

# MEDISCH CONTACT

Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nummer 18 – 6 mei – 43e jaargang

Wat maakt dat een arts plezier in zijn werk heeft? Is het de status of het aanzien van het medisch beroep? De bevrediging van een juist gestelde diagnose of een geslaagde ingreep? Het inkomen? Of is het van dit alles wat? En heeft de arts van '88 wel plezier in zijn werk? Hoe staat het op dit moment eigenlijk met de arbeidsvreugde onder artsen? Over dit soort zaken, kortom over het thema: 'Arts en arbeidsatisfactie', gaat het congres dat de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) 6 mei heeft belegd om te vieren dat ze 40 jaar bestaat.

Als bijdrage aan de feestelijkheden in dit nummer van Medisch Contact een weergave van veel wat het congres biedt. Aandacht voorts voor de verenigingshistorie, in de vorm van een interview met oud-voorzitter, tevens erelid, P. D. van Leeuwen.

Nederland vergrijst en vervrouwelijkt. Het aantal geriatri-sche patiënten in ons land neemt toe. De discrepantie tussen de behoefte aan vakkundige hulp voor deze patiënten en de mogelijkheid die hulp daadwerkelijk te bieden wordt steeds groter. Een trias van nieuwe gezondheidsvoorzieningen voor ouderen wordt gevormd door de geheugenkliniek, het multidisciplinair consult voor de huisarts en het flankerend geriatri-sch beleid. Met dit laatste is nu een jaar lang in Maastricht ervaring opgedaan. Daarover J. F. B. M. Fiolet en Dr. C. van Proosdij, respectievelijk internist en geriater in het Academisch Ziekenhuis aldaar, de huisarts M. J. J. Wendte en Prof. Dr. J. A. Flendrig, hoogleraar in de inwendige geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Limburg.

'Almere': een uniek project, dat een aantal geslaagde vernieuwingen heeft opgeleverd. Een project ook dat een eigen licht werpt op de recente beleidsontwikkelingen op het vlak van de gezondheidszorg die het inmiddels hebben gehaald. Een slotbeschouwing van de serie over de experimenteel opgezette gezondheidszorg in Almere door Prof. Dr. F. A. Vorst, voorzitter van de Stuurgroep Project Gezondheidszorg Almere, en Prof. Dr. A. J. P. Schrijvers, voorzitter van het Plannings- en Begrotings-overleg Almere.

## INHOUD

Arts en arbeidssatisfactie. Oorzaak van of oordeel over goede zorg

*Dr. M. van Leeuwen – 551*

Arbeid adelt? Over arbeidsvoldoening in het artsenberoep

*Prof. Dr. A. J. Dunning – 553*

De beleving van het werk in een gebu-reaucratiseerde professie

*Prof. Dr. H. Philipsen en Dr. F. C. J. Stevens – 555*

Plezier in het werk en beloning

*Mw. Dr. J. L. Meyer – 556*

Mens en machine. De mens als machine

*Prof. Dr. P. C. Sander – 559*

Oud-voorzitter P. D. Van Leeuwen: 'Eigenlijk is er niet eens zoveel veranderd' – 562

Flankerend geriatri-sch beleid. Het model-Maastricht

*J. F. B. M. Fiolet, C. van Proosdij, M. J. J. Wendte en J. A. Flendrig – 566*

Een experiment in Almere (Slot). Al doende een betere gezondheidszorg

*Prof. Dr. F. A. Vorst en Prof. Dr. A. J. P. Schrijvers – 571*

Colofon officieel 546 – Colofon 546 – Hoofdre-dactioneel commentaar 547 – Voorzittersko-lom LAD 548 – Brieven 549 – Boeken 574 – Uit de Verenigingen 575

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

#### Bestuur Medisch Contact

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

#### Redactie Medisch Contact

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

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

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

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

#### Abonnementen

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

Administratie: Tijl Tijdschriften BV  
Jacques Veltmanstraat 29  
1065 EG Amsterdam  
telefoon 020-5182.828, telex 15230.

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

#### Advertenties

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

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

#### Bij de voorplaat:

'De kwakzalver'. Adriaan van Ostade 1610-1684.  
Rijkmuseum Amsterdam

## KNMG LHV LSV LAD LVSG KNMG

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

#### Dagelijks bestuur

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

#### Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

#### Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

#### Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

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

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

#### Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneskundigen (LVSG)

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

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

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

#### Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

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

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

#### Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

#### Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

#### Bibliotheek

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

#### Stichting Dienstverlening Medici

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

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

# 'A dissatisfied doctor is a bad doctor'

Vandaag benadrukt collega M. van Leeuwen met bovengenoemde uitspraak de samenhang tussen arbeidsomstandigheden en kwaliteit van het werk van artsen. Hij doet dat in zijn openingsrede op het congres over 'Arts en Arbeidssatisfactie' in Laren, waarmee de LAD haar 40-jarig bestaan viert.

Van de vier maatschappelijke verenigingen van de KNMG profileert de LAD zich het duidelijkst als vakbond. Of men tot de LHV, de LSV of de LVSG toetreedt wordt bepaald door de aard van het werk als arts, of men zich bij de LAD aansluit wordt bepaald door het feit dat men een dienstverband is aangegaan. Een aantal artsen is dan ook lid van zowel LAD als een andere maatschappelijke vereniging.

Uit de in dit nummer van MC opgenomen voordracht van collega P. D. van Leeuwen over de geschiedenis van de jubilaris blijkt dit specifieke karakter van de LAD heel duidelijk. Als vakbond houdt de LAD zich intensief bezig met de arbeidsvoorwaarden van haar leden. Dat zij zich vandaag in het bijzonder buigt over de vraag in hoeverre artsen hun werk bevredigend vinden en welke factoren daartoe bijdragen, tekent haar als een vakbond die zich bewust is van haar primaire taak.

Arbeidssatisfactie hangt af van de mate waarin we erin slagen door ons werk gestalte te geven aan datgene wat we belangrijk vinden en van de inspanningen die we ons voor ons werk moeten getroosten. Deze factoren worden sterk bepaald door het arbeidsethos, waarvan Weterman de dominante positie aantoonde in een aan dit onderwerp gewijd boekje van het Nederlands Gesprek Centrum<sup>1</sup>. Arbeidsethos is in onze samenleving aan veranderingen onderhevig. Hoewel dit blijkens bijvoorbeeld de avond-, weekend-, en vakantieregelingen ook onder artsen kan worden geconstateerd, verloopt de aanpassing aan de tijd in deze kring langzamer. Gelet op bijvoorbeeld de discussies over part-time werken en de perikelen rond de waarneming, bestaat er zowel binnen onze beroepsgroep als tussen onze beroepsgroep en de samenleving nog lang geen consensus. Ondanks de moderne technologie waarvan onze beroepsgroep zich bedient, laten we ons ten aanzien van de waarden in ons beroep, het arbeidsethos inbegrepen, nog steeds inspireren door het verleden. Frasen als 'rein en vroom zal ik mijn leven leiden en mijn kunst

uitoefenen' uit de eed van Hippocrates hebben de mening gevoed dat er voor artsen een andere ethiek bestond met andere premissen dan voor de rest van de mensheid. Nog steeds gelden voor artsen bijzondere gedragsregels. Het leven in de laat-middeleeuwse vrije stad met zijn meester-gezelverhoudingen is nog steeds herkenbaar in de structuur van onze opleidingen; veel artsen beschouwen werken, evenals deze middeleeuwse burgers, als een kerndeugd 'met in haar gevolg orde, nauwkeurigheid, ijver, betrouwbaarheid en gestadigheid'. In vergelijking met de ontwikkelingen in de medische technologie blijft de wijze waarop wij ons geestelijk en cultureel aanpassen aan deze tijd mogelijk achter. Men kan tegenwerpen dat het met die geestelijke en culturele ontwikkeling van artsen nogal meevalt; er is immers nauwelijks een beroepsgroep aan te wijzen waar normen en waarden het beroepsbeeld meer bepalen dan bij artsen. De

## Dr. C. Spreeuwenberg

vraag is echter hoe de werkelijkheid zich tot het beeld verhoudt. Net aangekomen medische studenten hebben vaak een beroepsbeeld vol idealen, normen en waarden. In de loop van de studie wijzigt dit beeld zich voortdurend. Het beroepsbeeld dat uiteindelijk ontstaat is zeer diffuus, omvat allerlei vage voorstellingen en wordt slechts zelden openlijk en eerlijk besproken. Een aantal artsen raakt gefrustreerd als men merkt dat een aanzienlijk deel van het werk uit routinehandelingen bestaat, dat men door het publiek niet als bijzonder wordt beschouwd, of dat men door patiënten wordt gebruikt om doelen te bereiken waar men zelf in het geheel niet achter staat. Een aantal van deze frustraties vindt zijn oorzaak in onze narcistische behoefte aan afhankelijkheid van de patiënt. Tijden lang kunnen we knarsetanden als patiënten kritiek leveren of een andere dokter kiezen. Het feit dat we zo nodig aardig willen worden gevonden belemmert in een aantal gevallen een adequate hulpverlening. Dit is jammer omdat er bij een meer volwassen houding ten opzichte van patiënten en hun problemen nog steeds sprake kan zijn van 'arbeid adelt' doordat

ons werk een inspirerende bron kan zijn voor onze eigen groei en ontwikkeling. Onze vermeende onbaatzuchtigheid levert eveneens een schijnbeeld op. Natuurlijk dient het belang van de patiënt voorop te staan, maar laten we ook erkennen dat wij aan onze hulp allerlei aanwijsbare baten ontleen. Naast de reeds genoemde mogelijkheden voor eigen groei en ontwikkeling, kunnen we denken aan zaken als status, financiële en andere materiële voordelen.

Hoewel in de ledenvergaderingen van al onze maatschappelijke verenigingen relaties worden gelegd tussen de hoogte van ons inkomen en de arbeidssatisfactie, wordt het toch als onbehoorlijk beschouwd als we ons er openlijk voor uitspreken dat ook wij het principe 'voor wat (= zorg), hoort wat (= geld)' in ons vaandel hebben staan. Het is immers gebruikelijk dat artsen hun motief verbergen achter een gordijn van professionele rituelen<sup>2</sup>. De onbaatzuchtigheid van artsen, die onder meer tot uiting komt in de term honorarium, mag in twijfel worden getrokken. Ook wat dit betreft is het belangrijk dat het beroepsbeeld dat we van onszelf scheppen met de werkelijkheid overeenkomt. Als we dit nalaten zal het publiek dit beeld corrigeren en zullen we hiervan de consequenties moeten aanvaarden. In Israël is de bevolking artsen anders gaan zien en waarderen nadat zij evenals 'gewone' arbeiders gingen staken. We dienen hierbij wel te bedenken dat een publiek dat ons van ons voetstuk haalt ons ook een – bij juist gebruik – effectief therapeuticum uit handen neemt. Dan zal het klimaat nog zakelijker worden, dan zullen we worden aangesproken op het resultaat van onze behandeling of op in onze samenleving geldende normen, zoals het op tijd zijn voor een afspraak, zonder dat wij ons kunnen verschuilen achter argumenten die alles te maken hebben met een door ons vermeende bijzondere positie.

Ik hoop dat vandaag zal blijken dat wij artsen in de eerste plaats zelf verantwoordelijk zijn voor onze satisfactie en daarmee voor de kwaliteit van onze arbeid. □

1. Goede MPM de, Jong-Gierveld J de, Ridderbos SJ e.a. Zwoegen, sloven, slaven; een verouderd arbeidsethos? Bosch & Keuning NV, Baarn, 1983.

2. Geest S. van der. Het nut van de sociale wetenschap voor de gezondheidszorg; optimisme en pessimisme. Metamedica (1982); 61: 96-105.

LAD-voorzitter J. C. F. M. Aghina:

## De toekomst is gisteren begonnen

Dit is een speciale uitgave van Medisch Contact. Speciaal in die zin dat een groot deel van het nummer is gewijd aan het 40-jarig jubileum van de LAD. Op de volgende pagina's vindt u de voordrachten van een aantal inleiders, uitgesproken op het jubileumcongres van de LAD in Laren. Mijn bijdrage aan dat congres is verwerkt in deze voorzittersrubriek. Ik ben de redactie van Medisch Contact dank verschuldigd voor de kans die de LAD krijgt zich op zo'n uitgebreide manier in dit jubileumjaar aan de lezers van Medisch Contact voor te stellen.

Reeds eerder dit jaar werd op deze plaats aandacht aan dat jubileum geschonken: wat werd bereikt, wat nog moet worden bereikt, de problemen van een kleine vakvereniging met een gedifferentieerd ledenbestand, het is allemaal aan de orde geweest. Vandaag daarom alleen aandacht voor het thema van dit congres en voor de toekomst van de LAD. Het verleden komt elders in dit nummer uitgebreid aan bod in een interview met ex-voorzitter en erelid van de LAD, P. D. van Leeuwen. 'De toekomst is gisteren begonnen', deze variant op een bekende uitspraak staat niet voor niets boven deze rubriek. Met grote veranderingen in de gezondheidszorg voor de boeg moeten we alle aandacht besteden aan onze toekomstige positie, hoewel het soms amusant is om te zien dat bepaalde zaken in de veertig jaar die de LAD nu bestaat nauwelijks zijn veranderd. Nog steeds praten we over een nieuwe structuur voor de KNMG, nog steeds wordt er door de overheid gestreefd naar een gelijktrekking van de salarissen van alle ambtenaren en ambtenarenartsen op basis van 'functie-analyse' en nog steeds worden afwegingen gemaakt met betrekking tot de aansluiting bij een grote vakcentrale, waarbij de vraag of voldoende aandacht wordt besteed aan de belangen van met name de hogere functionarissen nog immer actueel is. Bestudering van het verleden is in deze gevallen soms bijzonder leerzaam.

Graag leid ik echter het congressthema thans bij u in. 'Arts en arbeidssatisfactie' werd vorig jaar heel bewust gekozen als thema voor het jubileumcongres. Ik wil drie aspecten van arbeidssatisfactie hier onderscheiden:

- de factoren die van invloed zijn op de mate van arbeidssatisfactie;
- de effecten van arbeidssatisfactie op de beroepsuitoefening;
- de rol van de beroepsvereniging/vakorganisatie.

Ten eerste de vraag welke factoren van invloed zijn op de arbeidsvreugde. Hoewel het

congres daar geen volledig uitsluitsel op zal geven, zal het zeker indicaties opleveren met betrekking tot de vraag: wat vindt de arts in dienstverband belangrijk om met plezier te werken? De 'veiligheid' van het dienstverband? De sfeer van de instelling? De realisering van het ideaal uit de jeugdijaren, het volgen van de roeping? De beloning? Het aanzien en de status van het vak? Het psychisch inkomen verbonden aan een verantwoordelijke taak? Prettige collega's? Afgekaderde takenpakketten zodat je weet waar je aan toe bent?



De mogelijkheden zijn legio, om de combinaties daarvan nog maar niet eens te noemen. Want bepaalt het inkomen niet vaak enigszins de status en ligt de erkenning van de zwaarte van de taak en van de daaraan verbonden verantwoordelijkheid niet ook in de hoogte van het inkomen opgesloten?

Overheidsinstanties die bij voortduring bezig zijn het inkomen van de artsen in Nederland omlaag te brengen zouden zich dat moeten realiseren. Zij zouden zich ook moeten realiseren dat de aflossing van de hypotheek of de studie van je kinderen zich wat moeilijk laat betalen uit het psychisch inkomen. Zij zouden zich tot slot moeten realiseren dat artsen praktisch geen mogelijkheden hebben om zich in het bedrijfsleven te begeven en dus of vrijgevestigd (maar dan ook écht vrijgevestigd als vrije ondernemer om precies te zijn) of als ambtenaar en trendvolger dienen te functioneren. Wat dat laatste betreft is er derhalve geen sprake van een vrije keuze voor de arts in dienstverband. Ambtenaar of trendvolger, dát is de keuze en in beide gevallen bepaalt de overheid de onderhandelingsruimte.

Sprekend over factoren die meebepalend zijn voor de mate van arbeidsvreugde, dient daarbij ook de professionele autonomie te worden genoemd. Het is in het belang van zowel de arts als de patiënt dat de arts, in dienstverband of vrijgevestigd, onder optimale omstandigheden zijn vak kan uitoefenen. Daarom pleit ik opnieuw met kracht voor een professioneel statuut in alle instellingen waarin zowel de rechten en plichten van de arts als die van de instelling zijn vastgelegd.

Ten tweede de vraag of verschillen in mate

van arbeidssatisfactie van invloed zijn op de uitoefening van het beroep. Ik ben van mening dat dat zeker het geval is. Het voortdurend bepaald met tegenzin je taak verrichten, dag in dag uit, heeft ongetwijfeld effecten op de kwaliteit van het werk. Daar waar de LAD het woord kwaliteit hoog in het vaandel heeft staan, is dat zeker een aspect van de belangenbehartiging waar de beroepsvereniging meer aandacht aan zal moeten schenken.

En dan ben ik vanzelf bij de rol van de beroepsvereniging, lees ook vakvereniging, gekomen. Doel van het jubileumcongres is mede een inzicht te verkrijgen in die factoren welke in overwegende mate invloed uitoefenen op de arbeidsvreugde van artsen. Een moderne vakvereniging zal zich naar mijn inzicht moeten inzetten voor het optimaliseren van die factoren, met andere woorden voor het optimaliseren van de omstandigheden waarbinnen de werknemers hun functie uitoefenen.

Wat artsen in dienstverband betreft betekent dat bijvoorbeeld het bevorderen van redelijke werktijden voor met name assistent-geneeskundigen, maar ook het voorkomen dat grote groepen medici in academische ziekenhuizen dermate veel van hun inkomen zullen moeten inleveren dat het voor geen enkele arts meer interessant wordt een functie aan universiteit of binnen het academisch ziekenhuis te ambiëren. Daarmee zou de kwaliteit van de gezondheidszorg met name de topzorg in gevaar kunnen komen.

Tot slot betekent het echter ook dat de vakvereniging zich dient in te zetten voor een grote groep jonge, veelbelovende academici, voor wie op geen enkele wijze sprake is van wat voor arbeidssatisfactie dan ook, domweg vanwege het feit dat zij geen werk hebben. De LAD rekent het zich tot een taak om de werkgelegenheid voor artsen zoveel mogelijk te bevorderen.

Wat dat betreft is een sombere toekomst reeds veel eerder dan gisteren begonnen. Het is goed dat ook een jubilerende LAD zich dat terdege realiseert.

J. C. F. M. Aghina,  
voorzitter LAD.

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

## ZUID-AFRIKA

### Brievenactie Johannes Wier Stichting

De recente gebeurtenissen in Zuid-Afrika, te weten het muilkorven van een aantal grote oppositionele organisaties en het blokkeren van buitenlandse financiering van 'anti-apartheidsorganisaties', geeft aanleiding tot grote ongerustheid over de ontwikkelingen in dat land.

Ook het Detainees Parents Support Committee (DPSC) valt onder deze categorie en is getroffen door de maatregelen. Aangezien daardoor de hulp aan (ex-)gevangenen ernstig in gevaar komt, met name de hulp aan kinderen met multitraumata door detenties en frequente martelingen, hebben wij een morele plicht hiertegen te protesteren. De Johannes Wier Stichting doet dat in de vorm van bijgaande brief, gericht aan collega's in Zuid-Afrika, in de hoop dat deze een dergelijke actie zullen ondernemen, met kopie naar andere organisaties. De Johannes Wier Stichting doet een beroep op u om deze of een soortgelijke brief te sturen.

Medical Association of South Africa  
20272 Alkatrant 0005  
428 King's Highway  
Lynnwood - Pretoria 0081  
South Africa

Dear Colleagues,

The Government of South Africa has decided to impose restrictions on 17 organizations and 17 individuals, and proposes to restrict foreign funding of many humanitarian, consciousness and community projects.

These restrictions have raised our dismay and fear for the future development in South Africa. We are of the opinion that political opposition and freedom of organization and expression are sine-qua-non conditions for the development of a just and democratic society.

As an organization of medical, nursing and paramedical professionals, we are particularly concerned about the restrictions on the Detainees Parents Support Committee.

The DPSC has since its foundation played a keyrole in the care for and counseling of ex-detainees; the DPSC has scrupulously and authoritatively monitored and challenged the policy of detentions without charge of the government of South Africa.

The DPSC has become a major focus of awareness, preservation and promotion of human rights, and of physical and mental health care of one of South Africa's most tormented groups: the (ex)detainees, particularly the children among them.

The above mentioned restrictions are therefore not only a flagrant violation of the basic right of association, but they are also violating the basic human right to physical and mental health care of the most vulnerable group of victims of the detention policy of the South African government.

We consider it as colleagues, our responsibility to contribute to the preservation of these basic human rights.

We therefore urgently request the MASA, to do everything within its powers to influence the government to withdraw the above mentioned restrictions.

Yours Faithfully,

Amersfoort, april 1988  
A. van Es

## BRIEVEN

### DE VAKBOND VAN MIJN MAN

De LHV wil de mening van de man van deze achterwacht (ref. MC nr. 8/1988, blz. 229). Welnu, op 15 januari 1988 beëindigde ik mijn huisartspraktijk en tot 1973 was ik apotheekhoudend huisarts.

1. Waarom deze achterwacht verwijten de vrouwen van de apotheekhoudende huisartsen geen hart onder de riem te steken? Daar gaat dit artikel niet over! Heeft de LHV dat trouwens ooit gedaan?

In het nieuwe kostenbudget zit f 4.000,— bereikbaarheidsvoorziening ('denkende aan de modernste apparatuur'), maar dit is in ieder geval geen oplossing voor de achterwachten van de apotheekhoudende huisartsen.

2. De 'package-deal' zou ruim 50 miljoen gulden kosten. De staatssecretaris bood ongeveer 34 miljoen, de ledenvergadering ging akkoord; de afgevaardigden weten wat daarvoor is ingeleverd, de leden nog niet.

3. De discussienota 'Geneesmiddelenvoorziening en de huisarts' rept met geen woord over *alleen aflevering tijdens het spreekuur*. Maar dan wordt er ook zeker geen kostenbesparing van f 10,— per patiënt bereikt.

4. Het is een illusie te denken dat alle huisartsen binnen vijf of tien jaar hun administratie zullen hebben geautomatiseerd. Ik schat dat dit pas over dertig jaar het geval zal zijn. In mijn waarneemgroep (met zes collegae tussen de 34 en 46 jaar oud) maakte niemand aanstalten om een computer aan te schaffen. In mijn waarneemgroep hadden we met slechts één, zeer actieve, apotheker te maken: regelmatig overleg, bespreking geneesmiddelen per indicatiegebied, nieuwe geneesmiddelen, de loocpreparaten, enz. en bij alle geneesmiddelen steeds de kosten erbij vermeld; kortom: wij deden al jaren wat de LHV zo graag wil. Ondanks de intensieve voorlichting door apotheker en het gestructureerde overleg lukt het niet of slechts zeer gedeeltelijk voor eenzelfde indicatie het geneesmiddelenassortiment te beperken tot één of enkele geneesmiddelen; het enige effect na al die jaren is dat we allen hetzelfde griepvaccin gebruiken. Deze apotheker heeft volledig geautomatiseerd en kan van ieder van ons exact uitdraaien welk geneesmiddel en hoeveel we voorschrijven en dan komen de grote verschillen aan het licht.

5. Akkoord: de huisarts is de ideale kostenbewaker. Mits hij ongevoelig is voor 'concurrentie' en zich niet laat intimideren door onjuiste eisen van patiënten: kleine hoeveelheden voorschrijven, zeker de eerste keren, niet

automatisch herhalingsrecepten (van tevoren getekend en door de assistente uitgeschreven), kleine hoeveelheden slaapmiddelen en andere psychofarmaca, geen antibiotica *primaire* bij virus-infecties, enz.

Vanaf 1977 ontving ik regelmatig computerlijsten van het ziekenfonds, de laatste jaren steeds verder uitgesplitst. Ik zat met geneesmiddelen en verwijzingen steeds veel lager dan het gemiddelde. Toch, wanneer ik een blik kon werpen in de medicijnkastjes bij mijn patiënten zag ik nog vaak flinke hoeveelheden druppels, tabletten, zalfjes, enz. van drie of meer jaren geleden in die kastjes; van twintig paracetamoltablets bij een griepje blijven er vaak tien of meer over, dus dan voortaan maar tien tabletten voorschrijven of 5 cc neusdruppels of 10 gram zalf? Ik hoorde onlangs nog het ongelooflijke verhaal van een huisarts (geen collega van de waarneemgroep) die een jonge man van 23 jaar voor vermeende prostatitis gedurende drie maanden negram voorschreef. En wat te denken van specialisten die patiënten uit het ziekenhuis ontslaan met een recept voor honderd slaaptablets? Dat laatste is helaas geen zeldzaamheid. De medicijnkaak is niet de enige schuldige, want deze praktijken komen al jaren voor.

Ik geloof, dat alleen goed en voortdurend overleg van de waarneemgroep met een actieve apotheker en de bereidheid tot onderlinge toetsing en het op één lijn willen gaan zitten op de heel lange duur de kosten van geneesmiddelen flink kan doen dalen. Het zelf afleveren van geneesmiddelen tijdens het spreekuur zal nauwelijks iets veranderen aan het voorschriftpatroon van de huisartsen.

Mook, april 1988  
A. Raymakers

### OUD-KAMPKINDEREN

Bij alle waardering die ik voor het werk van de Stichting Korrelatie heb wil ik toch enige kritiek spuien op het artikel 'Oud-Jappenkampkinderen en hun problemen' van Michaja Langelaan (MC nr. 14/1988, blz. 431).

In de eerste plaats vind ik het woord 'Jappenkamp' racistisch. Het heeft een verwerpelijke suggestieve karakter. We zeggen toch ook niet (meer) 'Moffenkamp' of 'Jappenauto'.

In de tweede plaats trekt Langelaan conclusies op grond van 69 reacties van 'oud-Jappenkampkinderen' van de ongeveer 20.000 die nog in leven zijn. Om na te gaan of een uitspraak als: 'Oud-kampkinderen cijferen zichzelf makkelijk weg en zijn soms overdreven bezorgd om anderen, voelen zich overmatig verantwoordelijk en willen eigenlijk iedereen tevreden stellen' waar is, dient een aselecte steekproef uit die 20.000 oud-kampkinderen

met een naar leeftijd en geslacht overeenkomstige controlegroep van mensen zonder die ervaring te worden vergeleken; het operationaliseren van bovenstaande kwalificaties zal dan nog een heel probleem zijn. Gelukkig heeft Langelaan op voorhand deze kritiek op haar artikel ontzenuwd: de boze reacties van oud-kampkinderen op de in een TV-programma geuite klachten van hun lotgenoten vloeien misschien voort uit overlevingsdrang. Mijn boosheid wordt misschien meer veroorzaakt door de ook weer in dit artikel genoemde speciale deskundigheid en belangstelling die hulpverleners voor deze categorie oorlogsslachtoffers zouden moeten hebben. Het irriteert mij dat, nu de spoeling van oorlogsgetroffenen wat dunner wordt, de deskundologen een nieuwe doelgroep van onbegrepen zielepoten aanboren. Gelukkig hebben we in Nederland voor mensen die, door welke ellendige ervaringen ook, in de penarie zijn geraakt een uniek stelsel van psychotherapeutische en andere mogelijkheden tot hulpverlening. Daarnaast hebben we nog steeds een, vergeleken bij andere landen, uitstekend stelsel van loonvervangende uitkeringen bij arbeidsongeschiktheid. Voor Indische oorlogsslachtoffers had de regering beter bepaalde onrechtvaardigheden kunnen vermijden – het niet uitbetalen van soldij over de jaren dat de Japanse gastvrijheid werd ondergaan bijvoorbeeld – dan geld in speciale psychotherapeutische voorzieningen te steken.

Utrecht, april 1988

W. J. Hardeman, psychiater,  
geboren in 1935, destijds verblijvend in Kra-  
mat en Tjideng

## OVER HET STUREN VAN DE GEZONDHEIDSZORG

Met belangstelling las ik het artikel van collega Broertjes in MC nr. 9/88, blz. 263. Hij houdt een helder en duidelijk pleidooi voor meer doelwijzigende sturing van het systeem van de gezondheidszorg in verhouding tot zijn inziens minder effectieve sturing door structuurwijzigingen. Hij stelt dat de 'Nota 2000' beter als leidraad kan worden gebruikt dan de nota 'Bereid tot veranderen' van de commissie-Dekker.

Ik ben het met collega Broertjes eens dat het bijstellen van doelstellingen op de eerste plaats moet staan. Men denke daarbij aan het bijstellen van valse verwachtingspatronen dat velen hebben van de geneeskunde en haar technologie. Een ander voorbeeld is de plaats waar de verantwoordelijkheden thuishoren; dus verzorgingsstaat versus zorgzame samenleving.

Toch is het even belangrijk te letten op de huidige overcapaciteit en -consumptie, ontstaan door wildgroei bij onvoldoende beheersing van de geldstroom over de vele schijven en radertjes van de gezondheidsstructuur. Dit is in de hand gewerkt door lobby's en politieke besluitvorming in de jaren zestig, toen er fi-

nancieel van alles kon en er een sterk verhoogd aanbod in de geneeskunde ontstond. Meer aanbod doet meer vraag ontstaan. Dat werkt goed in de economie, maar niet goed in de geneeskunde. Men beseft dat inmiddels voldoende en in dat klimaat krijgt de commissie-Dekker haar kans. Door aan de portemonnee van personen en instellingen te komen raakt men direct de kern van beïnvloedbare stromen. Geld dient als equivalent van andere energiestromen. Men moet de zin en de betekenis van de nota-Dekker niet onderschatten, omdat hierin vooral via sturing van geldstromen wordt getracht de structuur te beïnvloeden.

Aerdenhout, april 1988

E. G. H. Kenter, huisarts

## SEROPOSITIEVE HEROÏNEVERSLAAFDEN

Mijn hartelijke dank voor het uitstekende artikel van collega Biesenbeek (MC nr. 14/1988, blz. 426). Hierin zet hij op heldere wijze het probleem van opname van AIDS-patiënten in verpleeghuizen uiteen. De noodzaak van een effectieve opvang van AIDS-patiënten die niet meer voor zichzelf kunnen zorgen en over onvoldoende mantelzorg beschikken, kan niet voldoende worden benadrukt. De maatregelen die verpleeghuizen dienen te nemen om deze opvang voor te bereiden, zijn door collega Biesenbeek afdoende belicht.

Eén aspect heb ik echter gemist. Als arts, verbonden aan een grote drugshulpverleningsinstelling in Rotterdam, word ik in toenemende mate geconfronteerd met seropositieve heroïneverslaafden. Bij enkelen heeft dit inmiddels geleid tot de eerste symptomen van ARC en AIDS. De algemene conditie van deze patiënten gaat sindsdien snel achteruit. De sociale achtergrond van heroïneverslaafden is meestal dusdanig pover, dat 24-uurs opvang dan al snel noodzakelijk wordt. Echter, de aan hard drugs verslaafde AIDS-patiënt neemt niet alleen zijn ziekte mee, met alle complicaties van dien, maar ook zijn verslaving. Slechts weinigen geven hun drugsgebruik en daarbij horend gedrag op, als zij in een intramurale setting terecht komen. Speciaal opgeleide hulpverleners zijn nodig om deze problemen te hanteren. Hierbij komt, dat niet-verslaafde AIDS-patiënten en hun familie er weinig behoefte aan zullen hebben, in de laatste levensfase, hiermee te worden geconfronteerd. De vraag of verpleeghuizen ook heroïneverslaafde AIDS-patiënten dienen op te nemen, of dat er voor hen aparte faciliteiten moeten worden gecreëerd, stel ik graag ter discussie. Persoonlijk ben ik voorstander van het laatste, parallel aan het advies van de Gezondheidsraad met betrekking tot de hostel-projecten. Gezien de huidige ontwikkelingen, denk ik dat hier niet te lang meer mee moet worden gewacht.

Rotterdam, april 1988

F. Kootstra

## Naschrift

Collega Kenter heeft gelijk, dat het belangrijk is attent te zijn op wildgroei en overcapaciteit in de gezondheidszorg. Geld is daarbij zeker een belangrijk sturingsinstrument.

Blijft echter de vraag wat er van het plan van Dekker zal terechtkomen, zeker nu de definitieve invoering van de basisverzekering tot na de volgende parlementsverkiezingen is uitgesteld.

Daarom vind ik dat we tot strategievorming en bezinning moeten overgaan en de ook door de KNMG in haar reactie op de 'Nota 2000' bepleite discussie over het doel en de inhoud van het lange-termijnbeleid moeten voeren<sup>1</sup>.

Een doelzoekend, mogelijk zelfs doelgericht maar minder gestructureerd, samenhangend maar doelloos systeem. Een zorgsysteem dat zowel doelgericht als goed gestructureerd en daardoor ook nog doelmatig is, lijkt mij vooralsnog een utopie.

Hoofddorp, april 1988

J. C. Broertjes

## Literatuur

1. KNMG. Reactie op Nota 2000, Medisch Contact 1987, 42: 742-4.

## RECHTZETTING

In de laatste alinea van mijn artikel 'Haalt de KNMG 1989?' (MC nr. 15/1988, blz. 461) is een storende en voor insiders onbegrijpelijke fout geslopen: 'Dan zal in het jaar 2000, bij de viering van het 151- (in plaats van: 108-)jarig bestaan . . . ' Oorzaak:

1. Eerste goedkeuring van de statuten bij Koninklijk Besluit: 10 december 1892.
2. Onvoldoende in het gedenboek van Festen (bij het 125-jarig bestaan) gekeken: Constituerende vergadering van de NMG te Amsterdam op 1 maart 1849. Eerste Algemene Vergadering op 22 en 23 oktober 1849 te Arnhem.

Sint-Oedenrode, april 1988

H. W. A. Sanders

## MISVERSTAND

In het hoofdartikel van Medisch Contact van 22 april jl. (MC nr. 16/1988, blz. 483) wordt gesteld dat veel wetenschappelijk onderzoek naar diabetes wordt verricht dank zij de activiteiten van de Diabetes Vereniging Nederland (DVN). Dit is een veel voorkomend misverstand. Ongeveer tien jaar geleden werd dank zij de activiteiten van de DVN een Stichting Researchfonds Diabetes Mellitus, afgekort tot Diabetes Fonds Nederland (DFN) in het leven geroepen. Deze onafhankelijke organisatie subsidieert wetenschappelijk onderzoek.

Amersfoort, april 1988

Prof. Dr. J. C. van Es, voorzitter DFN

## Wat maakt dat een arts plezier heeft in zijn werk?

*Wat maakt dat een arts plezier in zijn werk heeft? Is het de status of het aanzien van het medisch beroep? De bevrediging van een juist gestelde diagnose of een geslaagde ingreep? Het inkomen? Of is het van dit alles wat? En heeft de arts van '88 wel plezier in zijn werk? Hoe staat het op dit moment eigenlijk met de arbeidsvreugde onder artsen? Over dit soort zaken, kortom over het thema: 'Arts en arbeidssatisfactie', gaat vandaag*

*een congres dat de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) heeft belegd om te vieren dat ze 40 jaar bestaat.*

*Als bijdrage aan de feestelijkheden in dit nummer van Medisch Contact een weergave van veel wat het congres biedt. Aandacht voorts voor de verenigingshistorie, in de vorm van een interview met oud-voorzitter, tevens erelid, P. D. van Leeuwen.*

### LAD 40 jaar – 40 jaar LAD

## Arts en arbeidssatisfactie

### Oorzaak van of oordeel over goede zorg

Het is opvallend, maar goedbeschouwd niet vreemd, dat de LAD – materieel belangenbehartiger *pur sang* – met zoveel gretigheid het onderwerp 'Arts en arbeidssatisfactie' bij de kop vat. Voor sommigen komt het misschien als een verrassing dat wij niet de hele dag praten over salaris- en pensioenregelingen of over arbeidsconflicten. Zo mag bijvoorbeeld een zaak als de kwaliteit van de medische zorg, waaronder begrepen de kwaliteit van het medisch handelen, zich bij ons in een grote belangstelling verheugen. Natuurlijk gaat het ons om goede, primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden (die trouwens ook iets met de arbeidsvreugde te maken hebben, zoals tijdens dit het symposium zal worden uiteengezet), maar minstens van hetzelfde belang vinden wij het leveren van goede kwaliteit en de vreugde waarmee dat gepaard gaat. Er wordt wel voor minder belangrijke zaken actie gevoerd. Wat bepaalt voor een arts nu eigenlijk

Dr. M. van Leeuwen

voorzitter congrescommissie

zijn of haar arbeidsvreugde? Wordt dat misschien weergegeven door de overpeinzingen van Anton Wachter<sup>1</sup>, die bezig is zich te verzoenen met de gedachte, hem min of meer opgedrongen door zijn moeder en een enigszins bemoeizuchtige oom en tante, die eigenlijk helemaal geen oom en tante zijn? 'Enkele aangename zijden van het doktersvak sprongen in het oog: de mensen zagen tegen je op; je wist alles; je gedroeg je waardig en zwijzaam, zoals dr. Nohl, die hem als kind had geopereerd en die volgens de familieoverlevering nooit een stom woord zei, en je verdiende veel geld, vooral in dat nog hogere stadium dat zijn moeder 'specialiteit' en tante Bertha, een nieuwe mode volgend, 'specialist' noemde. Bo-

ven de 'specialiteiten' stonden dan de professoren, en boven de professoren niemand, dat had hij er ongeveer van begrepen; . . '. Misschien dat u hierin iets herkent van uw eigen perceptie van het artseneroep, toen u dat nog niet uitoefende. Inmiddels hebt u dit beeld allang moeten herzien. Vervelend is, dat de buitenwereld dit karikaturale beeld veelal nog hanteert.

Belangrijker en volwassener dan de puberale overpeinzingen van de eindexamenkandidaat is de vaststelling dat arbeidssatisfactie van artsen iets te maken heeft met de kwaliteit van de gezondheidszorg. Uit het standaardwerk van Donabedian over kwaliteitsmeting en -bewaking in de gezondheidszorg citeer ik het volgende over wat hij 'practitioner satisfaction' noemt, het onderwerp dus van ons symposium<sup>2</sup>: 'Practitioner satisfaction, like client satisfaction, is also, partly, a judgement of 'goodness' that pertains to the settings and conditions of



practitioner's work, to the care provided by colleagues and to the care given by the practitioner himself . . . Practitioner satisfaction, then, is *either a causal factor of good care, or a judgment on the goodness of care*' (cursivering MvL).

Onze intuïtie had ons dit natuurlijk allang verteld, voor zover we het ons al niet volledig bewust waren: de kwaliteit van werken en de voldoening die dat werk oplevert horen bij elkaar als leven en zuurstof.

In een publikatie uit 1973 gaan Freeborn en Greenlick uitvoerig in op wat zij noemen de beide 'dimensies van doelmatigheid' van medische zorgsystemen<sup>3</sup>. Behalve een technische dimensie is er ook een psychosociale dimensie, die moeilijk te meten is, maar niet minder belangrijk. De psychosociale dimensie is grofweg te onderscheiden in 'consumer satisfaction' en 'provider satisfaction'. Dit laatste facet trachten zij in kaart te brengen met behulp van factoren die worden verondersteld indicatoren te zijn van de arbeidssatisfactie van zorgverleners. Grofweg betreft dit attitudes en percepties met betrekking tot vier gebieden:

1. de organisatie waarin men werkt (hoeveel ruimte krijgt men om zijn werk naar eigen inzicht in te richten, hoeveel invloed kan men uitoefenen op de organisatie?);
2. de arts-patiënt-relatie en de intercollegiale verhoudingen;
3. prestige en status; en
4. enkele algemene indicatoren, zoals het personeelsverloop, een hoog ziekteverzuim en dergelijke.

In de *tabel* zijn deze factoren nader uitgewerkt. U zult daarin veel zaken herkennen, waaronder een aantal waarmee, in uw eigen werkomgeving of in het algemeen, duidelijk iets mis is, of bij ongewijzigd beleid mis zal gaan. Bij dat laatste moet niet te gemakkelijk alleen aan overheidsbeleid worden gedacht. Het lijkt mij dat hier een belangrijke taak is weggelegd voor de KNMG en de maatschappelijke verenigingen, en trouwens evenzeer voor de patiëntenorganisaties, wanneer die zich realiseren wat hun belangen zijn. Men kan het alleen maar eens zijn met Donabedian<sup>2</sup>: de voldoening die de arts in zijn werk ondervindt is oorzaak van of oordeel over de kwaliteit van de zorg. Het heeft er soms de schijn van dat dit belangrijke, in mijn ogen toch zo evidente feit niet door een ieder in onze omgeving wordt ingezien, althans naar waarde geschat. Nog één keer Donabedian<sup>2</sup>: 'Whi-

*Tabel. Arbeidssatisfactie van zorgverleners; attitude en perceptie met betrekking tot enkele indicatoren van arbeidssatisfactie.*

1. *Professionele autonomie*
  1. Voldoening over het werktempo en de invloed die men daarop heeft.
  2. De mate waarin men zelf kan bepalen wat technisch nodig is en de mate waarin men zijn speciale vaardigheden en kennis kan aanwenden.
  3. Tevredenheid met de ten dienste staande faciliteiten en middelen.
  4. Tevredenheid met de mate van invloed op reikwijdte en inhoud van het werk.
  5. Tevredenheid met het type supervisie.
2. *Patiënt-arts-interactie en intercollegiale verhoudingen*
  1. Het gemak of de stroefheid van de relatie met de patiënten en de invloed van de organisatie daarop.
  2. De mate waarin men voldoende tijd meent te hebben voor de patiënt, en dus de gelegenheid om goede medische zorg te verschaffen.
  3. Voldoening met betrekking tot de intercollegiale verhoudingen en de relatie met de directie van de instelling.
3. *Prestige/Status*
  1. Voldoening over de mogelijkheden tot verbetering van de kennis en vaardigheden en de mogelijkheden promotie te maken binnen de organisatie of het vak.
  2. Tevredenheid met de primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden en met de werkomstandigheden.
  3. Algemene meningen en waardering van de werkomgeving, vergeleken bij die van andere medici.
  4. Evaluatie van het vermogen van de organisatie tot overleven, kansen op groei en succes, en het aanzien van de organisatie in het brede veld van de gezondheidszorg.
4. *Andere indicatoren van satisfactie of dissatisfactie met het systeem*

onder andere:

  1. Verloop onder de staf.
  2. Absenteïsme.
  3. Hoog ziekteverzuim.
  4. Kwaliteit van het werk.

Naar Freeborn & Greenlick<sup>3</sup>.

le this (practitioner satisfaction) is a dimension that is seldom mentioned, it is reasonable to assume that the best technical care cannot be maintained if the persons who provide it are unhappy with the work they do and the conditions under which it is done.' Met een variant op een bekende uitspraak: 'A dissatisfied doctor is a bad doctor'. Laten wij deze onderbelichte dimensie daarom duidelijk onder de aandacht brengen.

Plezier in het werk heeft ook iets te maken met een vermogen tot relativeren, gevoel voor humor, belangstelling voor de raakvlakken van je vak met andere disciplines en het prikkelende van de dingen eens vanuit een ongebruikelijke hoek bezien. Wie krampachtig van 's morgens vroeg tot 's avonds laat met oogkleppen op en watjes in de oren alleen maar zijn eigen specialistische bezigheden verricht, wie niet openstaat voor het onverwachte, wie het zonde vindt van zijn kostbare tijd om eens, al was het maar in de geest, op reis te gaan, die mist in mijn ogen niet alleen arbeidsvreugde, maar erger nog: levensvreugde.

Wij willen niet alleen praten over arbeidsvreugde, wij willen er ook een beetje aan bijdragen; tenslotte is de aanleiding een feestelijke. Dat verklaart de toonzetting van de symposiumvoordrachten: een mengsel van serieuze wetenschap en lichtvoetigheid, van onderwerpen dicht bij ons bed tot zaken waarvan u misschien niet zo gauw had gedacht dat ze iets te maken konden hebben met uw werk als arts. *Nouvelle cuisine* voor de geest. □

#### Literatuur

1. Vestdijk S. De andere school. De geschiedenis van een verraad. 's-Gravenhage-Rotterdam: Nijgh & Van Ditmar, 1984.
2. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Volume I: the definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.
3. Freeborn DK, Greenlick MR. Evaluation of the Performance of Ambulatory Care Systems: Research Requirements and Opportunities. Medical Care 1973; 11: 68-75.



LAD 40 jaar – 40 jaar LAD

# Arbeid adelt?

## Over arbeidsvoldoening in het artseneroep

Over arbeidsvoldoening van artsen zijn meer anekdotes dan feiten bekend. Wie erover spreekt of schrijft, begint meestal bij de eigen ervaring en extrapoleert van het particuliere naar het algemene. De vraag is dan ook of er wel van de arbeidsvoldoening van de arts kan worden gesproken. Nederland heeft 6.000 huisartsen, 11.000 specialisten, verdeeld over 30 specialismen, 2.200 assistenten daarvoor in opleiding, met nog 11.000 artsen in andere functies<sup>1</sup>. De helft is jonger dan 45 jaar, nog geen kwart is vrouwelijk, al zal dat gaan veranderen nu vrouwelijke eerstejaarsstudenten de mannelijke in aantal overtreffen bij een vrijwel gelijk studierendement. Misschien kon een gemiddelde arbeidsvoldoening nog worden gemeten zolang de medische samenleving tamelijk homogeen van structuur was, naar sociale kaders, inkomen, beroepsuitoefening, opleiding en maatschappelijke idealen; in 1988 is dat nauwelijks mogelijk.

Onze beroepsuitoefening is, om met de historicus Romein te spreken, een vergruisd beeld. Wie de advertentie rubriek van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde doorbladert, ziet advertenties voor medische managers, antroposofische huisartsen, verpleeghuisartsen, dokters voor Afrika, deeltijdhoogleraren en medisch specialisten voor Arabië of Schotland. Het artseneroep is er een zonder grenzen geworden, geografisch maar ook beroepsmatig, om van de honorering maar niet te spreken. De wetenschappelijke hoop des vaderlands, de assistent-onderzoeker, heeft een maandinkomen van nog geen tweeduizend gulden, de modale radiodiagnost het twintigvoudige, al zijn de lasten en plichten niet gelijk. Over de tweeduizend basisartsen die weinig hoop hebben op enige voldoening door welke arbeid ook, wordt ook collegiaal nauwelijks gesproken. In ieder betoog zal de nadruk dan ook meer vallen op indruk en ervaring dan op onderzoek, omdat de sociologie van medische arbeid nog maar net is begonnen, zeker in Nederland, en het kleinste gemeene veelvoud moeilijk te vinden is, maar dat valt te proberen.

Prof. Dr. A. J. Dunning

Afdeling cardiologie  
Academisch Medisch Centrum  
Universiteit van Amsterdam

### MAATSCHAPPELIJK AANZIEN

In de publieke opinie heeft de arts nog steeds een groot aanzien; hij valt van een hoog voetstuk wanneer hij te kort schiet. Kennis en geruststelling bij onzekerheid en klacht, inzet en beschikbaarheid ook buiten kantooruren, competent handelen en persoonlijke belangstelling, maken alle deel uit van dat aanzien. De samenleving ziet de geneeskunde zelf ambivalent, maar respecteert als regel de individuele beoefenaar.

Van de geneeskunde worden wonderen verwacht, ook als die niet leverbaar zijn, voor lijf en ziel beide. Veel van onze levensproblemen worden, in een wereldse, individualistische en veelvormige samenleving, op de stoep van de geneeskunde gelegd, van drugsverslaving tot euthanasie, van kinderloosheid tot abortus en van dementie tot onbehagen, zonder dat daar een afdoende antwoord op te vinden is. Onze grootvaders waren in onze ogen onmachtige artsen, beschikten over primitieve diagnostiek en irrationele, falende therapie, maar genoten hoog aanzien, als machteloze, maar meelijdende, sympatische dokters, zittend aan het ziekbed en niet versholpen achter apparatuur, praktisch anoniem en steeds wisselend. De vaderfiguur in de geneeskunde is aan het verdwijnen, de loodgieter komt en geen van beiden zal vol doen.

Toch houdt de samenleving haar bewondering voor de arts, juist omdat de geneeskunde van vandaag zo'n greep op het leven van alledag heeft, waar het de kwaliteit betreft. Acute, levensbedreigende ziekten, ongevallen daargelaten, zijn in belangrijke mate beheersbaar of teruggedrongen. Pas de zeer oude dag komt met gebreken, waaraan veel kan worden verholpen. Van wie tot graf

staat de geneeskunde daarvoor klaar. De pasgeborene die de op veertien aandoeeningen gescreende moeder heeft verlaten, wordt nauwelijks in deze wereld al geprikt op fenylnoturie en vervolgt zijn levensweg via het consultatiebureau, de schoolarts, sportkeuring en 'check-up' tot het einde, tachtig jaar later, in verpleeg- of ziekenhuis en steeds minder in het eigen bed.

Maatschappelijk aanzien is gebonden aan de medicalisering van het bestaan en omdat die diffuse waardering met 30.000 artsen moet worden gedeeld, wordt de spoeling dun. De individuele beroepsbeoefenaar is anoniem. Waar iedereen tien sporthelden of televisiesternen kan opnoemen, komt men bij artsen vaak niet verder dan Bastiaans, Boerema of Moerman en is het eerder de actuele controverse dan een levenslange beroepsprestatie die bekendheid verschaft. Maatschappelijk aanzien is echter niet gebonden aan de vluchtige aandacht van media, maar aan de plaats die men in een samenleving, dorp, stad, ziekenhuis, praktijk of organisatie, vervult. De onzekere perspectieven van een loopbaan, de geringere sociale binding die het beroep in veelvoud nu met zich brengt en de schaalvergroting van het werkverband maken dat aanzien ongetwijfeld minder. Greshoffs dokter, dominee en notaris zijn niet meer het drievoudig beeld van al wat wijs en waar is, omdat het herkenbare in het anonieme kan verkeren. Rusland en Israël zijn voorbeelden van landen waar dat maatschappelijke aanzien door beloning, werkomstandigheden en artsenoverschot tot een laag peil is gedaald, een nivellering die ook in Nederland niet ondenkbaar is.

### MOTIVATIE

De keuze voor de studierichting Geneeskunde is weinig onderzocht en waarschijnlijk even heterogeen als het aantal studenten. De middelbare school dwingt door pakketkeuze al snel tot studieoriëntatie en geneeskunde is zowel iets wat wordt gekozen als wat na afstappen en loting overblijft. De studierendemen-

ten van geneeskundestudenten, hoewel het dubbele van dat van economen in de dop, zijn niet hoog, maar: de tijd maakt iedereen arts, zoals Muntendam altijd troostend zei. Hoewel het afwijsperscentage bij de doctoralexamens in de geneeskunde hoog ligt, slaagt vrijwel iedereen voor zijn artsexamen en komt de motivatie van het ziekbed. Kennelijk leiden wij slechte doctorandi op, maar goede artsen. De verse basisarts wordt dan noodzakelijk naar een vervolgopleiding gedreven, waarin nauwelijks keus is, als er al plaats is. De uitkomst is evenzo zwart-wit, liggend tussen een 70-urige werkweek en werkloosheid. De vervolgopleiding met wachttijd, stoplappen en oneigenlijke arbeid, maakt dat de feitelijke beroepsuitoefening pas ruim na het dertigste jaar wordt aangevangen en steeds minder tot de pensioenleeftijd wordt volgehouden: een korte loopbaan, waarin, gezien de waterdichte schotten van specialisatie, vestiging en investering, weinig verandering mogelijk is. Toch lijkt, binnen dat keurslijf, de arbeidsvoldoening aanzienlijk te zijn, omdat ze uit het werk voortkomt en niet in hoofdzaak uit bijkomende omstandigheden als huis, werkplek of inkomen. Het arts-zijn is geen vrij beroep, maar een moderne vorm van slavernij, met werkbelasting en werkomstandigheden, waaraan het Kinderwetje van Van Houten in de vorige eeuw al een eind maakte voor jeugdigen.

Het medisch beroep is een unieke menging van denken en doen, van contact met mensen in hoogst persoonlijke zin, voortdurend in ontwikkeling en maatschappelijk nuttig. Die aspecten ontbreken in vele sociaal verwante beroepen en worden wel beperkt, maar niet vernietigd door veranderingen in beroepsuitoefening en samenleving.

De Case Western Reserve University School of Medicine in Cleveland heeft vanaf 1956 zijn oud-leerlingen systematisch en langdurig gevolgd in hun beroepsuitoefening<sup>2</sup>. Het ging om twee groepen artsen, afgestudeerd tussen 1935-1945 en 1955-1965. De ouderen vonden beroepsvoldoening in het nodig zijn en in de behandeling van moeilijke patiënten, in een persoonlijke relatie. Hun satisfactie, genoteerd in 1952, berustte op de toen nog aanwezige, kleinschalige praktijk en persoonlijke band met de patiënt, gevoegd bij alle geneeskundige terreinwinst na de oorlog. De werkbelasting, zowel in huispraktijk als ziekenhuis, werd zowel in de beroepsbeoefening als in het privé-leven als schaduw-

kant opgegeven. De latere artsengeneratie week daar niet belangrijk van af, maar voor haar hing de arbeidsvoldoening nauw samen met de beroepsidentiteit. Leden van medische faculteiten en chirurgen waren het meest voldaan: werk en status waren goed herkenbaar, algemeen internisten en psychiaters klaagden over oneigenlijk werk. Nieuwe last, naast het groeiend tijdsbeslag, was de dreiging van schadeverhaal, agressief of afdwingend patiëntengedrag, beoordeling van het werk door vakgenoten en de noodzaak defensieve geneeskunde te bedrijven door ieder ziekerisico met maximale technologie uit te sluiten.

Arbeidsvoldoening blijkt dan zeer afhankelijk te zijn van de mogelijkheid tot vakmanschap: het handelen naar de professionele norm. Bijkomende omstandigheden als bureaucratie, budget of beheerswerk, worden aanvaard zolang daarbinnen voldoende ruimte overblijft om naar de beroepseis te handelen en de kwaliteit daarvan niet te hoeven laten aantasten. Zo blijkt ook uit het onderzoek van Stevens naar de bureaucratisering van het medisch-specialistisch ambacht in Nederlandse ziekenhuizen<sup>3</sup>, dat ondanks dit de tevredenheid in het werk groot is, als beroepsautonomie aanwezig is en de werklust redelijk is.

## WERKBELASTING

De gemiddelde werkweek van artsen, ook buiten directe klinische patiëntenzorg, is lang: tenminste 55 uur en soms 80 en meer uren, afhankelijk ook van diensten en beschikbaarheid. Over die druk wordt altijd geklaagd, maar zelden wordt er iets constructiefs tegen ondernomen. Misschien is dat gelegen in een protestantse arbeidsethiek, die wil dat wij in het zweet des aanschijns ons brood zullen verdienen. Om dat brood gaat het kennelijk niet, want het gedrag van artsen in dienstverband verschilt niet van dat van vrijgevestigden.

Het arbeidsklimaat wordt waarschijnlijk in hoge mate bepaald in het gildemodel van de opleiding, waarin de leerling zich de gezel als voorbeeld kiest en deze weer de meester, die zijn positie vooral aan onbegrensde werklust dankt. Het vroeg aanleren en wennen aan lange arbeidsuren, de legitimatie van status en inkomen en de zelfselectie van fysiek gezonden voor een veeleisend beroepsbestaan, dragen alle tot die werklust bij.

De overvloed aan artsen heeft in Scandinavië geleid tot deeltijdcontracten voor vrijwel alle artsen, omdat de overheid dat

via het dienstverband algemeen kan opleggen. De continuïteit van zorg bij ernstig zieke patiënten wordt er niet mee gediend, maar het stelt artsen wel in staat deel te hebben aan een gezinsleven, maatschappelijke contacten buiten de beroepssfeer te onderhouden en deel van een samenleving te zijn.

Het ziekenhuis, de praktijk of het laboratorium bieden ruimte, klimaat en uitdaging om leven en werken te laten samenvallen, met een beroep op medische noodzaak als aanvaardbaar excuus. De satisfactie uit dat beroep verdringt de satisfactie van huwelijk en gezin, vriendschap of maatschappelijk verkeer, en het isolement dreigt.

## PSYCHISCHE DRUK

Het medisch beroep kent ongetwijfeld een objectief zware lichamelijke en geestelijke belasting. Het hangt van de reactie van beroepsbeoefenaren af, of die last met enige vreugde wordt gedragen dan wel de drager doet buigen. In een onderzoek onder Nederlandse huisartsen, gedaan door Lens<sup>4</sup>, blijkt dat roken, drinken en geneesmiddelengebruik onder artsen frequenter voorkomt dan in overeenkomstige beroepen. Brits en Amerikaans onderzoek heeft aangetoond dat alcoholisme, drugsgebruik, zelfmoord en echtscheiding onder artsen hoger liggen dan in vergelijkbare beroepen<sup>5</sup>.

Niet alle, maar sommige artsen leven aanzienlijk ongezonder dan hun patiënten, vluchten in drugs, drank of ander avontuur of beëindigen het bestaan eigenhandig. De vraag is of dit gedrag een uniform beroepsrisico is, een collectief verdedigingsmechanisme of een mechanisme om te ontsnappen aan de last van overwerk, zorg, beschikbaarheid en zelfbeheersing. Dat lijkt niet erg aannemelijk, gezien de buitengewone diversiteit in beroepsuitoefening en de verschillen in persoonlijkheid van artsen. Amerikaanse psychiaters hebben in gecontroleerd onderzoek gewezen op de instabiele kinderjaren en de onaangepaste jeugd van artsen die later met huwelijk, alcohol of drugs in problemen raakten. De basis van wat verontschuldiging beroepsdeformatie wordt genoemd blijkt in feite vaak een gestoorde persoonlijkheidsontwikkeling te zijn<sup>6</sup>.

Geneeskunde is niettemin een jaloerse maitresse, vooral voor jonge minnaars. Assistenten in opleiding, de infanterie van de ziekenhuisgeneeskunde, hebben het naar ieders opinie het zwaarst te verduren. Gewenning aan de druk en emotie

van voortdurende patiëntenzorg, verplichtingen in huwelijk en gezin, studielast en carrièreperspectief eisen een zware tol. Een onderzoek onder Britse medische studenten<sup>7</sup>, vervolgd tot in hun assistentenopleiding, toonde bij de helft emotionele stoornissen aan, zeer dikwijls als manifeste depressie. Eén op de vijf gebruikte periodiek veel alcohol, een kwart slikte geneesmiddelen. Zelfkritiek en onzekerheid kwamen vooral voor bij emotionele stoornissen, maar deze waren eerder gerelateerd aan onregelmatig en slecht slapen, eten en drinken dan aan het aantal arbeidsuren. Voor vrouwelijke artsen lijken aard en frequentie van de problemen vrijwel hetzelfde te zijn als voor hun mannelijke collega's, maar is er ook de hypotheek van gezin en kindrewens.

De eerste stappen in de beroepsuitoefening lijken onnodig zwaar te zijn en bepalen in belangrijke mate de latere arbeidsvoldoening en het gedragspatroon in beroeps- en privé-leven. Een Wet op de Arbeidsomstandigheden, ook van artsen, is allerminst een luxe.

#### SAMENWERKING

Wat in veel van dit onderzoek buiten beschouwing blijft, is de arbeidsvoldoening van de arts binnen een organisatie of instelling. Was een generatie terug de arts meestal solist en het ziekenhuis de

gelegenheidgever tot individuele beroepsuitoefening, nu is die tijd voorgoed voorbij. Huisartsen moeten in eerstelijnsverband samenwerken met gezinszorg, wijkverpleging en maatschappelijk werk, specialisten in teams en maatschappen, sociaal-geneeskundigen in complexe organisaties in een stelsel van wet- en regelgeving, budgettering en bureaucratie dat de vrije beroepsuitoefening ondergeschikt maakt aan overleg, compromis en onderhandeling. Dat vraagt van de artsen zich bezig te houden met beheer en beleid, organisatie en overleg; die vraag wordt dan gesteld aan beroepsbeoefenaren met meestal een geringe belangstelling voor of voorbereiding op bezigheden die als oneigenlijke beroepsuitoefening worden gezien, maar het anno 1988 niet meer zijn. Arbeidsvoldoening hangt dan ook niet alleen van de beroepsuitoefening op zich af, maar van het arbeidsklimaat en de intermenselijke verhoudingen.

De arts, opgeleid tot solist en naar praktijkuitoefening vaak individualist, zal zich moeten schikken naar regels, budget en overleg waar het de buitengrenzen van de geneeskunde betreft, maar ook naar kwaliteitsbewaking, beoordeling, protocol en consensus binnen de beroepsuitoefening. Als daarin voor conflict in plaats van voor harmonie wordt gekozen, zal de arbeidsvoldoening afne-

men naarmate de wrijving groeit. De professie zal van de gebruikelijke zelfhandhaving in beroep, inkomen en hiërarchische beslissingen moeten afzien om in een ingewikkeld stelsel van zorg met anderen te kunnen leven en werken. Dat stelsel van zorg zal, ongeacht de aard van het dienstverband, in de komende generatie ingrijpend veranderen en die verandering ook vergen van de daarin werkzame artsen. We zullen, met Voltaires Candide, onze tuin moeten bewerken om daaraan voldoening te beleven – anders, beter en niet alleen. □

#### Literatuur

1. Compendium gezondheidstatistiek Nederland 1986. Centraal Bureau voor de Statistiek/Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1987.
2. Mawardi BH. Satisfactions, dissatisfactions, and causes of stress in medical practice. JAMA 1979; 241: 1483-6.
3. Stevens FCJ. De bureaucratiesing van het medisch-specialistisch ambacht. Proefschrift Maastricht, 1987.
4. Lens P. Zieke dokters. Proefschrift, Nijmegen, 1984.
5. Hall A. Medical marriage: no bed of roses. BMJ 1986; 296: 152-3.
6. Vaillant GE, Sobowale NC, McArthur C. Some psychological vulnerabilities of physicians. New Engl J Med 1972; 287: 372-5.
7. Firths-Cozens J. Emotional distress in junior house officers. BMJ 1987; 295: 533-5.

## LAD 40 jaar – 40 jaar LAD

# De beleving van het werk in een gebureaucratiseerde professie

Studies over plezier in het werk hebben vaak betrekking op gewone mensen in gewone beroepen. Veel minder wordt het kennelijk van belang geacht na te gaan hoe het is gesteld met de beleving van het werk door mensen in de hogere regionen in organisaties, met een hoge graad van scholing en/of een professioneel beroep. Meer en meer gaat echter bijna elk lid van de beroepsbevolking lijken op een gewoon mens in een gewoon beroep. Dit geldt ook voor de arts, zeker voor de arts die in dienstverband

Prof. Dr. H. Philipsen en  
Dr. F. C. J. Stevens

Vakgroep Medische Sociologie  
Rijksuniversiteit Limburg

werkzaam is. Het is dan ook niet toeval dat men zich ervoor gaat interesseren hoe de dokter zijn werk ervaart: niet langer wordt dat gezien als een onbelangrijke zaak bij mensen met een hoogge-

stemde roeping of als iets uit de persoonlijke sfeer waar anderen weinig mee te maken hebben.

#### ONDERZOEK

Gegevens over werkbeleving van artsen zijn beschikbaar uit een onderzoek dat enige jaren geleden is gedaan in academische en algemene ziekenhuizen waarbij 243 chirurgen, internisten en radiodiagnosten zijn ondervraagd, zowel specialisten als assistenten\*. Hoewel deze

groep geen steekproef van alle artsen in deze specialismen vormt, is er ook geen reden om aan te nemen dat de twintig afdelingen waar zij werken niet exemplarisch zouden zijn voor Nederlandse academische en algemene ziekenhuizen. In een uitvoerige vragenlijst kwamen vragen aan de orde die tot zeven dimensies van werkbeleving werden samengevoegd:

- algemene tevredenheid;
- het relatief belang van motieven als hulp verlenen, wetenschap beoefenen, prestige en dergelijke;
- de ervaren werklast;
- de bereidheid tot samenwerking en kwaliteitstoetsing;
- de gewenste autonomie van het beroep;
- de ervaren taakbreedte: meer of minder medische zuiverheid nastrevend; en
- de patiëntgerichtheid.

Drie soorten *uitkomsten* kunnen worden onderscheiden.

Allereerst blijkt uit de gegevens, dat artsen ook maar *gewone mensen in een gewoon beroep* zijn:

- De tevredenheid neemt toe met de leeftijd. Door de bank heen maakt het ouder worden milder en meer gedistantieerd.
- Leidinggevende specialisten zien hun werk breder en achten samenwerking van groter belang dan bijvoorbeeld assistenten. Over het algemeen blijken hogeren in de hiërarchie meer sociaal en minder instrumenteel ingesteld.

– Tevredenheid met het werk hangt sterk samen met de directe werkbelasting. De gevoelde werklast (nergens tijd voor hebben) is de voornaamste determinant voor gebrek aan plezier in het werk. Assistenten zien zich waarschijnlijk terecht als meer belast dan de specialist zelf. Zulke verbanden treden in elk type organisatie op.

Een tweede type uitkomsten betreft het *medisch beroep als zodanig*. Interessant is bijvoorbeeld, dat chirurgen tevredener zijn dan internisten en bovendien – wie had dat gedacht? – een wat bredere taakopvatting blijken te hebben. De oplossing van dit schijnbare raadsel is waarschijnlijk, dat de internist veel meer dan de chirurg of de radiodiagnost aan het front staat, waar allerlei klachten van patiënten worden aangeboden die moeilijk medisch te duiden blijken te zijn. Internisten vinden tweemaal zo vaak als de anderen (30% versus 15%) veel klachten van patiënten 'triviaal'.

Een derde lijn van analyse vormt het vraagstuk van *bureaucratie en professionalisering*. In de grote ziekenhuizen gaan bureaucratisering en tot op zekere hoogte toenemende professionalisering samen. Bureaucratisering in de betekenis van centralisering, standaardisering en formalisering kenmerkt evenzeer de werkomgeving van de specialist en de ambtenaar-arts als verwetenschappelijking, internationalisering en inhoudelijke subspecialisatie.

Een interessante vraag is nu of het bureaucratische aspect van de ontwikkeling niet het plezier in het werk terug-

dringt en of het effect sorteert op zaken als de werklast, de gewenste autonomie en de bereidheid tot samenwerking. Er bestaat een communis opinio, dat standaardisering – de hier gekozen dimensie – de arbeidsvreugde niet zou verhogen. Veel bewijs is voor deze stelling nooit gevonden; vaker blijkt het tegendeel, ook bij deze Nederlandse artsen: standaardisering maakt tevreden en leidt tot minder ervaren werklast. Ook in dit opzicht lijken artsen gewone beroepsbeoefenaren te zijn.

In het vorige ligt de gedachte besloten dat wat de mensen van hun werk vinden sterk wordt beïnvloed door allerlei structurele en sociaal-demografische factoren. Men zou kunnen zeggen, dat het een bewijs van professionaliteit is als de arbeidsbeleving niet tot stand komt door externe objectieve invloeden, maar berust op de ideeën die men koestert. In dit opzicht is het geruststellend dat een aantal aspecten van de beleving van het werk op zich zelf staat; dat geldt volledig voor de patiëntgerichtheid en bijna volledig voor de gewenste beroepsautonomie. Dat zijn in de opvattingen over het werk feitelijk vrije kwesties. Zij kunnen dat misschien ook beter maar blijven. □

\* Zie ook: Dr. F. C. J. Stevens, 'Medisch specialist en ziekenhuis. Van professioneel ambachtsman tot organisatiegenoot?', MC nr. 11/1988, blz. 334.

## LAD 40 jaar – 40 jaar LAD

# Plezier in het werk en beloning

De periode voor de industriële revolutie ligt inmiddels ver genoeg in het verleden om uitvoerig te worden geïdealiseerd. Het oude handwerk, de zorg die aan een produkt werd besteed: het zijn vooral plezierige associaties die worden opgeroepen, getuige het succes van de kreet 'Vakmanschap is meesterschap' in de reclame. De minder plezierige aspecten vindt men nog wel terug in historische studies, maar zij bepalen niet het beeld van deze tijd.

De periode na de industriële revolutie ligt

Mw. Dr. J. L. Meyer  
Vakgroep Arbeids- en Organisatiepsychologie  
Universiteit van Amsterdam

verser in het geheugen en de negatieve aspecten staan ons duidelijker voor de geest: lange werktijden, laag loon, kinderarbeid, de gezondheid ondermijnende werkomstandigheden worden geasso-

ciëerd met de vroegindustriële periodes. Het lijkt bijna een gotspe in dit kader te spreken over 'plezier in het werk'.

In de sociale revolutie die volgde op de industriële revolutie werden betere voorwaarden bevochten voor de beloning van arbeidskracht. Naarmate de vakbeweging terrein won, nam ook de bemoeienis van de overheid toe. De wetgeving rond de collectieve arbeidsovereenkomsten dateert reeds uit 1935-1937.

In de huidige situatie zijn rechten en plichten van werkgevers en werknemers

en overheid tot op grote hoogte vastgelegd, met name waar het gaat om de financiële beloning van arbeid. De leerplicht, het minimumloon, de wetgeving met betrekking tot uitkeringen bij ziekte, invaliditeit, ontslag, pensionering – kortom: er is sprake van een samenhangend geheel van wetten en regels die ten doel hebben werknemers te beschermen tegen willekeur en uitbating. En hoewel de laatste jaren in de algehele bezuinigingswoede dit samenhangend geheel van maatregelen bepaald niet buiten schot is gebleven, kan men toch constateren dat het individu in ons land een mate van bescherming geniet die gunstig afsteekt bij die in veel andere westerse landen.

## BESCHERMING EN PLEZIER

Onze huidige maatschappelijke situatie garandeert de meeste mensen tot op zekere hoogte bestaanszekerheid. Bete-kent dit nu ook dat zij meer plezier in hun werk hebben? En om wiens plezier gaat het hier: dat van werkgevers, van werknemers, of van beiden?

De werkgever stelt beloningen beschikbaar voor geleverde prestaties. Daarbij wordt uitgegaan van een bepaalde relatie tussen de beloning en de prestatie: men kan belonen naar geleverde inspanning of beoogd resultaat. Zo belonen wij in ons land de dokter wanneer hij ons voor een kwaal behandelt. In het oude China daarentegen werd de dokter alleen betaald zolang zijn cliënten gezond bleven; werd iemand ziek, dan verviel de beloning. Het doel van de beloning uit het perspectief van de werkgever is iemand te motiveren relevante prestaties te leveren. Differentiatie in beloning is echter aan duidelijke grenzen gebonden als gevolg van het samenhangend geheel van beschermende maatregelen. Voor de werkgever heeft deze bescherming dus een keerzijde: naarmate het aantal beschermende maatregelen toeneemt wordt de logheid van het systeem groter. Informatie over prestaties wordt traag teruggekoppeld, bijsturing via herplaatsing, promotie of ontslag is evenmin op korte termijn te realiseren. Werkgevers klagen zowel over mensen die zij, naar hun idee ten onrechte, 'moeten' belonen, als over anderen die zij niet voldoende kunnen belonen. De rigide koppeling van beloning aan functiewaardering doet eerder denken aan een kastenstelsel dan aan arbeidsmarkt. Tegelijkertijd worden aan arbeidsorganisaties uit de omgeving steeds meer en steeds nieuwe eisen gesteld. Om adequaat te reageren op omge-

vingseisen moeten bedrijven zich in een vrijwel continu proces van verandering bevinden. Flexibiliteit is geboden, maar het huidige beloningstelsel biedt nauwelijks mogelijkheden die flexibiliteit te ondersteunen.

Nu de werknemers. Voor hen is het weliswaar van belang dat wordt voorzien in de behoefte aan veiligheid en zekerheid, al kan deze behoefte van persoon tot persoon sterk verschillen, maar daarnaast zijn andere behoeften actueel: behoeften aan erkenning, achting, ontwikkeling en persoonlijke groei. Uit onderzoek blijkt dat de meeste werknemers van goede prestaties in hun beloning geen enkel gevolg ondervinden; anders gezegd: erkenning en waardering voor goede prestaties komt niet in een tastbare vorm tot uiting.

De mogelijkheden de beloning te verhogen via promotie en verandering van werkgever zijn beperkt, enerzijds door het tekort aan arbeidsplaatsen, anderzijds door de beschermende maatregelen: de progressie in het belastingstelsel en de diverse koppelingsmechanismen brengen met zich mee dat een hoger salaris elders niet vanzelfsprekend een verhoging van werkelijke opbrengsten betekent.

Een derde aspect dat voor het perspectief van werknemers van belang is, betreft het principe van de verdelende rechtvaardigheid. Werknemers bevinden zich doorgaans in een vergelijkingspositie met anderen. Een gevoel van onrechtvaardigheid zal ontstaan wanneer iemand in een vergelijkbare positie dezelfde beloning incasseert terwijl die ander aanzienlijk minder energie investeert of presteert. Het gevoel langdurig onrechtvaardig te worden behandeld kan een flinke domper zetten op het plezier in het werk. Gelijkblijvende beloning roept niet alleen ergernis op bij collega's, maar ook een flinke dosis stress voor de betrokkene. Omdat alleen lange-termijnmaatregelen kunnen worden gehanteerd, ontstaat een onhoudbare spanningstoestand. De betrokkene kan daarop reageren met allerlei psychologische verdedigingsmechanismen of ziek worden. Voor het plezier in het werk is deze situatie in ieder geval niet bevorderlijk.

## DIFFERENTIATIE IN BELONING

Hoe kan de starheid in de gangbare beloningssystemen worden doorbroken? Ik wil hier kort twee vormen toelichten: flexibele beloning en prestatiebeloning. Bij *flexibele beloning* blijft de beschikba-

re loonsom gelijk. Er wordt gestreefd naar differentiatie in individuele beloningspakketten zo dat deze zoveel mogelijk aansluiten bij wensen, voorkeuren en omstandigheden van individuele medewerkers.

Toelichting: De tijden van het loonzakje zijn definitief voorbij. Alleen oudere werknemers herinneren zich nog hoe het was om aan het eind van de week met 'echt geld' in de hand naar huis te gaan. Veel mensen realiseren zich nauwelijks wat er precies op hun loonstrookje staat; er komt elke maand geld binnen, zij houden in de gaten of ze rood staan, en dat is dat.

Bestaande beloningspakketten zijn bovendien vaak samengesteld met een denkbeeldig 'standaardgezin', in het achterhoofd. Echter, minder dan 40% van de medewerkers leeft in dergelijke standaardgezinnen. De vele koppelingsmechanismen tenslotte brengen met zich mee dat elementen uit het beloningspakket die op het ene niveau voordelig zijn op het andere niveau voor de individuele werknemer nadelig uitpakken.

In 1977 werd door Prof. Hk. Thierry voor het eerst het cafetariaplan in Nederland geïntroduceerd. Dit plan biedt medewerkers de mogelijkheid een beloningspakket samen te stellen dat beter aansluit op persoonlijke omstandigheden, wensen en voorkeuren. Concreet komt dit erop neer dat een nader te bepalen gedeelte van het salaris of salarisonderdelen wordt (worden) bestemd voor beloningsbestanddelen die overeenstemmen met individuele behoeften; daarbij kan gedacht worden aan diverse keuzemogelijkheden, zoals:

- geld voor tijd: vakantiedagen uitbetalen, overwerk uitbetalen;
- tijd voor geld: vakantiedagen kopen, educatief verlof, sabbaticals, congresbezoek, VUT, ouderschapsverlof;
- arbeidstijdregelingen: flexibele uren, halve en kwart snipperdagen;
- verzekeringsopties: pensioen en pensioenbreuk, medische, paramedische en verpleeghulp, invaliditeit, brandschade, inbraak;
- geldregelingen: aandelen, beleggingen, spaarregelingen;
- overige: bedrijfsauto, 'vrije' autokilometers, loon in natura, studiefonds voor kinderen.

Deze lijst kan uiteraard met weinig moeite worden uitgebreid. De keuzemogelijkheden kunnen worden aangeboden in keuzepakketten of als vrije keuze alternatieven. In dit laatste geval worden de keuzemogelijkheden per functieniveau

voorzien van een prijskaartje en worden per optie onder- en bovengrenzen aangegeven.

Samenvattend: Bij flexibele beloning volgens het cafetariaplan krijgen medewerkers zowel meer inzicht in als meer zeggenschap over de samenstelling van hun beloningspakket, waardoor de beloning in psychologische en praktische zin optimaal belonend kan zijn.

Bij *prestatiebeloning* blijft de totale loonsom niet gelijk. Prestatiebeloning houdt in dat een deel van de beloning wordt gerelateerd aan de geleverde prestaties in het werk. Bij een individueel systeem van prestatiebeloning moet in eerste instantie de totale loonsom worden verhoogd; gelijkblijvend loon zou immers betekenen dat werknemers het risico zouden lopen op een lagere beloning zonder dat daar iets tegenover stond. Bij groepsgewijze of 'company-wide' stelsels van prestatiebeloning kan het variabele deel ook direct worden gekoppeld aan de 'output' van de organisatie (zie punt 4: 'participatie en beloning' hierna). In tegenstelling tot flexibele beloning, gaat het bij prestatiebeloning om de wijze waarop de beloning tot stand komt.

Er wordt overeengekomen dat een bepaald percentage (voor de gedachtenbepaling kan men het best uitgaan van 5% tot 10%) van het salaris zal fluctueren als direct afgeleide van geleverde prestaties. Er zijn verschillende vormen mogelijk:

1. koppeling van beloning aan bepaalde producten (het oude 'stukloon'). In de praktijk is deze vorm geen reële optie, omdat het nauwelijks mogelijk blijkt eindprodukten afdoende te specificeren;

2. een bonussysteem voor prestaties die boven een gespecificeerde norm uitgaan. Het bonussysteem kan individueel of groepsgewijs worden gedefinieerd, of voor de organisatie als geheel;

3. 'Merit rating': op basis van een aantal factoren wordt de geleverde prestatie door een bovengeschatte geëvalueerd en aan de hand van deze evaluatie wordt de beloning vastgesteld;

4. participatie en beloning. In alle gevallen van de organisatie worden commissies geïnstalleerd die tot taak hebben bij te dragen aan produktiviteit en winst van de onderneming. De commissies hebben alle een bepaalde bevoegdheid om ideeën en suggesties te implementeren. Alle medewerkers delen in de financiële resultaten van deze participatie. De ontwerper van dit stelsel, Scanlon, ging uit van de relatie tussen personeelskosten en totale verkoopwaarde per maand. Men kan ook denken aan de toegevoegde

waarde. Regelmatig wordt informatie verstrekt over de effectiviteit van de nieuwe beleidsmaatregelen, actuele problemen en de resultaten van de organisatie als geheel.

Deze opsomming is uiteraard niet uitputtend, maar bedoeld om een indicatie te geven. Welke vorm in een concrete situatie optimaal is, wordt mede bepaald door de aard van het productieproces, de cultuur van de organisatie en de vraag in hoeverre ondubbelzinnige criteria kunnen worden geformuleerd.

## DISCUSSIES

Welke discussies zijn relevant met betrekking tot deze twee vormen van differentiatie? En wat is de relatie met plezier in het werk?

Wat de flexibele beloning betreft kan het antwoord eenvoudig zijn. Immers, daar gaat het om de vraag in hoeverre een beloning ook als belonend wordt ervaren; met andere woorden is de vorm van de beloning in overeenstemming met datgene wat een medewerker vanuit diens eigen situatie waardeert? Iemand die wordt beloond met een verzekering die in zijn of haar situatie nauwelijks relevant is, zal dit onderdeel niet op hoge prijs stellen en het zal daardoor weinig aan de arbeidsvreugde kunnen bijdragen.

Bij flexibele beloning is het gemeenschappelijk belang van werkgevers en werknemers duidelijk: zorgen dat de loonsom optimaal effect sorteert. Natuurlijk kan er in de uitwerking soms sprake zijn van verschil in voorkeur voor bepaalde oplossingen, maar de grenzen liggen vast in de aangeboden pakketten en keuzemogelijkheden.

Bij prestatiebeloning ligt het allemaal wat ingewikkelder. De term 'prestatiebeloning' roept bij sommige mensen een beeld op van Charlie Chaplin in de film 'Modern Times': het kleine mannetje, opgejaagd door keiharde prestatienormen en machines, vechtend voor zijn bestaan. Zulke associaties zijn begrijpelijk, maar hebben weinig van doen met prestatiebeloning in de huidige tijd. Immers, nu gaat het om een situatie waarin een bepaald inkomen tot op grote hoogte is gegarandeerd. Voor een beperkt deel van het salaris ontstaat speelruimte waarin goede en slechte prestaties gevolgen kunnen hebben. In die zin is prestatiebeloning beter te vergelijken met de situatie van iemand met een vaste baan en een vast inkomen die daarbuiten nog wat 'schnabbelt'. In dat geval vindt men het meestal vanzelfsprekend dat het vari-

abel deel is gekoppeld aan prestaties. Een tweede bezwaar tegen prestatiebeloning is, dat het weliswaar leuk is voor mensen wanneer zij goed presteren in hun werk, maar zielig wanneer zij het slecht doen. In mijn inleiding ben ik al even op deze kwestie ingegaan. Wanneer iemand geen financiële gevolgen merkt van slechte prestaties, wil dat niet zeggen dat andere gevolgen ook uitblijven. Deze kunnen juist harder uitpakken, als dat de enige manier is waarop anderen hun ongenoegen kunnen laten blijken; de wrevel hoopt zich op en er ontstaat een onhoudbare situatie.

Maar er is nog een andere kant. Wanneer prestatiebeloning goed wordt ingevoerd, neemt de directe invloed van de medewerker op de relatie tussen werk en beloning toe, zowel praktisch als in psychologische zin: men krijgt meer grip op de eigen situatie. Dit aspect is van wezenlijk belang voor de beleving van de werksituatie, dus voor plezier in het werk. Uit psychologisch onderzoek blijkt dat het gevoel dat men controle heeft over een bepaalde situatie, de beleving van die situatie in positieve zin kleurt; zo bleken mensen geen hinder meer te ervaren van een drukke omgeving wanneer zij het gevoel hadden daarop zelf invloed uit te kunnen oefenen. Het besef, controle te kunnen uitoefenen over de eigen situatie, draagt bij aan een positieve beleving van die situatie en, zoals uit onderzoek blijkt, zelfs aan het welzijn. De beloning is voor veel mensen een centraal gegeven in het werk: in termen van wat zij ermee kunnen doen, maar ook als erkenning van hun prestaties en indicatie van de eigen invloed. Men kan stellen dat in een situatie waarin mensen het gevoel hebben geen invloed te kunnen uitoefenen op hun beloning (en dat is bij veel bedrijven het geval) de beleving minder positief zal zijn dan nodig is.

## VOORWAARDEN

Natuurlijk is het niet zo dat invoering van willekeurig welke vorm van differentiatie in beloning op willekeurig welke wijze het plezier in het werk verhoogt. Invoering dient zorgvuldig en volgens specifieke criteria te geschieden, wil men de beoogde positieve effecten sorteren. Ik zal hier criteria bij prestatiebeloning bespreken, omdat over deze vorm de meeste discussies worden gevoerd.

*Formulering doelstellingen.* Prestatiebeloning stelt hoge eisen aan de helderheid van doelstellingen en subdoelstellingen

van de organisatie. Dit is enerzijds een kwestie van het formuleren van doelen, maar aangezien doelstellingen niet constant blijven, verwijst deze voorwaarde vooral naar de informatie- en communicatiesystemen in een organisatie. Frequente terugkoppeling tussen daadwerkelijk functioneren en (bij)gestelde doelen is essentieel. En tenslotte moet de mate waarin en de manier waarop interne en externe krachten het functioneren van de organisatie beïnvloeden duidelijk zijn. *Draagvlak binnen de organisatie.* Voor het welslagen van prestatiebeloning is het essentieel dat men binnen het bedrijf, met name in de top en de ondernemingsraad, gemotiveerd is om het systeem in de praktijk te brengen. Uiteraard is er een wisselwerking tussen het enthousiasme voor prestatiebeloning en de mate waarin het concrete systeem (welk percentage fluctueert, gaat men uit van individuele of groepsprestaties?, etc.) is toegesneden op het productieproces en de cultuur van het bedrijf.

*Beoordelingscultuur en sociaal klimaat.* Prestatiebeloning vereist een sociaal kli-

maat waarbij mensen zich in de onderneming veilig voelen om kritiek te geven en te verwerken: fouten als gelegenheid voor verbetering, in plaats van een klimaat waarin iedereen probeert fouten te verbergen. De wijze waarop men wordt beoordeeld is eveneens van belang. Het traditionele jaarlijkse beoordelingsgesprek is uiteraard niet geschikt voor prestatiebeloning. Informatie dient met hoge frequentie te worden teruggekoppeld om medewerkers in de gelegenheid te stellen optimaal invloed uit te oefenen. Normen voor prestaties moeten realistisch worden gesteld en door de betrokkenen zelf als haalbaar worden gezien.

*Aandacht voor kwetsbare groepen.* Bepaalde groepen werknemers blijken kwetsbaar voor systematische fouten in de beoordeling van hun prestaties, tenzij daarvoor speciale maatregelen worden genomen. Zo blijkt uit wetenschappelijk onderzoek dat dezelfde prestatie wanneer deze door een vrouw wordt geleverd, lager wordt beoordeeld dan wanneer een man deze prestatie levert. Soortgelijke processen blijken zich voor

te doen bij de beoordeling van prestaties van etnische minderheden. Naast eenduidige en objectieve criteria voor het vaststellen van prestaties is het dus belangrijk voorzieningen te treffen die dit soort menselijke beoordelingsfouten corrigeren. Ook de manier waarop met oudere en zieke werknemers in het stelsel rekening wordt gehouden is van wezenlijk belang voor het welslagen.

## TOT SLOT

Plezier in het werk is een samengestelde variabele, en als zodanig afhankelijk van vele factoren: de cultuur van de organisatie, het klimaat; de omgang met collega's; met onder- en bovengeschieden; de inhoud van de taak; het perspectief op de toekomst, om er maar enkele van te noemen. Differentiatie in beloning is geen garantie voor plezier in het werk. Maar wanneer aan bepaalde basisvereisten met betrekking tot veiligheid en zekerheid is voldaan, kan differentiatie in beloning wel bijdragen aan plezier in het werk. □

## LAD 40 jaar – 40 jaar LAD

# Mens en machine

## De mens als machine

Er is geen wezenlijk verschil tussen een arts en een automonteur: beiden pogen beroepshalve een systeem in een zodanige toestand te brengen of te houden dat het zijn functie naar behoren kan vervullen. Ook de systemen verschillen slechts op detailniveau: in beide systemen staat centraal opgesteld een motor; via een besturingssysteem krijgt de motor brandstof toegevoerd, en bij de verbranding komen afvalstoffen vrij. In *figuur 1* is het systeem schematisch weergegeven.

De automonteur is de uitvoerder van preventief en correctief onderhoud, maar hij kan zijn werk uiteraard alleen doen als iemand hem heeft verteld hoe hij een diagnose kan stellen en wat hij moet doen om het voertuig weer rijvaardig te krijgen. De analogie met de arts en diens opleidingsinstituut zal u niet ontgaan.

Prof. Dr. P. C. Sander

Faculteit der Bedrijfskunde  
Technische Universiteit Eindhoven

## DEFINITIES

Om de relatie tussen geneeskunde en techniek (volgens de gekozen invalshoek) verder toe te lichten, geef ik enkele in de techniek gangbare definities.

*Definitie 1.* De *bedrijfszekerheid* betreft het optimaliseren, in probabilistische zin, van de werking van een systeem met betrekking tot falen, onderhoud en kwaliteit.

Het lijkt me dat in deze definitie het woord 'bedrijfszekerheid' zonder be-

zwaar kan worden vervangen door 'geneeskunde'. Het probabilistische aspect betreft in de geneeskunde het onzekere resultaat van medisch handelen, uit te drukken in bijvoorbeeld:

- de kans dat een patiënt na een medische ingreep nog minstens vijf jaar leeft; of:
- de mate van arbeidsongeschiktheid.

In de bedrijfszekerheidstheorie worden deze twee maten aangeduid als betrouwbaarheid respectievelijk niet-beschikbaarheid. Ik kom hier in de volgende paragraaf op terug.

Ook de volgende definitie is relevant.

*Definitie 2.* Een *bedrijfszekerheidsanalyse* is een systeemanalyse met betrekking tot storingen. Zo'n bedrijfszekerheidsanalyse bestaat altijd uit twee fasen, te weten:



1. een systeembeschrijving (anamnese);
2. een identificatie van storingen in kwalitatieve en kwantitatieve zin (diagnose).

In de techniek gaat de systeembeschrijving verder dan de anamnese, omdat het systeem niet voor eens en voor al vastligt, maar aan wijzigingen onderhevig is (voortschrijdende techniek).

Voor de volledigheid definieer ik ook het begrip 'storing'.

**Definitie 3.** Een *storing* is een niet-geplande overgang naar een toestand waarin het systeem de beoogde functie niet meer naar behoren kan vervullen.

De punten van overeenstemming houden niet op bij deze definities. Een ander belangrijk punt van overeenstemming is dat men, zowel in de geneeskunde als in de techniek, een goede afweging behoort na te streven tussen de prestaties van en de kosten aan een systeem, waarbij rekening moet worden gehouden met de gehele levenscyclus. Natuurlijk moet naast de verlenging van de levensduur ook de kwaliteit van het leven in de beschouwing worden betrokken. Dit leidt tot de conclusie dat de kosten van een behandeling op zich niet relevant zijn; het gaat om het *rendement*, om de *individuele* meerwaarde en de *maatschappelijke* meerwaarde.

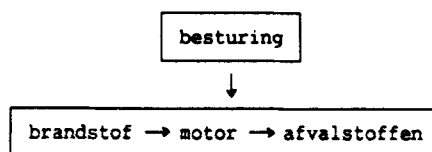
Terug naar de levenscyclus. In de techniek onderscheidt men de volgende fasen:

1. het maken van het ontwerp op basis van een behoefteonderzoek en een specificatie van eisen;
2. de productie;
3. het gebruik;
4. de beëindiging van het gebruik.

Voor de geneeskunde zijn in het bijzonder de fasen 3 en 4 van betekenis.

Voor beide vakgebieden geldt uiteraard dat het van essentieel belang is in alle fasen fouten te vermijden. In de industrie poogt men fouten te vermijden door kwaliteitsborging en certificering. Recente berichten over besmetting met het hepatitis B-virus van het kweekmedium bij in vitro fertilisatie (fase 2) en over onbevoegd handelen door leerling-verpleegsters (fase 3) maken duidelijk dat de kwaliteitsborging in de geneeskunde nog verre van volmaakt is. En uit het feit dat Dr. A. E. Meinders bij de aanvaarding van het hoogleraarschap in de interne geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Leiden heeft gesteld dat voor afgestudeerde en praktijkhoudende internisten permanente onderwijsprogramma's moeten worden opgezet (bron: NRC/Handels-

Figuur 1. De mens.



blad 12 maart 1988) maak ik op dat de geneeskunde ook wat de certificering betreft geen voortrekkersrol vervult. Ik geef een voorbeeld uit de industrie: lassers van hogedrukvlatten zijn slechts gecertificeerd als zij jaarlijks ten overstaan van een beoordelingscommissie met goed gevolg een proeflas maken; niet-gecertificeerde lassers mogen niet lassen.

In de volgende twee paragrafen zal ik, vanwege het belang voor de geneeskunde, dieper ingaan op de ontwerpfase en de gebruiksfase.

#### ONTWERPFASE

In de techniek dringt het geleidelijk door dat een systeem moet worden ontworpen lettend op de opbrengst gemeten over de hele levenscyclus. Die opbrengst wordt mede bepaald door de prestaties, de bedrijfszekerheid en de veiligheid van het systeem. Het relatieve belang van deze factoren hangt af van de situatie. Voor een raceauto zijn de prestaties het allerbelangrijkst en die prestaties, gemeten als de gemiddelde snelheid van de auto's die een race uitrijden, nemen van jaar tot jaar toe. De bedrijfszekerheid, daarentegen, blijft constant laag. Ik heb geen officiële cijfers bij de hand, maar het zou me niet verbazen als gewoonlijk niet meer dan de helft van de deelnemers aan formule 1-autoraces de finish haalt: het gebeuren speelt zich af op de rand van wat technisch mogelijk is, winnen is het enige belangrijke en dan gaat er wel eens iets kapot. Een geheel ander voorbeeld is dat van het verkeersvliegtuig; hier zijn bedrijfszekerheid en veiligheid van doorslaggevend belang, de prestaties komen op het tweede plan. Voor consumenten-artikelen is bovendien nog de markt belangrijk: is een bedrijfszeker produkt, dat over de gehele levenscyclus gemeten weinig kost, te verkopen als de aankoop-prijs hoog ligt?

Het wordt tijd dieper in te gaan op de betekenis van het woord 'bedrijfszeker'. Startpunt is de eis dat een systeem zijn

beoogde functie 'op adequate wijze' moet vervullen. Laat ik een paar voorbeelden geven:

a. Als u van Schiphol non-stop naar New York wilt vliegen, dan betekent 'op adequate wijze' dat het vliegtuig die tocht ook volbrengt. Natuurlijk mag u niet eisen dat het honderd procent zeker is dat het vliegtuig de vlucht volgens het schema volbrengt, maar de kans dat u na enige uren veilig in New York landt moet wel heel groot zijn. Kernpunt is hier: het is van vitaal belang dat het systeem een bepaalde voorgeschreven tijdspanne zonder mankementen blijft functioneren. We zeggen dan dat we een hoge *betrouwbaarheid* eisen.

b. Als u na het tanken via de betaalautomaat wilt betalen, dan vindt u het hoogst onaangenaam als die automaat op dat moment door een storing buiten gebruik is. U zou het veel minder erg vinden als u wist dat de storing binnen enige ogenblikken weer voorbij was. Kortom, nu is het van belang dat het systeem bijna 100% van de tijd functioneert; zo af en toe een korte storing is niet zo erg. Willen we deze situatie omschrijven met gebruikmaking van de juiste terminologie, dan moeten we spreken van een hoge *beschikbaarheid*.

De twee voorbeelden zijn principieel verschillend. Het vliegtuig mag tijdens de vlucht beslist niet falen, maar na de landing in New York kan er probleemloos aan worden gesleuteld. De betaalautomaat daarentegen hoeft niet gedurende een bepaalde periode feilloos te werken, maar de bank en de fabrikant hebben in het koopcontract staan dat de automaat tenminste 99,...% van de tijd adequaat functioneert; zo niet, dan treedt een boeteclausule in werking. Een vertaling van de gegeven voorbeelden naar de mens is in de inleiding al gegeven, andere vertalingen zijn de volgende:

ad a. Het is bijna zeker dat u gedurende uw vakantie in Noord-Zweden geen hinderlijke lichamelijke klachten krijgt.

ad b. Uw baas rekent erop dat u per jaar hooguit één week ziek bent en dat u gedurende de rest van 'zijn' tijd adequaat functioneert.

Een belangrijke vraag is natuurlijk: *hoe* zorgt een ontwerper ervoor dat het systeem adequaat functioneert? Ik beperk me tot een drietal punten:

1. evenwichtig ontwerp;
2. redundantie;
3. bedrijfszekerheidsanalyse.

ad 1. Een ontwerp is evenwichtig als het geen relatief zwakke en geen relatief ster-

ke punten kent. We geven als voorbeeld een eenvoudig beveiligingssysteem; ingewikkelder versies treft u bijvoorbeeld aan op de Intensive Care. Het hier te bespreken veiligheidssysteem is aangebracht om een proces te bewaken. Een voeler neemt het proces waar. Dreigt het proces te ontsporen, dan geeft de voeler een signaal aan de beveiliging en de beveiliging treedt in werking. Het systeem werkt op energie die wordt aangeleverd door een accu. In *figuur 2* wordt het systeem schematisch voorgesteld.

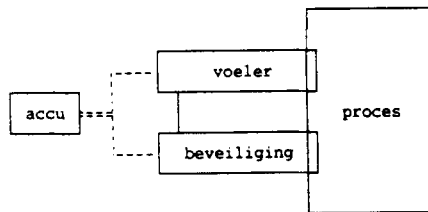
In een evenwichtig ontwerp zitten geen zwakke schakels; dit betekent onder andere dat storingen niet altijd worden veroorzaakt doordat de voeler geen signaal geeft.

*ad 2.* Als er voor het beveiligingssysteem geen voldoende betrouwbare voelers op de markt zijn, dan kan men overwegen twee voelers in te bouwen. Zeker als de voelers regelmatig worden getest, is dit een duidelijke vooruitgang ten opzichte van het oorspronkelijke beveiligingssysteem. Het nieuwe systeem is weergegeven in *figuur 3*.

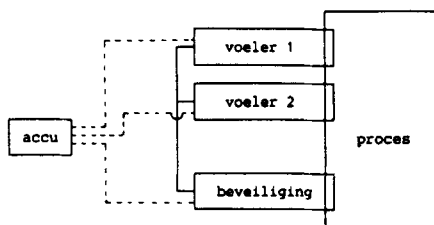
*ad 3.* Hoewel het duidelijk is dat het beveiligingssysteem van *figuur 3* beter zal werken dan het systeem van *figuur 2*, blijft de vraag: is het systeem goed genoeg? Deze vraag kan worden beantwoord met behulp van een bedrijfszekerheidsanalyse. Dit is een analyse waarin rekening wordt gehouden met de faalmogelijkheden en de faalfrequentie van alle componenten van het systeem. Het resultaat van de bedrijfszekerheidsanalyse kan bijvoorbeeld zijn dat het systeem dubbel moet worden uitgevoerd, zoals is weergegeven in *figuur 4*.

Zoals al eerder is opgemerkt, is de ontwerpfase slechts van marginaal belang voor de arts. De mens is al ontworpen, daar valt structureel weinig aan te veranderen. Desondanks is het uitvoeren van een bedrijfszekerheidsanalyse van de mens een uiterst zinvolle activiteit, een activiteit die binnen de geneeskunde al vele eeuwen geleden werd gestart en die ongetwijfeld nog vele eeuwen zal doorgaan, om de eenvoudige reden dat de mens heel wat ingewikkelder in elkaar steekt dan de Oosterscheldedam. Of de mens een evenwichtig systeem is, waarin terecht de lever niet en de nieren wel redundant zijn uitgevoerd, laat ik graag aan u ter beoordeling. In elk geval hoef ik u niet uit te leggen dat in de ontwerpfase alles wordt vastgelegd en dat we daarna met de gevolgen moeten leren leven.

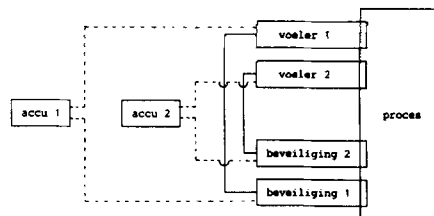
*Figuur 2. Een beveiligingssysteem.*



*Figuur 3. Een beveiligingssysteem met redundantie in de voelers.*



*Figuur 4. Een dubbel uitgevoerd beveiligingssysteem.*



## GEBRUIKSFASE

Als een systeem eenmaal in gebruik is, zal de gebruiker pogen het zodanig te onderhouden dat het geruime tijd adequaat zal functioneren. Het feit dat ons gebit buitensporig veel zorg vraagt, is een direct gevolg van discrepantie tussen het ontwerp en het gebruik: een konijn hoeft zijn tanden niet te poetsen.

De zorg die in de gebruiksfase aan een systeem wordt besteed, is op te splitsen in preventief onderhoud en correctief onderhoud. Bij *preventief onderhoud* (tanden poetsen, joggen) poogt men te voorkomen dat het systeem faalt. Als het onverwacht falen van het systeem grote kosten met zich brengt, is men zelfs bereid het goed functionerende systeem af en toe voor preventief onderhoud buiten werking te stellen; men doet dit alleen als de kosten die aan een geplande stilstand zijn verbonden duidelijk lager zijn dan de kosten van een ongeplande stilstand en

als bovendien door het preventieve onderhoud een ongeplande stilstand met grote waarschijnlijkheid wordt voorkomen (om deze reden brengt u uw auto naar de garage voor een grote beurt). *Correctief onderhoud* omvat alle acties die zijn bedoeld om een systeem uit de faaltoestand terug te brengen naar een toestand waarin het systeem adequaat kan functioneren. In tegenstelling tot preventief onderhoud is correctief onderhoud niet te plannen, daar het falen van het systeem altijd onverwacht gebeurt van (gebroken been, infarct).

Het stochastische karakter van het faalgedrag van een systeem is een complicerende factor bij het bepalen van verstandig onderhoud (van zinvol medisch handelen). Deze complicatie is mede een gevolg van het feit dat onze opvoeding vanuit een deterministische invalshoek geschiedt, zodat we niet zijn geschoold in denken volgens de wetten van de kansrekening. Wij denken deterministisch, ondanks het feit dat de lottoballetjes ons wekelijks tonen dat uit één en dezelfde uitgangspositie niet noodzakelijk één en hetzelfde gevolg hoeft voort te komen.

Onderhoud kan alleen worden uitgevoerd als er voldoende reserveonderdelen voorradig zijn. Reserveonderdelen op voorraad houden kost geld; dus zal, gegeven de schaarse middelen, worden gepoogd zo weinig mogelijk op voorraad te houden. Er moet dus een systeem zijn om de voorraad te besturen. Het behoeft geen toelichting dat een beperkte voorraad en de aanwezigheid van een toevalscomponent tot gevolg hebben dat de voorraad soms te kort schiet; de injectienaalden zijn dan op, of geneesmiddelen ontbreken. Gegeven de ernst van de gevolgen, zijn noodvoorzieningen van vitaal belang. Elektriciteit kan een ziekenhuis niet in voldoende hoeveelheden op voorraad houden; het is dus vanzelfsprekend dat er een noodaggregaat aanwezig is. Zo'n noodaggregaat kan falen, dus één zo'n apparaat lijkt wat krap. Maar als er twee staan, dan kan juist op het moment dat de stroom uitvalt één van de twee in onderhoud zijn. Een bedrijfszekerheidsanalyse is dus noodzakelijk en vervolgens zal een afweging moeten worden gemaakt tussen de kosten van een (extra) noodaggregaat en de gevolgen van het niet beschikbaar zijn van elektriciteit.

Eerder heb ik opgemerkt dat in de ontwerpfase zorg moet worden gedragen voor een evenwichtig ontwerp. Ook tijdens de gebruiksfase moet dat evenwicht worden bewaard. Zoals er geen nieuwe

banden worden gezet onder een auto die zojuist vermoedelijk zijn laatste APK-keuring heeft overleefd, zo dient ook bij het medisch handelen het evenwicht niet uit het oog te worden verloren. Emotionele argumenten leiden licht tot kostenverhoging en, vanuit een levenscyclusvisie, tot verlaging van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Die verlaging van de kwaliteit ontstaat als het rendement van de behandeling, gemeten naar individuele en maatschappelijke meerwaarde (zie de inleiding) negatief is.

#### SLOT

In het vorige heb ik enige malen gewezen op het feit dat alles wordt bepaald door

het toeval en dat het moeilijk is daar op een verstandige wijze op in te spelen. Om op een juiste wijze onderhoud te kunnen plegen, een zinvol voorraadsysteem te kunnen hanteren, verantwoord medisch handelen mogelijk te maken, is een goed informatiesysteem noodzakelijk. Via zo'n informatiesysteem is het mogelijk op een intelligente wijze rekening te houden met de diverse kansmechanismen; dit maakt een afweging van kosten en opbrengst bespreekbaar. De ethische problemen worden daarmee niet opgelost – die vallen buiten mijn terrein – maar ook voor deze problemen geldt dat beter inzicht in de gevolgen van bepaalde handelingen de kwaliteit van de beslissingen verhoogt.

Laat ik tot besluit verwijzen naar een extreem voorbeeld: dat van de vliegtuigindustrie. Daar is men gewend aan strikte veiligheidseisen, aan uitvoerige bedrijfszekerheidsstudies, aan goed gepland preventief onderhoud en aan een hoogwaardig informatiesysteem. Het lijkt mij heel zinvol als de LAD ter gelegenheid van haar 40-jarig jubileum zou besluiten een studie te maken van de zorg waarmee de vliegtuigindustrie haar producten omringt. Dat zou dan een belangrijke stap zijn op weg naar kwaliteitsborging in ziekenhuizen. □

## LAD 40 jaar – 40 jaar LAD

# Oud-voorzitter P. D. van Leeuwen:

## *‘Eigenlijk is er niet eens zoveel veranderd’*

‘Als ik aan het jaar 1948 op afstand, en dus gesimplificeerd, terugdenk, dan is mijn hoofddruk deze, dat de wording van de LAD eigenlijk zo vanzelf verliep, zoals bij een normale partus. De Maatschappij was er gewoon rijp voor, om haar derde kind ter wereld te brengen. Het enige bijzondere daarbij was, dat onze aloude en ervaren Maatschappij eigenlijk niet goed wist, dat zij wederom zwanger, ja zelfs hoogzwanger was. En al was het dan een ‘moetje’, de welgeschapen baby was van harte welkom, ook bij de andere broers, de LHV en de LSV, hoewel deze eerste wat onwennig keken naar dat ‘wurm’. Met deze korte terugblik in het verleden wil ik nu maar eindigen. Het verleden is wel interessant, maar de toekomst is belangrijker.’ Dat schreef ere-lid van de LAD P. Bolt op 26 april 1973 als antwoord op de uitnodiging voor de jubileumbijeenkomst op 11 mei 1973, toen het 25-jarig jubileum van de LAD werd gevierd.

‘Piet Bolt was een van de mensen van het allereerste uur en uit die brief blijkt wel hoe betrokken hij was bij de oprichting van de LAD. Ik ben er pas later bij gekomen. Hij was een belangrijke vent, eerst directeur van de GGD in Groningen en



later directeur van het academisch ziekenhuis aldaar. Bolt is heel lang lid geweest van het centraal bestuur.’ Wij

praten met een van de anderen van het eerste uur: Paul Dirk van Leeuwen, in LAD-kringen beter bekend als Pédé van

Leeuwen. Ex-penningmeester, ex-voorzitter van de LAD, ere-lid en nog steeds, na de 70 reeds ruim te zijn gepasseerd, sterk betrokken bij het wel en wee van zijn LAD. Vol anekdotes en in het bezit van een interessant archief. Was ook direct te vinden voor een gesprek over die eerste jaren van de vereniging, die met name de maatschappelijke belangen van de ambtenaren-artsen moest behartigen.

## SALARIS BELANGRIJKE ZAAK

*Wat was in die beginjaren nou eigenlijk de belangrijkste taak van de LAD. Waar werd het meest over gesproken, bijvoorbeeld?*

Hij grinnikt. 'Salaris, dat was een belangrijke zaak. In 1947 had de Adviescommissie tot herziening van de honoraria van arts-ambtenaren (een commissie van de Maatschappij) een lijvig rapport uitgebracht. Daarin stond vrij nauwkeurig vermeld wat de verschillende artsen in overheidsdienst zouden moeten verdienen. Die commissie stond onder leiding van Bolt. Onlangs heb ik oude stukken uit de beginperiode van de LAD in bezit gekregen. Het is overduidelijk dat hij zich met name op dat gedeelte van de belangenbehartiging had gespecialiseerd.' Uit die stukken, die met name het eerste jaar van de LAD in oprichting beschrijven, blijkt dat veertig jaar geleden min of meer dezelfde problemen speelden op het gebied van de honorering als in de jaren tachtig. Met name de vergelijkbaarheid dienstverband - vrijgevestigd en de parallellen naar het bedrijfsleven. De pakketvergelijking, ook al noemde men het niet zo, speelde in de jaren vlak na de oorlog ook al een grote rol.

Collega Bolt ontpopt zich als dé grote voorvechter van een reële beloning voor arts-ambtenaren. Op 2 juni 1950 publiceert hij in Medisch Contact een artikel over de salarisregeling van artsen in overheidsdienst. 'Na de bevrijding heeft zich een krachtig streven geopenbaard om het gehele samenspel van salarisregelingen van het overheidsperoneel tot een geheel te smeden. Men heeft daarbij als uitgangspunt genomen de zogenaamde 'functie-analyse'(!) en met behulp hiervan van beneden naar boven hiërarchisch een rationeel systeem van salarisschalen willen opbouwen.' En zo ontstond het zogenoemde Bezoldigingsbesluit Burgerlijke RijksAmbtenaren (BBRA), dat sindsdien jaren stand heeft gehouden. Bolt vond dat in eerste instantie een 'technische herziening'. Hij vond

ook dat de gevolgde methode zijn 'aan-trekkelijke' kanten had. Maar hij achtte het onacceptabel, 'dat de Regering het nodig heeft gevonden de vrije harmonische ontwikkeling van de toppen in dit systeem onmogelijk te maken door het geheel te persen onder een zogenaamd 'plafond', waardoor de gehele topgroep in de verdrukking kwam en geladen werd met grote spanningen.'

Aan dit alles was overigens intensief overleg vooraf gegaan. Dat begon al in 1948. Uit de vergaderverslagen van de eerste vergaderingen van het centraal bestuur van de LAD blijkt dat er redelijk plaats is ingeruimd voor het salarisbeleid. Uit de vergadering van 26 mei 1948: 'Bolt zet uiteen dat er geen juiste verhouding meer bestaat tussen de salarissen der hogere en andere ambtenaren, terwijl de hogere salarissen door de progressieve belastingen nog extra worden gedrukt. In het Georganiseerd Overleg hebben alleen de drie zuilen, 'de katholieke, christelijke en moderne bond', zitting en de belangen van de hogere ambtenaren worden hierin niet gehoord.' Bolt waarschuwt vervolgens dat het moeilijk zal zijn nog goede krachten voor de overheid aan te trekken.

## 'AAN TAFEL'

Later zal de kwestie van aansluiting bij het Ambtenarencentrum (AC) of de Centrale voor Hogere Rijksambtenaren spelen. Er doet zich een discussie voor over de vraag of het verstandig is zich aan te sluiten bij een centrale (AC) waar ook de lagere ambtenaren lid van zijn, een discussie die sindsdien telkens opnieuw de kop opsteekt, ook nu nog. In hetzelfde verslag geeft collega Bolt overigens ook een variant op de pakketvergelijking weg: 'Spreker zet uiteen dat voor de oorlog er zekere verhoudingen bestonden die bij de toenmalige levensstandaard bevredigend waren. Thans hebben we de onbevredigende toestand dat in de bedrijfswereld de salarissen met 75% zijn gestegen, terwijl de verhoging der ambtenarensalarissen slechts 45% bedraagt.'

PéDé van Leeuwen hierover: 'Bolt heeft vervolgens een belangrijke rol gespeeld bij het overleg met de overheid. Een van de eerste zaken die de LAD zich namelijk realiseerde was dat zij nergens 'aan tafel' zat, dus dat met behulp van de goede naam van de 'Maatschappij', vooral in oorlogstijd opgedaan, via persoonlijke contacten met 'Den Haag', moest worden getracht een bevredigende oplossing

te vinden voor de honoreringsproblematiek. Wij waren van mening dat artsen niet hetzelfde konden worden gehonoreerd als andere academici, hogere ambtenaren in 's rijks dienst. Een van de voornaamste redenen daarvoor was, dat de verantwoordelijkheid van de arts veel verder gaat dan die van andere academici en dienovereenkomstig dient te worden gehonoreerd. Bovendien was daar de kwaliteit van de arts. Wilde men werkelijk goede artsen in dienst nemen, dan zouden die toch ongeveer gelijkwaardig moeten worden gehonoreerd aan de vrijgevestigde collegae. De tendens bij de overheid in die tijd, ook met zoveel woorden gezegd, luidde: dan maar wat minder goede artsen in dienst.

'Met de inpassing van de ambtenaren in het nieuwe BBRA-systeem hield zich een commissie bezig, de commissie-Ubink. Met name Bolt heeft diverse gesprekken met vertegenwoordigers van die commissie gehad. Uiteindelijk heeft dat geloof ik wat marginale verbeteringen opgeleverd, maar het honoreringsplan dat de commissie van Bolt in 1947 had opgesteld bleek toch geen haalbare kaart.'

Het is interessant te zien wat hierover in de vergaderstukken van het eerste uur is terug te vinden. In een verslag van een bespreking met de commissie-Ubink schrijft de notulist: 'Voorts komen ter sprake de vraag waarom artsen hoger gehonoreerd zouden moeten worden dan andere functionarissen met een hogere opleiding. De gebruikelijke argumenten als langste opleiding, kostbaarste opleiding, noodzaak van langdurige praktijkervaring, persoonlijke verantwoordelijkheid, etc. werden van de hand gewezen. Door collega Muntendam (directeur-generaal van de Volksgezondheid) werd aangedragen dat artsen hun liefde voor het vak (arbeidssatisfactie!) in hoofdzaak ontleenen aan het curatief bezig zijn. Zij geven wat op als zij in ambtelijke dienst gaan, bovendien is de financiële opoffering voor hun gezin erg groot. Een hoger level in salariëring is derhalve onontkoombaar. Dit werd bestreden.' In een verslag van 14 juni 1949 schrijft de notulist vertwijfeld: 'Uit de gevoerde besoberingen is ook wel heel duidelijk komen vast te staan dat de hoogst opgeklommen arts-ambtenaar, wat zijn salaris betreft, nog vergeleken kan worden met een huisarts met een kleine praktijk. Het bedrag (f 9.240,— per jaar) is dus krap.'

Nog één citaat uit de beginperiode van de LAD. In 1951 schrijft Bolt aan de toenmalige ambtelijk secretaris van de

LAD, Dr. Weijl, over een nieuw rapport van de commissie-Ubink: 'Mijn eerste indruk is, dat dit het meest duistere rapport is dat door de commissie Ubink is uitgebracht en het draagt alle sporen van de verwrongen situatie waarin de salarisregeling voor deze groep is geraakt. Bovendien geeft de overheid opnieuw aan waarom de inkomens der vol-ambtenaren niet evenhoog zouden behoeven te zijn als die van de vrijgevestigde collega's. Volgens Ubink zijn daar verschillende redenen voor:

- de keuze van een ambtelijk beroep is vrij;
- bij het Rijk heeft men een grotere bestaanszekerheid;
- bij het Rijk heeft men geregelde werktijden;
- bij het Rijk kent men een goede oude-dagvoorziening;
- het ontbreken van zeer hoge kosten voor installatie en bedrijfskosten.

Wij zullen moeten voorkomen dat de kloof al te groot wordt', aldus Bolt.

#### ACHTTTIEN JAAR BESTUURDER

Overigens stond niet alleen de behartiging van de financieel-economische belangen van de artsen in dienstverband hoog in het vaandel van de nieuwe LAD. Ook de 'handhaving en ontwikkeling van het vrije geneeskundige karakter van het werken in dienstverband' was een belangrijke doelstelling. Collega Van Leeuwen is vanaf 1952 nauw betrokken geweest bij het beleid van de LAD: 'Op 1 januari 1952 ben ik in het bestuur gekomen, tot 1 januari 1970. Achttien jaar lang heb ik in het bestuur gezeten, eerst als gewoon lid, toen als penningmeester, vervolgens als ondervoorzitter en tenslotte als voorzitter. Dat heb ik tot 1970 gedaan. Eigenlijk ben ik veel te lang in het bestuur geweest. Hans Voorzanger is mijn opvolger geworden. Zelf was ik opvolger van Van Eeck.

'Hoe kom je in zo'n bestuur? Ik ben na de bezetting enige tijd voor militaire dienst gedetacheerd geweest in Indonesië. Toen ik in 1948 terugkwam, heeft men mij gevraagd voorzitter te worden van de zogenaamde Medische Coördinatiecommissie. Deze commissie gaf advies aan het ministerie van Volksgezondheid over de misbaarheid of onmisbaarheid van de te mobiliseren artsen voor Indonesië. Ik zat daar als jong broekje tussen allemaal hoge kerels, vertegenwoordigers van het ministerie van Overzeese Gebiedsdelen, de toenmalige secretaris van de KNMG, Wibaut, de hoofdinspecteur van de

Volksgezondheid en nog een paar geslaagde collega's.

'Later werd ik gevraagd voor het centraal bestuur van de LAD. Ik ben er tot heden nog dankbaar voor dat mijn baas dat allemaal toestond. Ik was na de oorlog als bedrijfsarts in dienst getreden bij de PTT. In het begin heb ik weleens gedacht dat dat werk voor de LAD mijn carrière in de weg zou staan, dat ik onvoldoende ervaring in het vak zou kunnen opdoen om echt goed te kunnen functioneren. Maar blijkbaar is me dat toch gelukt.' Hij heeft daar nog zichtbaar plezier over. Ook over het feit dat hij, na eerst huisarts te zijn geweest, bedrijfsarts werd. 'Bedrijfsartsen waren in opkomst, die hadden ook binnen de LAD wat te zeggen,' aldus Van Leeuwen. 'Dat kwam omdat na de oorlog de nadruk vooral lag op de opbouw van Nederland. De industrie kwam weer sterk terug en er was behoefte aan artsen die het personeel begeleidde, aanstellingskeuringen verrichtten, controlewerkzaamheden konden verrichten, etc. In het centraal bestuur van de LAD had men behoefte aan een bedrijfsarts en daarom werd ik gevraagd. Dat was in die tijd overigens een heel belangrijk bestuur, hoor. Er werd op toegezien dat er niet allemaal directeurs van GGD'en in kwamen, maar bijvoorbeeld ook een directeur van een academisch ziekenhuis; professor Sillevius Smit zat erin, als vertegenwoordiger van de medische faculteit en Steur zat erin, directeur van de Medische Dienst van Centraal Beheer. Voorzitter Neurdenburg was inspecteur van de Volksgezondheid. Dat bestuur genoot aanzien.

'Later ben ik voorzitter geworden van de Salaris- en Pensioencommissie, in die tijd een heel belangrijke club. De salarisrichtlijnen die wij uitgaven werden door veel instellingen gevolgd.'

#### DIENTSTVERLENING

Het is interessant te lezen hoe in die begintijd, maar ook later, de dienstverlening van de LAD zich ontwikkelde. Honorering was een belangrijk punt, een algemeen belang, maar er waren vanzelfsprekend ook individuele zaken op te lossen. Vanaf het begin heeft de LAD getracht een behoorlijke regionale vertegenwoordiging daartoe op te zetten; dat is nooit echt gelukt, met als voornaamste reden toch waarschijnlijk de grote diversiteit in het ledenbestand.

*Hoe werden de belangen eigenlijk behartigd in die begintijd?*

Van Leeuwen: 'Wij deden vroeger eigenlijk hetzelfde werk dat nu de bureau-medewerkers doen. Wij gaven salarisadviezen, wij waren regelmatig op pad naar bedrijven en instellingen om te adviseren of problemen op te lossen. Wij gaven ook juridisch advies, soms met behulp van een van de secretarissen van de Maatschappij. Vroeger werden de meeste problemen onder elkaar opgelost. Daar kwamen geen arbeidsbureaus, laat staan kantonnrechtters aan te pas. Dat was gewoon 'not done' en ook niet nodig. Waar we veel problemen mee hadden waren de consultatiebureau-artsen. In die tijd hadden CB-artsen recht op een vrije praktijk, voor hun CB-werk werden ze slecht gehonoreerd en ze moesten bovendien zelf voor hun oude dag zorgen. Tegen de onderhandelaren van de overheid zeiden wij dat ze gemakkelijk konden praten: zij waren ten slotte 'schaaldieren', omdat ze werden gesalarieerd conform een salarisschaal, maar die arme CB-artsen van ons waren 'weekdieren'; die moesten per week maar zien dat ze voldoende konden reserveren voor later.

'We kregen ook veel vragen van bedrijven die nog nooit een arts in dienst hadden gehad. Dan kwam zo'n personeelschef bij mij met de vraag: 'Dokter, wat moet zo'n man nou verdienen?' Ik stelde dan steevast de wedervraag wat voor artsen wilde hebben, een goede of een minder goede. 'Als je een goede wilt hebben, moet je hem goed betalen', zei ik dan. Dat ging toen nog wel wat gemakkelijker dan nu.

'De contributie was in die begintijd maar f 5,— per jaar. Er was rekening gehouden met een groeiperiode voor de LAD. Ik herinner mij nog dat wij eens in een sociëteit ergens in Amsterdam hadden gegeten en dat Neurdenburg de rekening kreeg. Hij parafeerde die, keek op en zei vervolgens: 'Heren, wij hebben zojuist acht leden opgegeten.'

#### 'MEER ARBEIDSSATISFACTIE'

'Bij mij speelt 'l'âge des archives nationales', zoals dat zo mooi heet. Daar heb ik een beetje last van, net als alle mensen boven de 70.' Hij lacht een beetje vergoelijkend. De gezondheidszorg was zo'n vijfendertig jaar geleden natuurlijk ook heel anders gestructureerd dan tegenwoordig. Van Leeuwen: 'Artsen waren vroeger wijzer dan nu, heb ik de indruk. Hoewel de behandeling primitiever was, had je veel meer contact met de patiënt. Je moest veel meer begeleiden, je bracht vijftien tot twintig huisbezoeken per dag,

je was gezinsarts. Nu zijn de technische mogelijkheden wel veel groter, maar daarmee is het vak ook veel minder sociaal bevredigend geworden.

Je krijgt zo steeds minder mensen met een ideaal, mensen die het *werk* leuk vinden in plaats van de inkomsten.'

## ROEPING

*Een van de redenen voor de oprichting van de LAD destijds was dat de ambtenaren-artsen zich binnen de Maatschappij altijd een beetje achtergesteld voelden. Ze zouden niet voor vol worden aangezien door de collegae huisartsen en specialisten. Was dat zo?*

Van Leeuwen: 'Artsen in dienstverband waren destijds bijna allemaal artsen die eerst jaren een praktijk hadden uitgeoefend en de laatste jaren voor hun 65ste nog een ambtelijke functie ambieerden. Een arts die niet eerst zijn roeping volgde, dus huisarts of specialist werd, maar direct als bedrijfsarts of verzekeringsgeneeskundige ging werken, dat kon eigen-



lijk geen goede arts zijn: zo dacht men veel in die dagen.'

De ooit als Landelijke Organisatie voor Maatschappelijke Belangen van Artsen in Dienstverband (LOMBAD) begonnen LAD heeft veel betekend in het leven van Van Leeuwen: 'Ik denk, omdat ik mij op de een of andere wijze altijd heb willen inzetten voor de arts in dienstverband. Daarnaast vond ik het zeer bevredigend dat ik iets voor de Koninklijke Maatschappij kon doen, dat ik mensen heb kunnen helpen, dat ik in allerlei commissies zitting heb gehad en dat ik vruchtbaar heb kunnen overleggen met huisartsen en specialisten. Het had natuurlijk ook een subjectieve kant. Zitting hebben in het bestuur van de LAD betekende ook kennis nemen van de problemen van anderen en trachten die op te lossen en vervolgens ook kennis maken met veel mensen. Dat heeft me vaak grote subjectieve bevrediging geschonken, daar zijn vriendschappen uit voortgekomen en het heeft een hele grote bijdrage aan mijn levenservaring betekend. En dat heb ik altijd bijzonder op prijs gesteld.' □



**40 jaar – 40 jaar**



# Flankerend geriatrisch beleid

## Het model-Maastricht

Ook onder de artsen in ons land trekt de zogeheten dubbele vergrijzing steeds meer aandacht. Dat is begrijpelijk, gezien de welhaast explosieve groei die het bejaarde deel van de Nederlandse bevolking de komende decennia zal doormaken: het aantal mensen ouder dan 65 jaar verdubbelt (van 1,9 miljoen nu tot 3,2 miljoen in het jaar 2030), in procenten van de gehele bevolking een toename van 12,7% naar 21,1%. Opvallend is de sterke groei van de '85-plussers', wier aantal in diezelfde periode bijna verdrievoudigt en het toenemende 'vrouwenoverschot' in die leeftijdsgroep (nu al 75%, maar 90% in het jaar 2000).

Klinische geriatrie wordt in Nederland de facto al sinds 1953 bedreven. De internist E. R. R. Rinkes begon ermee in het toenmalige sanatorium Zonnestraal in Hilversum en een jaar later volgde de internist J. Th. R. Schreuder zijn voorbeeld in het Sint Antonius Ziekenhuis in Sneek. Beiden maakten tevoren een studiereis naar Engeland, de bakermat van dit 'vak apart'. Tenslotte, na dertig jaar strijd<sup>1</sup>, kwam op 1 januari 1983 de officiële erkenning van dit medisch specialisme en werd het register voor registratie als klinisch geriater geopend<sup>2</sup>.

Ruim vijf jaar nadien moet op regeringsniveau nog steeds worden beslist of een klinisch geriater recht heeft op 'eigen bedden'. Die beslissing wordt telkens uitgesteld en niets wijst erop dat er in deze situatie van toenemende behoefte aan vakkundige zorg voor geriatrische patiënten en (door bezuiniging en beddenreductie) afnemende mogelijkheden daartoe, op korte termijn een verandering ten goede zal komen<sup>4</sup>. Gevolg: in de circa 170 ziekenhuizen in ons land functioneren thans nog zes geriatrische afdelingen<sup>5</sup>, maar die zijn nog steeds niet zeker van hun voortbestaan; de broodnodige opleiding van een nieuwe generatie klinische geriater is vrijwel geblokkeerd; en wie erin slaagt binnen afzienbare tijd te voldoen aan de opleidingseisen heeft voorlopig bitter weinig mogelijkheden om de oudere patiënt deze specialistische zorg te kunnen geven.

Door de zeer beperkte beschikbaarheid ten onzent van klinisch geriater en het verhoudingsgewijs minieme aantal 'geriatrische bedden' is de reikwijdte van geriatrisch denken en handelen uitermate

J. F. B. M. Fiolet, C. van Proosdij, M. J. J. Wendte en J. A. Flendrig

*Nederland vergrijst en vervrouwelijkt. Het aantal geriatrische patiënten in ons land neemt toe. De discrepantie tussen de behoefte aan vakkundige hulp voor deze patiënten en de mogelijkheid die hulp daadwerkelijk te bieden wordt steeds groter. Een trias van nieuwe gezondheidsvoorzieningen voor ouderen wordt gevormd door de geheugenkliniek, het multidisciplinair consult voor de huisarts en het flankerend geriatrisch beleid. Met dit laatste is nu in Maastricht een jaar lang ervaring opgedaan. Daarover J. F. B. M. Fiolet en Dr. C. van Proosdij, respectievelijk internist en geriater in het Academisch Ziekenhuis aldaar, de huisarts M. J. J. Wendte en Prof. Dr. J. A. Flendrig, hoogleraar in de inwendige geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Limburg.*

beperkt<sup>6</sup>. Het is illusoir, alleen al in het licht van voortgaande bezuinigingen in de gezondheidszorg, ervan uit te gaan dat in de nabije toekomst meer ziekenhuizen een zogeheten GAAZ-afdeling (geriatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis) kunnen openen en adequaat bemannen. In plaats van verder te bouwen aan hetgeen meer luchtkasteel dan werkelijkheid is, dient te worden gezocht naar een goede alternatieve oplossing. 'De weg naar de wegwijzers is het moeilijkst te vinden', schreef de Poolse aforisticus Brudzinsky terecht. In hetgeen volgt wordt niettemin een poging in die richting ondernomen.

### SPECIFIEKE PROBLEMATIEK

In het ziekenhuis komt de specifieke problematiek die de zorg voor het toenemend aantal ouderen met zich brengt extra nadrukkelijk naar voren. In het Academisch Ziekenhuis Maastricht

(AZM) is een systeem beproefd dat een grote mate van flexibiliteit paart aan een wijdverbreide beschikbaarheid van geriatrische zorg. Bij het invoeren van dit systeem hebben de volgende *overwegingen* een rol gespeeld:

- Bijna de helft van het aantal opgenomen patiënten is ouder dan 65 jaar. In bepaalde afdelingen, bijvoorbeeld de afdeling Inwendige Geneeskunde, kan het aantal ouderen zelfs meer dan tweederde van de totale patiëntenpopulatie uitmaken. *Het creëren van speciale afdelingen uitsluitend voor ouderen is dan ook discutabel.* Zinvoller is het de gehele ziekenhuisorganisatie, outillage en attitude geschikt te maken voor de opvang en begeleiding van de belangrijkste doelgroep: de oudere patiënten.

- Een voor die patiënten belangrijk onderdeel van de huidige ziekenhuisorganisatie is dat specifieke afdelingen alle min of meer orgaangericht zijn. Dit verschijnsel treedt met de toenemende specialisatie steeds meer op de voorgrond. Vooral bij oudere patiënten leidt het tot problemen. Bij hen is er immers vaak sprake van multipale pathologie op organisch terrein, veelal gecombineerd met een wankel evenwicht op het psychische en/of sociale vlak. Juist ouderen hebben weliswaar in medisch opzicht behoefte aan de specifieke specialistische deskundigheid die een 'orgaanafdeling' kan bieden, maar daarnaast dient er een vorm van medische hulpverlening te zijn die garandeert dat ook de bijkomende problematiek op medisch, psychisch en sociaal terrein zo goed mogelijk wordt opgelost. Hierbij kan en moet het gegeven een belangrijke rol spelen dat het, meer dan bij jeugdiger patiënten, bij ouderen niet steeds van belang is elk symptoom koste wat het kost in oorzakelijk verband te brengen met een aandoening, waarvoor de geëigende therapie zonder meer dient te worden gegeven. Veeleer moeten wij bij hen denken in termen van functionaliteit en dient er een afweging te worden gemaakt tussen de ernst van de handicap en de mogelijke gevolgen van onderzoek en behandeling. *Naast 'cure' komt als belangrijke doelstelling 'care'.* Naarmate de mens ouder wordt is, naast het toevoegen van jaren aan het leven, de kwaliteit die deze verlenging met zich brengt van doorslaggevend belang.



– Problemen die veelvuldig optreden bij ouderen die in het ziekenhuis zijn opgenomen, zijn immobilisatie en sociale deprivatie, met alle gevolgen van dien.

Bij onderzoek en behandeling van aandoeningen wordt veelal weinig of geen aandacht geschonken aan hetgeen er in deze periode met de patiënt gebeurt waar het zijn mobiliteit betreft. *Vrijwel zonder uitzondering worden patiënten geacht gedurende hun verblijf in het ziekenhuis bedlegerig te zijn; wanneer het ontslag nadert wordt evenwel als vanzelfsprekend aangenomen dat hun mobiliteit intact is.* Het gedwongen, of tenminste 'gedoogd', in bed laten liggen van ouderen leidt binnen afzienbare tijd tot afname van spierkracht, tot een vermindering van de zelfredzaamheid en tot een toename van het gevaar op contracturen en decubitus. Gevolg: een steeds groter risico dat de patiënt weliswaar na enige tijd wat zijn specifieke aandoening betreft genezen kan worden verklaard, maar dat de prijs die hiervoor is betaald dermate hoog blijkt te zijn dat langdurige reactivering of permanente opname in een verpleeghuis onvermijdelijk is. Vroegtijdige mobilisatie, het stimuleren van het zelfzorgvermogen, het aanbieden van op functioneel handelen gerichte activiteiten, ondersteuning van de mobilisatie met behulp van fysiotherapie en ergotherapie, alsmede extra aandacht van verpleegkundigen en artsen voor deze aspecten, kunnen veel onheil voorkomen.

Ziekenhuisopname, al dan niet gepaard gaande met immobilisatie, betekent voor talrijke ouderen ook *sociale deprivatie*. Contacten met de levenspartner, familie en vrienden worden gereduceerd, preëxistente sociale isolering wordt verergerd en de mogelijkheden met medepatiënten contact te leggen worden door de programmering van ziekenhuizen – veelal kleine kamers en weinig sociaal verkeer – tegengegaan. Indien er sprake is van verwardheid, nachtelijke onrust of een verminderd psychisch functioneren, is de reactie van verpleegkundigen en verzorgenden dergelijke patiënten 'apart te leggen'; dat doet bovenstaande symptomen doorgaans verergeren in plaats van verbeteren.

Ook aan het voorbereiden van het ontslag uit het ziekenhuis moet bij ouderen extra aandacht worden geschonken. Het is noodzakelijk vroegtijdig het maatschappelijk werk in te schakelen, contacten te onderhouden met het thuismilieu over de zorgverlening – zoals die was en zoals die na ontslag moet zijn – en over

het te voeren beleid zorgvuldig overleg te plegen met huisarts, gezinszorg, wijkverpleging en andere betrokkenen.

## ALTERNATIEVE OPLOSSING

De beperkte beschikbaarheid van klinisch werkzame gerieters, de onmogelijkheid patiënten op te nemen in een GAAZ-afdeling, alsook de hierboven opgesomde overwegingen, hebben in Maastricht geleid tot een alternatieve oplossing.

In het AZM functioneert sedert ruim één jaar een werkgroep geriatrie, bemand door een internist en een (part-time) klinisch geriater, die in nauwe samenwerking met de diverse afdelingsspecialisten, het maatschappelijk werk, de afdelingen Fysiotherapie, Ergotherapie, Neuropsychologie en Revalidatiegeneeskunde en de verpleging, optreedt als coördinator van de ouderenzorg.

Gekozen is voor een zogenoemd flankerend geriatrisch beleid: getracht wordt op de onderscheiden afdelingen complementair aan de reeds bestaande specialistische zorg aandacht te schenken aan die aspecten van medische hulpverlening welke, zoals weergegeven in de uitgangssituatie, niet of onvoldoende worden belicht. Dit betekent dat enerzijds de specialistische problematiek waarvoor de patiënt is opgenomen, kan worden behandeld op de afdeling die daarvoor het meest geschikt is en dat anderzijds het gevaar van onder- en/of overbehandeling van bijkomende problemen wordt opgevangen.

Een dergelijke behandeling, die onder ideale omstandigheden tot het basiszorgpakket van elk ziekenhuis zou moeten behoren, wordt in overleg met de afdelingsspecialisten gegeven aan patiënten die direct door de werkgroep geriatrie zijn opgenomen, alsook aan hen die via consultatie op de afdelingen worden gezien.

Bijzondere aandacht binnen deze populatie behoeft de, overigens getalsmatig gelukkig kleine, groep van echte geriatrische patiënten, dat wil zeggen degenen die mede op basis van verouderingsprocessen in een zodanig labiel of verstoord evenwicht zijn geraakt dat ten gevolge van veranderingen in het biologisch, psychisch en/of sociaal functioneren een bedreiging van de integriteit van het bestaan optreedt. Kenmerkend voor een groot aantal van deze oude patiënten is het vaak opvallend ontbreken van laaggedrag, het aanwezig zijn van multipel pathologie en dreigende blijvende hulp-

behoevendheid. Naar schatting 1%-5% van de totale groep bejaarden behoort tot deze categorie. Echter, voor talrijke ouderen geldt dat zij, indien geen gerichte maatregelen worden genomen, in een dergelijke toestand kunnen terechtkomen door omstandigheden als:

- de frequente aanwezigheid van communicatieproblemen ten gevolge van een verslechterd gehoor, visusstoornissen en/of een verminderd bewustzijn;
- snelle vermoeidheid, concentratiezwakte en het ontbreken van motivatie zowel bij de patiënt als bij zijn of haar hulpverleners;
- een verminderde belastbaarheid ten aanzien van onderzoek en behandeling.

De *doelstellingen* van de werkgroep geriatrie, uitgaande van bovenstaande overwegingen, zijn in grote lijnen de volgende:

- het optimaliseren van de zorg voor de oudere patiënt in het algemeen en voor de geriatrische patiënt in het bijzonder;
- het stimuleren van een multidisciplinaire en multifunctionele benadering;
- integratie met de bestaande (psycho)geriatrische zorgverlening door een gestructureerde samenwerking met de sociaal psychogeriatrische dienst (SPGD), de observatiekliniek van psychogeriatrische patiënten, de verpleeghuizen en de afdelingen Psychiatrie, Neurologie, Revalidatiegeneeskunde en Neuropsychologie;
- het bevorderen van de filosofie dat adequate zorg waar mogelijk steeds wordt gegeven in het laagst mogelijk echelon van de gezondheidszorgstructuur;
- het realiseren van een voortdurende wisselwerking met het academisch onderzoek op het gebied van veroudering. Veroudering vormt in Maastricht op basis van de uitkomsten van het rapport van de Raad van Advies voor het Wetenschapsbeleid en het disciplineplan voor de academische ziekenhuizen een zeer nadrukkelijk zwaartepunt in de matrixstructuur van het onderzoek;
- het streven naar een vorm van gezondheidszorg die niet in de plaats van andere hulpverlening komt, maar kan worden beschouwd als een aanvulling hierop. In concreto betekent dit, dat voor iedere oudere patiënt in het ziekenhuis de internist-coördinator kan worden geraadpleegd.

Bij de behandeling van de patiënt wordt behalve aan bovengenoemde 'items' aandacht geschonken aan aspecten als overmedicatie, ongewenste geneesmiddelinteracties, zintuiglijke stoornissen, cognitieve functiestoornissen, voedingsdeficiënties, incontinentieproblematiek, bijkomende somatische aandoeningen en reeds langer bestaande of in het ziekenhuis ontstane handicaps.

## ÉÉN JAAR PRAKTIJK

Bij de nu volgende bespreking van de gegevens over het eerste jaar dat in het Academische Ziekenhuis Maastricht een flankerend geriatrisch beleid als aangegeven is doorgevoerd hebben we, waar mogelijk, vergelijkbare gegevens uit het rapport 'Geriatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen', in 1986 door het Nationaal Ziekenhuis Instituut gepubliceerd<sup>5</sup> proberen te betrekken. Om deze vergelijking mogelijk te maken is voor de registratie van de patiëntgegevens gebruik gemaakt van het door het NZI gehanteerde registratieprotocol.

Gedurende het eerste jaar (1987) zijn 196 patiënten behandeld: 123 vrouwen en 73 mannen, in leeftijd variërend van 55 jaar tot 95 jaar. De gemiddelde leeftijd was 81,4 jaar; 81% (159 patiënten) was ouder dan 75 jaar (tabel 1); 62% van de patiënten was alleenstaand.

Uit tabel 2 valt te lezen dat 75% van de totale patiëntenpopulatie met spoed werd opgenomen via de EHBO-afdeling. In 29% (57 patiënten) is sprake van heropname binnen één jaar.

Het percentage opnames/behandelingen in relatie tot het totaal aantal inwoners ouder dan 65 jaar in het verzorgingsgebied (circa 25.000) is 0,8%. Voor de verschillende GAAZ'en varieert dit percentage van 0,35% tot 0,92%, met een gemiddelde van 0,6%.

Van de patiënten is 98% afkomstig uit de regio zuidelijk Zuid-Limburg; 2% komt van elders; 59% (116 patiënten) woont, al dan niet met een partner, zelfstandig; 12% (23 patiënten) woont in bij kinderen, terwijl 24% (47 patiënten) afkomstig is uit een bejaardenhuis. De overigen zijn afkomstig uit verpleeghuizen.

De primaire aanvraag voor geriatrische zorgverlening werd in de helft der gevallen door de huisarts gedaan. De verdere gegevens zijn bij elkaar gezet in tabel 2.

Uit tabel 3 blijkt dat van de opgenomen patiënten 26% voor opname geen hulp kreeg; 44,9% ontving een of andere vorm van mantelzorg; 59,7% ontving professionele hulpverlening van gezinszorg,

Tabel 1. Patiëntengegevens.

	Maastricht		GAAZ (NZI)	
	percentage	(aantal)	percentage	
<b>Gemiddelde leeftijd in jaren</b>				
vrouwen	63	(123)	67	
mannen	27	( 73)	23	
<b>totaal</b>	<b>100</b>	<b>(196)</b>	<b>100</b>	
<b>leeftijdsoopbouw</b>				
< 60 jaar	1	( 2)	1	
60-65 jaar	2	( 4)	2	
66-70 jaar	4	( 7)	4	
71-75 jaar	12	(24)	11	
76-80 jaar	21	(42)	24	
81-85 jaar	27	(53)	30	
86-90 jaar	25	(48)	20	83
> 90 jaar	8	(16)	9	
<b>totaal</b>	<b>100</b>		<b>100</b>	
<b>burgerlijke staat</b>				
gehuwd	33	(65)		
gescheiden	2	( 3)		
ongehuwd	10	(20)		
weduwstaaf	50	(99)		
samenwonend	2	( 3)		
onbekend	3	( 6)		
<b>totaal</b>	<b>100</b>			
<b>verzekering</b>				
ziekenfonds	71	(139)		
particulier	27	(54)		
niet verzekerd	2	( 3)		
<b>totaal</b>	<b>100</b>			

Tabel 2.

	Maastricht		GAAZ (NZI)*	
	percentage	(aantal)	percentage	
<b>opname</b>				
spoed	75	(147)	5-54	
electief	25	( 49)	46-95	
heropname < 1 jaar	29	( 57)		
<b>afkomst</b>				
stad	82	(161)	71	
regio	16	( 31)	29	
elders	2	( 4)		
<b>woonsituatie</b>				
zelfstandig alleenwonend	35	( 68)	25-48	
zelfstandig met partner	24	( 48)	19-30	
inwonend bij kinderen	12	( 23)	0-20	
bejaardenhuis	24	( 47)	20-41	
overige	5	(10)	0-11	
<b>hulpverlening voor opname</b>				
geen	26	( 50)	23	
mantelzorg	45	( 88)	49	
gezinszorg	25	( 48)	21	
wijkverpleging	24	( 47)	20	
SPGD	8	(15)	4	
dagtherapie	4	( 7)	—	
<b>Verwijzers klinische patiënten (percentage)</b>				
	Maas-tricht		GAAZ (NZI)	
huisarts	50		31-67	
RIAGG/SGD	3		2-40	
geriatrische polikliniek	9		1-16	
specialist	32		5-38	
verpleeghuisarts	2		0-9	
anderen	4		0-2	

\* Gezien de grote spreiding is niet het gemiddelde weergegeven, maar de laagste en hoogste frequentie.

wijkverpleging, sociaal-psychogeriatrische dienst of dagbehandeling in het verpleeghuis.

Bij maar liefst 43% der patiënten is er sprake van sociale isolering ten gevolge van uiteenlopende oorzaken, al dan niet samenhangend met lichamelijke handicaps. Vrouwen blijken vaker vereenzaamd dan mannen (51% respectievelijk 30%; tabel 3). Bij 40% van de patiënten is er sprake van een somatische aandoening die is opgetreden in het jaar voorafgaand aan de opname; de helft van deze patiënten is om deze reden opgenomen geweest in het ziekenhuis. De opname-indicatie werd bij 174 patiënten mede bepaald door somatische problematiek, terwijl 101 patiënten psychische en/of cognitieve problemen hadden. Voor 29 patiënten geldt dat de sociale situatie mede de opname-indicatie bepaalde.

Gedurende opname overleed 14% (27 patiënten).

Er is sprake van volledige hulpbehoevendheid bij 68% van de patiënten. In de door het NZI onderzochte populatie was dit 51%. Het klinisch beloop van de overigen toont ten aanzien van het ADL-functioneren, de mobiliteit en incontinentie voor urine en/of faeces een verheugend positieve ontwikkeling (tabel 4): het aantal patiënten dat zich geheel zelfstandig of met lichte hulp kan verzorgen wat het ADL-functioneren betreft, stijgt van 32% (63 patiënten) tot 66% (111 patiënten); bij opname kon 32% (63) van de patiënten zich al dan niet met een hulpmiddel (stok, schraagje) zelfstandig voortbewegen, bij ontslag 71% (120 patiënten). De relatie tussen verzorgingsbehoefte bij opname en ontslag is weergegeven in tabel 5. Het aantal bedlegerige patiënten neemt sterk af (van 42% tot 5%), zodat voor de groep als geheel geldt dat in het geval van 95% van de patiënten de mobiliteit is toegenomen.

Bij nadere analyse van het beloop betreffende de mobiliteit van de 82 bedlegerige patiënten, blijkt dat 31% van hen is overleden; bij 43% is er of sprake van volledig herstel (22 patiënten) of zij kunnen zich bij ontslag met een hulpmiddel zelfstandig voortbewegen (14 patiënten); uiteindelijk blijft 7% bedlegerig en behoeft 9% een rolstoel; de resterende 9% kan zich uitsluitend met begeleiding voortbewegen.

Een minder gunstig beeld toont de incontinentieproblematiek. Weliswaar neemt het aantal incontinentie patiënten duidelijk af, maar nadere analyse toont dat 14 patiënten tijdens de opname incontinent werden en dat 7 patiënten uit deze groep uiteindelijk een verblijfscatheter kregen. Bij 196 patiënten zijn 880 'actieve' problemen op medisch gebied geïdentifi-

ceerd (tabel 6). Ter vergelijking is de verdeling over de hoofdgroepen van de ICD-classificatie bij de in het NZI-onderzoek opgenomen patiënten eveneens weergegeven. Er blijkt een verrassend sterke overeenkomst te bestaan. Behalve de specialist van de afdeling waar de patiënt was opgenomen is 337 maal een andere specialist geconsulteerd. Deze multidisciplinaire aanpak was noodzakelijk voor 148 patiënten. Duidelijke 'koplopers' in dit verband zijn neuroloog en psychiater, die bij 36% respectievelijk 33% van de opnames in consult en/of medebehandeling zijn gevraagd (tabel 7). Met name het percentage psychiatrieconsulten is beduidend hoger dan in de onderzochte GAAZ'en.

Aan vrijwel alle patiënten (99,5%) werd fysiotherapie gegeven. Het maatschappelijk werk is bij alle patiënten betrokken geweest. Wekelijks overleg met fysiotherapeuten, revalidatiearts, psychiater, maatschappelijk werk(st)er en verpleegkundige afdelingshoofden vormde een instrument om tot een geïntegreerde behandeling te komen. Van de uitkomsten van deze teambesprekingen werd schriftelijk verslag gedaan aan de betrokken afdelingen.

Opvallend hoog is het percentage patiënten dat met parenterale vochttoediening en/of medicatie gedurende de opname is behandeld (40%). Dit wijst op de ernst van de somatische problematiek die ziekenhuisopname geïndiceerd deed zijn. Van de patiënten onderging 10% gedurende de opname een operatieve ingreep en is bij 9% gedurende kortere of langere tijd sondevoeding noodzakelijk geweest.

De verbetering van het psychisch functioneren is – zoals verwacht – groter indien er geen sprake is van een gestoorde geheugenfunctie dan wanneer dit laatste wel het geval is: 36,6% versus 13%.

Ten aanzien van de overleden patiënten blijkt dat 100% bij opname volledig hulpbehoevend was en 92% bedlegerig (voor de groep als geheel bedragen deze percentages respectievelijk 68% en 42%); tweederde van de overleden patiënten was bij opname bovendien incontinent. Bij nadere analyse van de persoonlijke omstandigheden blijkt van de ongehuwden (N=20) 30% te zijn overleden, van de alleenwonenden (N=65) 22% en van degenen die voor hulp geen aanvullende hulpverlening ontvingen (N=49) eveneens 22%.

Zoals weergegeven in tabel 8, zijn 104 patiënten (62%) teruggekeerd naar hun oorspronkelijke woonsituatie. De overi-

Tabel 3.

Sociale isolering	percentage	(aantal)
aanwezig .....	43 (vrouwen 51%)	(85)
	(mannen 30%)	
afwezig .....	39	(76)
onbekend .....	18	(35)
<i>opname indicatie</i>		
somatisch .....	88	(174)
psychisch/cognitief .....	51	(101)
sociaal .....	15	(29)

Tabel 4. Klinisch beloop in percentages (aantallen).

	opname (N=196)	ontslag (N=169)
<i>A. verzorgingsbehoefte</i>		
geen hulp .....	9 ( 17)	23 ( 39)
lichte hulp .....	23 ( 46)	43 ( 72)
veel/volledige hulp .....	68 (133)	34 ( 58)
<i>B. mobiliteit</i>		
zelfstandig .....	22 ( 44)	49 ( 83)
hulpmiddel .....	10 ( 19)	22 ( 37)
begeleiding .....	22 ( 43)	16 ( 28)
rolstoel .....	4 ( 8)	8 ( 13)
bedlegerig .....	42 ( 82)	5 ( 8)
<i>C. incontinentie urine</i>		
niet incontinent .....	45 ( 89)	57 ( 96)
soms incontinent .....	18 ( 35)	25 ( 42)
volledig incontinent .....	17 ( 34)	9 ( 15)
catheter a demeure .....	18 ( 35)	9 ( 16)
onbekend .....	2 ( 3)	–
<i>D. incontinentie faeces</i>		
niet incontinent .....	78 (154)	92 (156)
wel incontinent .....	18 ( 35)	8 ( 13)
onbekend .....	4 ( 7)	–

Tabel 5. Verzorgingsbehoefte bij ontslag in relatie tot verzorgingsbehoefte bij opname (N=196).

opname	ontslag	%	(aantal)
geen hulp N=17	geen hulp .....	88	(15)
	lichte hulp .....	12	( 2)
	veel/volledige hulp .....	0	( 0)
	overleden .....	0	( 0)
lichte hulp N=46	geen hulp .....	22	(10)
	lichte hulp .....	65	(30)
	veel/volledige hulp .....	13	( 6)
	overleden .....	0	( 0)
veel hulp N=133	geen hulp .....	11	(14)
	lichte hulp .....	30	(40)
	veel/volledige hulp .....	39	(52)
	overleden .....	20	(27)

ge patiënten zijn uit het ziekenhuis overgeplaatst naar een verzorgings- of verpleeghuis. De doorstroming is door de bestaande wachtlijsten voor deze instellingen nadelig beïnvloed. Voor de groep als geheel was de gemiddelde ligduur 40 dagen. Degenen die naar de oorspronkelijke woonsituatie weerkeerden verbleven gemiddeld 28 dagen in het ziekenhuis. De verdeling van de gemiddelde opnameduur is weergegeven in figuur 1a; de relatie tussen gemiddelde opnameduur en leeftijd is te vinden in figuur 1b. Van de patiënten is 50% minder dan 30

Tabel 6. Diagnoses (196 patiënten).

hoofdgroep ICD	aantal	% pat.	% diagn.	% diagn.
		Maas-tricht	GAAZ (NZI)	
		N=880 N=2.779		
congenitale afwijkingen ...	–	–	–	–
nieuwvormingen .....	25	13	3	3
endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten .....	78	40	9	10
aandoeningen bloed en bloedvormende organen ..	31	16	3	3
psychische stoornissen ...	136	69	15	16
aandoeningen zenuwstelsel en zintuigen .....	80	41	9	9
aandoeningen hart en vaatstelsel .....	159	81	18	18
aandoeningen spijsverteringsstelsel .....	49	25	6	5
aandoeningen ademhalingsorganen .....	59	30	7	6
aandoeningen urogenitaalstelsel .....	80	41	9	6
aandoeningen huid en subcutis .....	26	13	3	3
aandoeningen bewegingsstelsel .....	55	28	6	9
symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden, ongevalsletsel en vergiftiging .....	102	52	12	11
totaal aantal .....	880		100	100
gemiddeld .....	4,5			

Tabel 7. Verdeling consulten over patiëntenpopulatie in procenten.

	Maas-tricht	GAAZ (NZI)
algemene heelkunde .....	14	3-16
cardiologie .....	11	0-13
dermatologie .....	6	2-20
gynaecologie .....	3	0- 7
inwendige geneeskunde .....	n.v.t.	0-26
KNO .....	9	2-14
longziekten .....	11	1- 7
oogheelkunde .....	15	5-28
orthopedie .....	7	1-14
radiologie .....	–	0-21
neurologie .....	36	10-49
psychiatrie .....	33	4-16
revalidatiearts .....	7	0-16
reumatologie .....	n.v.t.	1- 5
urologie .....	12	2-24
anderen .....	8	0-32

dagen opgenomen. De gemiddelde opnameduur is bij de patiënten beneden de 65 jaar beduidend langer.

Aanvullende hulp werd aangevraagd voor 101 patiënten die teruggingen naar hun oorspronkelijke woonsituatie. Voor 70 van hen betrof dit wijkverpleging, gezinszorg of begeleiding door de SPGD (tabel 9).

## DISCUSSIE

Bij nadere bestudering van de gegevens vallen enige bijzonderheden op.

Allereerst blijkt dat de patiëntengroep in Maastricht een verrassend grote overeenkomst lijkt te hebben met de populatie die is beschreven in het NZI-onderzoek. De gemiddelde leeftijd ligt in Maastricht iets hoger, maar voor beide situaties geldt dat 60% van de behandelde populatie behoort tot de groep 'zeer ouderen'; juist in deze groep is het aantal echte geriatrische patiënten relatief groot.

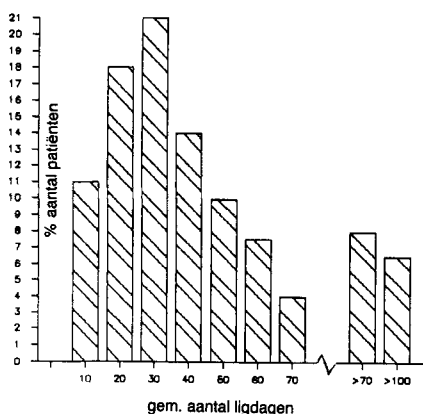
Opvallend is voorts het grote aantal patiënten dat met spoed wordt opgenomen. Hierbij kunnen verschillende mechanismen een rol spelen, onder andere:

- de patiënt of zijn omgeving wacht te lang met vragen om professionele hulpverlening. Deze mogelijkheid wordt ondersteund door de aanwezigheid van een relatief groot percentage patiënten dat voor opname geen professionele hulpverlening of zelfs in het geheel geen hulp ontving;
- de hulpverleners pogen te lang de zorg in de thuissituatie te laten plaatsvinden, de problemen escaleren en aan opname in het ziekenhuis is niet meer te ontkomen;
- bij de onderzochte groep 'frail elderly' is er frequent sprake van acute medisch-somatische complicaties die spoedopname noodzakelijk maken. Het grote aantal actieve ziektebeelden en het hoge percentage patiënten dat uitgebreide medische behandeling in de zin van parenterale toediening van vocht en medicamenten of een operatie nodig heeft, wijst hierop. Ook de veelvuldige immobilisatie is een argument in deze richting: bij de helft van de patiënten bestond deze bedlegerigheid minder dan drie weken;
- de toegankelijkheid van andere instellingen, zoals verzorgingshuizen, psychogeriatrische observatieafdelingen en verpleeghuizen, is door de bestaande wachtlijstproblematiek dermate beperkt dat via een acute opname gebruik moet worden gemaakt van de zorgmogelijkheden die het ziekenhuis biedt. In deze richting wijst onder andere het feit dat een gelukkig klein percentage ouderen (4%) uitsluitend op sociale gronden moest worden opgenomen.

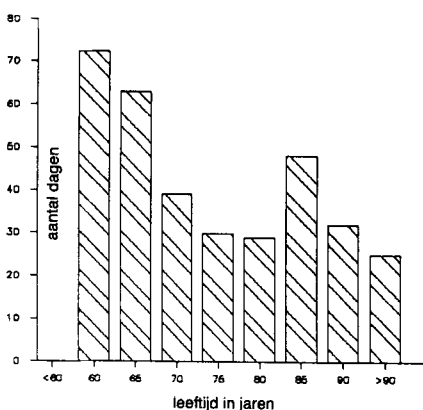
De vraag kan worden gesteld in hoeverre het reëel is de onderzochte patiëntengroep te vergelijken met de zogenaamde GAAZ-populatie, als beschreven in het NZI-rapport.

Hierbij kan naar voren worden gebracht dat in ziekenhuizen met een geriatrische afdeling de geriater behalve opnames op een GAAZ-afdeling ook consulten en

Figuur 1a. Gemiddelde opnameduur.



Figuur 1b. Gemiddelde opnameduur in relatie tot leeftijd.



medebehandelingen doet buiten die afdeling. Voor zover bekend zijn over deze activiteiten geen gegevens gepubliceerd, maar uit het NZI-rapport blijkt wel dat slechts 4% van de totale tijdsbesteding van de geriater voor consulten is ingeruimd, zodat deze activiteit slechts een zeer beperkte omvang kan hebben. Bovendien blijft onvermeld welke criteria zijn aangelegd om te besluiten een dergelijke patiënt niet op een GAAZ-afdeling op te nemen. Indien dergelijke consulten overigens wel een substantieel onderdeel vormen van de activiteiten, betekent dit impliciet dat geriatrische zorgverlening inderdaad verantwoord kan plaatsvinden buiten de muren van de GAAZ.

Uit de gepresenteerde gegevens komt ons inziens voorts duidelijk naar voren dat het zeer onwaarschijnlijk is dat de onderzochte patiëntengroep minder zorgbehoefte en/of gehandicapt is dan de patiënten in een GAAZ, ongeacht of het gaat om het aantal actief medische problemen, de hulpbehoefte, de

Tabel 8.

A. plaatsingsadvies		
	%	(aantal)
oorspronkelijke woonsituatie .....	62	(104)
andere ziekenhuisafdeling .....	2	(3)
bejaardenoord .....	12	(21)
somatisch verpleeghuis .....	14	(24)
psychogeriatrisch verpleeghuis .....	10	(17)
totaal .....	100	(169)
B. opnameduur (in dagen) gerelateerd aan plaatsingsadvies (tussen haakjes plaatsingsadvies in percentage)		
advies	Maastricht	GAAZ (NZI)
andere ziekenhuisafdeling .....	16 (2%)	24 (5%)
oorspronkelijke woonsituatie ...	28 (62%)	35 (43%)
bejaardenoord .....	64 (12%)	54 (18%)
somatisch verpleeghuis .....	59 (14%)	61 (13%)
psychogeriatrisch verpleeghuis .....	68 (10%)	63 (21%)
totaal .....	100%	100%
gemiddelde ligduur .....	40	51

Tabel 9. Aanvullende hulpverlening voor en na opname.

	bij opname (%)	bij ontslag (%)
geen hulp .....	26	—
mantelzorg .....	45	43
gezinszorg .....	25	16
wijkverpleging .....	24	22
RIAGG/SGD .....	8	18
dagtherapie .....	4	6
fysiotherapie .....	onbekend	17

mate van mobiliteit of het al dan niet aanwezig zijn van bijkomende psychische en/of sociale problematiek.

Het feit dat de gemiddelde opnameduur van patiënten die naar hun oorspronkelijke woonsituatie terugkeren 20% lager ligt, terwijl het aantal 30% hoger ligt is wel een aanwijzing dat beide populaties niet geheel identiek zijn. Een verklaring is mogelijk dat juist de gekozen - alternatieve - aanpak mede bijdraagt tot dit voor het flankerend geriatrisch beleid positieve verschil.

Tenslotte: het gehanteerde registratieprotocol blijkt ongeschikt om bovengenoemde vragen afdoende te kunnen beantwoorden. Dit betekent impliciet dat de vergelijkbaarheid van de patiëntengegevens tussen de GAAZ'en onderling eveneens discutabel is. Een registratie van patiëntengegevens, dusdanig dat dergelijke vraagstellingen wel kunnen worden beantwoord, lijkt onontbeerlijk te zijn. Eén doelstelling van het voort-

gaande onderzoek in het Academisch Ziekenhuis Maastricht – daarbij gesteund door een bijdrage van het ministerie van O&W in het kader van de zogeheten ontwikkelingsgeneeskunde – is dan ook het ontwikkelen van een dergelijk protocol.

## CONCLUSIES

Hoewel ten onzent nog slechts ruim een jaar 'in practice', blijkt flankerend geriatrisch beleid een goed alternatief voor een GAAZ. Vergelijking met de gegevens (voor zover beschikbaar) van de (zes) in Nederland thans functionerende GAAZ'en laat zien dat de patiëntenkarakteristiek binnen deze afdelingen niet wezenlijk verschilt van die in de Maastrichtse situatie. Voordelen van de door ons gekozen opzet zijn:

- Behandeling van geriatrische patiënten is mogelijk op elke afdeling van het ziekenhuis.
- Deze geriatrische patiënten worden niet geïsoleerd van de andere patiënten.
- Behandeling van geriatrische pa-

tiënten op een 'gewone' afdeling heeft een uitstralingseffect: het komt ook de overige oude patiënten op die afdeling ten goede.

– Het tekort aan geriateren kan worden opgevangen door specialisten die zich de grondbeginselen van het geriatrisch denken en handelen eigen hebben gemaakt en die een dergelijk flankerend geriatrisch beleid kunnen coördineren, bijvoorbeeld neurologen, internisten en psychiaters.

– Er hoeven geen ingrijpende veranderingen plaats te vinden in de personele of materiële organisatie van de bestaande ziekenhuisstructuur.

– Uitsluitend zorgaspecten die individueel noodzakelijk zijn worden geboden.

– Het systeem biedt de mogelijkheid met relatief sterk fluctuerende patiëntenaantallen te werken. Alle oudere en/of geriatrische patiënten kunnen van een dergelijke aanpak profiteren.

– De primaire verantwoordelijkheid voor de behandeling wordt de (deel)specialist bij wie de patiënt is opgenomen niet ontnomen.

– Doordat verpleegkundigen en artsen bij voortduring in hun eigen afdeling met veroudering worden geconfronteerd, neemt bij hen het begrip hiervoor toe.

– Multidisciplinair overleg met alle betrokkenen wordt bevorderd.

– De drempel om patiënten aan de 'geriater' te presenteren wordt lager. □

## Literatuur

1. Proosdij C van. Klinische geriatrie – 'un peu d'histoire'. Ned Tijdschr Geneesk 1977; 121:152-6.
2. Proosdij C van, Sipsma DH. De lijdensweg van de klinische geriatrie in Nederland. Gerontologie en Geriatrie 1984; 15:3-5.
3. Geriatrie, een specialisme. Editorial Medisch Contact 1983; 38:35.
4. Bruyns E. Klinische geriatrie: erkend en miskend. Medisch Contact 1985; 40:292-3.
5. Geriatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen. Nationaal Ziekenhuis Instituut september 1986 (publikatienr 86.486).
6. Bruyns E. De geriatrische patiënt in het ziekenhuis, voor wie een zorg? Ned Tijdschr Geneesk 1988; 132:527-8.

## Een experiment in Almere (Slot)

# Al doende een betere gezondheidszorg

In de voorafgaande artikelen over het Project Gezondheidszorg Almere zijn vele aspecten aan de orde gekomen. Ter afsluiting volgt nu een samenvatting van wat al dan niet werd bereikt en een aanzet tot een voorlopige evaluatie. Dit artikel eindigt met een beschouwing over de lering die tot nu toe voor de opzet van de gezondheidszorg in Nederland uit het project kan worden getrokken.

## INNOVATIEVE OPZET

De globale doelstelling van het project luidt: 'het tot stand brengen van een samenhangend stelsel van zorgverlening, afgestemd op de behoeften van de bevolking, van hoge kwaliteit en tegen acceptabele kosten'. Een dergelijke doelstelling bevat niet meer dan enige hooggestemde abstracties, welke dienen te worden geoperationaliseerd om tot concrete resultaten te komen. Bovendien mag

Prof. Dr. F. A. Vorst en  
Prof. Dr. A. J. P. Schrijvers

*'Almere': een uniek project, dat een aantal geslaagde vernieuwingen heeft opgeleverd. Een project ook dat een eigen licht werpt op de recente beleidsontwikkelingen op het vlak van de gezondheidszorg die het inmiddels hebben ingehaald. Zo laat zich deze slotbeschouwing samenvatten in een serie over de experimenteel opgezette gezondheidszorg in Almere. Prof. Dr. F. A. Vorst is voorzitter van de Stuurgroep Project Gezondheidszorg Almere. Prof. Dr. A. J. P. Schrijvers is voorzitter van het Plannings- en Begrotingsoverleg Almere.*

worden verwacht dat de uitwerking van de doelstellingen meer of minder zal afwijken van wat in Nederland gebruikelijk is: anders was er geen groot, specifiek project nodig geweest en hadden de door het ministerie van WVC verstrekte subsidies beter aan de directe zorgverlening kunnen worden besteed. De vraag is dus wat er tot nu toe 'nieuw' is in Almere.

In de eerste plaats is nieuw dat een sterke eerstelijnszorg wordt opgebouwd met kenmerken die afwijken van wat in Nederland gebruikelijk is. Er bestaat – uiteraard – hetzelfde gamma van extramurale voorzieningen als elders. Ook in kwantitatief opzicht verschilt Almere nog niet markant van de rest van het land. Een duidelijk verschil is echter te vinden in de structuur van de eerstelijnszorg. De zorgverlening vindt vrijwel uitsluitend plaats vanuit gezondheidscentra. Daarvan zijn er nu elf, een aantal dat zich uitbreidt naarmate de bevolking groeit.

Verder zijn alle hulpverleners in dienstverband (afgezien van enige vrije vestigingen die niet waren gepland). Een verder en zeer belangrijk verschil ligt in het feit dat voor de gehele eerstelijnszorg één organisatie tot stand kwam, de Stichting Eerstelijns Voorzieningen Almere (EVA), die werkgever is van alle functionarissen, de centra beheert en – het belangrijkste – een homogeen en eenduidig inhoudelijk beleid voert in het gebied van Almere. De EVA heeft vijfhonderd personen in dienst en bereikt in 1988 een omzet van 31 miljoen gulden.

In de tweede plaats is te vermelden, dat ook op het gebied van de *bejaardenzorg* een nieuwe structurele en functionele samenhang wordt nagestreefd door alle bejaardenoorden en verpleegvoorzieningen in één organisatie te bundelen. Bovendien werd in het tweede bejaardenoord, met 100 plaatsen, een 30-tal verpleeghuisbedden geïntegreerd om tot samenhangende en flexibele zorg te komen.

*Netwerken rondom specifieke doelgroepen van patiënten* – de derde innovatie – werden van meet af aan gevormd via samenwerkingsprojecten waarin de verschillende instellingen gecoördineerd opereren.

Wat de verdere voorzieningen betreft wordt ernaar gestreefd te komen tot één organisatie voor respectievelijk de geestelijke gezondheidszorg en de zwakzinnigheidszorg, doch de uiteindelijke vorm daarvan is nog onzeker.

In ontwikkeling is het geïntegreerde informatiemodel (GIMA) om te komen tot samenhangende gegevensstromen, teneinde te voorkomen dat er ad hoc niet-afstembare, eigenstandige registratiesystemen worden opgebouwd.

Zeker innovatief is de gestructureerde *rol van de bewoners* in de organisatie van de zorgverlening. Participerend in de zogeheten centrumcommissies (patiëntenraden, één per gezondheidscentrum) worden daar regelmatig met het professionele team van het centrum relevante zaken besproken, zoals gesignaleerde behoeften van de bevolking, de dienstverlening en de informatie naar de bewoners. In alle besturen van instellingen participeren patiëntenraadsleden. Via de overkoepelende stichting worden velelei extra activiteiten uitgevoerd (vrijwilligerswerk, thema-avonden, patiëntenkrant, klachtenbehandeling, enz.) en wordt een druk bezochte gezondheidswinkel ('De Vraagbaak') beheerd.

Inhoudelijk vormt van het begin af aan

een accentverlegging naar de eerste lijn een pijler van het project. De eerstelijnszorg kreeg een sterke structuur en zal kwantitatief en kwalitatief boven de Nederlandse normen moeten komen. Het ziekenhuis daarentegen werd vastgelegd op een circa 20% lagere beddennorm dan gebruikelijk: 3,0 per duizend, in plaats van 3,7, hetgeen – demografisch vertaald – 2,2 bedden per duizend oplevert; de nadruk zal liggen op poliklinisch werken, dagverpleging en kortdurende opnames. Pas na 1990, wanneer het ziekenhuis opengaat, zal het mogelijk zijn de effecten van die krappe opzet te meten. Het weglekken van patiënten naar omliggende ziekenhuizen is niet ondenkbaar, bijvoorbeeld! Alles zal afhangen van een optimaal dienstbetoon aan de bevolking door de gezondheidszorg ter plaatse en hanteerbare samenwerkingsprotocollen tussen eerstelijnszorg en ziekenhuis. De echte impuls zal echter komen wanneer de bouw van het ziekenhuis over enige maanden begint en daardoor de samenhang tussen ziekenhuis en eerste lijn concrete perspectieven krijgt. Inmiddels echter werden op verschillende deelgebieden grondslagen gelegd voor een ruime taak voor de eerste lijn, zoals blijkt uit de in een vorig artikel beschreven EHBO in de gezondheidscentra.

Het bovenstaande resumerende, kan worden gesteld dat op cruciale punten in Almere belangwekkende vernieuwingen van de gezondheidszorg tot stand zijn gekomen en dat andere ontwikkelingen in gang zijn. De essentiële taakverdeling tussen eerste en tweede lijn zal in een latere fase, als het ziekenhuis er eenmaal is, vorm kunnen krijgen. Pas dan zal blijken of ook op dat uiterst belangrijke punt tot een zinvolle vernieuwing kon worden gekomen.

Het project in Almere staat of valt met het al dan niet om buigen van een deel van de taken van het ziekenhuis naar de eerstelijnszorg. Echter: niet gesteld mag worden dat de andere ontwikkelingen in Almere slechts randverschijnselen zijn rond de inhoudelijke kern van accentuering van de eerste lijn. Integendeel! Hoewel de essentie van ieder zorgsysteem natuurlijk ligt in de wijze waarop zorg wordt verstrekt, is het duidelijk dat de randvoorwaarden van de zorgverlening een sterk determinerende rol spelen. Organisatie, financiering, planning, normering, honorering en dergelijke zijn veelal maatgevend voor de zorgverlening. De gehele discussie in ons land rond de voorstellen van de commissie-Dekker bijvoorbeeld is op die randvoor-

waarden gebaseerd. Welnu, ook in dat opzicht werden in Almere belangwekkende veranderingen tot stand gebracht.

## BESTUURLIJKE VERNIEUWING

Broodmaaltijden en andere zaken voor verpleeghuispatiënten worden vergoed uit de AWBZ, terwijl de bejaardenoorden zelf de kosten hiervan moeten dragen. Om het onderscheid tussen deze groepen te verminderen, ontvangen ze thans in het Almeerse gecombineerde bejaardenoord/verpleeghuis 'De Kiekendief' een klein budget om de uitgaven hiervoor en voor andere kleine huishoudelijke artikelen te bekostigen. We hebben dat zo geregeld. Met dit voorbeeld illustreerde de leiding van de genoemde instelling op een studiedag in maart 1988 dat zorginnovatie en bestuurlijke vernieuwing in Almere hand in hand gaan. Dat is al het geval sinds de start van het Project Gezondheidszorg Almere in 1983. Naast inhoudelijke voorbereidingsgroepen kwam toen de 'subgroep financiering' tot stand, die in de jaren 1983 en 1984 met het rapport 'In het kader van Almere' enkele cruciale vernieuwingen voorbereidde, die thans het inhoudelijke project schragen.

De eerste is, dat *gemeente en verzekeraars* bij de inhoudelijke planning tot elkaar zijn veroordeeld. De gemeente adviseert de verzekeraars over de financiële aspecten van het project, waarna dezen hierover het laatste woord uitspreken. Omgekeerd trekt de gemeente de planning, waarbij de verzekeraars de adviseursrol innemen. Hierbij is op te merken dat voor de intramurale planning op grond van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen de gemeente het doorgeefluik voor voorstellen hieromtrent vormt naar de provincie Flevoland. De wederzijdse acceptatie van ziekenfonds en lokale overheid is niet zonder slag of stoot verlopen, doch de zaken lopen nu bevredigend.

Een tweede bestuurlijke vernieuwing, waar de eerder genoemde subgroep financiering zich voor inzette, betrof het maken van plannen binnen een *financieel kader*. Op grond van de genoemde beddenreductie-bij-voorbaat ontvangt het Project Gezondheidszorg Almere jaarlijks tot en met dit jaar een extra uitkering voor niet-reguliere eerstelijnszorg. Het is dankzij de creatieve inzet van beleidsmedewerkers van het ministerie van WVC en de Ziekenfondsraad dat als vervolg hierop in 1989 geld voor én reguliere én niet-reguliere zorg via een financieel kader voor Almere ter beschikking komt.

Een derde bestuurlijke innovatie betrof de introductie van de *zorgbegroting*, met daarin de begrotingen voor het komende jaar van alle instellingen en beroepsbeoefenaren die voor Almere werken. Thans is, dankzij het instellen van een planings- en begrotingsoverleg van alle betrokkenen, de zorgbegroting een volwassen – zij het nog steeds te laat gereedkomend – beleidsstuk geworden, waarvan de bijproducten tijdens de voorbereiding: onderlinge beleidsafstemming en uitwisseling van financiële ervaringen, haast net zo belangrijk zijn als de prioriteitenstelling die uit de zorgbegroting zelf naar voren komt.

#### WETTELIJKE BASIS

Bovenstaande bestuurlijke vernieuwingen zijn thans vastgelegd in een Algemene Maatregel van Bestuur, die bekend staat onder de naam 'Besluit Experiment Gezondheidszorg Almere' (BEGA)\*, waardoor een wettelijke basis aan het project werd gegeven. Hierdoor kan in Almere nog meer nadruk op de eigenlijke zorgvernieuwing in de eerste lijn liggen, zodat bij de opening van het nieuwe ziekenhuis eind 1990 ook de zorg thuis, versterkt en in een nieuwe structuur, op volle toeren kan draaien.

Veel werk is nog te verzetten. Inhoudelijk zullen patiënt en hulpverlener moeten wennen aan zorg die tot voorheen in het ziekenhuis werd geboden. Van principiële betekenis is nu hoe de planning en financiering in het BEGA zijn gekoppeld en de rollen toebedeeld aan overheid, financiers en zorgaanbieders. De *Rijks-overheid* geeft enige *globale* richtlijnen in de vorm van minimum-capaciteitsnormen en aanwijzingen voor de samenhang en wijksgewijze opzet van de eerstelijnszorg. De Wet Ziekenhuis Voorzieningen blijft van kracht.

De intramurale richtlijnen van deze wet representeren maximumcapaciteitsnormen. De minister stelt verder jaarlijks een financieel kader vast, gebaseerd op de zorgbegrotingen van de afgelopen jaren. De *verzekeraars* adviseren daarbij en beheren het financiële kader. Aan de hand van deze richtlijnen stelt vervolgens de *gemeente* een *globaal* plan in hoofdlijnen op, op geleide van prijsopga-

ven van financiers en aanbieders van zorg. Vervolgens wordt een *gedetailleerde* uitwerking van het gemeentelijk plan gemaakt door *verzekeraars* en de gezamenlijke *aanbieders*, met een verdeling van functies, capaciteiten en middelen. Deze uitwerking culmineert in de zorgovereenkomst, waaraan alle partijen zijn gebonden en die tot betaling van de vervulde functies leidt door de *verzekeraars*.

Het is duidelijk dat op deze wijze, naast een inhoudelijke vernieuwing, in Almere ook een bestuurlijke vernieuwing tot stand komt en dat beide homogeen worden samengevoegd op gezag van de overheid en leiden tot een geprononceerde positie van aanbieders en financiers, terwijl de rol van de bevolking en lagere overheid van meet af aan duidelijk is.

#### TUSSEN WVG EN 'DEKKER'

Het project in Almere werd bij de aanvang, ruim vijf jaar geleden, gesteld in het kader van het beleid dat sinds de Structuurnota van 1974 vorm had gekregen: regionale samenhang, fusies van extramurale voorzieningen, accentuering van de eerste lijn en planning op grond van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG). Hierboven werd vermeld wat werd bereikt. Een vergelijking van de situatie in Almere met het algemene landelijke beleid is daarom van belang.

Een aantal duidelijke bezwaren dat de WVG met zich meebracht, werd in Almere door de gevolgde werkwijze vermeden. Zo werden de loodzware bureaucratistische procedures van de planning omzeild en ontstond er niet meer dan één globaal hoofdlijnenplan, opgesteld door de gemeente aan de hand van simpele richtlijnen van het ministerie van binnen een financieel kader. Verder werd de lacune die de WVG openliet tussen planning en financiers overbrugd door de zorgbegroting. Deze zorgbegroting loopt uit in de zorgovereenkomst, waarin de gedetailleerde uitwerking van het globale plan geschiedt door aanbieders en verzekeraars.

Inmiddels echter is voor de regering de planning van de gezondheidszorg grotendeels obsoleet geworden en komt de nieuwe aanpak, aanbevolen door de commissie-Dekker, volop naar voren. Het is hier niet de plaats ons te verbazen over het gebrek aan consistentie van een beleid dat binnen tien jaar zigzagt van het ene leidende idee naar het andere: in de

jaren zeventig de regulering, in de jaren tachtig de markt (en in de jaren negentig mogelijk weer wat anders). Vruchtbaarder lijkt het na te gaan hoe 'Almere' zich verhoudt tot 'Dekker'.

In de eerste plaats toont Almere de juistheid van de constratering door Dekker c.s. dat de bestaande regelgeving alle flexibiliteit van de zorgverlening verlamt. De beschreven vernieuwingen in Almere, zoals het gecombineerde verzorgings- en verpleeghuis en de EVA, kostten jarenlange gevechten tegen de regels die stipuleren dat dat zo niet kan en moet. Zonder de krachtige steun van het ministerie was het project al direct in die gevechten blijven steken. Dekker pleit terecht voor deregulering! De globale en lichte planning door de overheid (Rijk, gemeente en provincie) blijkt in Almere echter als gereguleerde procedure zeker hanteerbaar. Voor de totstandkoming van de zorgverlening verlangt Dekker van aanbieders en verzekeraars een geprononceerde rol als 'marktpartijen'. De beschreven zorgovereenkomst in Almere spoort in vergaande mate met die eis. Het financieel kader in Almere loopt vooruit op de eenheid van financiering die in het rapport-Dekker zo op de voorgrond staat. Inhoudelijk is verder de substitutie van de tweede lijn door de eerste lijn in Almere duidelijk conform de visie van Dekker c.s., evenals de geprononceerde positie van de patiënten in Almere.

Er is dus een aantal belangwekkende overeenkomsten. Echter: ook de verschillen zijn opvallend. In Almere wordt de gehele zorg gepland, lichtvoetig, weinig bureaucratisch, maar: gepland. En de gemeente speelt daarbij een rol: niet dominerend, maar wel cruciaal. En er is een stringent vestigingsbeleid voor alle beroepsbeoefenaren.

Ervan uitgaande, dat de wijziging van de verzekeringssystematiek ingevolge het rapport-Dekker (basis- en aanvullende verzekering, met procentuele en nominale premies) minder belangrijk is voor de beoordeling van het project in Almere komt nu de volgende conclusie naar voren: In Almere werd een aantal aspecten van het 'oude' beleid consequenter aangepakt dan elders, hetgeen heeft geleid tot inhoudelijke en bestuurlijke vernieuwingen die overeenkomen met belangrijke doelstellingen van de benadering-Dekker. Veronderstellende, dat de zeer versterkte positie van de verzekeraars in Almere ook daar kan leiden tot de gewenste scherpe kostencalculaties, blijft de vraag hoe de plaats van de plan-

\* Besluit Experiment Gezondheidszorg Almere, Besluit van 1 februari 1988, houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in artikel 41, alsmede 52, 54 juncto 41, 55 en 84 van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, ten behoeve van een experiment in de gemeente Almere.



ning in Almere te beoordelen, met de rol van de gemeente daarbij en de duidelijke territoriale regionalisatie die er vorm kreeg. Nu de regering aankondigt de WVG te willen intrekken, en de extramurale planning dus zal vervallen, is deze vraag des te belangwekkender. Dat van de WVG minder dan werd verwacht is terechtgekomen in de invoeringsgebieden, is evident. Of het marktmechanisme, dat nu de voorkeur krijgt, betere effecten zal sorteren is nu nog niet duidelijk. De genuanceerde benadering van de 'markt', zowel in het advies van Dekker c.s. als in de recente derde Dekker-brief van de regering, is daarom prijzenswaardig, maar de vraag blijft of planning zinvol is of niet.

Een bezwaar tegen niet plannen is natuurlijk dat incidentele ontwikkelingen dan maatgevend kunnen worden en het zorgsysteem daardoor afhankelijker kan worden van op die incidenten gebaseerde ad hoc-beslissingen, los van een redelijk lange-termijnperspectief. Een lichte planning, zoals in Almere ontwikkeld, kan een tegenwicht vormen tegen een dergelijke gang van zaken.

Waarschijnlijk zal noch de planning, noch de markt een panacee bieden voor alle problemen en is een gematigde scepsis, die tot genuanceerd beleid voert, een wijs uitgangspunt. Niet is in te zien dat de gemeenten – al dan niet samenwerkend – geen inbreng zouden moeten hebben bij de opzet van de zorgverlening voor hun eigen bevolking. Zolang de inbreng soepel te operationaliseren is, zoals in Almere, pleit er veel voor de lokale overheid wel degelijk een redelijke marge van beleidsvrijheid te geven binnen globale richtlijnen van Rijk en provincies. Die inbreng impliceert ook territoriale geografische regionalisatie (= gemeentelijke gebieden), zoals die in nagenoeg ieder gezondheidszorgstelsel bestaat.

## EPILOOG

Ingehaald als het is door de recente beleidsontwikkelingen in de gezondheidszorg, levert het project in Almere nu – ongezoekt – boeiende argumenten zowel pro als contra de derde Dekker-brief van de regering op. De argumenten pro zijn duidelijk. De argumenten contra bieden

mogelijk motieven tot nuanceren c.q. relativering van wat nu zo snel schijnt te moeten veranderen.

Almere heeft een aantal geslaagde vernieuwingen opgeleverd, hetgeen voldoening geeft. Bescheidenheid blijft toch nodig, want pas over enige jaren zal blijken of de experimentele opzet geheel aan de verwachtingen zal voldoen. Reeds nu echter gaat de betekenis van het project boven Almere zelf uit en biedt het perspectieven voor elders in het land.

Een uniek project, mogelijk gemaakt door de steun van velen, vooral door het ministerie van WVC en de Ziekenfondsraad, die het project doorzetten ondanks een nieuw beleid. □

A. N. de Wolf, *Onderzoek van het bewegingsapparaat. Fysische diagnostiek in de algemene praktijk*. Samsom Stafleu, Alphen aan den Rijn/Brussel 1987, 213 blz. ISBN 90 6016 739 2. Prijs f 89,—.

Dit boek, vooral bestemd voor huisartsen en fysiotherapeuten, bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundigen, voorziet in een grote behoefte. Immers, tot voor kort hebben al deze artsen nauwelijks onderwijs gehad in fysisch onderzoek van het bewegingsapparaat.

Door het werk van James Cyriax en zijn 'orthopaedic medicine school' is er meer belangstelling ontstaan voor de pathologie van de weke delen. De opvattingen van Cyriax zijn in het bijzonder in kringen van orthopedisch chirurgen nogal aangevochten, omdat de beschreven pathologie meestal niet kon worden onderbouwd door het vinden van pathologisch-anatomische substraten. De auteur, thans docent aan de Nederlandse Akademie voor Orthopedische Geneeskunde te Delft, is dit omstreden terrein niet uit de weg gegaan. Hij heeft een goed leesbaar boek geschreven over een systematisch onderzoek van het bewegingsapparaat, met vermelding juist van aandoeningen die in de eerstelijns geneeskunde vaak voorkomen. Elk hoofdstuk wordt ingeleid met een helder overzicht van de anatomie en is verlicht met duidelijke illustraties. Ofschoon De Wolf het boek heeft bedoeld voor fysische diagnostiek alleen, laat hij zich



hier en daar verleiden tot het vermelden van therapieën, mijns inziens niet altijd op even consequente wijze. Wel consequent vermeldt de schrijver, welke verschijnselen kunnen fungeren als alarmsymptomen, als tekens van 'niet pluis'-zijn.

Het palpatieonderzoek vermeldt de auteur in een apart hoofdstuk. Hij vermijdt hierbij de vraag, of dit deel van het onderzoek altijd noodzakelijk is en of dit voor dan wel na het functieonderzoek dient te geschieden.

Al met al een uitstekend boek, dat voor velen ook buiten de genoemde categorieën een goede gids kan zijn.

Dr. B. J. M. Aulbers, huisarts

J. M. Baks e.a. *Huisarts en Laboratorium (Practicum huisartsgeneeskunde)*. Bunge, Utrecht 1987. 86 blz. ISBN 90 6348 254 x. Prijs f 35,—.

Het nemen van goede klinische beslissingen vereist inzicht in de medische problematiek. Men mag protocollen niet zodanig vereenvou-

digen dat een onbegrepen handelen er het gevolg van is. Bij het onderricht aan huisartsen moet men scherp laveren tussen academische high brow enerzijds en readers digestachtige simplificaties anderzijds. Het boek 'Huisarts en laboratorium' voldoet aan bovengenoemde criteria van goed onderwijs aan huisartsen.

Naar aanleiding van casuïstiek wordt in hoofdstuk 1 het interpreteren van de verschillende leverfunctietesten inzichtelijk gemaakt. In hoofdstuk 2 wordt aan de hand van laboratoriumuitslagen een scherpe analyse van enkele anemische patiënten gegeven. In hoofdstuk 3 wordt de voor de meeste huisartsen nog steeds warrige diagnostiek van de infecties met het hepatitis A-, het hepatitis B- – het Epstein-Barr-, het cytomegalo- en rubellavirus, en de toxoplasmoseparasiet netjes op een rij gezet. De schildklierdiagnostiek in hoofdstuk 4 kan worden beperkt tot de T4- en de TSH-bepaling. In hoofdstuk 5 over allergie mist men de intracutane huidtesten die door een doktersassistente uitstekend kunnen worden uitgevoerd. Dat het instellen van een hyposensibilisatiekuur tegen huisstofmijt klinisch moet gebeuren, is een typische tweedelijnsopmerking. De medische beslissonde waarschuwt terecht voor een al te snel ziekte-positief beoordelen van weinig specifieke testen. In hoofdstuk 6 wordt echter wat al te badinerend over de verhoogde BSE geschreven.

J. L. Baggen



## Convocatie ledenvergadering 9 juni 1988

Het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging convoceert een ledenvergadering en een vergadering van de apotheekhoudende afdeling van de ledenvergadering op donderdag 9 juni 1988 om 18.30 uur.

De vergadering zal worden gehouden in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht (030-955911).

De agenda van de apotheekhoudende afdeling van de ledenvergadering luidt als volgt:

1. Opening.
2. Mededelingen.
3. Financiën:
  - a. verslag van de bevindingen van de financiële commissie met betrekking tot het financieel jaarverslag van 1987 van de penningmeester van de apotheekcommissie (*informatief*);
  - b. voorstel tot goedkeuring van het financieel jaarverslag 1987 van de penningmeester van de apotheekcommissie (*besluitvormend*);
  - c. voorstel tot décharge van de penningmeester van de apotheekcommissie (*besluitvormend*).
4. Wat verder ter tafel komt.
5. Rondvraag.
6. Sluiting.

De agenda van de ledenvergadering luidt als volgt:

1. Opening.
2. Mededelingen
3. Voorstel tot goedkeuring van de notulen van de vergadering van 17 december 1987 (88/845), de voortzetting van de op 17 december 1987 geschorste vergadering gehouden op 4 februari 1988 (88/1500) en de vergadering van 4 februari 1988 (88/1501) (*besluitvormend*);
4. Secretarieel jaarverslag; voorstel tot goedkeuring van het jaarverslag van de secretaris over 1987 (*besluitvormend*);
5. Financiën:
  - a. accountantsrapport (*informatief*);
  - b. verslag van de bevindingen van de financiële commissie met

betrekking tot het financieel jaarverslag 1987 van de penningmeester van de LHV (*informatief*);

c. voorstel tot goedkeuring van het financieel jaarverslag 1987 van de penningmeester van de LHV (*besluitvormend*);

d. voorstel tot décharge van de penningmeester van de LHV (*besluitvormend*);

e. voorstel tot benoeming van de leden van de financiële commissie (*besluitvormend*);

6. Eerste aanzet tot het sociaal plan van de LHV (*informatief/opiniërend*);

7. Honorering (*informatief*);

8. Beroepsopleiding:

stand van zaken (*informatief*);

inverdienregeling (*besluitvormend*);

vergoedingssystematiek huisartsopleiders (*informatief/evt. besluitvormend*);

vergoedingssystematiek huisartsen in opleiding (*informatief/evt. besluitvormend*);

9. Huisvesting: stand van zaken (*informatief/evt. besluitvormend*);

10. KNMG-2000: stand van zaken (*informatief*);

11. Automatisering: stand van zaken (*informatief*);

12. Artikel 19 van het reglement van de Stichting Goodwillfonds (*besluitvormend*);

13. Voortgang discussienota 'De positie van de huisarts in de toekomst' (*informatief*);

verdere koersbepaling, relatie LHV/NHG, relatie LHV/LSV;

14. Wat verder ter tafel komt.

15. Rondvraag.

16. Sluiting.

De benodigde stukken volgen. Notulen van ledenvergaderingen welke het BK bereiken tot drie weken voor de vergaderdatum worden geacht op deze agenda te zijn geplaatst.

S. Buijs, huisarts, secretaris-penningmeester



## Oriënterend lidmaatschap

Na verzoeken daartoe van LAD en LVSG ging het hoofdbestuur van de KNMG in zijn vergadering van 1 september jl. in principe accoord met een oriënterend lidmaatschap voor artsen die nooit lid zijn geweest van de KNMG, met een speciaal accent op potentiële leden van LAD en LVSG. Atgesproken werd dat KNMG, LVSG en LAD de financiële consequenties nader zouden uitwerken. Bij deze uitwerking bleken de financiële consequenties toch groter dan aanvankelijk werd gedacht. Opening van de mogelijkheid voor een gering bedrag oriënterend lid te worden van KNMG, LAD en/of LVSG zal ertoe leiden, dat zo goed als niemand zich meteen zal aanmelden als 'gewoon' lid. Dit brengt het verlies van zeer aanzienlijke contributie-inkomsten met zich mee.

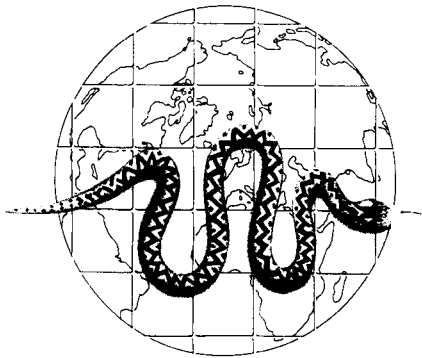
Gealarmeerd door bovengenoemde cijfers is gekeken naar mogelijkheden de actie met betrekking tot het oriënterend lidmaatschap te beperken tot bepaalde groepen van artsen. Bij een dergelijk gerichte actie zullen de financiële risico's voor KNMG en maatschappelijke verenigingen kleiner zijn. Voorts zal de actie kunnen gelden als testcase. Na afloop van de testcase kunnen financiële risico's beter worden ingeschat en kunnen activiteiten worden

geëvalueerd en bijgestuurd. De groep artsen die zich bij uitstek leent voor zo'n beperkte actie is de groep van sociaal-geneeskundigen in opleiding.

Het centraal bestuur van de LVSG heeft dan ook besloten het hoofdbestuur van de KNMG te vragen in ieder geval voor deze groep een oriënterend lidmaatschap open te stellen. Een punt van overweging daarbij is dat de organisatiegraad van sociaal-geneeskundigen lager is dan van specialisten en huisartsen. Hoewel het aantal werkzame sociaal-geneeskundigen moeilijk is te bepalen (de GHI rekent alleen de geregistreerde sociaal-geneeskundigen tot de groep sociaal-geneeskundigen; niet geregistreerden worden gerekend tot de groep 'overige artsen'), wordt geschat dat de organisatiegraad ligt rond de 43,5%. De organisatiegraad van sociaal-geneeskundigen in opleiding (sgio's) is nog lager: 41,7% (van de 523 sgio's zijn er 305 geen KNMG/LVSG-lid).

Het Landelijk Overleg Sociaal-Geneeskundigen In Opleiding (LOGGIO) staat positief tegenover dit voornemen van het LVSG-bestuur.

## Het 40ste KNMG-Ledencongres - 6, 7 en 8 oktober 1988 te Haarlem



### Preventie

Het 40ste KNMG-Ledencongres zal op 6, 7 en 8 oktober plaatsvinden in het concertgebouw te Haarlem. Tot thema is gekozen: 'Preventie'. Daartoe is alle aanleiding.

Wereldwijd, Europees en landelijk heeft men zich, bij een koers naar: 'Health for all in the year 2000', vastgelegd op preventie als de meest effectieve maatregel om deze utopie te verwezenlijken. Een veertigste congres heeft reden om aandacht op het behoud van gezondheid te vestigen: begint niet het leven bij veertig? En waarmee kan men nieuw leven beter ontvangen dan met het voorkomen van ziekten?

Dat sommigen preventie de voorkeur geven, omdat daarmee in de gezondheidszorg geïnvesteerd geld meer op zou brengen, leggen wij – mét mevrouw Borst-Eilers – als betwifelbaar naast ons neer. Wél een reden om preventie tot onderwerp van een jubileumcongres te maken is – naast de actualiteitswaarde voor het beleid – de kans om de grote verscheidenheid van artsen, die samen de KNMG vormen, te laten zien hoe beschikbare kennis op ieders terrein tot dit doel aangewend kan worden. Dergelijke kennis berust op een zodanige vervlechting van onderzoek op deelterreinen, dat men zich ook buiten het eigen specialisme aangesproken kan voelen. Alle artsen moeten zich op dit belangrijke onderwerp kunnen oriënteren.

Daarom menen wij, dat dit jubileumcongres toegankelijk moet zijn voor leden en (nog) niet-leden, alsmede met nadruk ook voor artsen in opleiding en voor basisartsen: preventie heeft immers met de toekomst te maken. Daar mag de jeugd zich niet voor afsluiten. Dankzij onze sponsors kunnen we de congresgelden zo laag houden, dat ook degenen die nog geen plaats in de gezondheidszorg hebben gevonden, het congres kunnen bijwonen.

Ook hoort het nadrukkelijk tot onze strategie, dat partners van

artsen kunnen deelnemen aan het wetenschappelijk gedeelte van dit congres. De adviezen van de arts blijken des te meer effect te hebben naarmate ze in zijn directe omgeving worden nageleefd. De trend van het congres zal worden gezet door Dr. W. P. Castelli, directeur van de wereldbekende Framingham studies, waarna professor Erkelens zijn voordracht zal transponeren naar de Nederlandse situatie. Aandacht zal worden besteed aan het voorkomen van iatrogene ziekten, aan de voorwaarden voor preventief handelen – op grond van het NIVEL-onderzoek – en aan preventie op de werkplek door bedrijfsgeneeskundige en verzekeringsgeneeskundige. Wat onderzoek op het terrein van de neuropeptiden in de toekomst zou kunnen bieden wordt door Professor De Wied belicht. De vorm waarin preventieve boodschappen het best kunnen worden aangeboden wordt behandeld vanuit GVO en NZI. Onze taak bij het signaleren van milieuproblemen, crisispreventie in (artsen)gezinnen en de opvang van stress komen aan de orde. De zorg voor de jeugd en alternatieven in de preventie zullen de laatste dag worden besproken.

Om gezinnen met kinderen de gelegenheid te bieden daaraan mee te doen, is het mogelijk gemaakt kinderen mee te brengen: zij zullen die ochtend kunnen deelnemen aan een programma speciaal voor hen.

Last but not least zijn we er trots op te kunnen meedelen dat we mevrouw Wina Born bereid hebben gevonden een voordracht te houden over lekker en gezond eten, nadat we eerst zijn ingelicht over wat we onze schoolkinderen plegen voor te zetten.

De lezer is welkom! De Haarlemse collegae hebben de hippocratische traditie hersteld, dat artsen artsen onderdak bieden.

Dr. W. W. Oosterhuis, voorzitter wetenschappelijke commissie

## Algemene ledenvergadering OLMA 24 mei 1988

De algemene ledenvergadering van Olma wordt gehouden op 24 mei 1988, aanvang 19.30 uur in de Domus Medica, Lomanlaan 103, Utrecht.

### Agenda

1. Opening.
2. Aanwijzing van een secretaris en een lid, ter vaststelling van de notulen.
3. Vaststelling jaarbericht 1987.
4. Commissarisverkiezing:  
Statutair worden de commissarissen benoemd door de Algemene Ledenvergadering uit bindende voordrachten, op te maken door het hoofdbestuur van de KNMG, c.q. de besturen van de maatschappelijke verenigingen. De voordrachten

bevatten de namen van twee personen voor elke vacature.

In de algemene ledenvergadering 1988 is volgens rooster aftredend de op voordracht van de KNMG gekozen commissaris A. B. M. van Berkel. Van de KNMG is ter voorziening in deze vacature de volgende, in volgorde van voorkeur, bindende voordracht ontvangen:

A. B. M. van Berkel, St. Willebrord;  
P. C. H. M. Holland, Oisterwijk.

5. Rondvraag.

6. Sluiting.

Namens de raad van commissarissen:

A. B. M. van Berkel, voorzitter  
A. M. Gründeman, secretaris