977.

Secretaris

Onlangs is *Dr. C. W. A. van den Dool* benoemd tot hoofd van het Medisch Advies College van de raad. In verband met de sinds het overlijden van de heer Somers ontstane vacature van secretaris van de Ziekenfondsraad werd *Dr. Van den Dool* op voordracht van de Commissie Interne Zaken in de raadsvergadering van 26 oktober tot secretaris van de raad benoemd.

Advies over 'eigen risico'

Vermelding verdient nog, dat bij het begin van de raadsvergadering de heer *H. Bode* (vertegenwoordiger van de FNV) zich uitermate verbolgen toonde over de inhoud van de adviesaanvraag van de staatssecretaris van Volksgezondheid aan de raad inzake de voornemens van de regering aangaande het 'eigen risico' voor ziekenfondsverzekerden. Hij was van oordeel, dat de raad zich niet kan laten gebruiken voor het opperen van maatregelen die de staatssecretaris zijns inziens zelf dient aan te geven. De raad zou naar zijn mening daarna hoogstens een technisch advies over de uitvoering kunnen geven.

Deze beperking zou, aldus andere leden van de raad, echter in strijd zijn met de bevoegdheden van de raad. De heer Bode handhaafde niettemin zijn bezwaar en deelde daarop mee, dat de FNV dan ook geen zitting zou nemen in de raadscommissie (ingesteld tijdens de vorige vergadering) die zich met de uitbreiding van het 'eigen risico' zal bezighouden.

'Pincet en Penseel' exposeert werk van wijlen D. v.d. Meulen

KNMG-voorzitter Ch. J. Maats heeft dinsdag 31 oktober in de 'Domus Medica' te Utrecht een tentoonstelling van het artsen-schildersgenootschap 'Pincet en Penseel' geopend. Deze expositie, ingericht tot medio december aanstaande, is geheel gewijd aan het werk van wijlen D. v.d. Meulen, eertijds werkzaam als huisarts te Emmen.

Douwe van der Meulen werd op 5 oktober 1910 geboren in Dokkum. Aan dit Friese stadje bewaarde hij prettige herinneringen en hij maakte daar zijn eerste tekeningen. In Leeuwarden bezocht hij de Christelijke HBS en kreeg op de zaterdagmiddagen les van de kunstschilder Andries van der Sloot. Hoewel zijn voorliefde uitging naar schilderen als beroep ging hij medicijnen studeren in Groningen en volgde tijdens zijn studententijd nog enkele lessen bij Johan Dijkstra, lid van 'de Ploeg' te Groningen.

Na zijn artsexamen vestigde hij zich na enkele waarnemingen in 1943 als huisarts te Emmen, een dorp met een ander gezicht en karakter dan nu. Voor visites aan boerderijen moest hij vaak grote afstanden af-

leggen, waarbij hij zeer geboeid werd door het Drentse landschap met zijn vele variaties, de boerderijtjes, de huisjes op het veen etc. Ook bezocht hij vaak het woonwagenveld dat voor hem een onuitputtelijke inspiratiebron werd, die zich uitte in veel zwart/wit-schetsen met krijt, houtskool of pen.

Hij hield van de impressionistische manier van schilderen. In 1949 werd hij ingekwartierd als buitengewoon dienstplichtig arts bij mevrouw Bauer-Stumpff, een van de 'Amsterdamse Joffers'. Hier maakte hij ook kennis met de andere 'joffers'. Hij bewonderde haar penseelvoering en kleuren. Later heeft hij een collectie schilderijen en tekeningen van hen aangelegd. Daar-

naast verzamelde hij antiek, keramiek, tegels, beeldhouwwerk en archeologische voorwerpen.

Zijn eigen werk bestaat voornamelijk uit tekeningen, enkele vroege olieverfschilderijtjes en aquarellen. Zijn manier van werken is in de loop der jaren veel losser geworden. Steeds meer werd weggelaten, hiervan getuigen onder andere de strandgezichten.

Vanaf de oprichting was Douwe van der Meulen lid van Pincet en Penseel en deed hij mee aan bijna alle tentoonstellingen. Daarnaast exposeerde hij nog in Emmen, Coevorden en Sleen.

In 1969 beëindigde hij in verband met ziekte zijn huisartsenpraktijk en werd schoolarts in Emmen. Dit beviel hem erg goed, ook omdat hij daarnaast meer tijd kon besteden aan het tekenen en het bezoeken van tentoonstellingen.

Na zijn 66e jaar werkte hij nog enkele dagen per week als bedrijfsarts bij de Enka te Emmen, totdat hij op 4 februari 1977 plotseling overleed.

KNMG-voorzitter Ch. J. Maats voert het woord ter opening van de tentoonstelling van 'Pincet en Penseel' (links); aanwezig was ook mevrouw Van der Meulen, echtgenote van degene wiens werk tentoon is gesteld (rechts begeleid door de Maatschappijvoorzitter).



PRAKTIJKPERIKELEN

Regelrecht

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

Een ziekenhuisopname behoort medisch noodzakelijk te zijn, hoewel ze ook wel eens sociaal geïndiceerd kan zijn. We kennen echter ook de financiële indicatie. Hoe ongeloofwaardig het ook mag lijken, het volgende komt regelrecht uit de praktijk:

Onze gynaecologen steriliseren gezonde jonge vrouwen poliklinisch – uitslapen onder bewaking, 's avonds weer thuis. Het kan niet meer, want de ziekenfondsen willen daarvoor geen vergoeding geven, bijvoorbeeld voor de ziekenhuisonkosten een half dagtarief. Nu dus een nacht overblijven en een rekening over twee dagen. Dit komt mij, eenvoudige huisarts, dwaas voor.

Van probleem tot psychiatrie

Een ontwerp voor psychosociale hulpverlening in de eerste lijn – 3

Het ontwerp voor psychosociale hulpverlening in de eerste lijn dat de Visie Commissie uitwerkte bevat als structurerende elementen de begrippencombinaties 'professioneel/non-professioneel' en 'formeel/informeel'. Als vormen van non-professionele psychosociale hulpverlening werden om te beginnen de burenhulp en de eerste hulp bij conflicten (EHBK) genoemd en als vormen van professionele psychosociale hulpverlening de gezinszorg en het psychosociaal contactpunt. Ook de informele hulpverlening kwam ter sprake. Daarna werd dieper ingegaan op de taak die de commissie in de eerstelijns psychosociale hulpverlening ziet weggelegd voor twee andere 'professionals': de wijkverpleegkundige en de huisarts.

Ging het in hun geval om een deeltaak, in de taak van de professionele hulpverleners die wij in deze slotaflevering willen behandelen: de wijk-maatschappelijk werker en de wijkpsycholoog, staat de psychosociale hulpverlening centraal.

Wijk-maatschappelijk werk

De taak van het maatschappelijk werk was vanouds het bieden van materiële hulp. Sinds de jaren '60 is daar verandering in gekomen. Die verandering wordt gekenmerkt door een grotere aandacht voor de immateriële behoeften; ze komt onder meer tot uiting in een radicaal gewijzigde opleiding op de sociale academies.

De blik mag dan meer zijn gericht op de immateriële behoeften, de behoefte aan materiële hulp in het veld is

door **R. E. Offerhaus, zenuwarts**



daarmee niet verdwenen. Bepaald niet ieder baadt in onze welvaartsstaat in weelde. Zo zei 6% van de mensen die in het kader van de bevolkingsenquête voor de Visie Commissie werden geënuquêteerd, problemen te hebben met geld en 8% problemen met de woonsituatie, en zei 3% behoefte te voelen aan hulp op financieel gebied en 5% behoefte aan hulp op het gebied van het wonen. Naast de directe materiële nood die sommigen kennen is er de angst van anderen binnen afzienbare tijd in materiële nood te zullen verkeren. Men blijft dan ook graag zeker van materiële hulp. De vraag rijst of de beide hoofdtaken van het maatschappelijk werk: materiële hulpverlening en immateriële hulpverlening, niet van elkaar zouden moeten worden losgekoppeld. Voor het 'materiële' deel van het werk is in de Bijstandswet en de Gemeentelijke Sociale Diensten een wettelijk en organisatorisch kader gevonden. Zou het niet zinvol zijn dit deel van het werk in een eigen eenheid onder te brengen en daarnaast het wijk-maatschappelijk werk zich als aparte eenheid te laten toeleggen op de immateriële problematiek van de wijkbevolking?

De beantwoording van die vraag wordt bemoeilijkt, doordat velen het maatschappelijk werk nog steeds louter zien als een instantie voor hulp in materiële nood. Materiële nood is voor erg veel mensen dan ook nog de ingangsproblematiek, wanneer zij in contact treden met het inmiddels in moderne richting hervormde maatschappelijk werk. Tijdens dat contact treden dan eventueel immateriële problemen aan het licht. Veel immateriële problematiek wordt nog bereikt via het opstapje van de materiële klacht, een omweg die men niet zou hoeven maken als het wijk-maatschappelijk werk zich zou presenteren als een instelling met een eigen werkterrein. Dat er op dat terrein nogal wat werk wacht kan opnieuw aan de hand van gegevens uit de bevolkingsenquête worden verduidelijkt: van de ondervraagden gaf 4% huwelijksproblemen aan, 3% seksuele problemen, 3% respectievelijk 2,5% respectievelijk 1% problemen in de relatie tot achtereenvolgens ouders, kinderen en overige familieleden; 5% gaf aan zich onzeker te voelen tegenover belangrijke levensvragen. Concentreren we ons op één aspect van het onderzoek, te weten de eenzaamheidsproblematiek, dan zien we dat van de 4% ondervraagden met huwelijksproblemen 1% melding maakte van problemen met de partner, terwijl er voor wat betreft de overige 3% sprake is van het overlijden van de partner, echtscheiding en het niet kunnen aangaan van relaties. Evenzo zei 1% der ondervraagden bij het item 'vrienden' niet op vrienden te durven of te kunnen rekenen, meldde eveneens 1% geen vrienden te kunnen maken, zei nogmaals 1% het contact

met vrienden te hebben verloren en gaf 0,7% andere problemen op dit terrein aan.

Het gaat dus om een omvangrijke en ingrijpende problematiek, die volgens de Visie Commissie door het wijk-maatschappelijk werk zou moeten worden aangepakt. De omvorming van algemene, centraal per gemeente op basis van de zuilen georganiseerde, bureaus tot wijkgebonden organisaties moet daarvoor worden voortgezet. Tegen de tot voor kort nog overal gangbare gecentraliseerde organisatie pleiten volgens de commissie twee zaken. Ten eerste wijst zij op de hoge drempel die er voor veel mensen is om in een andere wijk of plaats hulp te zoeken, helemaal als het gaat om problemen die zij op zich al als beladen ervaren. Het maatschappelijk werk staat met andere woorden in het algemeen – ook door de abstracte bureaustructuur en de meestal formele bouwkundige vormgeving van het bureau – te ver van de mensen af. Een tweede argument – ook al genoemd bij de EHBK – dat tegen centralisatie kan worden ingebracht is de onbekendheid met de wijk, zijn structuur en de gebeurtenissen die er plaatsvinden. Wil het maatschappelijk werk op de hoogte zijn van de ontwikkeling in de wijk, dan zal het in die wijk moeten functioneren.

Wijk-maatschappelijk werker en wijkpsycholoog

Gesteld werd, dat het maatschappelijk werk zich in toenemende mate zou moeten toeleggen op hulp bij immateriële nood. Maar is het dan nodig voor de psychosociale hulpverlening in de eerste lijn ook nog een wijkpsycholoog te introduceren, zoals de Visie Commissie wil? Op dit stuk brengt de commissie naar voren, dat de manier van werken van maatschappelijk werker en psycholoog duidelijk verschilt (waarbij zij overigens wel aantekent, dat in beide gevallen opleiding, werkmethodiek en -doelstelling de laatste tijd nogal zijn veranderd en nog steeds veranderen). Een eerste verschil betreft het kader van de opleiding. De aanstaande klinisch-psycholoog, eventueel de toekomstige wijkpsycholoog, krijgt in de eerste jaren van zijn studie een zeer breed theoriepakket voorgezet; pas na het kandidaats kan naar de

(hulpverlenings)praktijk worden toegewerkt. De opleiding van de maatschappelijk werker is van meet af aan praktijkgericht; in de eerste studie jaren wordt verder veel aandacht besteed aan de persoonlijke vorming van de student. De stage 'in het veld', die in een latere fase van de maatschappelijk werk-opleiding plaatsvindt, gaat én in de breedte én in de diepte veel verder dan de praktijkscholing van de (klinisch-) psycholoog.

Wat betreft de gerichtheid bij het werk wordt allereerst nogmaals beklemtoond dat de gedachten hierover nog niet algemeen zijn uitgekristalliseerd en dat voorts beoefenaren van dezelfde discipline hierover vaak van gedachte verschillen, met als gevolg verschillen in aanpak. Dit gezegd zijnde, vervolgt de commissie, kan men de werkwijze van de maatschappelijk werker zien als gericht op het wegnemen van het directe probleem en/of op het veranderen van de maatschappelijke structuur waarin het probleem ontstond, en de werkwijze van de psycholoog als gericht op het individu of de relatie tussen individuen en op gedragsverandering.

Een en ander wil niet zeggen dat beiden niet als team zouden kunnen functioneren, bijvoorbeeld op een bureau voor levens- en gezinsmoeilijkheden. Bij voorkeur echter wil de commissie de eerstelijns hulpverleners bij psychosociale problemen – *in casu* de maatschappelijk werker én de psycholoog – lokaliseren in de wijk.

Wijkpsycholoog

De psycholoog – laten wij juist – hoort naar de mening van de commissie (ook) thuis in de eerste lijn. Als eerste reden voor die mening voert zij de psychosociale hulpbehoefte aan. Bij de bevolkingsenquête meldde 20% van de ondervraagden problemen op één levensterrein en nog eens 16% problematiek op meer dan één terrein; 18% gaf een stoornis aan, 25% twee of meer stoornissen. De 'probleem'kant zou dan moeten worden aangevat door het maatschappelijk werk, dat daaraan – gezien de omvang – de handen vol zal hebben. Opvallend aan de stoornissen, dat wil zeggen de klachten en verschijnselen, is dat vele daarvan geen lichamelijke aspect vertonen. Uiteraard werden

zaken gevonden als piekeren, rusteloos en gespannen zijn, slapeloosheid en depressiviteit alsmede het gebruik van kalmerings- en slaapmiddelen. Maar in het ouderwetse gezondheidskader passen niet: partnerproblematiek en seksuele problematiek, problemen met ouders, werk of school; eenzaamheid, zinloosheids- en onechtheidsgevoelens, het geen contact kunnen krijgen, onverschilligheid en het gevoel te zijn veranderd.

Eén pakket stoornissen trok in het bijzonder de aandacht van de Visie Commissie. Dit pakket bevat: angst, driftigheid, ruzies en contactgeremdheid. Mensen met verschijnselen en klachten van deze aard lijken niet direct te zijn aangewezen op medische bijstand. De commissie stelde nu vast, zonder de discussie

gezondheidszorg-welzijnszorg opnieuw te willen introduceren, dat er binnen de huidige hulpverlening voor mensen met genoemde verschijnselen en klachten geen adequate opvang bestaat. Ten aanzien van de vier: angst, driftigheid, ruzies en contactgeremdheid, ontbreekt volgens haar in de eerste plaats meer gerichte, kwalitatief betere – kortom: probleemoplossende – hulp; in de tweede plaats zou de continuïteit van de hulp beter moeten worden gewaarborgd dan bij de huidige hulpverlening in de eerste lijn mogelijk is.

Het gaat hier om problemen die alle een behandelingsduur vragen van een half tot twee jaar om tot een bevredigend resultaat te kunnen leiden. Enkele (zoals de zaken momenteel zijn geregeld) veelal meer ondersteunend dan oplossend georiënteerde gesprekken zijn hier ontoereikend. Dit houdt in, dat de huisarts in deze gevallen niet de aangewezen hulpverlener is; hij staat immers constant voor de keus: intensieve somatische zorg, bevallingen of langdurige gespreksbegeleiding. Hetzelfde gaat op voor de maatschappelijk werker, die moet kiezen tussen een concrete probleemaanpak en een continue gespreksbehandeling. Het wachten is op de wijkpsycholoog, concludeert de commissie.

De aanstelling van een wijkpsycholoog, volgens de Visie Commissie noodzakelijk vanwege de aard van de hulpbehoefte, kan

concreet worden overwogen nu de psychologie-opleiding recentelijk is gewijzigd. Tot voor kort was de opleiding van de psycholoog nauwelijks gericht op een mogelijk toekomstig functioneren als hulpverlener. De psycholoog werd gezien als testonderzoeker en rapporteur; dáárop was zijn opleiding afgestemd. Een enkeling ontwikkelde zich, meestal via de psycho-analyse, tot therapeut. De laatste jaren is de koers wat dit betreft sterk verlegd. De psycholoog in opleiding kan twee kanten op. Aan de ene kant de evaluatiepsychologie, de moderne voortzetting van de testpsychologie. Aan de andere kant de klinische psychologie, die zich heeft ontwikkeld in de richting van actieve interventie in de intermenselijke communicatie. De in deze richting geschoolde beroepsbeoefenaar kan terecht in de hulpverlening. Hij heeft geleerd problemen die optreden in de communicatie of in de relatiestructuur te doen verminderen of te laten verdwijnen. Tegelijk ziet hij het psychisch functioneren van het individu in de context van het functioneren van dat individu in een sociaal kader. Anders dan de geïsoleerd werkende, afwachting functionerende evaluatiepsycholoog speelt de klinisch-psycholoog (wijkpsycholoog) een participerende rol.

Ook factoren die niet zozeer van inhoudelijke aard zijn pleiten naar het inzicht van de commissie voor inschakeling van de psycholoog in de eerste lijn. Zo noemt zij het grote aantal psychologen in opleiding, dat het mogelijk maakt voldoende hulpverleners voor haar werkmodel te krijgen. Verder de afgenomen inkomensbehoefte, die de hulp van een psycholoog betaalbaar maakt. Dan de te verwachten betere en meer doelgerichte verwijzingsstructuur: alleen een hulpverlener die zelf probleemoplossend bezig is, is in staat een zuivere, meer doelgerichte en daardoor voor de cliënt optimale doorverwijzing naar de tweede lijn tot stand te brengen. Voorts is er het aspect van de wenselijke behandelingsduur, in combinatie met de wenselijke plaats van behandeling. Bij psychische problematiek en/of stoornissen gaat het – het werd al eerder naar voren gebracht – in een relatief groot aantal gevallen om een langdurige behandeling. Het gaat daarnaast om een behandeling die

– aldus de commissie, indachtig haar algemene stelregel dat de drempel tussen (potentiële) cliënt en hulpverlener zo laag mogelijk moet zijn – het best in het eigen milieu kan worden gegeven. Die behandeling kan worden gegeven door de psycholoog (gespecialiseerd in langdurige behandelingen) in de wijk (om de uit de Angelsaksische literatuur bekende drie A's: 'availability' (beschikbaarheid), 'accessability' (bereikbaarheid) en 'acceptability' (aanvaardbaarheid) redelijk te kunnen waarborgen).

Wat kan de psycholoog in de eerste lijn doen? In eerste instantie helpen bij klachten over angst, drift, ruzies en bijvoorbeeld contactgeremdheid. Klachten die men meestal tot uiting ziet komen in relatie- of contactproblemen. Daarbij betreffen de eerste twee: angst en drift, vooral wat wordt genoemd het intra-individuele aspect, terwijl ruzies en contactgeremdheid meer het inter-individuele aspect raken: het gedrag dat het sociaal contact bemoeilijkt. Binnen deze hulpconstructie ziet de commissie voor de psycholoog vooral een taak in het intra-individuele veld weggelegd. Rest de vraag of de wijkpsycholoog ook zou moeten helpen bij problemen

die voortkomen uit feitelijke eenzaamheid. Het gaat hier niet om mensen met contactproblemen, althans niet om louter contactgeremden, maar om mensen die door een feitelijke ontwikkeling – het overlijden van de partner, een scheiding – eenzaam zijn geworden. De commissie is geneigd hier geen taak voor de wijkpsycholoog te zien. De vraag wie dan wél deze omvangrijke problematiek te lijf zou moeten gaan laat zij open.

Besluit

Er zal vermoedelijk nog veel inkt door de drukpersen vloeien, voordat er enigheid zal zijn over taak en rol van iedere onderscheiden vorm van psychosociale hulpverlening in de eerste lijn.

Onder verwijzing naar de eerder in deze artikelenserie genoemde enquête onder hulpverleners willen wij slechts onderstrepen, dat het ontbreken van een expliciete rolopvatting en taakverdeling als een krachtige stoorzender werkt.

Praten over dit (reële) tekort lijkt de enige weg die voert naar een (potentieel) samenhangend geheel van psychosociale hulpverlening in de eerste lijn.

Nieuwe stempelbanden Medisch Contact 1977

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

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



Rechtvaardiging van een gedwongen opname

Drie merkwaardigheden

Als iemand ziek is – en vooral als er kans is op genezing – wordt hij dikwijls opgenomen in een ziekenhuis. De meeste zieken hebben voldoende besef van hun ziek-zijn om met een voorstel tot opname snel akkoord te gaan. En als ze dit afslaan en thuis blijven zijn zij anderen soms wel tot last, maar vrijwel nooit tot gevaar. In de psychiatrie gaat het bovenstaande echter lang niet altijd op. Er zijn – zoals bekend – nogal wat psychiatrische patiënten die geen of onvoldoende ziektebesef hebben en om die reden een opname weigeren; ook al is het objectief gezien nog zo evident dat ze er beter van zouden worden. Daar komt dan nog bij dat zij in een aantal gevallen bij thuis blijven een reëel gevaar voor anderen of voor zichzelf vormen. Om in die gevallen iemand tegen zijn zin toch op te kunnen nemen, bestaat een tweetal regelingen: de 'inbewaringstelling' (IBS) door de burgemeester en de 'rechterlijke machtiging' (RM) afgegeven door de rechter. Hoewel de procedures en de indicatiestelling voor deze twee maatregelen nogal verschillend zijn, hebben ze een essentieel punt gemeen: zowel de burgemeester als de rechter zullen pas beslissen nadat zij van een arts een 'geneeskundige verklaring' over de patiënt hebben ontvangen. Dit laatste document vormt de rechtvaardiging voor de gedwongen opname. Aan deze rechtvaardiging nu, zitten drie merkwaardige aspecten:

1. De formele kant van de rechtvaardiging

Zowel bij de IBS als bij de RM wordt

Samenvatting

Drie merkwaardige aspecten van de gedwongen psychiatrische opname worden besproken aan de hand van praktijkervaringen: (1) Het beantwoorden van de vraag of iemand gevaarlijk is, geschiedt in dit soort zaken door de arts, terwijl het meestal in de eerste plaats een taak voor de politie of de rechter zou behoren te zijn. (2) Een medisch-ethisch probleem doet zich voor, wanneer men een echt psychotische patiënt niet zou kunnen laten opnemen eenvoudig omdat hij geen gevaar oplevert. (3) Te weinig realiseert men zich dat het meestal de arts is die een gedwongen opname afhoudt en de familie en de bureaus die erop aandringen.

door *Dr. Eric de Winter*



Dr. de Winter is waarnemend hoofd van de Afdeling Sociale Psychiatrie en Geestelijke Hygiëne van de GG en GD te Rotterdam

in de geneeskundige verklaring in het bijzonder naar twee zaken geïnformeerd. Ten eerste of betrokkene 'in zijn geestvermogens gestoord is' (respectievelijk of hij 'lijdende is aan krankzinnigheid'). Ten tweede: of hij 'een onmiddellijk gevaar oplevert (respectievelijk of hij 'gevaarlijk wordt geacht') voor zichzelf, voor anderen of voor de openbare orde'. Op beide vragen moet de arts die de geneeskundige verklaring afgeeft het antwoord geven.

De eerste vraag (is betrokkene geestelijk gestoord?) hoort voor de arts geen probleem op te leveren; dit te beoordelen is zijn vak. Maar de tweede vraag (is hij een gevaar voor zichzelf, voor anderen of voor de openbare orde?) ligt eigenlijk helemaal niet op het terrein van de arts. Immers, de vraag of iemand al dan niet een gevaar oplevert hangt vooral af van de vraag of hij zich *tot dusverre* gevaarlijk heeft gedragen. Het vaststellen daarvan vereist het verrichten van speurwerk (zoeken naar brandsporen, beschadiging aan meubilair e.d.) en het horen van getuigen. Het eerste is een typische politietask; zij beschikt immers over veel meer technische kennis op dat gebied dan de psychiater. Het tweede (het horen van getuigen) is typisch een taak voor de rechter; niet alleen beschikt hij over meer vaardigheid op dit gebied, maar hij heeft bovendien de mogelijkheid om een verklaring onder ede te laten afleggen. Paradoxaal genoeg is het echter toch de arts die de vraag naar de aanwezigheid van gevaar moet beantwoorden. In maart 1977 werd mijn oordeel gevraagd over patiënt A. Deze 52-jarige man had een onmiskenbare

alcohol hallucinose. Hij woonde alléén in een kamer op de derde etage in een logement. Daar ging hij dermate gevaarlijk met vuur om dat een gedwongen opname noodzakelijk leek. Volgens de logementhouder stond patiënt 's nacht achter het gordijn lucifers aan te steken om lichtsignalen naar buiten te geven. Wanneer de angst hem te groot werd deed hij hetzelfde, liggend onder zijn bed. Om zich tegen rampen te beschermen hadden de overige logementgasten bij toerbeurt een wachtdienst in de kamer van de patiënt gearrangeerd. Patiënt zelf grinnikte een beetje verlegen toen ik hem zijn mening hierover vroeg, maar ontkende een en ander niet. Ik heb als leek op speurdersgebied geen brandvlekken waargenomen. De logementhouder had het gevaarlijke gedrag van patiënt niet zelf gezien. Degene die op het moment van mijn bezoek wachtdienst had in het logement had het ook niet zelf gezien. Maar drie andere bewoners zouden het wel hebben gezien. Slechts één van hen was op dat moment aanwezig. Deze, een lichtelijk dronken zwakbegaafde man, bevestigde de beschuldiging inderdaad (zij het – tegenover mij – uiteraard niet onder ede). Een rechtvaardiging voor de conclusie 'gevaarlijk gedrag'? Volgens juridische normen vast niet. Maar die golden hier niet! 'Als de dokter zegt dat de patiënt gevaarlijk is, dan zal het wel zo zijn' zo is kennelijk de gedachtengang. Op grond van mijn geneeskundige verklaring is patiënt opgenomen met een IBS.

2. De medisch-ethische kant van de rechtvaardiging

De arts is van oudsher de hoeder van de belangen van de patiënt. Hij is erin opgeleid en eraan gewend om – bijna letterlijk – te beslissen over leven en dood van patiënten. Dit is een zware verantwoordelijkheid. In de praktijk loopt dat echter uitstekend; ten eerste omdat de Nederlandse arts over het algemeen de juiste kennis hiervoor bezit en ten tweede omdat hij zijn verantwoordelijkheid zo serieus opvat. Zijn beslissingen hebben weliswaar vaak onaangename bijwerkingen op korte termijn, maar als hij er niettemin toe besluit, is dat omdat hij vindt dat de voordelen (gehele of partiële genezing) opwegen tegen de nadelen (zoals langdurige

bedlegerigheid, pijnlijke ingrepen, bijwerkingen van geneesmiddelen e.d.). Zijn enige criteria zijn: Wordt de patiënt er beter van? En: Is de (figuurlijke) 'prijs' die de patiënt moet betalen niet te hoog?

Weliswaar geeft de patiënt expliciet of impliciet zijn instemming aan dit medisch handelen, maar dit soort instemming gaat vaak niet verder dan – bijvoorbeeld – 'instemming met een operatie'. Welk soort operatie precies wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een palliatieve operatie of een totale resectie) is als regel een beslissing die de arts toch alléén neemt. De patiënt – en in ruimere zin: de maatschappij – laat deze beslissing normaliter in goed vertrouwen over aan de arts. Men kent diens criteria en accepteert zijn oordeel a priori.

Echter niet in de psychiatrie. Op het moment dat een patiënt zijn toestemming voor een intramurale behandeling niet geeft, gelden de genoemde twee criteria plotseling niet meer. De vraag is dan niet: wordt de patiënt *beter* van de voorgestelde (intramurale) behandeling?, maar: is het *gevaarlijk* om hem thuis te laten? Het vertrouwen in de arts lijkt dan plotseling niet meer te tellen. Het spreekt vanzelf dat in een rechtsstaat een gedwongen opname met veiligheidsmaatregelen omringd moet zijn ten einde willekeurige eliminatie van ongewenste medeburgers te voorkomen. Maar deze te baseren op een potentieel gevaar en niet op medische overwegingen is natuurlijk wel een negatie van de waarde van een medisch oordeel. Dat is jammer voor de arts. Veel erger is dat de patiënt daardoor het recht op behandeling wordt onthouden.

Zo bezocht ik in februari 1977 patiënte B, een kleine slanke vrouw van 47 jaar. Sinds enige weken kwam zij het huis niet meer uit. Zij zat thuis doch leefde in een wereld van waanideeën, angsten en paranoïdie. Zij voelde zich constant bedreigd door niet-identificeerbare krachten. Haar man was de laatste tijd maar thuis gebleven van zijn werk; hij deed booschappen en verzorgde het eten. Patiënte leed enorm; zij was ernstig ziek. Gelukkig bestaan er echter geneesmiddelen waarmee haar wanen en angsten binnen enkele dagen genezen zouden kunnen worden. Echter . . . patiënte had totaal geen ziektebesef en weigerde daarom

iedere medicatie. Ook wilde zij beslist niet opgenomen worden. Thuis blijven zou het voortduren van haar lijden betekenen. Maar het zou onzin zijn om te beweren dat dit voor wie dan ook gevaarlijk zou zijn. Om die redenen heb ik op dat moment geen geneeskundige verklaring voor een IBS of RM afgegeven.

Dit soort ongevaarlijke doch duidelijk psychotische patiënten komt men nogal eens tegen. Mevrouw B werd niet opgenomen. Later heb ik in soortgelijke gevallen toch maar wel een geneeskundige verklaring afgegeven. In de eerste plaats omdat mijn medisch geweten zei dat het goed was voor de patiënt. En verder kan men toch eigenlijk best stellen dat iedere psychotische patiënt per definitie een gevaar oplevert voor zichzelf, voor anderen of voor de openbare orde.

3. De praktische kant van de rechtvaardiging Of: de dokter versus de familie

Ondanks de enorme formele barrière voor een gedwongen opname (zie boven) wordt van verschillende kanten nogal eens gesuggereerd dat de artsen lichtvaardig met IBS'en omspringen en patiënten 'zo maar' laten opsluiten. Dit soort kritiek komt niet alleen van ex-psychiatrische patiënten zelf, maar vooral ook van hun naasten: familie en burens. Het is wellicht toch zinvol nog eens expliciet te stellen dat in de regel het omgekeerde het geval is. De praktijk is namelijk meestal dat de arts gealarmeerd wordt door familieleden of burens van een psychiatrische patiënt en dat het huisbezoek dan verloopt zoals bij patiënte C.:

Aangekomen bij haar thuis zag ik mij geplaatst tegenover een forse groep familieleden en burens die mij hevig agerend trachtten onder druk te zetten, die mij vertelden dat de situatie absoluut onhoudbaar was, dat de patiënte onmiddellijk moest worden opgenomen, dat zij de verantwoordelijkheid niet langer konden dragen en dat zij de patiënte bij niet-opneming in elkaar zouden timmeren. Voor een beetje zorgvuldig werkende arts zijn deze argumenten echter niet voldoende; hij zal ook nog willen weten welk gedrag van de patiënt nu eigenlijk onhoudbaar is. Het precieze antwoord op die vraag bleek moeilijk te verkrijgen; in plaats

daarvan werden slechts de dreigementen herhaald. Verder aandringen mijnerzijds werd duidelijk beschouwd als een teken van wantrouwen. Toen ik niettemin toch aandrang bleek dat patiënte 's nachts op de trap aria's liep te zingen en de buurvrouw voor 'vuile hoer' had uitgescholden. Onbehoorlijk gedrag misschien, maar nauwelijks 'gevaarlijk' te noemen.

Dit geval is geen uitzondering; in de praktijk van de sociale psychiatrie zien we het bijna dagelijks. Telkens weer is het de familie die de patiënt opgenomen wil hebben en de arts die moet uitleggen dat voor een gedwongen opname 'gevaarlijk' – niet onbeleefd – gedrag vereist is.

Dit artikel is geen afgerond voorstel geworden. Patiënten A en B illustreerden twee veel voorkomende problemen. Aan de hand van patiënte C heb ik getracht een wijd verbreid misverstand uit de weg te ruimen. Bij de herziening van de krankzinnigenwet zouden deze overwegingen mede in beschouwing moeten worden genomen.

'DOELSTELLINGEN'-SERIE GEBUNDELD

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

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

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

Polio-epidemie als geëindigd beschouwd

De polio-epidemie die in april van dit jaar op de Veluwe begon lijkt bijna voorbij. Van de laatste vier van de in totaal 109 patiënten, gemeld uit de gemeente Neerijnen, waren er drie in de periode 18-20 september ziek geworden en de vierde op 3 oktober. Op het ministerie van Volksgezondheid gaat men ervan uit, dat de epidemie als geëindigd kan worden beschouwd als er een periode van tweemaal de gemiddelde incubatietijd van twee weken is verlopen na het laatste ziektegeval. Volgens het hoofd van de afdeling Infectieziekten van het ministerie, Dr. H. Bijkerk, kan de mogelijkheid dat daarna nog een enkele patiënt door polio wordt getroffen evenwel niet worden uitgesloten, aangezien met polio besmette mensen, ziek of niet, het virus wekenlang kunnen uitscheiden. Hij heeft daarom de Nederlandse artsen geadviseerd, tot het moment dat kan worden aangenomen dat de epidemie definitief voorbij is geen amandelen te knippen of tanden of kiezen te trekken

bij ongevaccineerden onder de 27 jaar en met name bij jongeren die om religieuze redenen niet zijn ingeënt.

Gevallen

De meeste poliogegevallen – 55 – zijn gemeld in de maand juni. Sindsdien is er sprake geweest van een tamelijk geleidelijke daling van het aantal wekelijks nieuwe gevallen. De polio heeft slachtoffers gemaakt in een strook die liep van Zeeland naar Overijssel. De meeste meldingen kwamen uit Gelderland: 45 patiënten, van wie 33 met verlamningsverschijnselen. In Zuid-Holland is bij 39 patiënten polio vastgesteld, van wie er 25 verlammingen hadden; in Zeeland bij 12, van wie 11 met verlammingen; in Utrecht bij 7 (7), in Noord-Brabant bij 3 (2) en in Overijssel eveneens bij 3 (1).

Van de patiënten, 66 van het mannelijk geslacht en 43 van het vrouwelijk geslacht, waren er drie nog

geen jaar oud; één van hen, een baby van drie maanden, is op 28 juni overleden.

Verder waren de patiënten als volgt over de leeftijdsgroepen verdeeld: 1-4 jaar: 19 (9 met verlammingen); 5-9 jaar: 28 (19); 10-14 jaar: 24 (13); 15-19 jaar: 18 (14); 20-24 jaar: 12 (10); 25-35 jaar: 11 (7); en 35-44 jaar: 3 (alle 3 met verlammingen).

Het aantal poliopatiënten in Canada dat in verband kan worden gebracht met de epidemie in Nederland, is toegenomen tot 9, te weten 6 in de provincie Ontario, 2 in Alberta en 1 in Brits-Columbia. Alle patiënten behoren tot de Netherlands Reformed Congregations of the United States and Canada of tot de Reformed Congregations of North America. Geen van de patiënten, van wie er 6 verlammingen hebben, was tegen polio ingeënt.

Beroepsgeheim en adolescent

Enige tijd voor het 30ste KNMG-Ledencongres te Arnhem bereikte de Geneeskundig Inspecteur voor de Jeugdgezondheidszorg, de heer F. Wafelbakker, een afschrift van een schrijven dat namens de Rutgersstichting was gericht aan het hoofdbestuur der KNMG, handelend over de wijze waarop het beroepsgeheim van artsen jegens jongeren zou moeten worden gehanteerd. Deze brief was voor de heer Wafelbakker aanleiding om binnen het kader van zijn voordracht, ter inleiding van het wetenschappelijk programma van het congres in Arnhem, getiteld 'De top-twintig van de adolescent' (MC nr. 41/1978, blz. 1279 e.v.) uitgebreider in te gaan op de rechtspositie van jeugdigen. Hij vulde zijn aanvankelijke betoog toen met het volgende aan:

We zijn in Nederland alweer zo'n tien jaar tevergeefs bezig om de meerderjarigheidsgrens te verlagen. In principe is iedereen al akkoord, maar financieel-economische motieven houden de aanpassing tegen. Zo handhaven we de grens van 21 jaar. Een grens die nog dateert uit een tijd toen de biologische volwassenheid op zijn minst twee jaar later bereikt werd dan thans. Het begrip minderjarigheid dient – opnieuw citeer ik het rapport-Mik – een nieuwe inhoud te krijgen. Een geleidelijk, aan verschillende leeftijds-stappen gebonden, toekennen van rechten aan jeugdigen. Een zo'n recht, waar de Kamer op het ogenblik mee bezig is, betreft de zorgvuldige hulpverlening aan weggelopen minderjarigen van twaalf jaar of ouder. Een ander recht, dat bijvoorbeeld aan zestienjarigen, of misschien ook nog jongeren, zou kunnen worden toegekend is de zelfstandige keuze van medische en psychosociale hulp. Zo'n recht is er nog niet en bovendien verzet zich het huidige systeem der financiering van de gezondheidszorg ertegen. Een

minderjarige, die nog niet zelfstandig is aangesloten bij een ziekenfonds of een ziektekostenverzekeraar, zal een medisch advies vrijwel alleen zonder kosten kunnen krijgen bij de huisarts van zijn (haar) ouders.

Daar zit voor adolescenten een belangrijke weerstand. Het is moeilijk om onopgemerkt door de ouders de huisarts te bezoeken. Bovendien voelt de jongere zich onzeker omtrent het beroepsgeheim ten opzichte van de ouders. De geneeskundigen hebben verzuimd om aan jongeren en aan de ouders eenduidig te verklaren dat het spreekkamervertrouwen onschendbaar is. Er zijn ook geen artsen geweest die voor deze zaak op de barricade zijn gegaan, zoals alternatieve hulpverleners dat wel hebben gedaan. Er is echter wel wat gedaan. De Vereniging voor Gezondheidsrecht heeft een pre-advies van Professor Rood-de Boer gevraagd over de positie van de minderjarigen (1974) en deze vereniging heeft in 1976 richtlijnen gepubliceerd, waarbij men uitging van het *geldende recht*. De richtlijnen hebben betrekking op informatie van minderjarigen en hun ouders en op toestemming voor behandeling. Men hanteert het aan geen leeftijd gebonden begrip 'oordeel des onderscheids', dat als een rijpe perzik uit het bestaande Burgerlijk Wetboek geplukt kon worden, als een grenscriterium.

Ouders van minderjarigen die 'oordeel des onderscheids' hebben, kunnen – als dat gewenst wordt – buiten de informatieverstrekking en buiten de besluitvorming worden gehouden. De inschatting van het 'oordeel des onderscheids' kan door de arts gebeuren en men gaat er in de richtlijnen van uit dat bijvoorbeeld een abortussituatie vrijwel altijd tot het 'oordeel des onderscheids' zal leiden.

Het zou een winst van dit congres kunnen zijn als men zich voornam om de richtlijnen, zo overduidelijk door juristen voorbereid, in 'artselijke' eenvoud en helderheid te vertalen en van toepassing te maken op sprekende situaties zoals *anticonceptie, abortus, problemen over hetero- en homo-relaties* en – om eens wat

heel anders te noemen – een *polioprik* in een milieu dat vaccinaties afwijst. Hoe duidelijk op het ogenblik het vertrouwen in het beroepsgeheim van de huisarts ontbreekt blijkt uit het succes van de speciale *jongeren-sprekuren van de Rutgersstichting*. Eigenlijk is er alleen sprake van een speciaal jongerentarief, vijf gulden voor jongeren tot achttien jaar. Een kwart van die bezoekers is zestien jaar of jonger. Zestig tot zeventig procent van die spreekuurbezoekers wil geen post van de Rutgersstichting thuis ontvangen en geeft daarmee te kennen dat ze het spreekuurbezoek thuis niet ter discussie willen stellen.

Zowel mevrouw Rood-de Boer als de werkgroep-Rechtspositie gingen uit van het bestaande recht omdat wetswijziging ten aanzien van zaken met een levensbeschouwelijk kantje in ons land onafzienbaar is, hetgeen overigens niets afdoet aan de wenselijkheid om zo nu en dan de stenen tafelen van het Burgerlijk Wetboek eens in gruzelen te gooien. Wat moet een adolescent met artikel 245 Burgerlijk Wetboek lid 1, dat luidt: een kind van welke leeftijd ook is aan zijn ouders eerbied en ontzag verschuldigd? En wat denkt de Emancipatiecommissie van artikel 246 artikel 2: bij verschil van inzicht is de wil van de vader beslissend?

Literatuur

Rapport-Mik, Jeugdwelzijn op weg naar samenhangend beleid. Gemengde Interdepartementale Werkgroep Jeugdwelzijnsbeleid Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, 1976.

Rood-de Boer, M. De positie van de minderjarigen in het Gezondheidsrecht; pre-advies uitgebracht door M. Rood-de Boer voor de Algemene Ledenvergadering van 29-3-1974, van de Vereniging v. Gezondheidsrecht.

Werkgroep minderjarigen in de gezondheidszorg, Richtlijnen met toelichting, Medisch Contact (1976) 31, 47-51.

Verpleeghuispatiënten worden de dupe van 'rekentechnisch normeringsmodel'

Verslag van de negende ledenvergadering van de Sectie Verpleeghuizen van de Nationale Ziekenhuisraad

(Van een bijzondere medewerker)

In meerdere opzichten was de ledenvergadering van Sectie V van de NZR op 11 oktober jl. een belangrijke bijeenkomst. In het huishoudelijke gedeelte vond de wisseling van de 'bestuurswacht' van vier bestuursleden plaats, twee bestuursleden werden afgevaardigd naar het hoofdbestuur van de NZR en mevrouw J. van Leeuwen werd met een hartelijk applaus benoemd tot voorzitter van de NZR-Sectie V, daarmee de heer Vissers opvolgend die enige maanden geleden is gekozen tot voorzitter van het hoofdbestuur van de NZR.

Niet blijven inleveren

De leiding van deze vergadering was in handen van de vice-voorzitter, de heer Almekinders, die in zijn openingstoespraak een schets gaf van de gebeurtenissen en de activiteiten van het bestuur en de Sectie Verpleeghuizen in het afgelopen jaar. Uiteraard – zo merkte hij op – gaat alles niet zo snel maar het is toch wel bedroevend dat de dagbehandeling in verpleeghuizen, sinds juli 1977 opgenomen in het verstrekkingspakket van de AWBZ, niet verder van de grond kon worden gebracht dan vóór de ingangsdatum. Het is diep treurig dat, ofschoon er constructieve besluiten zijn genomen, de voortgang niet kan plaatshebben o.a. door het ontbreken van een goedgekeurd spreidingsplan voor dagbehandeling. De heer Almekinders wees erop dat de gezondheidszorg niet kan blijven inleveren in het kader van de bezuinigingen, wanneer men wil vasthouden aan de hoogte van de kwaliteit van zorgverlening.

Als een belangrijk onderwerp van intensief overleg tussen diverse instanties op het gebied van de gezondheidszorg noemde de spreker de patiëntenregistratie in de verpleeghuizen. Daarbij wordt gestreefd naar een registratiesysteem van gegevens van alle patiënten in verpleeghuizen (het SIG-project), waarin ook ondergebracht zullen worden de thans lopende patiëntenregistratie van geestelijk gestoorde bejaarden en de voorgestelde registratie van verpleeghuispatiënten door de ziekenfondsen, het zogenaamde LISA-project.

Een fundamentele en uiterst belangrijke discussie vindt plaats over de vraag, wie recht kan en mag doen gelden op gegevens, en op welke gegevens, en op welke wijze en hoe de privacy van de patiënt kan worden gegarandeerd. Gehoopt wordt op een positieve ontwikkeling, opdat in de loop van 1979 met de SIG-registratie kan worden gestart.

Tegenover de zeer vele aanwezigen sprak de vice-voorzitter de hoop uit, dat allen die in de gezondheidszorg werkzaam zijn zich – ondanks de druk van de beperking van middelen – op dezelfde wijze zullen kunnen blijven inzetten als voorheen, in het vertrouwen dat steeds een adequaat antwoord kan worden gegeven op de hulpvraag van de gehandicapte mens.

Hulpvraag/hulpaanbod

De kwestie van hulpvraag/hulpaanbod, neergelegd in het rapport 'De ijkhoeve', vormde de eigenlijke hoofdschotel van deze middag.

Eind 1972 kwam in de NZR aan de orde het verzoek aan het NZI van de drie afzonderlijke sectiebesturen om een onderzoek te verrichten naar de gewenste personele omvang van de verplegingsdienst. Besloten werd dat gestart zou worden in de sector die zich voor een dergelijk onderzoek het best kon lenen, die van de verpleeghuizen; de keus viel op de somatische verpleeghuizen. De eerste fase van het onderzoek 'Organisatie verplegingsdienst' richtte zich op het inventariseren en kwantificeren van de factoren die van invloed zijn op de personeelsbezetting van de verplegingsdienst. Medio 1975 werd dit onderzoek afgesloten; het rapport beoogde niet meer dan een aanzet te geven tot een nadere bestudering van het normeringsvraagstuk. Gewapend met de kennis van deze eerste fase werd door het NZI en een inmiddels benoemde beleidscommissie een begin gemaakt met fase 2. Dit is een project geworden, gericht op de ontwikkeling van nieuwe richtlijnen voor de personeelsbezetting van de verplegingsdienst in verpleeghuizen, vooralsnog beperkt tot de verpleeghuizen voor somatisch zieken. Daarbij werd niet uitgegaan van een arbeidsanalytische methodiek, maar van de methode van raadpleging in het veld inzake het gewenste hulpverleningsbeleid met betrekking tot de hulpvraag/hulpaanbod. Als werkmodel werd 'De ijkhoeve' geconstrueerd, een niet bestaand maar denkbaar verpleeghuis voor 150 somatische zieken, bestaande uit 5 afdelingen van 30 patiënten met 31 bedden, verdeeld over kamers van vier, drie en één bed. Alle facetten van de basiszorg ADL-kenmerken

(Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen) en TOP-zorg (Therapeutische zaken, Onverwachte zaken, snelle hulp voor patiënten, afleggen van overledenen, etc.; Persoonlijke aandacht voor alle patiënten en eventueel bezoek), over de dag verdeeld in het hele verpleeghuis, werden in de uitwerking betrokken.

Het zou te ver voeren dit uitgebreide onderzoek, uitgevoerd door de Sectie Organisatie van het NZI – met name door de heren Bijlhout en Können – in extenso weer te geven. Belangrijk is dat op basis van deze gedegen studie de consequenties van deze normontwikkeling ten aanzien van de richtlijnen een 10 tot 17% meer verplegend en verzorgend personeel betekenen. Daarbij is de kernvraag niet het rekentechnisch eindresultaat, maar het waarom.

De heer Können lichtte dit in zijn inleiding toe met de opmerking, dat men binnen zekere marges in de gezondheidszorg doelbewust moet leren omgaan met de schaarste van middelen. Het moet dus doenlijk zijn de patiënten lichamelijk niet te laten verkommeren terwijl men tevens kritisch naar eigen handelwijze en werkmethode omziet, wat nog niet betekent dat er eenheid van handelwijzen ten aanzien van meer of minder verpleegbehoeftige patiënten zou kunnen bestaan.

Veel belangrijker is echter dat in het verpleeghuis de menselijke kant van de zorgverlening, uitgedrukt in het begrip 'TOP-zorg', nog zoveel tekort komt (verwezen werd in dit verband naar het rapport 'Een verkenning van de identiteitsvraag' van de verpleeghuizen van Utrecht-West). Dit zal onder meer inhouden dat hoge prioriteit in de zorg om de patiënt gegeven dient te worden aan:

- integrale patiëntenbesprekingen;
- groepsbesprekingen door het personeel over de vaak moeilijk te verwerken problematiek;
- voldoende personeel in de avonden om te voorkomen dat de patiënten maar zo vroeg mogelijk naar bed moeten gaan.

Het is zonder meer duidelijk dat dit geld gaat kosten. Maar omwille van de kwaliteit van zorgverlening aan de gehandicapte mens zal men zich ernstig dienen te bezinnen op de vraag of de thans ingeslagen weg kan worden vervolgd. Het gaat beslist een

keer goed mis, wanneer niet tijdig de bakens worden verzet en wordt erkend dat in onze samenleving een groep van ongeveer 42.000 gehandicapten het slachtoffer gaat worden van een te krap 'rekentechnisch normeringsmodel'. Want het is duidelijk dat, hoewel dit onderzoek slechts betrekking had op somatische verpleeghuizen, ook psychogeriatrische en gecombineerde verpleeghuizen in een bijzonder moeilijke positie verkeren.

Marsroute

Het voorstel van de voorzitter van de beleidscommissie, de heer Soethout – onder wiens deskundige leiding de forumdiscussie werd gevoerd – om dit rapport aan te nemen, werd met een

krachtig en langdurig applaus ondersteund. Vragen bleven er natuurlijk nog wel, met name ten aanzien van het verder door de NZR te voeren beleid. De marsroute via de technische commissie en belangengroeperingen werd nader toegelicht. Ook aan de opleiding tot ziekenverzorgende werd in de discussie veel aandacht besteed. Overigens zou het te ver voeren alle vraagstukken uit de discussie over de uitermate gecompliceerde materie hier weer te geven.

De nieuwe voorzitter van Sectie V, mevrouw Hannie van Leeuwen, trof met haar slotwoord het hart van de deelnemers aan deze bijeenkomst met haar beroep op aller inzet om de samenleving zo menselijk mogelijk te houden.

VERTROUWENSARTSEN KINDERMISHANDELING

- Amsterdam: Provincie Noord-Holland. Postbus 5180, Amsterdam-1000 NA, tel. 020-713417;
- Arnhem: Provincie Gelderland. Postbus 467, tel. 085-210857;
- Breda: Provincie Noord-Brabant. Postbus 2231, tel. 076-146323;
- 's-Gravenhage: Provincie Zuid-Holland, benoorden de lijn Delft-Gouda, met inbegrip van Delft. Postbus 17160, tel. 070-551224;
- Groningen: Provincies Groningen en Drente. Postbus 145, tel. 050-232003;
- Leeuwarden: Provincie Friesland. Postbus 2204, tel. 05100-33393;
- Maastricht: Provincie Limburg. Postbus 46, tel. 043-14772;
- Rotterdam: Provincie Zuid-Holland bezuiden de lijn Delft-Gouda, met inbegrip van Gouda en de provincie Zeeland. Postbus 2525, tel. 010-128110;
- Utrecht: Provincie Utrecht. Postbus 14042, tel. 030-516098;
- Zwolle: Provincie Overijssel en Oostelijk Flevoland. Postbus 418, tel. 05200-19828.



officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Dagelijks Bestuur

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

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

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

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

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

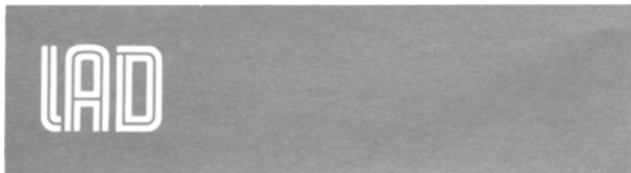
H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

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

Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (SBA)

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



van het Centraal Bestuur

Mededelingen CB-vergadering dd. 29 september 1978

Mededelingen naar aanleiding van de vergadering van het centraal bestuur der Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband op 29 september 1978.

1. Vestigingsbeleid

Mede naar aanleiding van een recent verschenen rapport van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft het centraal bestuur een voorlopige visie bepaald betreffende een vestigingsbeleid van artsen in dienstverband. Deze visie behelst dat een directe noodzaak tot een regulering van artsen in dienstverband op dit moment niet aanwezig kan worden geacht en dat er een zekere regulering reeds plaatsvindt via het dienstverband. Overigens neemt het centraal bestuur een afwachterende houding aan; eerst dienen de visies van de zusterverenigingen LHV en LSV over een vestigingsbeleid van huisartsen en specialisten te zijn bepaald. Wel hebben de bestuursleden gedachten geformuleerd over de verhouding tussen overheid en professie en over het concretiseren van een vestigingsbeleid.

2. Bestuursstructuur ziekenhuizen

De NZR heeft aan haar leden ontwerp-statuten voor een ziekenhuis toegestuurd, waarin min of meer wordt gekozen voor het zogenaamde 'Raad van Beheer-model'. In dit model blijft het bestuur de hoogste bestuursmacht houden en komt aan de directie (statutair vastgelegd) de dagelijkse leiding toe. Alle bevoegdheden, welke niet in de statuten aan de directie worden toegekend, blijven bij het bestuur. Het bestuur kan aan de directie tevens richtlijnen geven bij de uitoefening van zijn bevoegdheden.

Een andere opzet is mogelijk, ook wel genoemd het 'Raad van Commissarissen-model'. In dit model fungeert het bestuur als een Raad van Toezicht. Het oefent controle uit op de leiding, de directie, van het ziekenhuis. De bevoegdheden van de Raad van Commissarissen zijn limitatief omschreven. Alle 'overige' bevoegdheden komen toe aan de directie.

In de praktijk blijkt dat het bestuur veelal alle bevoegdheden heeft en deze (voor een deel) delegeert aan de directie. Deze delegatie is herroepelijk, dat wil zeggen het bestuur kan de gedelegeerde taken weer aan zich trekken en ter hand nemen.

Van belang is de positie van de medische specialist gezien de relatie bestuur-directie.

Het 'Raad van Beheer-model' brengt met zich mee dat aanstelling, schorsing en ontslag van specialisten tot de bevoegdheid van het bestuur behoort, dit geldt eveneens ten aanzien van de benoeming en het ontslag van de directie. De specialist verkeert daarmee in een min of meer 'gelijkwaardige' positie, hiërarchisch gezien. Bij de aanstelling zal het bestuur kenbaar maken dat de specialist in organisatorisch opzicht richtlijnen van de directie in acht moet nemen.

Indien aanstelling en ontslag van de specialist tot de bevoegdheid van de directie behoort, ontstaat op zijn minst de indruk van een sterkere hiërarchische verhouding. Bij conflicten zou de directie de eindbeslissing hebben door de mogelijkheid de specialist te ontslaan. De vraag rijst of deze bevoegdheid, het aanstellen en ontslaan van specialisten, in het 'Raad van Commissarissen-model' toekomt aan de directeur. Weliswaar heeft het bestuur in dit model slechts een controlerende taak maar omtrent een aantal belangrijke zaken is de bevoegdheid gebleven bij de commissarissen. De wet noemt onder andere het vaststellen van de jaarrekening, fusie, liquidatie, belangrijke investeringen, collectief ontslag van werknemers en ingrijpende wijzigingen in arbeidsomstandigheden. Hieraan zou kunnen worden toegevoegd het aanstellen en ontslaan van specialisten (zie ook 'knelpunten in de bestuursstructuur van het algemeen ziekenhuis', Medisch Recht no. 9, bladzijde 108). Een voordeel van het laten van deze bevoegdheid aan het bestuur is dat bij meningsverschillen tussen specialist en directie een ander orgaan de beslissingsbevoegdheid heeft. Het behoeft geen betoog dat geen onderscheid mag worden gemaakt tussen aanstelling van een vrijgevestigd specialist en een specialist in dienstverband.

Voorts zou men de vraag kunnen stellen of de bevoegdheden van het bestuursorgaan niet 'verdeeld' zouden kunnen worden over twee organen. Het bestuur zou kunnen worden gezien als maatschappelijk draagvlak en zich moeten bezighouden met het uitgeven van algemene richtlijnen. Uit het bestuur zou een kleine delegatie moeten worden samengesteld (een soort dagelijks bestuur) dat de toetsende functie ten aanzien van de directie vervult, alsmede de hierboven aan de commissarissen gegeven bevoegdheden uitoefent. Hiermee zouden de problemen, welke verbonden zijn aan de 'logheid', welke – zeker een groot – bestuur soms teisteren kunnen worden voorkomen.

3. Regeling extra honorering medisch wetenschappelijk corps

De LAD is in overleg met KNMG, VMWO, LSV en LAAGZ doende een alternatieve regeling voor de extra honorering van het medisch wetenschappelijk corps op te stellen (alternatief voor de zgn. regeling-Klein). Uitgangspunt hierbij is een regeling te ontwerpen die kan steunen op een zo groot mogelijke acceptatie door alle betrokkenen. De ideeën hierover zijn reeds in een vergevorderd stadium en zullen rondom 1 november a.s. aan de minister worden kenbaar gemaakt*.

* Inmiddels is een regeling ontworpen die aan minister Pais zal worden aangeboden.