



redactioneel

- De belangrijkste mogelijkheid om kostenbewustzijn en kostenbeheersing tot gelding te brengen is volgens Prof. Dr. J. B. Stolte gelegen in het opsporen en uitwiden van verspilling. Hij komt tot die conclusie aan het eind van een betoog over kostenbewustzijn in relatie tot kostenbeheersing in het ziekenhuis.
- Vervolgens spreken de ondervoorzitter van de LSV en de aan het LSV-bureau verbonden econoom de hoop uit dat de overheid de vele suggesties en mogelijkheden inzake kostenbeheersing nader zal bestuderen en in overleg met het veld op hun haalbaarheid toetsen.
- Inmiddels heeft ook de Centrale Raad voor de Volksgezondheid kritisch gereageerd op de inspraaknota van de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne met betrekking tot het wetsontwerp Tarieven Gezondheidszorg.
- Volgens de Inspecteur van de Volksgezondheid ten behoeve van de paramedische beroepen, de heer A. de Wit is de relatie tussen arts en paramedicus er een die gebaseerd is op samenwerking. Hij leidt een uitvoerige beschouwing in over het beroep van oefentherapeut Mensendieck en Cesar. De presidente van de Nederlandsche Mensendieck Bond licht aansluitend de methode Mensendieck nader toe; datzelfde – maar dan inzake de methode Cesar – doet de voorzitter van de Vereniging Bewegingsleer Cesar.
- De ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging heeft een tweetal besluiten genomen, het ene betrekking hebbend op het rapport over de taken van de huisarts, het andere op de richtlijnen van de Ziekenfondsraad inzake financiële tegemoetkoming multidisciplinaire samenwerkingsverbanden.
- De Ziekenfondsraad heeft een tussentijds bericht gezonden aan de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne inzake eventuele eigen bijdragen van ziekenfondsverzekerden. De berichten daaromtrent in de vaste rubriek 'Uit de Ziekenfondsraad' worden redactioneel becommentarieerd.



De heer H. Paskamp, bedrijfsarts te Mander (gemeente Tubbergen) gebruikt voor zijn hobby diverse technieken: olieverf, aquarel, tekenen. Dit werkstuk, getiteld 'Schoor in Oud-Schoonebeek (Drenthe)' is uitgevoerd in olieverf op board, afmetingen 60 x 50 cm en was te zien op de tentoonstelling van 'Met Pincet en Penseel' in het Centraal Ziekenhuis te Alkmaar.

Foto: H. Frese, arts te Bergambacht.

Inhoud

REDACTIONEEL

| | |
|--|------|
| Brieven | 1530 |
| <i>Inzenders: H. E. der Weduwen, Dr. D. van Veen, J. M. Toppinga, H. Engel, R. Coveen</i> | |
| Kostenbewustzijn in relatie tot kostenbeheersing in het ziekenhuis, door Prof. Dr. J. B. Stolte | 1535 |
| De specialist en kostenbeheersing, door Dr. A. Kastelein en Drs. H. Willems | 1539 |
| Uitspraak CAO-Ziekenhuiswezen | 1542 |
| Centrale Raad voor de Volksgezondheid reageert op Inspraaknota | 1543 |
| Continue morbiditeitsregistratie Peilstations 1977 | 1544 |
| Het beroep van oefentherapeut Mensendieck en Cesar. De relatie arts en paramedische beroepen, een samenwerkingsrelatie, door A. de Wit | 1545 |
| De methode Mensendieck, door Mw. W. Voskamp-Meuser Bourgognion | 1548 |
| De methode Cesar, door Mw. E. Hoekstra-Sonnega | 1550 |
| Ledenvergadering der LHV | 1552 |
| Uit de Ziekenfondsraad | 1553 |
| OFFICIEEL | 1555 |
| Inhoudsopgave officieel | 1560 |

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

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

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

Uitgave

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

Abonnementen

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

Advertenties

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

Adreswijziging

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

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Koninklijke Tijl, Zwolle.

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

RECHTVAARDIGING VAN EEN GEDWONGEN OPNAME

Het relaas van collega De Winter in MC nr. 45/1978, blz. 1421, geeft aanleiding tot de volgende aantekeningen.

1. Het is niet juist te stellen, dat de geneeskundige verklaring zoals bedoeld in artikel 16 en artikel 35c, lid 3 van de Krankzinnigenwet en vereist in de procedure welke moet leiden tot een gedwongen opname in een krankzinnigengesticht, de rechtvaardiging vormt voor die opname. De rechtvaardiging ligt in het gemotiveerd oordeel van de bevoegde rechter c.q. burgemeester, op grond waarvan de beschikking welke strekt tot een gedwongen opname wordt gegeven. De arts die een geneeskundige verklaring afgeeft handelt in deze 'slechts' als medisch deskundig adviseur, met dien verstande dat hij geacht wordt niet alleen conclusies van zijn onderzoek te vermelden maar ook de wijze waarop hij tot deze conclusies is gekomen. Door diens beredeneerd verslag wordt de rechter gesteund bij zijn eigen oordeelsvorming in hoeverre aan de vereisten in de wet gesteld is voldaan betreffende: a) het geestelijk gestoord zijn, b) de noodzaak tot opname en c) de noodzaak tot de toepassing van dwang. Het voorgescreven formulier met de standaardvragen laten een beredeneerd verslag niet of nauwelijks toe. In veel gevallen wordt de arts verleid tot het hanteren van telegramstijl bij de beantwoording van de gestelde vragen, waardoor de rechter zich nauwelijks een beeld vermag te vormen van de actuele situatie. Naar mijn mening correspondeert de juridisch logische volgorde van de gestelde vragen niet met de denkwijze van de arts, hetgeen mede aanleiding kan geven tot misverstanden. Bij de komende wetwijziging zou aandacht kunnen worden besteed aan de herziening van het momenteel geldend model 'Geneeskundige verklaring'.

2. De rechter die moet oordelen over het bestaan van gevaar, vraagt het oordeel van de medisch deskundige en – zo nodig – bijvoorbeeld ook van de politie. De arts moet bedenken, dat het begrip 'gevaar' zeer ruim kan worden geïnterpreteerd en niet uitsluitend is beperkt tot

'levensgevaar'. Van Dale zegt: de mogelijkheid dat uit de gegeven omstandigheden onheil, ongeluk of nadeel kan voortvloeien'. In de memorie van toelichting op het ontwerp van Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) wordt gevaar omschreven als de ernstige mogelijkheid op ongewilde verstoring of belemmering van de openbare orde, het welzijn en/of de rechtstoestand. De stelling dat elke psychose een gevaar inhoudt in de zin der Krankzinnigenwet is juist, maar niet elke patiënt die gedwongen wordt opgenomen is psychotisch en het gevaar is niet altijd van dien aard dat een opname moet worden geforceerd.

Op de arts rust de verplichting de rechter inzicht te geven in het zijns inziens aanwezige gevaar op een wijze dat de rechter de gedachtengang van de arts kan volgen. Nu wordt de arts door de formulering van de door de wetgever gestelde vragen min of meer gedwongen bepaalde feiten en verschijnselen aan te geven waaruit het dreigend gevaar moet blijken, terwijl het weergegeven feit in geen enkele relatie hoeft te staan met de aard en de ernst van het door de arts aanwezig geachte gevaar.

3. Het is een misvatting dat momenteel voor elke gedwongen opname het gevaarscriterium bepalend is. Dit is, formeel, alléén het geval bij de inbewaringstelling door de burgemeester in die gevallen dat de rechterlijke voorlopige machtiging niet kan worden afgewacht. Gevallen waarbij behandeling of observatie geen uitstel gedogen. De rechter neemt normaliter kennis van het verzoek tot het afgeven van een machtiging tot voorlopige plaatsing van betrokkene in een krankzinnigengesticht, neemt kennis van de geneeskundige verklaring, kan betrokkene of rekestant horen en kan getuigen oproepen. De afweging door de rechter is de waarborg waarmee de gedwongen opname als vrijheidsontneming in een rechtsstaat is omgeven. Een afweging welke zorgvuldige voorlichting van de rechter door de arts vooronderstelt. Een gunstige prognose bij onverwijld therapie mag niet onvermeld blijven in de ter zake dienende verklaring, zo ook de

doorlezen naar blz. 1532

ZIEKENFONDSRAAD EN EIGEN RISICO

De Ziekenfondsraad heeft de staatssecretarissen van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en van Sociale Zaken tussentijds bericht gezonden inzake eventuele eigen bijdragen van ziekenfondsverzekerden (zie het verslag van de laatste vergadering van de raad, blz. 1553). Het betreft het eigen risico van f 10,— per dag ingeval van opname in een inrichting, te dragen door ongehuwden boven de 18 jaar met een eigen inkomen en gehuwden die geen van hen afhankelijke kinderen hebben. In de adviesaanvraag stellen de bewindslieden dat voor de betrokken personen besparingen in de kosten van het dagelijks levensonderhoud aantoonbaar zijn, die zij op f 10,— per dag hebben getaxeerd.

De Ziekenfondsraad werd gevraagd ook aan de hoogte van dit bedrag aandacht te schenken. Had den de bewindslieden die hoogte willen toetsen, dan waren zij bij de Ziekenfondsraad aan het verkeerde adres. In aanmerking zouden kunnen komen instellingen als de Stichting Nederlandse Gezinsraad of het Gezins-Begrotings Instituut; deze instellingen hebben ongetwijfeld ervaring met de invloed die ziekenhuisopnamen – in het bijzonder langdurige ziekenhuisopnamen – op het gezinsbudget hebben. De Ziekenfondsraad heeft zich nu deskundigheid laten aanmeten op een terrein waarop hij niet deskundig te achten is. Dat blijkt ook duidelijk uit zijn antwoord. Hoewel de bewindslieden het hebben over kosten van het levensonderhoud, spreekt de Ziekenfondsraad alleen over een besparing op de voedingskosten ad f 5,— per dag. Er is nog een reeks andere factoren die het gezinsbudget bij opname van een

gezinslid in het ziekenhuis beïnvloeden. Om er een paar te noemen: extra reiskosten voor bezoek, het extra bloemetje of fruit voor de patiënt, extra aanschaf van onderen nachtgoed, eventueel noodzakelijke kosten van gezinshulp, besparing op rookgerei. Allemaal zaken waarvan niet is te verwachten dat de Ziekenfondsraad het aangewezen orgaan is om hun invloed op het gezinsbudget te wegen, laat staan te beoordelen.

De Ziekenfondsraad noemt zijn antwoord een bericht dat een zuiver technisch karakter heeft. Dit is wederom een ondoordachte uitspraak. Het zou wel eens kunnen

*De Ziekenfondsraad
heeft zich nu
deskundigheid
laten aanmeten
op een terrein
waarop hij
niet deskundig
te achten is*

zijn dat, indien alle gevolgen van een ziekenhuisopname in de berekeningen worden betrokken, er geen sprake is van besparingen in de kosten van levensonderhoud maar integendeel van een financiële belasting. Dit is met name het geval, indien opname van een der echtgenoten gezinshulp noodzakelijk maakt. Toch gaat de raad zonder meer uit van een besparing. Door de mogelijkheid van een vermindering van het gezinsbudget buiten beschouwing te laten gaat zij er namelijk impliciet van uit dat opname in een inrichting altijd leidt tot besparingen. Dit is een beleidsuitspraak. We spreken dan niet over de vrees van het CNV, dat de

'besparing van slechts f 5,—' onbedoeld als een suggestie zou kunnen gaan fungeren.

Wel tot de competentie van de Ziekenfondsraad behoort het uitbrengen van een advies over de wijze waarop een eventueel nieuw in te voeren eigen bijdrage zal moeten worden geïnd en de daarmee verband houdende inningskosten. De raad zegt toe, spoedig met een advies daarover te komen. Wil men dit advies niet dezelfde oppervlakkige geest laten ademen als het tussentijds bericht, dan zal er van 'spoedig' nauwelijks sprake kunnen zijn. Tenminste als 'spoedig' betekent: vóór 1 januari 1979, de datum waarop de regeling immers zou moeten ingaan. Zolang men nog niet weet voor welke terreinen van extramurale zorg het eigen risico gaat gelden, zou men voor alle mogelijkheden een systeem van inning en kostenberekening moeten opzetten. Om een voorbeeld te noemen: terzake van de geneesmiddelenvoorziening zal het inningssysteem anders zijn dan terzake van hulp door de fysiotherapeut of de huisarts. Zou de Ziekenfondsraad zich alleen beperken tot het opzetten van een systeem van inning en kostenberekening voor bijvoorbeeld de fysiotherapie, dan zal hij door zijn keuze al heel gemakkelijk een beleid suggereren.

De beide staatssecretarissen hebben de Ziekenfondsraad wel in een lastig parket gebracht door op grote haast aan te dringen. Hun argument was dat het om een zuiver technisch advies ging. Uit het bovenstaande blijkt, dat een technisch advies zonder beleidsaspecten nauwelijks mogelijk is. Bij een zo principiële zaak als het eigen risico is dat ook eigenlijk nauwelijks te verwachten.

B.

opvatting van de geneesheer dat patiënt onnodig lijdt. Terzijde moge worden opgemerkt, dat een procedure voor de kantonrechter nog diezelfde (werk)dag kan zijn voltooid.

Het aanhangige ontwerp wet-BOPZ vereist nadere bestudering, nu hierin ook het gevaarscriterium voor de normale procedure is opgenomen.

4. De beoordeling van het geestelijk gestoord zijn moge behoren tot ons vak, de inhoud van het begrip 'krankzinnigheid' is sterk verbonden met het gedrag, dat betrokkene vertoont voor zover dat afwijkt van de sociale norm. Ook de bedreiging welke de omgeving van patiënt ervaart is afhankelijk van sociale normen. Vanuit dit gezichtspunt moet wellicht aan sociale gegevens meer aandacht worden gegeven bij de beoordeling door de rechter dan nu het geval kan zijn. Ook eigener beweging kan de arts in antwoord op de vraag: 'Welke mededelingen en wenken acht U nog van belang?' verwijzen naar inlichtingenbronnen zoals maatschappelijk werk, politie of een sociaal-psychiatrische dienst. In ieder geval wordt van de arts niet verlangd dat hij taken verricht welke beter door anderen kunnen worden vervuld.

Het feit, dat het de behandelend arts bij de huidige wetgeving uitsluitend in het geval van een inbewaringstelling door de burgemeester is toegestaan mede te werken aan een opname tegen de wil van betrokkene, heeft tot gevolg dat vele ambtelijk werkzame collegae noodgedwongen worden ingeschakeld bij deze procedures. Het voordeel hiervan is, dat althans deze collegae kennis dragen van de procedures en de wijze waarop deskundigen van verschillende disciplines zich met elkaar dienen te verstaan.

Helmond, 16 november 1978

H. E. der Weduwen, arts

LUISTEREN ALS PSYCHOSOCIALE HULP

Met veel belangstelling las ik het artikel van R. E. Offerhaus, in MC nr. 43/1978, pag. 1357, en de repliek daarop van Prof. Dr. J. C. van Es in MC nr. 46/1978, pag. 1433, beide handelend over psychosociale hulpverlening. Daarbij wordt een vrij uitgebreide nomenclatuur gebruikt als professioneel en non-professioneel, formeel en informeel, nulde en eerste en tweede lijn. Termen die overigens op duidelijke wijze worden verklaard en die wellicht alle samengevat kunnen worden met de term intermenselijke hulpverlening. Bij deze uitvoerige discussie over de organisatie van de hulpverlening en de kwalificatie van de hulpverleners miste ik toch wel voorbeelden van de aard van de hulp, terwijl de plaats van de hulp alle

aandacht kreeg. Immers, de wijk of de buurt werd herhaaldelijk als zodanig vermeld.

Ten aanzien van plaats en aard van hulpverlening heb ik twee vragen of opmerkingen. Zou het in de psychosociale zorg of dienst niet vaak wenselijk of aanbevelenswaardig zijn dat de hulpbehoevende juist tijdelijk uit zijn buurt of wijk weggaat om afstand te nemen en opvangen te worden door hulpverleners van de 'nulde lijn' elders, bij voorkeur in een rustgevende omgeving?

Ten aanzien van de aard van de hulp refereer ik aan een uitspraak van Dietrich Bonhoeffer in zijn boekje 'Gemeinsames Leben', die als volgt luidt: 'Der erste Dienst, den einer dem andern in der Gemeinschaft schuldet besteht darin, dasz er ihn anhört.'

Het geduldig, aandachtig, welwillend *luisteren* naar de ander is een tijdroevende, inspannende en vermoeiende bezigheid, vaak meer vragend in engagement dan het geven van raad of het instellen van een therapie.

Swolgen, 18 november 1978

Dienst tot luisteren
Dr. D. van Veen

ARTS IN MILITAIRE DIENST

Jaarlijks studeren aan de Nederlandse universiteiten ongeveer 900 manlijke artsen af. Om onduidelijke redenen komen circa 300 artsen in werkelijke dienst. Door het ministerie van Defensie wordt voor de specifieke huisartsopleiding uitstel verleend. Hoewel het aanlokkelijk lijkt gebruik te maken van deze regeling wil ik U op het volgende attenderen: Vanwege de gevolgd opleiding is het voor het ministerie van Defensie zeer aantrekkelijk deze artsen als huisarts voor het kader en hun gezinnen te laten functioneren. Het blijkt nu echter dat een huisartsaantekening bijna gelijk staat aan plaatsing in West-Duitsland. Hiervoor neemt men bij voorkeur ongehuwden (gelijk aan duurzaam samenwonend). Wanneer er echter een onvoldoende aanbod is van ongehuwden worden de plaatsen in West-Duitsland ingenomen door gehuwden.

Er bestaat dus een duidelijke ongelijkheid tussen enerzijds huisarts en aankomend specialist (bijna verzekerd van een plaatsing aan het thuisfront) en anderzijds gehuwde en ongehuwde huisarts. Met deze kennis 'gewapend', dient men er zich goed rekenschap van te geven of van het gulle aanbod van de overheid wel gebruik zou moeten worden gemaakt!

Amsterdam, 17 november 1978

J. M. Toppinga, huisarts

OP EEN KRUISPUNT VAN WEGEN?

Wie vanaf 26 mei t/m 17 november dit jaar Medisch Contact systematisch heeft nageslagen op de aanwezigheid van artikelen die direct of indirect met het werken van de huisarts in de eerste lijn of met diens contacten naar andere lijnen toe te maken hebben, zal in dit tijdsbestek 31 artikelen hebben kunnen aantreffen, verspreid over 21 nummers. In dit tijdsbestek een opmerkelijk grote oogst bijdragen aan de ideeënvorming en als discussie-onderwerpen, gezien het feit dat in eerdere nummers van dit jaar nauwelijks een artikel is te vinden waarin huisarts-ideeën of -problemen centraal staan. Vanwaar deze toch plotselinge stroomversnelling in het in meer of mindere mate gemeenschappelijke aandachtsveld van huisartsen als georganiseerde beroepscategorie? Vanwaar de verandering in teneur, klimaat en opstelling, die in de bijdragen in MC van het laatste half jaar duidelijk ken- en voelbaar is ten opzichte van bijdragen in de eerdere periode? In dit licht gezien lijkt de ideaal gestelde gedachtenwereld van Prof. Dr. H. J. Dokter in 'Humanistieke (ook huisarts?) geneeskunde' (MC nr. 21/1978, blz. 652, getiteld 'De mens als middelpunt in de gezondheidszorg') een (voorlopig?) laatste aanzet en poging te zijn op de wil tot onderling begrip en samenwerking en op het in redelijkheid verzoenen van de belangentegenstellingen een beroep te doen. Zo lijkt dit schrijven in de tijd een breekpunt te vormen voor ideeën en stellingnames van latere scribenten, die duidelijk meer concreet en realistisch, en daardoor ook *harder*, zich in de probleemgebieden opstellen. De voorzitter van de LHV, collega J. W. Jacobze, heeft het onbehagen en het tastenderwijze zoeken naar effectieve actie – dat eerst meer onderhuids, maar allengs sterker in bredere kring, ook in de achterban, naar voren komt – ter inleiding van de laatste ledenvergadering in Utrecht verwoord en in bruikbare operationele vorm gegoten (MC nr. 46/1978, blz. 1439), waardoor inderdaad nu pas echt een *vuist* kan worden gemaakt. Een vuist, om in de eerste plaats de direct bij de problemen betrokkenen, alle huisartsen in kwestie (voor zover dat nodig is) wakker te schudden en hen te wijzen op het gevaar dat hen bedreigt als niet met elkaar oplossingen worden gevonden die het functioneren in hun beroep nieuwe inhoud en functie kunnen en moeten geven. Wat is de plaats van de huisarts in het totaal van de huidige en toekomstige gezondheidszorg? Een vuist die gemaakt moet worden tegenover de centrale overheid, de gezamenlijke ziekenfondsen, de andere medische beroepscategorieën en zo nodig de gemeenschap als geheel, wil de eigen plaats en functie van de huisarts niet verder worden uitgehold en willen niet alle mogelijkheden tot het verkrijgen van een betere en meer gerechtvaardigde positie en

functioneren van de huisarts tot onaanvaardbare minima worden teruggebracht.

Zo door hem gesteld, lijkt me de verontrusting door collega Jacobze geuit één die wars is van overdrijving of overspelen van mogelijke tegenspelers met zakelijke en terechte argumenten tegen overdreven eisen van onze kant, omdat deze eisen ons inziens niet overdreven zijn, maar een minimumpakket aan beroepsmatig en maatschappelijk functioneren zal inhouden. Als er al van 'overspelen' sprake is, dan van die kanten waar tot nu toe onvoldoende bereidheid leek te bestaan zich in de situatie van de huisarts met zijn veranderende visie ten opzichte van zijn beroepsmatig en maatschappelijk functioneren in te leven en de consequenties uit deze, zich veranderende situatie te trekken. Willen in principe alle huisartsen met elkaar, en in zekere en voldoende mate ook andere betrokkenen en verantwoordelijken in de totale gezondheidszorg werkenden, een effectieve versterking van het functioneren van en in de eerste lijn, dan moet de vuist hard kunnen worden gemaakt, ook in die betekenis dat die vuist voldoende financiële middelen krijgt toegestopt om er werkelijk wat nieuws en beters mee te kunnen doen. Zo niet, dan blijven we bij een *papieren* vuist van mooie woorden en hooggestemde verlangens en blijven plannen tot verandering voor langere tijd in de bureaula liggen.

Leiden, 19 november 1978

H. Engel, arts

ONVERANTWOORDE PRAKTIJKOVERNAMEN

De laatste tijd begint het usance te worden dat jonge huisartsen, moe van het zoeken naar een praktijk, eigen geld investeren of zich een de draagkracht ver te boven gaande financiering op de hals halen. Overnamesommen boven de één miljoen gulden zijn niet ongewoon. Het in een praktijk gestoken eigen geld komt er waarschijnlijk nooit meer uit. Ernstiger acht ik de 'maligne' financiering. De beginnend huisarts moet om zijn rentelasten te kunnen betalen er een baantje bij nemen. Daardoor heeft hij minder tijd voor zichzelf, zijn gezin en zijn praktijk. Een door financiële lasten dol gedraaide huisarts acht ik een smet op de professie en een gevaar voor de kwaliteit van de volksgezondheid. Licht het op de weg van de KNMG om jonge collegae te behoeden voor de val in een financieel-economisch ravijn?

Apeldoorn, 19 november 1978

R. Coveen

SYMPOSIUM LVAG

'De opleiding tot specialist, hoe verder?'

Op zaterdag 13 januari 1979 organiseert de Landelijke Vereniging van Assistent-Geneskundigen in de Jaarbeurs te Utrecht het symposium 'De opleiding tot specialist, hoe verder?' Het doel van het symposium is assistent-geneeskundigen en hun opleiders te informeren over veranderde opvattingen over inhoud en doel van de specialistenopleiding. Aanvang: 9.45 uur.

Programma

Zorgen over de kwaliteit der medische specialistenopleidingen

Dr. J. Roos (Den Haag)

Het continuüm arts, beroepsopleiding, nascholing in relatie tot de Algemene Maatregel van Bestuur Post Academisch Onderwijs

Dr. S. Duursma (Utrecht)

De specialistenopleiding door een onderwijsbril bekeken

Prof. Dr. P. J. M. van der Lugt (Maastricht)

Ervaringen met de opleidingsstructuur in de chirurgische specialismen

Dr. H. A. Verbeek (Leiden)

Ervaringen met de opleidingsstructuur in de radiologie

Prof. Dr. J. D. Mulder (Leiden)

Achtergronden van de regionalisatie van de gezondheidszorg, in het bijzonder met betrekking tot het onderwijs

Prof. Dr. A. Querido (Leiden)

The training of the specialist in Sweden

Prof. Dr. G. Ström (Uppsala)

The training of the specialist in the United Kingdom

Dr. R. F. Robertson (Edinburgh)

Standpunt van het Centraal College voor de Erkenning en Registratie van Medische Specialisten over de huidige opleidingsvormen en de aangegeven alternatieven

Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen (Utrecht)

Voor inlichtingen en inschrijving kunt U zich wenden tot het secretariaat van de LVAG, Lomanlaan 103 te Utrecht, tel. 030-885411, toestel 210.



Tegen eigen risico – Circa 200 personen uit de kringen van ziekenfondsen, gezondheidszorg en vakbeweging zijn in de initiatiefgroep 'geen eigen risico in het ziekenfonds' in het geweer gekomen tegen de plannen van het kabinet-Van Agt voor invoering van een eigen risico in de ziekenfondsverzekering van honderd gulden en een tiende eigen bijdrage per verpleegdag. Volgens de actiegroep wil het kabinet, ondanks alle kritiek uit de Tweede Kamer de invoering van dat eigen risico in het ziekenfonds doorzetten. De actiegroep wijst erop dat de regering ondanks de

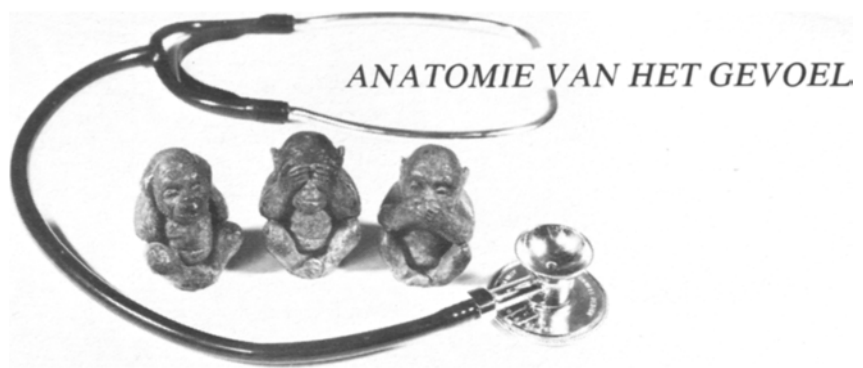
kameruitspraak toch de Ziekenfondsraad om advies heeft gevraagd over die honderd gulden. De actiegroep is fel tegen dat eigen risico en de eigen bijdrage en ook tegen uitbreiding van het systeem van bijbetalingen en tegen aantasting van het verstrekkingenpakket. De initiatiefgroep heeft zich inmiddels met een brief tot de Tweede Kamer gericht met de oproep om op principiële gronden de invoering van een eigen risico van de hand te wijzen. Onder de ondertekenaars van de brief zijn de wethouders van Volksgezondheid van Amsterdam en Rotterdam, verschillende hoogleraren in de geneeskunde en tal van huisartsen en directeuren van ziekenfondsen.

Ministerie en verslaving – Bij het directoraat-generaal voor de Volksgezondheid is een afdeling Verslavingsaangelegenheden ingesteld.

Deze afdeling zal beleidsvoorbereidende werkzaamheden verrichten met betrekking tot de preventie en opvang van risico's, voortvloeiend uit het gebruik van alcohol en drugs. Zij zal binnen het ministerie een coördinerende rol op dit terrein vervullen. De afdeling zal bovendien worden belast met de uitvoering van de subsidieregeling voor de consultatiebureaus voor alcohol en drugs. Op 1 januari 1979 zal de afdeling haar werkzaamheden aanvangen.

Kosten geneesmiddelen – De dalende tendens in de kostenstijging van het geneesmiddelengebruik zal doorzetten. Dat verwacht Nefarma, de organisatie van de Nederlandse farmaceutische industrie. De prijsstijgingen zullen de komende jaren waarschijnlijk bescheiden zijn. Ze zullen in elk geval niet méér omhoog gaan dan het algemene prijsniveau. Vorig jaar is buiten de ziekenhuizen aan geneesmiddelen f 1.675 miljoen uitgegeven, f 325 miljoen minder dan eerder was geraamd. In 1973 stegen de kosten van het geneesmiddelengebruik nog met 13,6%; in 1977 met 6%. Aan gegevens van het CBS ontleent Nefarma dat de prijzen van de geneesmiddelen in 1976 met 5,5% en in 1977 met 3,7% zijn gestegen, terwijl de kosten van levensonderhoud in die jaren met respectievelijk 8,9% en 6,8% stegen.

Adviesaanvraag over IMP'en – De staatssecretarissen van Volksgezondheid en van Sociale Zaken maken zich zorgen over de ontwikkeling van de instituten voor multidisciplinaire psychotherapie (IMP'en). Mw. Mr. E. Veder-Smit schrijft dit aan de Ziekenfondsradaad in een nadere adviesaanvraag over de psychotherapie. In IMP'en worden cliënten behandeld door psychiaters, psychologen en maatschappelijk werkers. Bij de inwerkingtreding van de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW) werden deze instituten tijdelijk onder de AAW gebracht, omdat de door hen verstrekte psychotherapie niet valt onder de medische voorzieningen die worden betaald via de wettelijke ziektekostenverzekeringen (Ziekenfondswet, AWBZ). Het geld komt bij de IMP'en binnen via de bedrijfsverenigingen. Op grond van de AAW kan hun ontwikkeling – er zijn er inmiddels ruim honderd – niet aan banden worden gelegd. De zorgen van de staatssecretarissen gelden niet alleen de structurele kant van de zaak, maar ook de financiële. Mw. Veder schrijft dat zij het gewenst acht dat de IMP'en zo snel mogelijk onder de AWBZ worden gebracht; deze biedt namelijk mogelijkheden om de ontwikkeling van de instituten in de hand te houden. Voordat de bewindsvrouw deze kwestie in de ministerraad kan brengen, moet de Ziekenfondsradaad eerst aangeven hoe en onder welke voorwaarden de financiering via de AWBZ kan worden verwezenlijkt.



Bultjes op twee centimeter van mijn anale ring

Voor het eerst tijdens mijn co-schap in dit ziekenhuis schrijf ik dit dagboek niet rond middernacht – zoals gewoonlijk – maar 's morgens vroeg, en dan nog wel in de kamer waar ik mijn eerste patiënt onderzocht. Er zijn in je leven een aantal momenten die je nooit zult vergeten: de eerste dag op de lagere school, het toelatingsexamen, de eerste sigaret, het eerste pilsje, het eerste meisje, de eerste vrijpartij, het eindexamen, de eerste dag op de universiteit, maar ik kan hier gerust aan toevoegen: mijn eerste patiënt en mijn eerste prik. Wanneer ik bekijk met welk een gemak ik nu de naald erin jens, dan kan ik niet geloven dat ik dit drie maanden geleden voor de eerste maal deed. Dat maakte toen heel wat meer indruk op mij dan de eerste dode die ik mocht aanschouwen. Want toen dacht ik: is dat nou alles? Maar dat was inderdaad alles.

Vanmiddag heb ik het spreekuur van Dr. Wouters bijgewoond; twintig mensen in drie uur. Ik moet eerlijk bekennen dat mijn waardering voor Dr. Wouters met de dag groter wordt. Hij doet het voortreffelijk. Iedereen komt volledig aan zijn trekken. Tegelijkertijd maak je de mooiste dingen mee. Een patiënt had veel last van peri-anale jeuk. 'Geoccupeerd met zijn anus', stond er ook duidelijk in zijn status. Dat bleek wel, want op een gegeven moment zei de man broodnuchter: 'Dokter, u heeft bij de rectoscopie wel niets gevonden, maar wanneer ik zelf mijn vinger erin steek voel ik op ongeveer twee centimeter van mijn anale ring wat bultjes.' Nondeju, ik kon mij er nauwelijks van weerhouden in lachen uit te barsten, maar Dr. Wouters bleef doodserius en beantwoordde alle vragen heel beleefd. Even later kwam er een gezette juffrouw, die vertelde dat ze 'zondagsavonds om de vijf weken' pijn in haar hele lichaam kreeg. Heel netjes legde Dr. Wouters toen uit, dat ziekten zich doorgaans niet aan één bepaald dag in de week houden. Ze nam dit voor

kennisgeving aan en ging prompt verder met een serie andere klachten.

Een ander meisje, dat voor de eerste maal door collega Goossens was bekeken en ondanks zijn geruststellend onderzoek nog niet was genezen, veranderde ieder moment van klachtenpatroon. Zij was aanvankelijk gekomen voor pijn in de bovenbuik, maar plotseling had ze ook slikklachten en toen Dr. Wouters deze klacht een beetje negeerde had ze ineens last van haar rug. Het deed mij denken aan een patiënte die ik zelf onlangs had gestatust:

'Vertelt u eens, mevrouw, waar heeft u last van?'

DAGBOEK
VAN EEN
CO-ASSISTENT
(58)

'Oh, dokter, ik heb de laatste weken weer zo'n pijn in mijn benen!'

'En waar zit die pijn precies?'

'Hiér, dokter, en zij straalt naar boven uit.'

En in mijn schouders voel ik het soms ook.'

'Wilt u zeggen, mevrouw, dat die pijn in uw benen naar uw schouders trekt?'

'Nee, dokter, dat is een aparte pijn en nu herinner ik mij ineens dat ik vannacht een ontzettende hoofdpijn had.'

'Luistert u eens goed, mevrouw. Ik vroeg naar uw hóófdklacht.'

Ze knikte begrijpend. En ik vervolgde: 'Laten wij het hebben over één plaats waar u pijn heeft. De andere pijnjes komen de volgende keer aan bod.' Plotseling voelde ik mij als een autoritaire baas die zijn hond staat af te knauwen, maar de internist die mijn status toen controleerde verzekerde mij dat ik juist had gehandeld.

Alexander van Es

Kostenbewustzijn in relatie tot kostenbeheersing in het ziekenhuis

Onverwachte dingen kunnen vreesreacties en paniek meebrengen. Dit lijkt op te gaan voor de stijgende kosten van de gezondheidszorg. Dit verschijnsel schijnt in welhaast alle ontwikkelde landen een iegelijk overrompeld te hebben.

Zoals zo dikwijls wanneer mensen door vrees worden bevangen komt het tot irrationeel reageren. Dit ziet men met name bij mensen als politici, die menen ter verantwoording te zullen worden geroepen voor het feit dat ze het gebeuren niet voorkómen of tenminste niet aangekondigd hebben. De jacht op beschikbare schuldigen is open, zondebokken worden gezocht. Beschuldigingen van misbruik van mogelijkheden ten eigen bate, van verwaarlozing of van schuldige domheid vliegen in het rond.

Economen en planners worden aan het werk gezet om het geheel weer op het rechte spoor te zetten. Of hun bemoeienissen een gunstige invloed zullen hebben is echter aan twijfel onderhevig, zoals de voorzitter van de KNMG nog onlangs betoogde. Een van de zachtzinniger reacties is de suggestie, dat de stijgende kosten althans ten dele verklaard kunnen worden door verlies aan inzicht. Vrijwel alle partijen die bij de gezondheidszorg zijn betrokken zouden zich niet meer bewust zijn van het feit dat op dit gebied – net als elders – dingen en diensten in zeer veel gevallen vergoed moeten worden. Men veronderstelt dat als gevolg hiervan de vraag naar diensten van gezondheidszorg welhaast onbegrensd is en dat er zonder veel beperking aan wordt beantwoord.

Men zoekt de reden daarvan in de allesomvattende gezondheidszorgverzekering of het stelsel van nationale gezondheidszorg,

door *Prof. Dr. J. B. Stolte*



Prof. Dr. J. B. Stolte, DMSA, bracht onlangs een samenvatting van dit artikel als voordracht op de Joint Meeting of European Association (IHF) in Düsseldorf.

die het inzicht in de relatie tussen zorg en kosten hebben doen verdwijnen. Er is – naar men veronderstelt – geen kostenbewustzijn meer. Men pleit dan ook voor maatregelen om dit kostenbewustzijn weer op te wekken als middel tot kostenbeheersing. Daarbij dient echter bedacht te worden dat we hier met weinig nauwkeurige termen te maken hebben. Ze geven een complex fenomeen aan zonder precisie. Kostenbewustzijn wordt eigenlijk alleen genoemd als men in werkelijkheid een tekort eraan wil kenschetsen. Er zijn verschillende elementen in verweven:

1. informatie, begrijpen daarvan en het zich bewust worden daardoor;
2. bereidheid om op de informatie te reageren;
3. het vermogen om op de informatie te reageren.

Dubbelzinnig

Aangezien men de kostenstijging met

verlies aan kostenbewustzijn in verband brengt, omdat onbeperkt gebruik der dienstverlening zou resulteren, gaat men ervan uit dat herleving van het kostenbewustzijn tot kostenbeheersing in de zin van vermindering van de kostenstijging zal leiden. In werkelijkheid kan echt kostenbewustzijn echter zelfs leiden tot kostenverhoging omdat de relatie van kosten en prestatie beter wordt ingezien.

Ook kostenbeheersing is een dubbelzinnige term. Men kan er mee bedoelen dat aan de kosten een bovengrens wordt gesteld of dat verspillingen moeten worden tegengegaan. Het zorgen voor het niet beneden een minimumgrens gaan wordt er niet mee aangeduid, hoewel zulks zeer wel in de term zou kunnen liggen. Wanneer men bestrijding van verspilling bedoelt is er weinig verschil met doelmatigheid.

Naar men beweert zijn burgers, gezondheidswerkers en politici geen van allen kostenbewust wanneer het om gezondheidszorg gaat. De burgers maken aanspraak op te veel en te kostbare diensten en de politici geven toe aan allerlei pressie die wordt uitgeoefend om meer en betere gezondheidszorgdiensten ter beschikking te krijgen. De ziektekostenverzekeraars schieten tekort in kennis en inzicht om hun onderhandelingspositie werkelijk tot gelding te brengen.

De artsen houden geen rekening meer met de financiële draagkracht van de patiënt bij hun medische beslissingen, omdat hij toch verzekerd is en 'dus niet zelf hoeft te betalen'; ze voelen zich niet geremd in hun neiging om te maximaliseren en te innoveren. De bedrijfsleiding in de ziekenhuizen toont haar gebrek aan

kostenbewustzijn met allerlei prestige-investeringen, wat des te gemakkelijker kan omdat in de 'not-for-profit'-situatie kostendekkende tarieven gelden die géén sancties ten opzichte van verspillingen meebrengen. In al deze gevallen behoeft de besluitvormer de financiële consequenties van zijn beslissingen niet onmiddellijk zelf te dragen. Vele schrijvers – en vooral economen – menen dat dit tot een onbeperkte vraag naar diensten bij de burgers moet leiden. Dit is echter zeer de vraag. De kosten van de gezondheidszorgdiensten mogen namelijk niet gelijk worden gesteld aan de daarvoor geleverde betalingen of de financiële kosten. Gezondheidszorgdiensten worden niet gezocht om eigentwil. Ze gaan vaak met onaangenaamheden gepaard. Ze veroorzaken steeds 'tijdverlies'. Alternatieve mogelijkheden om de tijd, die het ontvangen en geven van gezondheidszorgdiensten kost, vervallen. Men spreekt van 'opportuniteitskosten' ten aanzien van de ermee gemoeide tijd. Zij zijn de oorzaak, samen met de onaangename bijverschijnselen, die maakt dat de vraag naar gezondheidszorgdiensten beperkt is. De werkzaamheid van deze beperking maakt gezondheidszorg verzekeraar. Een onbegrensd risico is niet te verzekeren.

Simplificatie

Het bovenstaande is een simplificatie. Er is steeds sprake van een 'grijs' gebied omdat mensen verblind of onwetend kunnen zijn. Het risico dat voorkómen of tot een minimum beperkt moet worden kan worden overschat, wat tot overdreven vraag kan leiden. Het kan ook onvoldoende worden afgewogen ten opzichte van andere behoeften. Het komt zelfs voor dat de noodzaak van een keuze in het licht van de beperktheid der beschikbare middelen helemaal niet wordt ingezien. Over het geheel zijn dit echter marginale verschijnselen, die slechts oplossingen in margine vergen. Menig schrijver is toch van mening dat er enige en misschien zelfs vrij veel onverantwoorde vraag naar gezondheidszorgdiensten in het algemeen is en zeker naar ziekenhuisdiensten. Deze wordt

eensdeels toegeschreven aan onjuist gedrag van de zijde der burgers, anderdeels aan dubieuze besluitvorming van de artsen. Bij beide groepen zou zulks samenhangen met gebrek aan kostenbewustzijn. De bedrijfsleiding van het ziekenhuis heeft weinig mogelijkheden om het kostenbewustzijn bij de burgers of de patiënten effectief te verhogen. Men kan zich afvragen, of haar instrumenten in dit opzicht ten aanzien van de artsen – en met name de ziekenhuisartsen – meer vermogen. Weinigen zullen ontkennen dat artsen zich zeer wel bewust zijn van de remuneratieve consequenties die hun beslissingen bij de behandeling van de patiënt voor hen zelf hebben. Over het geheel genomen lijken ze in dit opzicht echter niet vaak over de schreef te gaan. Fatsoen, sociale druk en de opportuniteitskosten van vrije tijdsbesteding houden kennelijk ongewenste neigingen in redelijke mate tegen. Hun moet worden getoond wat zij zelf en hun patiënten zullen moeten missen wanneer bepaalde verlangens hunnerzijds worden bevredigd of wat mogelijk wordt wanneer zeker spijzuchtig gedrag wordt vermeden. De betekenis van opportuniteitskosten en sociale kosten zullen zij moeten inzien. Jammer genoeg wordt er tijdens de opleiding nog onvoldoende aandacht aan besteed. Er ligt hier ook nog een onderzoekgebied braak. Het is overigens opvallend hoe vaak verspilling in de geneeskunde op slechte medische zorg neer komt. Overbodige diagnostische en therapeutische ingrepen zijn niet alleen verspilling, ze zijn gewoonlijk ook nadelig voor de gezondheid. Elke dag in het ziekenhuis die niet strikt noodzakelijk is, brengt fysieke en psychische risico's en niet zelden schade mee. Het ziekenhuis is nu eenmaal een gevaarlijke omgeving. Allerlei vormen van massa-onderzoek zijn verwerpelijk omdat ze de rol van zieke aan personen kunnen opdringen die er niet mee gebaat zijn en er zeker niet gelukkiger door worden. Zo zijn er nog vele andere voorbeelden. Het verschaffen van informatie betreffende de financiële consequenties van de geneeskundige behandeling aan artsen en patiënten heeft weinig invloed. Verondersteld wordt dat het kostenbewustzijn bijbrengt en zo eventueel tot rationeler gedrag aanzet. In landen als

Frankrijk en België, waar de patiënt de dokter rechtstreeks betaalt (de artsen aanvaarden de 'tiers payant' niet) verschilt het gedrag van artsen en patiënten nauwelijks van dat in landen waar de verzekering de arts rechtstreeks betaalt. Soms wordt de informatie aan de artsen in zodanige vorm verschaft dat ze de financiële gevolgen van hun medische beslissing met die van andere artsen kunnen vergelijken. Het is mogelijk dat dit hen meer kostenbewust maakt en tot kostenbeheersing leidt. Besparing hoeft er echter niet uit te volgen. Het kan sommige zuinige artsen zelfs tot het maken van meer kosten aanzetten. Dit hoeft niet verkeerd te zijn, al is het meestal niet de bedoeling.

Investeringen

Kostenbewustzijn en kostenbeheersing zijn niet alleen van belang voor de exploitatiekosten en lopende uitgaven. Hun betekenis is wel zo groot ten aanzien van investeringen, aangezien die de capaciteit bepalen en zodoende de vaste kosten, die zeker 80% van alle ziekenhuiskosten uitmaken. Artsen en verpleegkundigen zijn tot maximalisering geneigd met betrekking tot investeringen. Zij wensen alles ter beschikking te hebben dat het risico voor de patiënt doet verminderen zonder veel acht te slaan op de kosten. Deze maximalisering bedreigt echter het voortbestaan van de instelling en moet dus worden afgeremd. Men moet bij het afremmen wel rekening houden met de slechts conditionele loyaliteit van de betrokkenen ten opzichte van het ziekenhuis. Een evenwicht moet worden gevonden. Het is echter altijd wat wankel. Het lijkt belangrijk artsen en verpleegkundigen ervan te overtuigen dat zij niet buiten het ziekenhuis kunnen en dat de zorg voor het voortbestaan ervan ook hun belangen (en die van hun patiënten) dient. De voorstellen van artsen en verpleegkundigen voor investeringen zullen daarom alleen in behandeling kunnen worden genomen, wanneer ze gepaard gaan met uitgebreide gegevens betreffende te verwachten beslag op de capaciteit van de in te voeren investering en betreffende het benodigd bedieningspersoneel, onderhoudskosten, extra ruimte,

enzovoort. Daarvoor kan natuurlijk een beroep worden gedaan op de administratie en de inkoopafdeling van het ziekenhuis. De exercitie blijkt echter heilzaam te zijn en menig onberaden plan vond er zijn einde door.

Naar mijn mening is het onjuist om het voor investering beschikbare bedrag ten behoeve van medische of verpleegkundige voorzieningen zonder meer door de medische staf en/of de verpleegkundigen te laten verdelen. Het bevoordeelt de welbespraakten en de gevestigde belangen.

Het spreekt vanzelf, dat net als in andere sectoren van het sociale leven in de gezondheidszorg en in de ziekenhuizen misbruiken, onverschilligheid en verwaarlozing voorkomen. De belangrijkste instrumenten om ze tegen te gaan zijn een goede socialisatie van de onderscheiden werkers in hun sociale rollen door opvoeding en training en de sociale druk. De belangrijkste basis voor effectieve sociale controle ten opzichte van de ziekenhuisartsen is de medische staf, waarbij men overigens niet te veel mag verwachten van het stelsel van de intercollegiale toetsing en verwante werkwijzen.

Er is geen reden tot pessimisme, al beschikken we nog over weinig middelen om in te grijpen. Het lijkt zelfs ongewenst om dit – eventueel met harde middelen – te willen doen. Wettelijke regelingen met name zouden waarschijnlijk als een schadelijk keurslijf gaan werken zonder veel nuttigs te brengen. Het moderne ziekenhuis is nog een jong instituut. Als organisatie leert het voortdurend hoe het op aanvaardbare wijze aan zijn taak kan voldoen. Daar dient de bedrijfsleiding van het ziekenhuis een groot aandeel in te hebben. Het is een verre van eenvoudige opdracht die veel specifieke kennis en kunde vergt, veel volhoudingsvermogen en geduld, en bovenal moed.

Conclusies

1. In de conceptie van kostenbewustzijn en kostenbeheersing dienen alle kosten te worden betrokken, dus niet alleen de financiële consequenties van beslissingen. De sociale kosten zijn minstens even belangrijk.

2. Men zij voorzichtig ten aanzien

van het terugbrengen van het oneigenlijke element van de secundaire financiële consequenties in de medische besluitvorming. Het dient waarschijnlijk de belangen van de patiënt niet.

3. De bedrijfsleiding van het ziekenhuis zal moeten trachten kostenbewustzijn en kostenbeheersing tot een begrip te maken bij artsen en verpleegkundigen. Hun autonome beslissingen geven bestemming aan een zeer groot deel van de schaarse middelen waarover het ziekenhuis beschikt. Het zal hun duidelijk moeten worden (gemaakt), dat het voortbestaan van de instelling op het spel staat en dat ze daar groot belang bij hebben.

4. Enkele instrumenten waarmee men kostenbewustzijn en kostenbeheersing kan bevorderen zijn: a. tonen dat onnodige diagnostische en therapeutische ingrepen niet alleen verspilling betekenen maar dikwijls ook slechte geneeskunde; b. verschaffing van gegevens over kosten op zodanige wijze dat het verband met goede patiëntenverzorging duidelijk wordt; c. benadrukken van de betekenis van de sociale kosten voor de patiënt en diens familie; d. het leggen van de last ten aanzien van het aantonen van de gewenstheid en de te verwachten gevolgen van investeringen op de schouders van de voorstellers.

5. Men mag niet voorbijzien aan het feit dat het moderne ziekenhuis een nog jonge organisatie is die voortdurend leert. Hardhandig ingrijpen heeft een averechts effect, ook wat kostenbewustzijn en kostenbeheersing betreft.

Wanneer gepleit wordt voor maatregelen om het kostenbewustzijn bij artsen aan te wakkeren lijkt vooral beoogd te worden hen begrip bij te brengen voor de kosten die hun medische beslissingen veroorzaken onafhankelijk van hun eigen inkomen. De meeste van deze beslissingen nemen zij praktisch autonoom en terecht. Zij beschouwen de patiënt als hun onmiddellijke opdrachtgever. Hem behoort hun loyaliteit in de eerste plaats.

Dat neemt niet weg, dat ze met hun beslissingen ten aanzien van diagnostiek en behandeling een bestemming geven aan veel middelen, waarover ze geen eigendomsrechten uitoefenen en aan de inzet van allerlei

personeel dat niet in hun dienst is. De desbetreffende financiële consequenties hoeven zij niet zelf het hoofd te bieden.

Het wegvallen van deze belemmering wordt nogal eens opgevat als een reden dat de kosten stijgen. Het betreft hier echter een ingewikkelder materie dan op het eerste oog het geval lijkt te zijn.

De kern van de medische besluitvorming is in het spel. Terwijl in vroeger tijden de arts zich als het ware als zaakwaarnemer van zijn patiënt beschouwde, die niet alleen voor diens gezondheid maar ook voor zijn beurs verantwoordelijkheid droeg, is dit nu anders geworden. Het pijnlijke dilemma dat uit de geschetste positie voortkwam was de oorzaak van het in het leven roepen van ziektekostenverzekeringen en nationale gezondheidszorg. Hierdoor werd een oneigenlijk element uit de medische besluitvorming verwijderd. Dit heeft ertoe geleid dat de arts zich tegenwoordig vaak niet bewust is van de kosten die uit zijn medische besluiten voortvloeien. Men veronderstelt wel dat dit verlies aan kostenbewustzijn tot het wegvallen van een prikkel tot kostenbeheersing heeft geleid. Het is echter zeer de vraag of het oneigenlijke element weer in de medische besluitvorming moet worden teruggevoerd.

Ongewenste gevolgen

Welke ongewenste gevolgen zulks heeft, ziet men in die gevallen in West-Europa, waar artsen hun eigen dure apparaten als röntgentoestellen (West-Duitsland) of zelfs hun eigen ziekenhuizen (België, Frankrijk, West-Duitsland) exploiteren. De medische besluitvorming kan dan worden beïnvloed door factoren als produktiviteit, rentabiliteit en winst. Men heeft wel gesuggereerd, dat de een of andere vorm van een budgetstelsel tot kostenbeheersing door verhoging van het kostenbewustzijn zou leiden, met name wanneer de artsen of het hele personeel de beschikking krijgen over eventueel bespaarde middelen. Worden de middelen gebruikt om het inkomen van de betrokkenen te suppleren, dan dreigt de kwaliteit van hun werk in het gedrang te komen. Dit schijnt de reden geweest te zijn na twee-drie jaar de proef met deze werkwijze in de USSR rond het jaar 1970 te

beëindigen.

Wanneer de besparingen voor investering in het ziekenhuis (moeten) worden bestemd lijken de bezwaren minder groot. Het stellen van prioriteiten kan dan niettemin veel problemen geven. Het 'witte olifant'-syndroom – ondraaglijke exploitatiekosten van een onberaden investering – is maar al te goed bekend. In Nederland is de scheiding van de secundaire kostenconsequenties van de medische besluitvorming in de ziekenhuizen vrijwel afgerond met de huidige regeling van de afdoening der polikliniekkosten.

De invloed van de wijze waarop de arts wordt betaald op de medische besluitvorming is een afzonderlijk vraagstuk. Sommigen staan een dienstverband voor, anderen verdedigen het vrije ondernemerschap. Het is verre van eenvoudig om de consequenties van een keuze vast te stellen. De voorkeur lijkt op irrationele of ideologische gronden te berusten. In ieder geval zal men zich bij een diepgaand vergelijkend onderzoek niet kunnen onthouden van het in het geding brengen van de opportuniteitskosten der vrije tijdsbesteding.

Wanneer de beschikbare middelen worden beperkt komt men altijd voor de consequenties ten aanzien van de kwaliteit van het geleverde te staan. Dit bracht menigeen ertoe te zoeken naar een mogelijkheid kwaliteit en beperkingen in balans te houden. Sommige werkwijzen in deze als 'medical audit' en Professional Services Review Organisation (PSRO) hebben nogal wat publiciteit gekregen. Ze weerspiegelen de Amerikaanse cultuur en de toestanden in het Amerikaanse ziekenhuis. Het is zeer de vraag of men ze zonder meer naar Europa kan overplanten.

Mislukking

Het gaat er steeds meer op lijken, dat PSRO een mislukking wordt. In dit licht is het niet zonder belang dat de PSRO werd ontwikkeld om de medical audit in zeker opzicht te vervangen. Overigens kunnen dergelijke werkwijzen tot kostenstijging in plaats van tot kostenbeheersing leiden. Ze brengen sommige artsen tot een soort verdedigende vorm van geneeskunde (defensive medicine), gekenmerkt door overbodige diagnostische en

soms zelfs therapeutische ingrepen zonder nut en soms zelfs tot schade van de patiënt. Een dergelijk gedrag neemt men ook wel waar bij assistenten van veeleisende opleiders. Voor menige aandoening bestaan verschillende vormen van behandeling.

Om artsen ertoe te brengen de kosten in hun overwegingen te betrekken wordt wel aangegeven hen te laten werken binnen een beperkt budget naar eigen discretie. Men veronderstelt, dat ze in die omstandigheid de voorkeur geven aan de beste oplossing voor de meeste patiënten binnen de aangegeven beperkingen. Het heeft in sommige gevallen inderdaad resultaat gehad. Men kan zulks echter niet zonder meer aan de opgelegde financiële beperkingen toeschrijven.

Een neiging om zoveel mogelijk patiënten te helpen is waarschijnlijk de belangrijkste drijfveer, naast de behoefte om de sociale kosten voor patiënt en familie zo laag mogelijk te houden. De bedreiging van de kwaliteit is ook hierbij aanwezig. Dit wordt versterkt door het risico dat de verandering meebrengt ten opzichte van de routine die gedurende de opleiding werd verkregen en die gedurende de praktijk van jaren verder werd ontwikkeld.

Overigens is het vaak verre van eenvoudig om vast te stellen welke werkwijze de voorkeur verdient. Het is (nog?) niet mogelijk geneeskundig handelen te standaardiseren en pogingen daartoe lijken zelfs niet zonder gevaar. Geneeskunde is maar ten dele wetenschap. Verder moet men nog rekening houden met de druk die de patiënt en diens familie kunnen uitoefenen om de toepassing van door

de massamedia onder de aandacht gebrachte maar nog onvoldoende op hun nut onderzochte diagnostische of therapeutische ingrepen af te dwingen, zeker wanneer er nog (als in de Verenigde Staten) het risico van de aansprakelijkheidsprocedure aan vast zit. Ongetwijfeld leidt deze druk soms tot verspilling. Ze is echter niet altijd gemakkelijk te weerstaan.

Belangrijker dan het voorgaande is wellicht, dat de ziekenhuisarts de patiënt gewoonlijk slechts korte tijd meemaakt. Hij ziet hem ook niet in zijn normale omgeving. Het is voor hem dan ook moeilijk om de aan de ziekte en de behandeling voor de patiënt en zijn familie verbonden sociale consequenties (kosten) op de juiste betekenis te schatten. In landen zoals Zweden is dit des te bezwaarlijker, omdat daar de huisarts als de belangenbehartiger van de patiënt in dit opzicht vrijwel verdwenen is.

Verspilling

De belangrijkste mogelijkheid om kostenbewustzijn en kostenbeheersing tot gelding te brengen is naar mijn mening gelegen in het opsporen en uitwiden van verspilling. Veruit de meeste mensen achten verspilling verwerpelijk en zullen trachten deze te voorkomen wanneer ze wordt herkend. Voor dit laatste is wel dikwijls nodig dat men erop de juiste wijze op wordt gewezen.

Bij artsen en verpleegkundigen betekent dit dat de feiten in een voor hen verstaanbare vorm onder hun aandacht moeten worden gebracht, rekening houdend met hun stelsel van normen en waarden.

De specialist en kostenbeheersing

Kostenbeheersing of alleen maar bezuiniging?

In het begin van de jaren '70 begon de gedachte post te vatten dat ook in de gezondheidszorg een planmatige aanpak nuttig zou kunnen zijn. Berenschot, Bosboom Hegener en het GITP kwamen in opdracht van minister Stuyt met een dik rapport 'Onderzoek Beheersbaarheid Gezondheidszorg' (kosten f 300.000,— per cm). De commissie-Festen bracht vervolgens aan staatssecretaris Hendriks een advies uit inzake de mogelijkheid tot verbetering van de organisatie van de gezondheidszorg en het functioneren daarvan. Hierna volgde de staatssecretaris zelf met zijn structuurnota, waarmee een aantal gedachten uit de eerder genoemde rapporten – voor zover deze hem tenminste van pas kwamen – werden samengebundeld. Alle mogelijke instanties gingen zich daarna gevraagd of ongevraagd met deze materie bemoeien. Ook de pers en de media gaven de indruk dat erop het gebied van de gezondheidszorg heel wat geld te besparen zou zijn, hetgeen in een neergaande conjunctuur een topic van de eerste orde werd. Planmatige aanpak, beheersbaarheid van de zorg, dat wil zeggen het voorkomen van wildgroei door te kunnen bijsturen respectievelijk ingrijpen, werd in deze sfeer synoniem met bezuiniging. In plaats van een streven naar een grotere doelmatigheid, waarbij een gesteld doel met behulp van zo gering mogelijke inspanningen en middelen bereikt wordt, werden grove bezuinigingsmaatregelen getroffen. Daarbij werd de specialist die in het ziekenhuis werkt veelal afgeschilderd

door **Dr. A. Kastelein**
en **Drs. H. Willems**



Dr. A. Kastelein (r.) is ondervoorzitter van de Landelijke Specialisten Vereniging; Drs. H. Willems is als economisch stafmedewerker verbonden aan het bureau van de LSV.

als de man die de grootste kostenveroorzaker in de gezondheidszorg is en door wiens verkwisting – want het duurste is nog niet goed genoeg – de reusachtige kostenstijgingen van de laatste jaren tot stand kwamen.

Het is mede om deze reden dat de Landelijke Specialisten Vereniging in 1976 een symposium organiseerde, met als titel 'Kostenbeheersing vanuit het medisch functioneren onder handhaving van de kwaliteit'. Tijdens dit symposium werden door velen meerdere bijdragen geleverd die zouden kunnen leiden tot kostenbesparing in de gezondheidszorg.

Nu, twee jaar later, zijn er van de voorgestelde ideeën nog weinig operationeel geworden. Ook is gebleven de gedachte dat erop het terrein van de volksgezondheid zeer veel bezuinigd kan worden. De huidige regering is zelfs van mening dat het bedrag dat bezuinigd zou kunnen worden twee miljard gulden

bedraagt.

Een andere voor ons interessante gebeurtenis in 1976 was het tot stand komen van het Rapport Kostenbeheersing van de Ziekenfondsraad. Aardige bijkomstigheid is dat de voorzitter van de subcommissie die het hoofdstuk over de 'Maatregelen van Kostenbeheersing op het terrein van de Specialistische Hulpverlening' heeft verzorgd, de huidige staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne is. Inmiddels heeft de staatssecretaris laten weten in haar ambtsperiode, waarin de kostenbeheersing in de gezondheidszorg zeker centraal zal staan, uitwerking aan de destijds door de commissie gedane aanbevelingen te willen geven.

Relatie Rapport Kostenbeheersing – Structuurcommissie

Zonder een opsomming van deze aanbevelingen – waarvan er overigens reeds een aantal gerealiseerd werd; wij noemen hier onder andere het kosten-out maken van de verwijs- en herhalingskaarten en het van kracht worden van het Normenrapport – te willen geven is het wellicht aardig, gezien ook de taakopdracht van de onlangs door de staatssecretaris van Volksgezondheid ingestelde Structuurcommissie Honorering Medische Specialisten, waar sommige in deze aanbevelingen genoemde problemen terugkomen, even stil te staan bij enkele punten die derhalve in de nabije toekomst zeker aandacht zullen krijgen:

– het indien nodig herstellen van de balans in de honorering tussen de

verschillende specialismen en binnen één en hetzelfde specialisme (een gelijk honorarium voor een vergelijkbare ingreep);

- het bevorderen van de poliklinische functies, althans neutraliteit van de honorering ten aanzien van klinisch respectievelijk poliklinisch werken;
- honoreringsstructuren aanpassen aan ontwikkelingen binnen de geneeskunde (denk daarbij met name aan het inschakelen van nieuwe apparatuur en hulpkrachten).

Inkomensbeheersing of kostenbeheersing?

Het gaat hier veelal om ingrepen die moeten bewerkstelligen dat de honorering van de specialisten – lees inkomens – beter op elkaar wordt afgestemd en past binnen de daarvoor door de regering wenselijk geachte kaders.

Ook de Ledenvergadering van de LSV heeft zich de laatste jaren herhaaldelijk uitgesproken voor een honorering die bij benadering gelijk is voor alle specialismen en leidt tot inkomens, vergelijkbaar met de inkomens van vergelijkbare maatschappelijke groeperingen. In de praktijk is het tot nu toe echter bijna alleen mogelijk gebleken via geven hier en inleveren daar, dat wil zeggen aanpassingen in neerwaartse richting, enige verbetering door te voeren. Het moge u bekend zijn hoeveel moeite het ons door de opstelling van de ministeries van Economische Zaken en Volksgezondheid en Milieuhygiëne kostte om een honorariumverhoging voor de kinderartsen van tot nu toe 10% tot stand te brengen, terwijl tussen de vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen en de LSV een verhoging van ruim 23% overeengekomen was (over het resterende gedeelte van de verhoging vindt nog steeds overleg met beide ministeries plaats). Men vraagt zich dan ook weleens af of de specialisatiehonorering, welke nog geen 7% van de totale kosten van de gezondheidszorg uitmaakt, niet om andere redenen dan om bezuiniging in het middelpunt van de belangstelling staat. Op zijn minst wordt in ieder geval de indruk gewekt dat inkomensbeheersing in de gezondheidszorg belangrijker geacht wordt dan kostenbeheersing in de gezondheidszorg.

Een bevestiging van dit laatste lijkt weer gevonden te kunnen worden in de woorden die de heer Dolman op vrijdag 3 november jl. sprak tijdens het HEAD-congres. Daar stelde hij namelijk als dé mogelijkheid om de kostenontwikkelingen in de gezondheidszorg tegen te gaan het beteugelen van de inkomens van de in de ziekenhuizen werkzame academici en meer speciaal de medische specialisten. Denkt u niet dat deze geluiden alleen van die kant komen!

Praktische mogelijkheden tot kostenbeheersing vanuit het medisch functioneren

Veel belangrijker lijkt ons het feit dat de specialist als spil in het ziekenhuisgebeuren veelal de beslissingen moet nemen – daarbij denken wij niet aan ziekenhuisbedden die zoals veelal wordt beweerd op verzoek van de directie onder druk van het COZ gelegd worden – waaruit allerlei kosten direct voortvloeien. Met name zouden wij hier willen wijzen op de diagnosestelling. Zoals onder andere ook weer uit het recent door de overheid opgestelde ‘Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg’ blijkt, is het aantal diagnostische verrichtingen de laatste jaren in aanzienlijk sterkere mate toegenomen dan het overige medisch handelen. Zo nam in de jaren 1972-1975 het aantal verpleegdagen af met 3,87%. Het aantal verwijskaarten nam toe met 6,68% en het aantal therapeutische verrichtingen met 14,96%. De grootste toename vond plaats bij de diagnostische verrichtingen, en wel met 24,92%.

De vraag kan gesteld worden of deze toename van de diagnostische verrichtingen wel helemaal te rechtvaardigen is. Wij zijn ervan overtuigd dat in een aantal gevallen te gemakkelijk besloten wordt tot volgende diagnostische onderzoeken. Zoals overal zal ook in de geneeskunde de wet van de afnemende meeropbrengsten gelden, hetgeen wil zeggen dat in een aantal gevallen het negende of tiende diagnostische onderzoek nog nauwelijks iets of helemaal niets aan zinnige informatie oplevert. Men zou dit ook kunnen noemen het meervoudig bevestigen van het weten. Enkele voorbeelden:

1. Indien er na oraal contrastgebruik

galstenen aangetoond zijn, lijkt het mij overbodig om bij een dergelijke patiënt ook nog een echografie te doen om dezelfde galstenen weer op een andere wijze aan te tonen.

2. Indien de hoeveelheid bilirubine in het bloed hoger is dan 20 m.mol heeft een intraveneuze cholangiografie geen zin meer. Zelfs al zou er nog een choledochusschaduw gezien worden, dan nog is deze meestal zo vaag dat er geen behoorlijke diagnostiek mee bedreven kan worden. Het is wel zinvol om een echografie te doen.

3. Indien men via een urogram een niercyste vermoedt en via het echografisch onderzoek dit bevestigt is en bij punctie en celonderzoeken het beeld duidelijk is, dan geloof ik dat men een angiografie van de betreffende nier achterwege kan laten.

Daarnaast zullen in een aantal gevallen door het verrichten van poliklinische diagnostische onderzoeken klinische opnamen soms voorkomen worden. Voorbeelden:

1. De exploratieve Caldwell Luc, die klinisch plaatsvindt, kan vervangen worden door anteroscopie die poliklinisch kan geschieden.
2. Door computerfotografie kan men een pneumo-encefalografie nalaten, terwijl de eerste poliklinisch kan geschieden.

Een en ander heeft vanzelfsprekend weinig zin, indien deze lege bedden toch weer bezet moeten worden, omdat allerlei voorzieningen en diensten die de specialist en het ziekenhuis nodig hebben aan het aantal bezette bedden gekoppeld zijn. Het is dan ook begrijpelijk dat ook van ziekenhuiszijde in toenemende mate over de COZ-normen wordt geklaagd.

Rol COZ

Indien het COZ stelt dat men bij een bezettingspercentage van 85% ook minder mankracht en middelen krijgt, dan is het de vraag of het poliklinisch handelen bevorderd wordt. Verwacht mag worden dat dit niet het geval is. Het is een ervaringsfeit dat men voor de bezetting van een bepaalde afdeling, ook wanneer daar minder gebruik van gemaakt wordt, niet altijd kan volstaan met minder personeel.

Daarnaast is het logisch dat wanneer de relatief lichtere gevallen poliklinisch worden behandeld, de gemiddelde klinische patiënt meer zorg zal vereisen. Het is dan ook niet denkbeeldig dat wanneer men zich inspant om poliklinisch handelen te laten prevaleren men zich in zijn klinische mogelijkheden benadeelt. Zonder iets ten nadele van de kostenbewakende functie van het COZ te willen zeggen – hier is onmiskenbaar deskundige economische mankracht aanwezig – moet opgemerkt worden dat het COZ ook aan kostenbeheersing doet, waarvoor het in het geheel niet geëquipeerd is. Zonder deskundige inbreng van het 'veld' wordt het functioneren van de specialistische geneeskunde stiefmoederlijk bedeed en komt van kostenbesparing in de zin van doelmatigheidsstreven weinig terecht. Kostenbewaking wordt hier pure bezuiniging.

De overheid

Steeds meer blijkt dat het wat de volksgezondheid betreft er weinig toe doet wie regeert. Zo werden recente beslissingen van de vorige regering, die zonder inspraak van het veld genomen zijn, zoals:

- de bouwstop,
- de 4% beddennorm,
- de functiebevriezing, waarbij ziekenhuizen verboden wordt hun functies uit te breiden,

ook door de huidige regering de facto overgenomen, en wel in dier voege, dat in het laatste Financieel Overzicht van de gezondheidszorg onverbloemd vermeld staat dat de in 'Bestek '81' opgenomen ramingen zijn gebaseerd op de beperkingen zoals net genoemd. Bovendien heeft de regering inmiddels laten weten dat de 500 miljoen besparing die oorspronkelijk uit eigen bijdragen zouden moeten voortvloeien nu na aanvaarding van de motie-Lubbers voor een groot deel elders door de gezondheidszorg moet worden opgebracht.

Het lijkt dan ook niet overdreven te concluderen dat de kostenbesparing zoals die door de overheid wordt nagestreefd niet alleen gezocht moet worden in een beperking van overbodige uitgaven, dat wil zeggen in verhoging van de efficiëntie maar

tevens in een feitelijke bezuiniging op noodzakelijke uitgaven, die kunnen, ja welhaast moeten resulteren in een vermindering van kwantiteit en kwaliteit van de te leveren diensten.

Kwaliteitshandhaving wordt overgelaten aan medewerkers

In feite wordt aan de werkers in het veld – en dat is dan de inspraak die de regering toelaat – overgelaten of en in welke mate de door de overheid opgelegde volumebeperkende maatregelen deels door rationalisatie, deels door substitutie, zoals versterking van het eerste échelon en verschuiving van klinisch naar poliklinisch werken, kunnen worden opgevangen. Pogingen tot behoud van de kwaliteit worden daarom een zaak voor de werkers in het veld. Men kan zich afvragen of de overheid, die op deze wijze derhalve het behoud van de kwaliteit van de gezondheidszorg naar de werkers in het veld toeschuift bij het vaststellen van bezuinigende maatregelen niet meer haar oor bij de werkers in de gezondheidszorg te luisteren zal moeten leggen. Want alleen op die wijze kan een verantwoorde bezuiniging worden toegepast onder handhaving van de kwaliteit. Te meer klemt dit, omdat de overheid zelf geen prioriteit durft te stellen, waardoor in feite 'de zwarte piet' naar de professie wordt toegespeeld en deze het voor de patiënt kan vertalen.

Blik op de toekomst

Een start in de goede richting zou gemaakt kunnen worden indien er uitwerking aan de in het Rapport Kostenbeheersing van de Ziekenfondsraad gedane aanbevelingen wordt gegeven. Dit rapport werd immers in overleg met de verschillende medewerkersgroeperingen opgesteld.

Eveneens zou het overweging verdienen wanneer enkele van de tijdens het eind '76 gehouden eerder vermelde symposion gedane suggesties, die overigens op dit moment op elk symposion over kostenbeheersing genoemd worden en dus waarschijnlijk wel een kern van waarheid bevatten, nader onderzocht c.q. in de praktijk gebracht zouden kunnen worden.

Enkele van deze suggesties willen wij hier nogmaals noemen:

- de versterking van het eerste échelon middels:

- a. het door het ziekenhuis ter beschikking stellen van diagnostische faciliteiten aan de huisarts;
- b. het meer als consulent van de huisarts optreden door de specialist en een beter intercollegiaal overleg tussen huisarts en specialist inzake onder andere ontslagprocedure en ontslagtijdstip;
- c. een verbetering en uitbreiding van de opleiding, zodat het onder a en b gestelde ook daadwerkelijk gerealiseerd kan worden; bovendien zou door een uitbreiding van de opleiding bijvoorbeeld ook de kleine chirurgie weer door de huisarts gedaan kunnen worden;

- het meer kostenbewust maken van de specialist, hetgeen de laatste jaren zeker geschiedt, maar hetgeen ook door opname van deze problematiek in de opleiding nader geconcretiseerd zal kunnen worden;

- de verbetering van de samenwerking verpleeghuisarts – specialist, waardoor patiënten die in een verpleeghuisbed komen niet in een ziekenhuisbed behoeven te blijven liggen; zoals uit een onderzoek bij orthopaedische patiënten is gebleken, maar dit zal ongetwijfeld ook op ander gebied het geval zijn, liggen hier duidelijk mogelijkheden;

- een verschuiving van klinisch naar poliklinisch werken, hetgeen niet zal geschieden wanneer een beperking van het aantal bedden tot bijvoorbeeld 4% niet vergezeld zal gaan van een gelijktijdige uitbreiding van poliklinische faciliteiten; bovendien zal een dergelijke verschuiving niet gerealiseerd kunnen worden wanneer de daarvoor vereiste specialistische mankracht – poliklinische behandeling zal van de specialist meer tijd en energie vergen dan klinische behandeling – niet aanwezig zal zijn; daarnaast zal zoals reeds eerder gesteld de honorering van het specialistisch handelen hieraan dienen te worden aangepast.

De in het reeds meermalen genoemde door de overheid opgestelde Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg voorkomende

opmerking dat de 2.000 specialisten die er tot 1982 bij zullen komen een groot deel van de nu verwachte kostenstijging tot 1983 in beslag nemen, is niet alleen een schoolvoorbeeld van het leggen van verkeerde causale verbanden, maar doet zeker in dit licht uiterst merkwaardig aan.

Het zou aanbeveling verdienen indien de overheid eventueel middels inschakeling van de haar ten dienste staande adviesorganen, de vele suggesties en mogelijkheden die er kennelijk toch wel op het gebied van de kostenbeheersing zijn, nader zal bestuderen en ze in overleg met de werkers in het veld, die daar gaarne

toe bereid zullen zijn, op hun haalbaarheid toetst. Op die wijze zal een kappen van de voorzieningen, zoals in de toekomst dreigt plaats te vinden, waarbij aan de kwaliteitsbewaking geen of een te kleine plaats wordt toegekend, kunnen worden voorkomen.

Uitspraak CAO-Ziekenhuiswezen

Uitvoeringsregelingen arbeidsduur en werktijden en bereikbaarheids- en aanwezigheidsdienst

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

Gelet op artikel 9 van de uitvoeringsregeling arbeidsduur en werktijden en artikel 8 van de uitvoeringsregeling bereikbaarheids- en aanwezigheidsdienst

1. *Gezien de vraag:*

Heeft een werknemer recht op een compensatiedag, indien hij bereikbaarheids- c.q. aanwezigheidsdienst heeft op een roostervrije dag, zijnde een algemeen erkende feest- of gedenkdag, niet vallend op zaterdag of zondag?

Overwegende:

Dat in artikel 9 van de uitvoeringsregeling is vermeld, dat aan de werknemer, werkzaam volgens rooster met wisselende diensten, een compensatiedag wordt toegekend indien hij een roostervrije dag geniet op een feest- of gedenkdag, niet op zaterdag of zondag vallende: dat ingevolge de eerste beslissing van de 7e uitspraak het mogelijk is op roostervrije dagen bereikbaarheids- c.q. aanwezigheidsdienst te laten verrichten; dat ingevolge artikel 8 van de uitvoeringsregeling bereikbaarheids- en aanwezigheidsdienst voor de uren, in bedoelde diensten doorgebracht, een compensatie in vrije tijd wordt toegekend.

Beslist als volgt:

Aan een werknemer, die op een

roostervrije dag, zijnde een algemeen erkende feest- of gedenkdag, niet vallend op zaterdag of zondag, bereikbaarheids- c.q. aanwezigheidsdienst heeft, wordt uit dien hoofde geen dag ter compensatie toegekend.

2. *Gezien de vraag:*

Heeft een werknemer voor wie de werktijden bij rooster* zijn geregeld, recht op een compensatiedag, indien hij bereikbaarheids- c.q. aanwezigheidsdienst heeft op een door de werkgever aangewezen vakantiedag?

Overwegende:

Dat, aangezien eveneens voor de uren, doorgebracht in bereikbaarheids- c.q. aanwezigheidsdienst volgens artikel 8 van de desbetreffende uitvoeringsregeling een compensatie in vrije tijd wordt gegeven, geen aanspraak bestaat op een compensatiedag.

Beslist als volgt:

Aan een werknemer, voor wie de werktijden bij rooster zijn geregeld, wordt voor het verrichten van bereikbaarheids- c.q. aanwezigheidsdienst op een door de werkgever aangewezen vakantiedag uit dien hoofde geen

compensatiedag toegekend.

3. *Gezien de vraag:*

Heeft een werknemer voor wie de werktijden niet bij rooster zijn geregeld, recht op een compensatiedag, indien hij bereikbaarheids- c.q. aanwezigheidsdienst heeft op een feest- of gedenkdag, niet vallend op zaterdag of zondag, of op een door de werkgever aangewezen vakantiedag?

Overwegende:

Dat t.a.v. de in de vraag gestelde situatie eveneens de in artikel 8 van de uitvoeringsregeling bereikbaarheids- en aanwezigheidsdienst opgenomen compensatieregeling van toepassing is.

Beslist als volgt:

Aan een werknemer, voor wie de werktijden niet bij rooster zijn geregeld, wordt, indien hij bereikbaarheids c.q. aanwezigheidsdienst heeft op een feest- of gedenkdag, niet vallend op zaterdag of zondag, of op een door de werkgever aangewezen vakantiedag, uit dien hoofde niet een dag ter compensatie toegekend.

Aldus gegeven te Utrecht, de 12e oktober 1978.

* Onder een rooster wordt verstaan een regeling van werktijden, geheel of gedeeltelijk liggend buiten de uren, aangegeven in artikel 2, onder a, van de uitvoeringsregeling arbeidsduur en werktijden te weten tussen 07.00 uur en 18.00 uur op maandag t/m vrijdag.

Centrale Raad voor de Volksgezondheid reageert op Inspiraaknota

De Centrale Raad voor de Volksgezondheid heeft een dezer dagen aan de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne advies uitgebracht inzake een onder meer aan de raad aangeboden zogenaamde Inspiraaknota met betrekking tot het in oktober 1976 bij de Tweede Kamer ingediende ontwerp van wet Tarieven Gezondheidszorg. Omtrent dit wetsontwerp had de raad in juni 1977 reeds een advies uitgebracht aan de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Blijkens de Inspiraaknota overweegt de staatssecretaris in het wetsontwerp een aantal wijzigingen aan te brengen, die enerzijds de samenstelling, de taak en werkwijze van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg betreffen, anderzijds de positie van dit orgaan in relatie tot het loon- en inkomensbeleid regarderend.

Samenstelling Centraal Orgaan

De kritiek van de raad in zijn advies van 1977 op de samenstelling van het Centraal Orgaan richtte zich met name op het feit dat dit orgaan louter en alleen zou bestaan uit onafhankelijke deskundigen en geen der groeperingen uit de gezondheidszorg op enigerlei wijze daarin vertegenwoordigd zou zijn. Blijkens de nota acht ook de staatssecretaris een dergelijk geheel los van het veld staand college ongewenst. Voorts acht de staatssecretaris het wenselijk dat de sector van de gezondheidszorg zoveel mogelijk bij de uitvoering van de wettelijke regelingen wordt betrokken en de eigen verantwoordelijkheid van de groeperingen in de gezondheidszorg zoveel mogelijk tot

haar recht kan komen.

In de visie van de staatssecretaris dient het bestuur van het Centraal Orgaan dat de tarieven moet goedkeuren en richtlijnen moet vaststellen te bestaan uit onafhankelijke deskundigen. Zij denkt hierbij echter wel aan personen die uit de gezondheidszorg afkomstig moeten zijn, dan wel geacht kunnen worden het vertrouwen te genieten van de desbetreffende sector.

Bovendien moeten zij dan onafhankelijk zijn in die zin dat zij 'direct' noch 'indirect' betrokken mogen zijn bij tariefonderhandelingen.

De raad stemt in met de gedachte, het bestuur van het Centraal Orgaan te doen bestaan uit personen uit de gezondheidszorg zelf, alsmede uit personen die het vertrouwen van groeperingen uit de gezondheidszorg genieten. Ook onderschrijft de raad dat de leden van het bestuur van het Centraal Orgaan een onafhankelijke positie moeten innemen. De raad meent wel dat dit niet moet worden uitgewerkt in die zin dat deze leden ook niet 'indirect' bij tariefonderhandelingen betrokken mogen zijn, aangezien dit in de praktijk op onoverkomelijke moeilijkheden zal stuiten.

De raad meent verder dat de gedachte van representatie door vertrouwenspersonen moet worden uitgewerkt in die zin, dat deze bestuursleden hun zetel ter beschikking zouden moeten stellen, indien zij het vertrouwen niet langer genieten. Als één der mogelijkheden om dit te effectueren denkt de raad in dit verband aan een korte zittingsperiode bijvoorbeeld van drie jaar met de mogelijkheid van herbenoeming. Ook meent de raad dat

de benoeming van deze leden moet geschieden 'in overleg' met de betrokken groeperingen en niet 'na overleg' zoals de Inspiraaknota voorstelt. Een maximum van 15 bestuursleden acht de raad te gering om aan minimale wensen van de meest betrokken groeperingen tegemoet te komen.

Richtlijnen en aanwijzingen

In de visie van de staatssecretaris dient het bestuur van het Centraal Orgaan richtlijnen vast te stellen, die bij de goedkeuring van de tarieven in acht moeten worden genomen. Deze richtlijnen moeten door de centrale overheid worden goedgekeurd. Ook kunnen door de overheid terzake van de richtlijnen aanwijzingen worden gegeven.

Wat betreft de goedkeuring door de centrale overheid van de door het Centraal Orgaan vastgestelde richtlijnen meent de raad dat een andere procedure zal dienen te gelden in die zin dat de centrale overheid bij weigering van goedkeuring de richtlijnen niet eerder zelf zal vaststellen dan nadat het Centraal Orgaan in de gelegenheid is gesteld de richtlijnen opnieuw vast te stellen met inachtneming van de naar voren gebrachte bezwaren.

De raad meent dat het nieuwe begrip 'aanwijzingen' nader zal moeten worden gedefinieerd, ook ter onderscheiding van de richtlijnen. De aanwijzingen van de centrale overheid zullen openbaar moeten zijn en vooraf ter kennis van de Centrale (c.q. de toekomstige Nationale) Raad moeten worden gebracht opdat de raad zich omtrent de algemene aspecten ervan zal kunnen uitspreken.

Verdeling verantwoordelijkheid

Met betrekking tot de verantwoordelijkheidsverdeling in het overheidsbeleid tussen het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en het ministerie van Economische Zaken is de raad van oordeel dat een zekere medebetrokkenheid van Economische Zaken bij de regeling van de tarieven onvermijdelijk is, maar dat Economische Zaken als een

gelijkwaardige partner van Volksgezondheid zou optreden, wordt met het oog op de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg onaanvaardbaar geacht dan wel als een zeer ernstig bezwaar aangemerkt.

Naast de bovenstaande bedenkingen heeft de raad nog een aantal onzekerheden omtrent de verdere uitwerking van de in de Inspraaknota neergelegde gedachten. De raad

behoudt zich daarom voor op de onderhavige materie nog terug te komen, indien de verdere gang van zaken met betrekking tot dit wetsontwerp daartoe aanleiding geeft. Gezien de geringe tijd die de raad voor advisering ter beschikking stond en gelet op de beperktheid der voorstellen, heeft de raad in zijn advies zich beperkt tot enkele hoofdpunten, daarbij aansluitend aan zijn eerder, in juni 1977 over het wetsontwerp uitgebrachte advies.

Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations 1977

Op de weekstaat 1977 van de Continue Morbiditeitsregistratie, een project van het Nederlands Huisartsen Instituut en het departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, kwamen de volgende rubrieken voor: nieuwe gevallen van influenza (achtig ziektebeeld), nieuwe gevallen van mazelen, psoriasis, mononucleosis infectiosa, geneesmiddel wegens urineweginfectie voorgeschreven, het maken van een cervixuitstrijkje, sterilisatie bij de man verricht, sterilisatie bij de vrouw verricht, morning after-pil voorgeschreven, abortus provocatus en schedeltrauma in het verkeer.

Nieuwe rubrieken

De in het veld geconstateerde toename van de *ziekte van Pfeiffer* wordt door deze registratie bevestigd. Vond Oliemans in 1968 nog een incidentie van 4,2 per 10.000 inwoners, die peilstationartsen vonden in 1977 een incidentie van 17 per 10.000 inwoners. De incidentie is verreweg het hoogst in de oostelijke provincies: 40 per 10.000. Bij de indeling naar urbanisatiegroep is voor de mannen geen verschil aanwezig; bij de vrouwen varieert de frequentie van 16 tot 25 per 10.000. De top ligt bij de 15-19- en de 20-24-jarigen bij de meisjes eerder en hoger dan bij de jongens: voor de meisjes 101 per 10.000 in de leeftijdsgroep 15-19 jaar en voor de jongens 41 per 10.000 bij de leeftijdsgroep 20-24 jaar. Over het voorkomen van *urineweginfecties* in ons land ontbraken recente gegevens, vandaar een eenmalige meting door de peilstationartsen. Extrapolatie van hun gegevens voor de Nederlandse bevolking als geheel laat zien dat per jaar aan 47.000 mannen en 206.000 vrouwen voor het eerst in hun leven een geneesmiddel wegens een urineweginfectie wordt voorgeschreven

alsmede aan 24.000 mannen en 142.000 vrouwen van wie bekend is dat zij al eerder een urineweginfectie doormaakten. In het noorden en oosten is de incidentie anderhalf tot twee maal groter dan in het zuiden en westen. Bij indeling naar urbanisatiegroep blijkt de incidentie op het platteland het hoogst. Bij vrouwen komt een urineweginfectie circa vier maal zoveel voor als bij mannen (respectievelijk 297 en 68 per 10.000). Bij 'oude' patiënten is het verschil nog groter: een herhaling van een urineweginfectie komt bij vrouwen vijf tot zeven maal zoveel voor (respectievelijk 204 en 35 per 10.000). Bij ongeveer de helft van de mannen met een urineweginfectie komt deze aandoening vaker dan eens in hun leven voor, bij vrouwen in ongeveer 70% van de gevallen. De frequentie van het aantal 'oude' patiënten neemt bij beide geslachten toe.

Oude rubrieken

Enkele feitjes met betrekking tot 'oude' rubrieken: Het aantal *uitstrijkjes* dat uit louter preventieve overwegingen op initiatief van de huisarts wordt gemaakt is verreweg het hoogst; voor het totaal is dit aantal 268 per 10.000 vrouwen, tegen 112 op initiatief van de vrouw en 86 bij klachten en/of symptomen. Het aantal *bij de man verrichte sterilisaties* nam niet meer toe: 1977-53 per 10.000 mannen, 1976-57, 1975-46, 1974-46, 1973-40 en 1972-24. Ook het aantal *sterilisaties bij vrouwen* steeg niet langer: 1977-64 per 10.000 vrouwen, 1976-66, 1975-46 en 1974-35. De landelijke frequentie met betrekking tot het voorschrijven van de *morning after-pil* daalde vergeleken met 1976 (1977-49, 1976-60 per 10.000 vrouwen, daarvoor: 1975-60, 1974-68, 1973-59 en 1972-53).

Incidentele onderzoeken

In 1976 werd voor het eerst aandacht besteed aan *multiple sclerose*. Voor een betrouwbaarder peiling werd dit onderzoek voortgezet. Prevalentie: van de 67 in 1976 gemelde patiënten met multiple sclerose bleken 6 patiënten niet meer tot de praktijk te behoren; 3 waren er vertrokken naar een verzorgingshuis/verpleeghuis, 2 veranderden van huisarts, 1 patiënt overleed. Incidentie: in 1977 werd de diagnose multiple sclerose 9 maal bij een nieuwe patiënt gemeld. Voor het berekenen van de relatieve frequentie per leeftijdsklasse zijn de aantallen te gering; voor alle leeftijden samen is ze 0,24 per 10.000 mannen en 0,82 per 10.000 vrouwen.

In 1976 werd aan het toepassen van *actieve euthanasie* voor het eerst aandacht geschonken. Wederom met het oog op een grotere betrouwbaarheid werd de peiling in 1977 herhaald. Het aantal verzoeken om actieve euthanasie lag lager dan in 1976: respectievelijk 9 en 15. Het aantal patiënten met een carcinoom was relatief gezien evenals in 1976 groot, namelijk 5 van de 9, tegen 8 van de 15 in 1976. Zes maal (1976: vijf maal) was degene die het verzoek om toepassing van actieve euthanasie deed een man. De weekstaat voor 1978 omvat: influenza (achtig ziektebeeld), mazelen – gevaccineerd/niet-gevaccineerd, mononucleosis infectiosa, cervixuitstrijkje, sterilisatie verricht bij de man, sterilisatie verricht bij de vrouw, abortus provocatus, morning after-pil voorgeschreven, hooikoorts en hartinfarct – klinisch/niet-klinisch.

Het beroep van oefentherapeut Mensendieck en Cesar

De relatie arts en paramedische beroepen: een samenwerkingsrelatie

De wetgeving

In 1965 trad de wet op de paramedische beroepen in werking. Deze dient te worden gezien als een raamwet, waarbinnen een onbeperkt aantal beroepen door middel van een afzonderlijke Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) kan worden opgenomen. Onder uitoefening van een paramedisch beroep wordt overeenkomstig het gestelde in artikel 1 van deze wet verstaan: 'het al of niet in samenhang met aanverwante werkzaamheden, als beroep verrichten van handelingen of verstrekken van adviezen, liggende op het terrein van de uitoefening van de geneeskunst, onder leiding van of op aanwijzing en onder controle van dan wel ingevolge verwijzing door een geneeskundige of tandarts enz. . . .' Het per beroep op te stellen besluit bevat steeds een summiere omschrijving van de werkzaamheden. Daarmede zijn deze werkzaamheden aan de desbetreffende beroepsbeoefenaar voorbehouden, zodat het besluit als een vorm van beroepsbescherming kan worden gezien. Ten aanzien van die werkzaamheden is bepaald, dat deze slechts ingevolge een schriftelijke opdracht van een arts of tandarts mogen worden uitgevoerd. Ook de werkrelatie tussen paramedicus en opdrachtgevende arts is hierin nader uitgewerkt. Bij het werken 'onder leiding van' de arts wordt deze geacht permanent aanwezig te zijn in de behandelruimte. Deze vorm komt in de paramedische beroepsuitoefening weinig of niet voor. De werkzaamheden uitgevoerd 'op aanwijzing en onder controle' van de arts komen voor bij klinisch

door A. de Wit



De heer De Wit is Inspecteur van de Volksgezondheid ten behoeve van de paramedische beroepen

werkende paramedici, zoals bijvoorbeeld de orthoptist en de radiologisch laborant. In deze situatie behoeft de arts slechts direct 'bereikbaar' te zijn. De derde mogelijkheid, te weten het werken 'op verwijzing van', is ingesteld ten behoeve van het werken in de vrije praktijk. Deze situatie is van toepassing op de beroepen van diëtist, logopedist, fysiotherapeut, ergotherapeut en ook op die van de oefentherapeut Mensendieck en oefentherapeut Cesar. In de AMvB is tevens een titel vastgelegd, waarvan het voeren eveneens aan de betrokken beroepsbeoefenaar is voorbehouden. Een dergelijke AMvB wordt eerst opgesteld, nadat door de Centrale Raad voor de Volksgezondheid aan de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne inzake de behoefte aan een regeling een positief advies is uitgebracht. Nadere regelen worden ook gesteld ten aanzien van de examens welke recht geven op het bewijs van bevoegdheid. Aan de praktijkuitoefening is voorts een

registratieplicht en geheimhoudingsplicht verbonden. Het bewijs van bevoegdheid wordt in een bevoegdheidsregister van de Geneeskundig Hoofdinspecteur geregistreerd. Ook kunnen eisen worden gesteld aan de ruimte waarin een paramedisch beroep wordt uitgeoefend.

Een groot deel van de tekst van de onderhavige wet is gewijd aan de medische tuchtrechtspraak, welke echter nog steeds niet werd geïnitieerd. Nader uit te werken overgangsmaatregelen voorzien in de behoefte om reeds afgestudeerde beroepsbeoefenaren bij inwerkingtreding van de AMvB hun eerder verworven schooldiploma te kunnen doen omwisselen voor een bewijs van bevoegdheid binnen het kader van de wettelijke erkenning van het beroep. Binnen ditzelfde kader kunnen buitenlanders eveneens toegang tot de beroepsuitoefening krijgen. Een officiële harmonisatie in het kader van de EEG, zoals thans voor artsen geldt, kwam nog niet tot stand. Toch werken er – vooral in de grensgebieden – reeds grote aantallen buitenlandse paramedici. In de periode van 1967 tot heden, werden in chronologische volgorde de volgende beroepen als paramedisch beroep erkend: fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck, oefentherapeut Cesar, diëtist, mondhygiënist, orthoptist, radiologisch laborant. Binnen redelijke termijn zullen de beroepen volgen van logopedist, ergotherapeut en ook – zij het in een enigszins gefaseerde vorm – het beroep van chiroprodist. De wijze waarop het beroep van kindertandverzorgster zal worden geregeld wordt nog nader bestudeerd.

Beroepen welke niet of nog niet het predicaat 'paramedisch' verkregen doch zich wel in een daaraan verwant gebied bewegen, zijn: de medisch analist, de opticiën, de operatie-assistent, de EEG-laborant, de ziekenhuishygiënist, de assistent nucleaire geneeskunde, de orthopaedisch schoenmaker, de orthopaedisch instrumentmaker en de audiciën. Voor de beroepen van opticiën en medisch analist is thans een afzonderlijke wet in voorbereiding.

Het gebied van de geestelijke volksgezondheid, waarbinnen zich therapeutische activiteiten van zeer uiteenlopende aard voordoen, is hier buiten beschouwing gelaten. Dit geldt ook voor de beroepen van dokters-, tandarts- en apothekersassistent welke zich als assisterende beroepen duidelijk van de paramedische beroepen onderscheiden.

Het hierboven weergegeven stelsel van wetgeving zal in de toekomst voor een deel worden achterhaald door de op handen zijnde wet op de individuele gezondheidszorg, de zogenaamde BIG-wet. Door deze wet zal voor een deel de thans bestaande beroepsbescherming van de paramedicus komen te vervallen, hetgeen de identiteit van de verschillende beroepen zeker niet ten goede zal komen. Juist voor de gemiddelde arts, die toch reeds vaak onvoldoende op de hoogte is van de ontwikkelingen op het gebied van de paramedische beroepsuitoefening, zal een en ander bepaald niet verduidelijkend werken. In dit verband mag ook niet onvermeld blijven de ontwikkeling inzake de alternatieve geneeswijzen, zoals de acupunctuur, alternatieve massagevormen en de manuele therapie.

De opleiding

De opleiding van de paramedicus bevindt zich op een HBO-niveau, waarvoor tenminste een HAVO-diploma als vooropleidingseis geldt. Enkele van de bestaande opleidingen, te weten die van diëtist, logopedist en fysiotherapeut, ressorteren onder het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen. Het resterende deel wordt door het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne begeleid en gesubsidieerd. In principe werd

Overeenkomsten en verschillen Mensendieck/Cesarmethode

Naast overeenkomsten zijn er ook specifieke verschillen in opvatting en uitvoering tussen deze beide vormen van oefentherapie en bewegingsleer. De arts zal bij de verwijzing van de patiënt met deze verschillen rekening moeten houden en de behandeling moeten volgen en zien of de verwachte resultaten ook bereikt kunnen worden.

besloten om die opleiding die daartoe 'rijp' is, over te dragen naar het eerstgenoemde ministerie. De duur van de opleidingen varieert van twee tot vier jaar.

Ten aanzien van de beroepsuitoefening wordt gaarne de aandacht gevestigd op de volgende punten:

De opdracht te verstrekken door de arts, dient schriftelijk te zijn en de naam en woonplaats van de opdrachtgever te bevatten, alsmede de naam, geboortedatum en woonplaats van de patiënt, alsook de diagnose, al dan niet in code. Hieraan kunnen eventueel nadere aanwijzingen met betrekking tot de toe te passen therapie worden toegevoegd. Indien aanwezig, dienen deze aanwijzingen ook dienovereenkomstig te worden uitgevoerd, doch in verband met de meestal beperkte kennis van de arts met het desbetreffende vakgebied, worden deze aanwijzingen veelal achterwege gelaten. De paramedicus mag voldoende deskundig worden geacht, om verantwoord naar eigen inzicht en bevinden te handelen, zeker met inachtneming van de volgende te dien aanzien in de wet gestelde regels: In geval van twijfel bij de

paramedicus inzake de juistheid of volledigheid van de verstrekte opdracht, wendt deze zich tot de arts. De paramedicus is bovendien verplicht, de arts van het verloop van de behandeling op de hoogte te houden.

Deze verplichting dient te worden vertaald in het verstrekken van een schriftelijk verslag, waarin zoveel mogelijk exacte gegevens zijn opgenomen, welke zijn verkregen uit vergelijkingen met voorgaande metingen. Het spreekt vanzelf, dat vele waarden zich niet in exacte eenheden laten uitdrukken, doch een summier verslag, gesteld in termen van 'de patiënt gaat vooruit', draagt zeker niet bij tot het verkrijgen van een beter inzicht in de mogelijkheden of onmogelijkheden van het beroep. De waarheid gebiedt hier eveneens te stellen dat van de zijde van de paramedicus vaak de klacht wordt gehoord, dat onvoldoende aandacht wordt besteed door de arts aan het aan hem uitgebrachte rapport. Ook de vaak moeilijke bereikbaarheid van de arts draagt niet bij aan de bespreekbaarheid van de verkregen opdracht. Het lijkt goed in dit verband ook te wijzen op de wederzijdse verantwoordelijkheden. De arts is

Nadere informatie Mensendieck en Cesar

Met betrekking tot de oefentherapieën Mensendieck en Cesar kunnen vragen van meer algemene aard aan de Afdeling Paramedische beroepen van de Geneeskundige Hoofdspectie, welke bereikbaar is onder telefoonnummer 070-209260, worden gericht.

Mensendieck

Centraal Secretariaat Nederlandsche Mensendieck Bond, Watergraafsmeerstraat 10, Hoofddorp, telefoonnummer: 2503-13058 van 9.00-12.30 uur.

Cesar

Secretariaat van de Vereniging Bewegingsleer Cesar, Postbus 2465, 3500 GL Utrecht, telefoonnummer: 030-515769, dinsdag en donderdag, van 10.00-14.00 uur.

namelijk verantwoordelijk voor de indicatiestelling, de paramedicus voor de wijze waarop hij de verkregen opdracht uitvoert. Zou de patiënt onverhoopt schade of nadeel worden toegebracht tengevolge van een verkeerde indicatiestelling, waarbij geen sprake is van onzorgvuldig of ondeskundig handelen van de paramedicus, dan ligt de schuldlast duidelijk bij de arts. Men kan bij de thans gebruikelijke werkwijze dan ook van een gedeelde verantwoordelijkheid van arts en paramedicus spreken.

Een aspect in de beroepsuitoefening van de paramedicus dat nogal eens tot misverstanden aanleiding geeft is het door hem te verrichten onderzoek. Het samenstellen van een behandelingsrecept vereist een specifiek op de behandeling gericht onderzoek. Hiertoe is de paramedicus ook opgeleid. Te vaak wordt dit onderzoek door artsen geïnterpreteerd als een vervangend medisch onderzoek, dat echter met stelligheid moet worden ontkend.

De samenwerking

Een intensieve vorm van samenwerking, zoals thans bijvoorbeeld op gang komt in de gezondheidscentra, alsmede een goede wederzijdse voorlichting, waarbij ook het indicatiegebied de nodige aandacht dient te krijgen, zal veel misverstanden kunnen voorkomen en tot grotere appreciatie van de paramedische beroepsuitoefening bijdragen.

★ ★
★

Tot zover deze algemene beschouwing, welke als basis dient voor een nadere introductie van de beroepen van oefentherapeut Mensendieck en oefentherapeut Cesar. Deze beroepen werden bij AMvB van 18 maart 1972 nrs. 224 en 225 als paramedisch beroep erkend. De in de desbetreffende besluiten opgenomen beroepsomschrijving luidt respectievelijk als volgt:

Art. 2.1.

‘Voor de toepassing van dit besluit wordt onder uitoefening van het beroep van oefentherapeut-Mensendieck verstaan

het beroepsmatig ingevolge een opdracht van een geneeskundige toepassen van de oefentherapie volgens de Mensendieck-methode, als hoedanige oefentherapie wordt aangemerkt het tot een geneeskundig doel bevorderen van een goede lichaamshouding en lichaamsbeweging door middel van het aan de patiënt uitvoeren of door de patiënt doen uitvoeren van bewegingen en doen aannemen van houdingen volgens de beginselen van Mensendieck’.

Art. 2.1.

‘Voor de toepassing van dit besluit wordt onder uitoefening van het beroep van oefentherapeut-Cesar verstaan het beroepsmatig ingevolge een opdracht van een geneeskundige toepassen van de oefentherapie volgens de Cesarmethode, als hoedanige oefentherapie wordt aangemerkt het tot een geneeskundig doel bevorderen van een goede lichaamshouding en lichaamsbeweging door middel van het aan de patiënt uitvoeren of door de patiënt doen uitvoeren van bewegingen en doen aannemen van houdingen volgens de beginselen van Cesar’.

De in deze omschrijvingen gebruikte tekst ‘volgens de beginselen van Mensendieck of Cesar’ vereist echter nadere toelichting. Beide beroepen vertonen weliswaar enige verwantschap met het beroep van fysiotherapeut, doch kennen duidelijk een eigen identiteit. Deze identiteit laat zich echter niet gemakkelijk omschrijven. Desondanks hebben beide beroepsverenigingen getracht een eerste aanzet daartoe te geven in de vorm van een summier omschrijving van de wezenlijke kenmerken van de methode. Vooruitlopende op deze omschrijving mogen de volgende feiten nog tot nadere informatie dienen:

De uitoefening van het beroep

De oorspronkelijke benaming van de beroepsbeoefenaren was lerares Mensendieck of Cesar. Hierin weerspiegelt zich nog de oorspronkelijke functie van les geven in houdings- en bewegingsgymnastiek zonder dat daaraan een therapeutisch doel ten grondslag lag. Nu

betrokkenen zich ook richten op het behandelen van andere dan gezonde personen, daarbij gebruik makend van een bepaalde methode van oefentherapie, is een titel gekozen die deze werkzaamheden duidelijk tot uiting brengt. Binnen het huidige model van beroepsuitoefening komen echter beide vormen nog steeds voor. Ten aanzien van de toepassing van de bewegingsleer ‘sec’ (of wel het oefenen met gezonden) kan worden gezegd dat deze zonder nadere opdracht van de arts kan plaatsvinden. Deze activiteiten worden dan ook als zogenaamde ‘aanverwante werkzaamheden’ beschouwd. In deze situatie is dan ook geen sprake van ‘patiënt’, maar van ‘leerling of cliënt’, alleen of in groepen.

In de opleiding van de oefentherapeut wordt dermate veel aandacht geschonken aan pathologie etc., dat hij in staat wordt geacht onderscheid te maken tussen cliënt en patiënt, terwijl in twijfelgevallen vanzelfsprekend direct naar de arts wordt verwezen.

De oefentherapie toe te passen ter behandeling van een aandoening of afwijking kent een duidelijk ander indicatiegebied. In het eerste geval kan het accent liggen op preventie, terwijl in de tweede situatie duidelijk sprake is van therapeutisch handelen met één patiënt. In hoeverre preventie ook tot het behandelen in ruimere zin moet worden gerekend, wordt hier in het midden gelaten, maar het therapeutisch handelen kan niet in groepen plaatsvinden.

De oefentherapeut Mensendieck en de oefentherapeut Cesar hebben sedert de erkenning als paramedisch beroep een eigen plaats gevonden binnen het team van oefentherapeuten in het tweede echelon. Het aantal klinisch werkenden breidt zich bovendien gestadig uit. De beperkte opleidingscapaciteit, welke nauw samenhangt met de bestaande subsidieregeling, maakt een uitbreiding op grote schaal echter niet mogelijk.

In het eerste echelon is de vestiging van een eigen praktijk mogelijk. Opname van deze vorm van oefentherapie in het ziekenfondsverstrekkingenpakket heeft eveneens plaatsgevonden. De spreiding van het aantal vrijgevestigden is echter nog niet optimaal, zodat geografisch gezien

nog verscheidene witte vlekken hierin zijn te bespeuren. Van de zijde van de beroepsverenigingen, alsook van de opleidingsinstituten, wordt reeds het nodige gedaan om deze witte vlekken zo snel mogelijk te doen verdwijnen. Er werden bovendien ledenlijsten opgesteld, die thans ter beschikking staan van artsen en andere belangstellenden. Ook werd een brochure ontworpen waarin nadere gegevens met betrekking tot het eigen beroep zijn opgenomen en welke eveneens op aanvraag ter beschikking kan worden gesteld. Nadere aanvullende gegevens kunnen steeds via het centraal secretariaat van de beroepsvereniging worden verkregen. Het geregistreerde aantal bevoegde beoefenaren van Mensendieck bedraagt thans 497, van Cesar bedraagt dat 349. Het huidige aantal leerlingen is respectievelijk: 163 en 233.

Indicatiegebieden en veranderingen in de opleidingen

In dit verband kan niet geheel voorbij worden gegaan aan de vraag inzake de afbakening van het indicatiegebied. Het aangeven van dit indicatiegebied lijkt onder de gegeven omstandigheden echter nog prematuur. De vraag is bovendien, in hoeverre een dergelijke omschrijving gewenst is, daar een en ander toch van geval tot geval zal moeten worden bezien. Het aangeven van rijtjes met aandoeningen etc. zou bovendien verstarring in de hand werken. Enige afbakening kan dan pas zinvol zijn, indien ook van de zijde van de arts op grond van zijn interesse en ervaring hieraan zou worden meegewerkt. Een goed te structureren overleg tussen arts en therapeut is daarbij voorwaarde. Ook het geven van regionale voorlichting van de kant van de therapeut kan hiertoe bijdragen. Thans nog een enkel woord over de opleiding:

Beide opleidingen bevinden zich thans in een stadium van herstructurering. Hierbij wordt getracht om met behoud van de eigen identiteit de opleidingsmodellen meer op elkaar af te stemmen.

Het eerste jaar wordt als propedeutisch jaar beschouwd, waarin de verschillende basisvakken worden onderwezen. In het tweede jaar ligt het accent voornamelijk op de

beroepsgerichte vakken en wordt een aanvang gemaakt met de praktijkleerperiode, welke verder geheel in het derde jaar is geïntegreerd. Gedurende de eerste twee jaar vinden absolverende tentamens plaats, terwijl het derde jaar met een eindtoets wordt afgesloten. Deze bestaat uit: praktische vaardigheden, beoordeling van de praktijkleerperiode,

onderzoeken en behandelen, een eindgesprek en een scriptiebeoordeling. Voor een omschrijving van de exacte inhoud van de opleiding moge worden verwezen naar de vigerende wettelijke besluiten.

Hieronder volgt een korte omschrijving van enkele wezenlijke kenmerken van beide oefenmethoden.

De methode Mensendieck

De methode Mensendieck ontleent haar naam aan haar grondlegster Bess M. Mensendieck (1867-1957) Duitse van geboorte, Amerikaanse door huwelijk. Deze vrouw, begiftigd met een levendige intelligentie en een kritische instelling, door haar vader op lange wandelingen geoefend in observeren en onthouden, laat zich na een opleiding in zang en beeldhouwen, inschrijven aan de École de Médecine te Parijs.

Een grondige studie moet haar helpen bij de vraag die zij zich stelde: Zou de wilskracht van het individu gebruikt kunnen worden om bepaalde verwaarloosde of verzwakte spieren in werking te brengen? Indien de mens zijn wilskracht inschakelde om een bepaalde spier te gebruiken, wat zou hiervan de reactie zijn op de vorm van de spier?

Met deze vraag als uitgangspunt begint zij haar ideeën rond de eeuwwisseling te toetsen. Mensen van verschillende leeftijd worden door haar geoefend en hen wordt opgedragen hun spieren bewust te gebruiken. Gebaseerd op mechanische, anatomische en fysiologische beginselen ontwikkelt zij stap voor stap een methode, die bekend zal worden als het Mensendieck-systeem.

Teneinde haar bevindingen uit te dragen begint zij vanaf 1905 in Noorwegen leerlingen op te leiden. Daar maakt Elise van Dantzig als eerste Nederlandse kennis met het systeem.

Wanneer de eerste wereldoorlog uitbreekt gaat Mrs. Mensendieck terug naar Amerika. Door het intrekken van de Comstock Law

**door Mw. W. Voskamp-Meuser
Bourgognion**



Mevrouw Voskamp-Meuser Bourgognion is presidente van de Nederlandsche Mensendieck Bond.

(tegen het verspreiden van zedenbedervende lectuur en naaktcultuur) en de veranderende mentaliteit is het klimaat er gunstiger geworden voor haar werkwijze. Tussen de beide wereldoorlogen komt zij regelmatig naar Europa voor het geven van herhalingscursussen. Ook na de tweede wereldoorlog is zij nog enige malen in Skandinavië. In 1921 komt mevrouw Mensendieck naar Nederland. Gedurende twee jaar worden door haar in Den Haag, Deense, Noorse, Engelse en Nederlandse leerlingen opgeleid, waaronder Anna Overduin, arts. Deze zal later de opleiding voortzetten in Amsterdam. Het is Anna Overduin, die in nauwe samenwerking met de aan de opleiding verbonden Prof. Dr. F. J. J. Buytendijk, de methode Mensendieck de theoretische fundering gaf en de opleiding

uitdiepte, waardoor het mogelijk werd dat het systeem in ons land zo'n grote vlucht heeft kunnen nemen.

In 1928 wordt de Nederlandsche Mensendieck Bond opgericht. Deze zal niet alleen de krachten bundelen en de belangen van de leraressen behartigen, maar ook de aan de opleiding te stellen eisen vastleggen, de examens afnemen en de diploma's uitreiken. Daardoor wordt al jaren voor de wettelijke erkenning een waarborg geschapen voor het niveau der gediplomeerde leraressen.

In het begin richt Bess M.

Mensendieck zich vooral op de vrouw als opvoedster van de toekomstige generatie. 'Wij moeten mensen maken met normale, deugdelijke lichamen' schrijft zij in haar boek 'Funktionelles Frauenturnen'. Al spoedig blijkt haar manier van werken niet alleen in het preventieve vlak, maar ook op curatief gebied gunstige resultaten te hebben.

'Niet gedachteloos commando's opvolgen; bewegingsvoorstellingen en spierwerking samen koppelen; nauwkeurig toekijken; in zich opnemen; aandachtig vergelijken; zelf oordelen; slechts een zelf verworven oordeel heeft waarde', zo geeft zij in 1923 als richtlijnen aan haar leerlingen mee – een zeker voor die tijd wel heel moderne manier van denken. Steeds spoort zij aan zelf te kijken, zelf te beoordelen, zelf te begrijpen. Ook nu nog is het de oefentherapeut Mensendieck die een actief werkende patiënt – en niet alleen in lichamelijk opzicht – de weg wijst hoe het zelf te doen.

In de loop der jaren ondervindt het werk van de Mensendieck-lerares steeds meer waardering, prominente medici dragen de methode een warm hart toe. Behalve de reeds eerder genoemde Prof. Dr. F. J. J. Buytendijk, die voor de opleiding waaraan hij lange jaren verbonden is

'Mensendieck-lessen kunnen op zeer fijne wijze psychische hulp brengen. De Mensendieck-les heeft het voordeel, dat nooit te grote eisen worden gesteld, dat ook de motorisch minder begaafde er wat van kan leren. Tegelijkertijd heeft het een oefening in geduld en concentratie. Spierkrampen worden opgeheven. De eigen krampachtigheid wordt tot beleving. Van groot belang is de verbeterde lichaamshouding: deze werkt in twee richtingen: de zieke maakt een betere indruk en wordt daardoor anders tegemoet getreden, anderzijds is de uitwendige houding altijd van invloed op de innerlijke.'

Prof. Dr. H. C. Rümke

geweest van onschatbare steun was, waren dat o.a. Prof. Dr. C. U. Ariëns Kappers, Prof. Dr. B. Brouwer, Prof. Dr. B. J. Kouweren; in later jaren anderen als Prof. Dr. H. C. Rümke, Prof. Dr. A. Biemond, Prof. Dr. W. G. Sillevius Smit, Prof. Dr. H. Verbiest, Prof. Dr. A. Kemp, Prof. Dr. W. J. van Dooremalen e.a.

De oefentherapie volgens de Methode Mensendieck

De oefentherapie Mensendieck is een vorm van lichamelijke opvoeding naar een individuele functionele norm, bepaald door de eigen anatomische structuur en de eigen mogelijkheden van de patiënt.

Deze opvoeding streeft naar een zodanige verdeling van de deelzwaartepunten van het lichaam, dat het bewegingsapparaat zo efficiënt mogelijk wordt belast. Daarbij wordt ervan uitgegaan, dat het actief in evenwicht houden van het lichaam boven zijn steunvlak minder energie vraagt, dan het zogenaamde 'hangen'. Ook de gewrichten worden zo beter belast.

Bij deze lichamelijke opvoeding wordt geleerd gebruik te maken van het menselijk vermogen de eigen houding en beweging te observeren en te veranderen. Tijdens de oefenperiode wordt geleerd de sensorische informatie vanuit de spieren, banden en gewrichten naar hun betekenis voor houding en beweging te interpreteren. Tegelijkertijd wordt visuele informatie verkregen door het gebruik van spiegels.

Met deze bewuste registratie van bewegingsmogelijkheden en de

daarvoor benodigde spieractiviteit leert de patiënt zijn houding en beweging ervaren als een willekeurig door hemzelf te beïnvloeden patroon. De houdingscorrectie wordt binnen de eigen verantwoording gebracht. Hierdoor is meestal sprake van een werkelijke omscholing met blijvend resultaat.

De oefeningen moeten leiden tot het verkrijgen van inzicht in en kennis van de structuur en de bewegingsmogelijkheden van het eigen lichaam, met als doel het optimaal functioneren ervan. Iedere afwijking wordt gezien in zijn relatie tot het totaal van houding en beweging. De eenvoudige elementaire oefeningen zijn onderdelen van het dagelijkse bewegen, zodat deze bewegingen direct kunnen worden toegepast. Zodra mogelijk worden samengestelde bewegingen uitgevoerd, waarbij de onderdelen belangrijk blijven in het geheel. De oefeningen worden als regel niet voorgedaan, om te voorkomen dat de patiënt de beweging gedachteloos navolgt. De mondelinge instructie is aangepast aan de patiënt en zodanig dat deze al analyserend, voelend, volgend en kijkend de beweging goed leert uitvoeren. Voor de bewegingen worden vaste punten gemaakt door de aangrijpingspunten van de werkende spieren te fixeren, waardoor de beweging met minder bijbewegingen verloopt en de spierwerking beter gevoeld wordt. Verzwaring van de oefening wordt zonodig verkregen door gebruik te maken van de antagonisten.

De oefeningen worden aanvankelijk langzaam uitgevoerd, waardoor de bewustmaking wordt bevorderd en correctie en controle mogelijk worden gemaakt. De bewuste ademhaling is een wezenlijk onderdeel van iedere oefening, waarbij erop gelet wordt dat de rompstrekking bij het uitademen

'Men moet zich van den beginne af eraan gewennen het gehele lichaam kritisch te beschouwen, opdat men zelf een oordeel vorme over de fijne samenhang tussen alle lichaamsdelen onderling tijdens hun bewegingen en hoe het ene deel door het andere beïnvloed wordt, ten nadele of – met discipline – ten voordele van het geheel.'

Besse M. Mensendieck

'De Mensendieck-methode is als para-medische hulp van grote waarde, zowel voor de correctie van houding en beweging als voor elke vorm van motorische reëducatie. De persoon leert zijn lichaam ervaren als situatie, als een beeld, dat als geheel en in zijn delen een aantal betekenissen heeft, zowel voor zijn zelfbewustzijn alsook als verschijning voor anderen.'

Prof. Dr. F. J. J. Buytendijk

niet verloren gaat. Zo leert de patiënt bij inspanning zijn ademhaling reguleren.

De ademhaling oefent zo een gunstige invloed uit op houding en beweging.

Na de oefening, die op deze wijze uitgevoerd veel en intensieve spierspanning vraagt, wordt geleerd de spieren bewust te ontspannen. De intensiteit van de oefening en het aantal herhalingen mogen er niet toe leiden dat de vermoeidheidsgrens wordt overschreden.

Deze wijze van oefenen vergt een nauwgezet samenspel tussen de actief werkende patiënt en de therapeut die begeleidt en stimuleert, nauwkeurig uitgaande van die patiënt in die speciale situatie. De behandeling is dus steeds individueel, de oefentherapeut Mensendieck gaat niet uit van het gebrek, maar van een mens die moet leren zijn lichamelijke mogelijkheden uit te buiten en moet leren leven met wat niet te veranderen is.

Uit het voorgaande zal duidelijk geworden zijn dat de methode Mensendieck geen gefixeerde oefenschema's kent met rijtjes

vaststaande oefeningen voor de verschillende lichaamsdelen en hun afwijkingen. De essentie van de methode is het wekken van begrip en inzicht in de werking en de mogelijkheden van het eigen lichaam en de invloed die van de functie van de onderdelen uitgaat op het geheel. Gebruik wordt gemaakt van de houdingen en bewegingen van het dagelijks leven.

Uit het bovenstaande volgt ook dat de oefentherapie verregaand kan worden aangepast aan de patiënt.

Werkgebied

Algemene en academische ziekenhuizen, doorgaans op de afdelingen: neurologie, neuro-chirurgie, psychiatrie, orthopedie, interne- en longziekten; revalidatiecentra, reactiveringscentra, reumatologische klinieken, verpleeghuizen, bejaardencentra, kruisverenigingen (waaronder zwangerschaps-gymnastiek), particuliere en groepspraktijken.

verwachten klachten ten gevolge van slechte houdings- of bewegingsgewoonten.

Met deze algemene taakomschrijving is echter nog niets gezegd over datgene, wat de eigen identiteit van de oefentherapie Cesar uitmaakt. Deze identiteit wordt bepaald door: 1. een deel van de theoretische basis van de bewegingsleer Cesar en – onverbrekkelijk of vast daarmee verbonden – 2. de werkwijze van de oefentherapie zelf.

In de volgende paragrafen wordt getracht een beeld te vormen van deze twee elementen die het eigen gezicht van de oefentherapie Cesar bepalen. De oefentherapie Cesar is gebaseerd op een integratie van de pathofysiologie van houding en beweging en de bewegingsleer Cesar. Deze bewegingsleer dankt haar naam aan mevrouw Marie Cesar. In deze door haar ontwikkelde leer heeft zij een aantal uitgangspunten of bewegingsprincipes geformuleerd met betrekking tot de fundamentele lichaamshoudingen en -bewegingen van de mens, gevolgd door een groot aantal anatomische en functionele beschrijvingen van de optimale uitvoeringswijze der afzonderlijke houdingen en bewegingen van de mens.

De methode Cesar

Deze inleiding beoogt een wat algemenere bekendheid te geven aan het werk van de oefentherapeuten Cesar. Het spreekt vanzelf dat hiervan binnen dit bestek geen volledig en gedetailleerd beeld kan worden gegeven. Wat u hieronder wel kunt vinden is enige achtergrondinformatie over de identiteit en de methode van de oefentherapie Cesar, benevens een aantal praktische gegevens welke voor een behandelend arts van nut kunnen zijn bij de verwijzing van patiënten met houdings- of bewegingsproblemen.

De oefentherapie Cesar is een paramedische bewegingsleer en -praktijk voor mensen die op de een of andere manier problemen hebben met hun lichaamshouding of hun bewegingen. Binnen dit ruime werkterrein heeft de oefentherapie Cesar globaal twee taken:

door **E. Hoekstra-Sonnega**



Mevrouw Hoekstra-Sonnega is voorzitter van de Vereniging Bewegingsleer Cesar, de beroepsvereniging van Oefentherapeuten Cesar

een *therapeutische* taak, dat wil zeggen het verhelpen van klachten die zijn terug te voeren op houdings- of bewegingsafwijkingen en herstel van verminderde bewegingsfuncties; een *preventieve* taak, dat wil zeggen door (her)-opvoeding in houding en beweging voorkomen van te

De werkwijze van de oefentherapie

De optimale beweging als norm voor de therapie

Het centrale uitgangspunt in de bewegingsleer Cesar is dat er voor elke fundamentele houding en beweging (zoals staan, lopen, bukken, hurken, opstaan, ademen, etc.) een optimale uitvoeringswijze is. We spreken van een optimale uitvoering als de beweging of houding op de meest doelmatige, efficiënte wijze tot stand komt; dit betekent onder andere dat zinloze meebewegingen en overmatige spanningen worden vermeden en dat de reserve voor meer dan normale inspanningen (de zogenaamde aanpassingsmarge) pas wordt aangesproken op momenten dat dit echt nodig is.

Dit uitgangspunt van de optimale beweging geeft aan de leer en de therapie een normatief karakter. Daarbij moet wel opgemerkt worden dat de norm-uitvoering geen absoluut eindpunt is van de therapie, maar een richtlijn voor de opzet van de therapie

en een oriëntatiepunt voor het beoordelen van de vorderingen. De individuele mogelijkheden en beperkingen van elke patiënt bepalen hoe dicht de norm kan worden benaderd.

In de bewegingsleer worden houdingen en bewegingen steeds opgevat als totalen, als een samenspel van verschillende lichaamsdelen en krachten: het ondersteuningsvlak, de gewrichten, kapsels en banden, de zwaartekracht, de functionerende spieren, de weerstand en de wrijving. Aan een houdings- of bewegingsgeheel worden weliswaar delen onderscheiden, maar dit onderscheid is uitsluitend gericht op het inzicht in de rol van elk onderdeel in de onderlinge wisselwerkingen welke het totaal van de houding of beweging uitmaken. Zo kan bijvoorbeeld de houding van de wervelkolom niet gewijzigd worden, tenzij in overeenstemming daarmee de bekkenhelling wordt gewijzigd; deze laatste bepaalt weer mede de kniehoek, de enkelhoek en de plaatsing van de belasting in de voet, het steunpunt.

Het doel van elke individuele therapie is daarom steeds de correctie en gewoontevorming in één of meer totale dagelijkse bewegingen. Wanneer dus sprake is van lokale belemmeringen in een onderdeel van houding of beweging, wordt deze afwijking in vooroefeningen afzonderlijk gecorrigeerd, maar met inachtneming van een goede houding van het gehele lichaam. Vervolgens wordt de correctie opgenomen in een oefenprogramma van totale bewegingen van opklimmende complexiteit. Opneming in de dagelijkse bewegingsgewoonten is een belangrijke voorwaarde voor blijvend succes van een correctie.

Bij elke beweging worden zogenaamde vaste en toegevend vaste punten gemaakt. Vaste punten zijn de lichaamsdelen die tijdens de beweging door bepaalde spieren worden stil gehouden; de toegevend vaste punten zijn andere lichaamsdelen die een geringe beweging maken in samenhang met de hoofdbeweging. Zo moet bijvoorbeeld bij het optillen van de arm de schouder stil blijven (vast punt) en het schouderblad in geringe mate meebewegen (toegevend vast punt). De bewegingsleer geeft aan welke spieren voor elke beweging de

vaste en toegevend vaste punten beheersen en hoe zij in relatie staan tot de overige spierwerkingen. De betekenis van dit principe is zowel praktisch als theoretisch; er worden geen overbodige bewegingen gemaakt, er worden geen spieren losgelaten die nodig zijn voor de goede opbouw en bewegingen geschieden alleen in de daarvoor bestemde spiergroepen en gewrichten; tevens worden noodzakelijke voorwaarden geschapen voor de optimale spierfunctie.

De behandelingspraktijk

In de voorgaande paragrafen over de bewegingsleer is al een aantal opmerkingen gemaakt over het centrale doel dat in elke oefentherapie Cesar wordt nagestreefd: het vormen van goede gewoonten in de dagelijkse houdingen en bewegingen, waarbij de door de bewegingsleer gestelde norm zo dicht mogelijk wordt benaderd. We zullen hieronder kort aangeven in welke opzichten deze doelstelling leidt tot typische kenmerken van de Cesar-therapie.

Individuele behandeling. Uitgaande van de klachten van de patiënt en de diagnose van de verwijzende arts worden de houding en het bewegingsvermogen van de patiënt geanalyseerd. Deze analyse resulteert in een behandelingsplan dat is toegesneden op de individuele mogelijkheden en beperkingen van de patiënt.

Van correctie naar gewoontevorming. Wanneer de klachten daartoe aanleiding geven kan de systematische oefening in het goed uitvoeren van dagelijkse bewegingen worden voorafgegaan door voorbereidende oefeningen; hierin worden bepaalde afwijkingen in onderdelen van de beweging eerst gecorrigeerd; vervolgens worden deze gecorrigeerde deelbewegingen opgenomen in de oefeningen van de gehele bewegingen. Zodoende wordt bij elke toepassing van de gehele beweging in het dagelijks leven de correctie geoefend.

De oefeningen bestaan uit bewegingsopdrachten die de patiënt zelf uitvoert. De therapeut doet de oefeningen voor, legt de bedoeling ervan uit en helpt zonnodig bij de uitvoering, zodat de patiënt begrijp

en voelt wat hij doet. Er wordt geen gebruik gemaakt van bijzondere hulpmiddelen als massage of het inschakelen van kunstmatige weerstanden of toestellen; de oefenstof biedt voldoende mogelijkheden tot prestatieverhoging en spierversterking. De oefeningen worden eerst aandachtig op de plaats geleerd en daarna in een zeker tempo in voortgang uitgevoerd. Zo worden geleidelijk nieuwe gewoonten gevormd in de dagelijkse houdingen en bewegingen. De behandelingsduur is een half uur; de frequentie is afhankelijk van de aard van de aandoening van de patiënt.

Indicaties

De oefentherapie Cesar wordt toegepast bij:

1. correctie en functioneel herstel bij houdings- en bewegingsafwijkingen;
2. revalidatie en readaptatie van neurologische, orthopedische en cardiologische patiënten en patiënten met klachten van psychosomatische aard;
3. ademtherapie voor CARA-patiënten, cystic fibrosis-patiënten, pré- en postoperatief in de thoraxchirurgie;
4. verbetering van de motoriek van kinderen met leer- en opvoedingsmoeilijkheden, blinden, gehoorgestoorden en geestelijk of motorisch gehandicapten;
5. activering en mobilisering van bejaarden en chronisch zieken.

Tenslotte vindt de oefentherapie een overwegend preventieve toepassing bij:

6. correctieve bewegingsvorming voor overwegend gezonden;
7. zwangerschapsgymnastiek;
8. regeling van de arbeidsbeweging; de aanpassing van houding en beweging van het individu in zijn werk, bijvoorbeeld in de opleiding voor mondhygiënist(e).

Beroepsuitoefening

Afgestudeerden vinden werk in ziekenhuizen, revalidatiecentra en verpleeghuizen, astmacentra, blinden- en slechtziendeninstituten, medische kleuterdagverblijven, LOM-scholen, bejaardencentra en in de particuliere praktijk.

Ledenvergadering der LHV

In de besloten ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging, vrijdag 24 november jl. gehouden in het Jaarbeurs Congrescentrum te Utrecht, is een tweetal besluiten genomen, het ene betrekking hebbend op het rapport over de taken van de huisarts, het andere op de richtlijnen van de Ziekenfondsraad inzake financiële tegemoetkoming multidisciplinaire samenwerkingsverbanden.

Taken huisarts

Voor wat betreft het rapport over taken van de huisarts stemde de ledenvergadering in met een voorstel, dat aansluit bij een schrijven van de afgevaardigden T. van Blommestein c.s. (indertijd aan alle LHV-leden voorgelegd) en als volgt luidt:

1. De ledenvergadering van de LHV te Utrecht bijeen op 24 november 1978;
2. gehoord de toelichting van het Centraal Bestuur en zijn commissie-Takenpakket;
3. overwegende, dat het rapport 'de taken van de huisarts' een uitgebreide inventarisatie van deskundigheden van de huisarts weergeeft en daarom beter 'taken

- van de huisarts' genoemd kan worden;
4. overwegende, dat derhalve het rapport geen maatgevende uitspraken doet over de totaliteit van het functioneren van de huisarts;
5. overwegende, dat het een taak van de LHV is mogelijkheden te bevorderen en voorwaarden te scheppen voor het optimaal functioneren van de huisarts;
6. overwegende, dat derhalve geen juridische consequenties aan dit rapport verbonden zijn voor het huidige functioneren van de individuele huisarts;
7. overwegende, dat het uitwerken van deel drie van de aan de commissie-Takenpakket gegeven opdracht, namelijk het berekenen van het tijdsbeslag van de taken van de huisarts voor een gemiddeld aanvaardbare dagtaak op jaarbasis, op basis van dit rapport niet mogelijk is;
8. overwegende, dat derhalve het vraagstuk van de relatie tussen de functie en de honoreringsstructuur van de huisarts opnieuw in beschouwing dient te worden genomen door het Centraal Bestuur om te bezien hoe dit kan worden uitgewerkt;
9. neemt het rapport 'taken van de huisarts' ten behoeve van het beleid ten aanzien van opleiding, individuele zelftoetsing, nascholing, intercollegiale toetsing en onderzoek aan en draagt het Centraal Bestuur op dit rapport aan te passen aan de ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde.

Financiële tegemoetkoming samenwerkingsverbanden

Het besluit met betrekking tot de richtlijnen van de Ziekenfondsraad inzake financiële tegemoetkoming multidisciplinaire samenwerkingsverbanden is als volgt geformuleerd:

- De ledenvergadering der LHV, op vrijdag 24 november 1978 bijeen in het Jaarbeurscongrescentrum te Utrecht:
- kennis genomen hebbende van de voorlopige richtlijnen financiële tegemoetkomingen samenwerkingsverbanden van de Ziekenfondsraad;
 - kennis genomen hebbende van de visie en het beleid dienaangaande van het Centraal Bestuur, zoals kenbaar gemaakt tijdens de ledenvergaderingen van 3 juni en 29 september jl.;
 - overwegende, dat het voor huisartsen, werkend in een geformaliseerde samenwerking, tevens in dienstverband, mogelijk moet zijn te blijven functioneren binnen de LHV;
 - overwegende, dat het ongewenst is dat erin de toekomst mede door het afwijzen van bovengenoemde regelingen twee organisaties van huisartsen zouden kunnen ontstaan, namelijk een voor vrije



De afgevaardigde T. van Blommestein licht zijn visie op het rapport over de taken van de huisarts toe in de ledenvergadering van de LHV.

beroepsbeoefenaren en een voor huisartsen in dienstverband;

- overwegende, dat regelingen die betrekking hebben op het honorarium, ook al betreft het voorlopige regelingen, deel moeten uitmaken van een overeenkomst tussen LHV en VNZ en dat zij nimmer eenzijdig kunnen worden vastgesteld;
- overwegende, dat regelingen als bovengenoemd moeten kunnen gelden voor alle LHV-leden, ongeacht hun rechtspositioneel functioneren;
- overwegende, dat regelingen meer moeten omvatten dan alleen samenwerking in het eerste echelon met wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers, de zogenaamde 'driepoot';
- overwegende, dat in dit verband gedacht

kan worden aan betere geformaliseerde samenwerking met het tweede echelon, alsmede aan de tijd die besteed kan worden voor nascholing;

Besluit: zich ten aanzien van bovengenoemde regeling achter het tot dusver gevoerde beleid van het Centraal Bestuur te stellen, met het uitdrukkelijk verzoek om bij de eerstvolgende onderhandelingen met betrekking tot een nieuw honoreringscontract met bovenstaande overwegingen rekening te houden en aan de hand van de uitkomst van deze onderhandelingen het verdere beleid te bepalen en gaat over tot de orde van de dag.

achtte het niet juist dat de overheid, met name wat betreft de vaststelling van tarieven voor de vrije beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, niet is gekomen tot een procedure (zoals bij de CAO's) waarbij de toetsing aan de wet en het algemeen belang achteraf geschiedt. Een ander deel van de raad achtte de verantwoordelijkheid van de betrokken organisaties (medewerkers en ziekenfondsen) in de voorgestelde wijzigingen wel voldoende tot uitdrukking gekomen. Zulks omdat in de Inspiraaknota wordt gesteld dat in nauw overleg met het maatschappelijk leven de hoofdlijnen van het volksgezondheidsbeleid worden uitgestippeld. Voorts waren deze leden van oordeel, dat de eigen verantwoordelijkheid van de betrokken organisaties nog wordt versterkt door de rechtstreekse vertegenwoordiging in de door het COTG in te stellen Kamers en de invloed via deze Kamers op de inhoud en de totstandkoming van richtlijnen. Bij de hoofdelijke stemming over de uiteenlopende meningen sprak de meerderheid van de raad zich uit voor het laatstvermelde standpunt. De raad onderschreef in zijn advies ten slotte de opvatting, dat er voor het Centraal Orgaan geen taak kan worden weggelegd op het terrein van lonen/inkomens in de sector van de gezondheidszorg. In deze gedachtengang is het te bepalen norm-inkomen voor deze sector een gegeven. Een aantal leden, onder wie vertegenwoordigers van ziekenfondsen en medewerkers, voegden daar nog een aantal opmerkingen aan toe, houdende dat het voorgenomen sectorbeleid met betrekking tot het norm-inkomen zal leiden tot uniformering van het medisch handelen. Deze uniformering wordt door dit deel van de raad volstrekt afgewezen.

UIT DE ZIEKENFONDSRAAD

In de op 23 november 1978 gehouden vergadering van de Ziekenfondsraad kwamen onder meer de volgende onderwerpen aan de orde:

Inspiraaknota

In ons verslag van de septembervergadering van de Ziekenfondsraad (MC nr. 43/1978, blz. 1360) hebben wij melding gemaakt van het voornemen van de staatssecretaris van Volksgezondheid tot wijziging van het ontwerp van Wet Tarieven Gezondheidszorg. Aan de raad werd daaromtrent via een inspraaknota advies gevraagd en dit advies, voorbereid door een door de raad ingestelde commissie (de commissie-Piket), stond ter discussie.

De raad onderschrijft – als in de Inspiraaknota gesteld – dat de overheid haar eigen verantwoordelijkheid moet dragen ten aanzien van het volksgezondheidsbeleid en de beheersing van de kosten van de gezondheidszorg. Voorts wordt door de staatssecretaris erkend dat alle tarieven op basis van

onderhandelingen tot stand zouden dienen te komen. Hierbij tekent de raad echter aan, dat het strak toepassen van een stelsel van aanwijzingen, richtlijnen, goedkeurings- en vaststellingsbevoegdheden de onderhandelingsmarge van de contracterende partijen zal beïnvloeden. Dat dan vervolgens ook de verantwoordelijkheid van partijen voor een goede gezondheidszorg een andere zal zijn dan thans algemeen het geval is, onderstreept volgens de Ziekenfondsraad het belang van duidelijkheid op dit kardinale onderdeel van de toekomstige structuur. Verduidelijking van de visie van het kabinet in deze is gewenst. Vervolgens heeft de raad uit de Inspiraaknota niet kunnen opmaken of de overheid het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) met een technische/deskundige taak belast of dat het COTG door de overheid als een beleidsorgaan wordt beschouwd. Deze onduidelijkheid leidde binnen de raad tot uiteenlopende meningen over taak, bevoegdheden en samenstelling van het COTG. Een deel van de raad

Eigen bijdragen

Ter voldoening aan een adviesaanvraag van de staatssecretaris van Volksgezondheid besloot de Ziekenfondsraad aan de bewindsvrouw een tussentijds bericht te zenden inzake een eventuele uitbreiding van de eigen bijdragen in het kader van de AWBZ en de Ziekenfondswet. De raad is daarbij uitgegaan van de door de regering in beginsel genomen

beleidsbeslissingen, zodat het tussentijds bericht een technisch karakter draagt. De raad beperkte zich daarbij voornamelijk tot invoering van een eigen bijdrageregeling bij ziekenhuisverpleging ten laste van de ziekenfondsverzekering en uitbreiding van de eigen bijdrageregeling AWBZ. In de korte tijd die de raad voor het uitbrengen van het advies was gegeven – uiterlijk 1 december – was het niet mogelijk thans reeds een afgerond advies uit te brengen. In een spoedig uit te brengen nader advies zal worden ingegaan op de wijze waarop eventueel *nieuw in te voeren eigen bijdragen* zullen moeten worden geïnd en op de hoogte van de daarmee verband houdende inningskosten. De raad houdt zich daarbij voor, eventueel te adviseren van het invoeren van eigen bijdrage in bepaalde gevallen af te zien indien de kosten van inning te hoog blijken in verhouding tot de opbrengst. De wenselijkheid van de invoering van een eigen bijdrage gebaseerd op de besparing van de voedingskosten laat de raad uitdrukkelijk in het midden; binnen de raad wordt daarover trouwens verschillend gedacht. Indien een bijdrage gebaseerd op de besparing van de voedingskosten zal moeten worden ingevoerd, kan deze – naar het oordeel van de raad, gebaseerd op de hem ter beschikking staande gegevens – niet worden gemotiveerd met een besparing van f 10,— per persoon per dag, doch slechts met een gemiddelde besparing van f 5,— per persoon per dag. Indien de regering een eigen bijdrageregeling bij ziekenhuisverpleging ten laste van de ziekenfondsverzekering wil invoeren, zou deze kunnen worden bepaald op f 5,— per persoon per dag. Deze bijdrage zou kunnen worden beperkt tot de categorieën: ongehuwden van 18 jaar en ouder en gehuwden ook beneden 18 jaar, echter voor beide categorieën uitgezonderd hen die aanspraak hebben op kinderbijslag en hen die aanspraak op kinderbijslag zouden hebben indien zij verzekerd zijn in de zin van de KWL zouden zijn. Aan de goedkeuring van het ‘tussentijds bericht’ ging een uitvoerige discussie vooraf over het al – dan – niet uitbrengen van het stuk. In het bijzonder de vertegenwoordigers van de werknemers in de raad verzetten zich heftig tegen de eventuele heffing van f 5,— per verpleegdag. De FNV had

trouwens van meet af aan geweigerd aan de totstandkoming van het tussentijds bericht mee te werken. Hoewel vanuit de raad uitdrukkelijk werd vastgesteld dat het bericht een zuiver technisch karakter had en dat de raad zich volstrekt wenste te onthouden van een uitspraak over de wenselijkheid van de eigen bijdragen, hetgeen immers in feite een beleidsuitspraak zou betekenen, vreesde de vertegenwoordiger van het CNV dat de becijfering van f 5,— onbedoeld toch als een suggestie van de raad zal gaan functioneren. De heer De Vries (ziekenfondsvertegenwoordiger) verwees naar het standpunt van de VNZ, houdende dat de ziekenfondsen tegen invoering van een eigen risico zijn doch meer heil verwachten van onder meer goed doordachte en gerichte maatregelen tot kostenbeheersing. Verzendend van het ‘tussentijds bericht’ werd tenslotte met grote meerderheid van stemmen aangenomen.

Erkenning fysiotherapeutenvereniging

Een bepaling in de Ziekenfondswet stelt aan organisaties die deelnemen aan het overleg aangaande de inhoud van de individuele medewerkerscontracten de eis dat zij naar het oordeel van de minister representatief zijn. Op grond hiervan had de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Fysiotherapeuten (NVVF) aan de minister van Volksgezondheid verzocht, naast het reeds bestaande Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie als zodanig te worden erkend. Dit verzoek werd destijds door de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid om advies aan de raad voorgelegd. De raad is na onderzoek tot de conclusie gekomen dat de NVVF aan de vereiste criteria voor erkenning zowel in kwalitatieve als kwantitatieve zin voldoet, hetgeen ter kennis van de staatssecretaris van Volksgezondheid zal worden gebracht.

Aanpassing bijbetalingen

In verband met de voor 1979 te verwachten stijging van honoraria en tarieven besloot de raad de

staatssecretaris van Volksgezondheid te adviseren de reeds bestaande bijbetalingen voor:

- a. kaakorthopedische hulp en tandheelkundige hulp,
- b. wijkkraamzorg en interne kraamzorg, en
- c. ziekenvervoer

per 1 januari 1979 aan te passen. Dit betekent een betrekkelijk geringe verhoging van de vigerende bijbetalingen.

Commissie onderzoek honoreringsstructuur medische specialisten

Blijkens een bericht van het ministerie van Volksgezondheid dd. 5 oktober 1978 en een gelijktijdige publikatie in de Staatscourant zal de staatssecretaris van Volksgezondheid, mede namens de minister van Economische Zaken, een commissie instellen die tot taak zal hebben een onderzoek in te stellen naar de honoreringsstructuur van medisch specialisten. Het onderzoek zal zich richten zowel op omzet en praktijkkosten als op werkbelasting en in samenhang daarmee de stafactiviteiten, zoals de kwaliteitsbewaking. Voorts heeft de commissie tot taak, na analyse van de resultaten van het onderzoek aanbevelingen te doen voor de oplossing van de geconstateerde problemen en knelpunten. De commissie zal worden samengesteld uit deskundigen op sociaal-economisch en medisch-functioneel gebied. De Commissie Overeenkomsten van de raad was van oordeel, dat het in de rede zou hebben gelegen dat zij bij de werkzaamheden van de ministeriële commissie zou worden betrokken en besloot haar verlangen ter zake aan het presidium van de raad voor te leggen. Om verschillende redenen was het presidium echter van oordeel dat het ten sterkste moet worden ontraden om van de zijde van de Ziekenfondsraad aan te dringen op vertegenwoordiging van de Commissie Overeenkomsten in de ministeriële commissie. De Ziekenfondsraad ging met dit standpunt akkoord, zij het dat de vertegenwoordigers van het FNV lieten aantekenen dat zij tegen het voorstel van het presidium waren.



officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Dagelijks Bestuur

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

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

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

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

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

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

Stichting Beroepspensioenfonds Artsen (SBA)

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

van het hoofdbestuur

Nieuw formulier voor verstrekking van gegevens aan Raden van Beroep

Het verstrekken van inlichtingen vanuit de behandelende sector aan de vaste deskundigen van de Raden van Beroep

In de aan het oordeel van de Raden van Beroep ontworpen geschillen van geneeskundige aard omtrent het al dan niet bestaan of voortbestaan van de ongeschiktheid tot werken, is het advies van de vaste deskundige van bijzondere betekenis. Immers dat advies vormt in het algemeen de enige grondslag voor de voorzitter van de betrokken Raad om het beroep gegrond of ongegrond te verklaren en aldus een eindbeslissing te geven over (verdere) aanspraak op uitkering ingevolge de Ziektewet. Verzet tegen een dergelijke beslissing is slechts in bepaalde gevallen mogelijk.

De wetgever heeft het, ten einde de overigens eenvoudige procedure met de nodige waarborgen te omkleden, nodig geoordeeld te bepalen dat de vaste deskundige de behandelend geneesheer van de persoon op wie het geschil betrekking heeft en de controlerende geneesheer van de wederpartij in de gelegenheid stelt hem van zijn oordeel blijk te geven. Deze verplichting bestaat alleen dan niet, indien de vaste deskundige uit de stukken het standpunt van die geneeskundige reeds kent – dit zal in het algemeen het standpunt van de controlerende geneesheer zijn – en hij dat standpunt deelt.

Tot nu toe wordt aan dit wettelijk voorschrift voldaan, doordat de vaste deskundigen de te raadplegen artsen een kaartje sturen, waarin hen wordt verzocht schriftelijk of telefonisch van hun oordeel te doen blijken. Daaraan wordt dan de mededeling toegevoegd dat de vaste deskundigen verplicht zijn drie dagen op een reactie te wachten.

De praktijk heeft geleerd dat tegen het gebruik van deze kaartjes grote bezwaren bestaan. De indruk bestaat bovendien dat als gevolg daarvan niet steeds wordt gereageerd in gevallen, waarin dit niettemin wenselijk zou zijn. Het geheel is geworden tot een formaliteit, waardoor aan de betekenis, welke de wetgever ten aanzien van het raadplegen van in het bijzonder de behandelende artsen voor ogen heeft gestaan, afbreuk wordt gedaan.

De vage en ongerichte vraagstelling van de gewraakte kaartjes alsmede het doen plaatsvinden van informatie-overdracht buiten de betrokkene om, moeten bovendien worden geacht niet in overeenstemming te zijn met hetgeen in het intercollegiaal verkeer onder medici gebruikelijk is. Te dien aanzien moge kortheidshalve worden verwezen naar de algemene uitgangspunten voor het schriftelijk uitwisselen van medische gegevens (intercollegiale inlichtingen) buiten het kader van de individuele 'curatieve' gezondheidszorg, zoals gepubliceerd in Medisch Contact nr. 41/1977, blz. 1306.

Ten einde aan deze bezwaren tegemoet te komen is na overleg met en in overeenstemming met het ministerie van Justitie en met vertegenwoordiging van de kring van voorzitters en ondervoorzitters van de Raden van Beroep, een nieuw formulier ontworpen. Dit nieuwe formulier in setform bestaat uit twee gedeelten, waarvan elk deel betrekking heeft op een andere informatiesituatie.

Het *eerste deel*, hetwelk naar mag worden aangenomen het meest zal worden gebruikt, heeft betrekking op de situatie waarin de vaste deskundige op grond van de hem beschikbaar gestelde stukken en de resultaten van het gehouden onderzoek reeds tot een bepaald oordeel is gekomen. Het melding maken van dit oordeel stelt de behandelend geneesheer in staat dit oordeel te toetsen aan de hem ter beschikking staande gegevens. Kan hij zich met het oordeel verenigen, dan kan hij ter besparing van moeite en tijd reactie achterwege laten. In het tegenovergestelde geval moet het aannemelijk worden geacht dat de behandelend arts in het belang van zijn patiënt de vaste deskundige van zijn andersluidende opvatting gemotiveerd op de hoogte zal stellen.

Het *tweede deel* van de formulierenset kan de vaste deskundige gebruiken in het geval dat hij bepaalde aanvullende gegevens nodig heeft om tot een definitief standpunt te komen.

Enige afzonderlijke punten vragen nog bijzondere aandacht:

- het formulier gaat ervan uit, dat de intercollegiale inlichtingen eerst worden gevraagd nadat het eigen onderzoek heeft plaatsgevonden. Dit kan een geringe vertraging meebrengen in de rapportage, maar is in overeenstemming met vorenaangehaalde uitgangspunten;
- het formulier stelt de behandelend arts ervan op de hoogte dat zijn patiënt tegen het verstrekken van inlichtingen aan de vaste deskundige geen bezwaren heeft; uiteraard dient de vaste deskundige dit de patiënt vóór de verzending van het formulier te hebben gevraagd.
- Als basis voor de vergoeding is in overleg met de LHV en LSV het tarief voor een huisartsconsult gekozen, berustend op een gemiddeld tijdsbeslag van 10 minuten. Bij een ingewikkelde vraagstelling mag dit bedrag gemotiveerd verdubbeld of verdrievoudigd worden. Steeds zal een declaratieformulier worden bijgevoegd, hetwelk, indien inlichtingen zijn verstrekt, ingevuld rechtstreeks aan de betrokken Raad van Beroep kan worden toegezonden.
- Elk formulier zal in duplo aan de behandelend arts worden toegezonden. Het duplicaat kan ten behoeve van zijn/haar eigen administratie worden behouden.

Tenslotte spreekt het hoofdbestuur de hoop uit dat de nieuwe werkwijze de bestaande bezwaren uit de weg heeft geruimd. Mochten zich evenwel nog vragen voordoen, dan is het hoofdbestuur uiteraard steeds gaarne bereid deze te beantwoorden. Ook indien de praktijk met de toepassing van dit systeem toch bepaalde problemen of bezwaren oproept, zal het hoofdbestuur het op prijs stellen daarvan op de hoogte te worden gesteld.

Namens het hoofdbestuur,

Dr. H. Roelink, secretaris

van het Centraal Bestuur

Arbeidsvoorwaardenoverleg Kruiswerk en Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg

Onlangs heeft de van de Samenwerkende Bonden van Overheidspersoneel (SBO) deeluitmakende Katholieke Bond van personeel in de sectoren Overheid, Volksgezondheid, Maatschappelijk Welzijn en Sociale Werkvoorziening (KABO) in het blad 'Kabopost' een paar categorale beroepsorganisaties verweten 'bekrompen' te denken. Dit verwijt is duidelijk gericht aan het adres van de Katholieke Unie van Verpleegkundigen en Verzorgenden (KUVV), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD), die naast de SBO als representatieve werknemersorganisaties deelnemen aan het Arbeidsvoorwaardenoverleg Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg en Kruiswerk.

Wat is er nu aan de hand in beide sectoren?

Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg

Reeds vele jaren is er overleg gaande om te komen tot een uniforme rechtspositieregeling c.q. CAO voor alle werknemers in deze sector. Vanaf het begin heeft de LAD met de KUVV, het NIP en de SBO deelgenomen aan dit overleg en eind 1976 was een concept-regeling tot stand gekomen. Door de ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG) is deze regeling – op enkele detailpunten na – geaccepteerd. De verdere uitwerking van deze regeling ondervond vertraging omdat binnen de NVAGG het noodzakelijk werd geacht een aparte werkgeversvereniging op te richten. Deze zou de verdere onderhandelingen met de werknemersorganisaties moeten voeren.

Voor de werknemersorganisaties trad een rustperiode van ruim een jaar in, omdat de oprichting van de werkgeversvereniging nogal wat voeten in de aarde had.

Kort voor de hervatting van de onderhandelingen medio dit jaar, werd de LAD plotseling geconfronteerd met de mededeling dat de SBO *eenzijdig* een regeling van arbeidsvoorwaarden had gedeponereerd bij de minister van Sociale Zaken met het verzoek deze bindend te verklaren voor de sector. Gezien de inhoud en de onfatsoenlijke gedragswijze van deze vakbond regende het protesten bij de minister. Van overheidswege (VoMil en CRM) werden bezwaarschriften ingediend. Ook de LAD, het NIP, de KUVV, de Werkgeversvereniging Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, de Nederlandse Vereniging van Opvoedkundigen (NVO) en de Vereniging van Hoger Personeel in de Gezondheids- en Bejaardenzorg (VHPGB), die allen niet van deze SBO-manoeuvre op de hoogte waren, dienden bezwaarschriften in.

Als eerste stelden de organisaties dat dit verzoek van SBO een bijzonder onelegante doorkruising van het bestaande overleg betekende. Verder werden tal van inhoudelijke bezwaren aangevoerd. Dit veroorzaakte ten departemente kennelijk een impasse.

Kruiswerk

Ook in deze sector bestaat al jaren een arbeidsvoorwaardenoverleg, het zogeheten Overleg Arbeidsvoorwaarden Kruiswerk en Tuberculosebestrijding (OAKT) tussen de Nationale Kruisvereniging (NK) en de KUVV, de Landelijke Beroepsorganisatie van Werkers in de Gezondheidszorg (LBWG), de Nederlandse Christelijke Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden (NCVVV) en de SBO. Onlangs is de LAD toegelaten tot dit overleg.

Overleg Arbeidsvoorwaarden Welzijnswerk (OAW)

Om deze complexe materie nog ingewikkelder te maken, moet melding worden gemaakt van een derde overlegtafel in beide sectoren: het Overleg Arbeidsvoorwaarden Welzijnswerk. Aan werkgeverszijde zitten onder andere de Nationale Kruisvereniging en de Werkgeversvereniging Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (waarnemer) tegenover uitsluitend de SBO als werknemersorganisatie, met het doel voor de gehele welzijnssector een arbeidsvoorwaardenregeling tot stand te brengen. Onder welzijnswerk wordt hier – merkwaardigerwijs – ook een stuk gezondheidszorg verstaan, namelijk kruiswerk in de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg.

Tot zover vertoont het hierboven geschetste beeld geen grote bijzonderheden. De verrassingen kwamen omtrent de afgelopen jaarwisseling. De SBO deelde eerst in het OAKT en later in het Overleg Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg mee dat zij niet meer met de categorale organisaties aan de overlegtafel wenste te zitten. Ondanks herhaalde vragen van de categorale organisaties en van werkgeverszijde de redenen hiervan te geven, kwam er geen gemotiveerd antwoord. Opmerkingen dat de SBO representatief zou zijn voor alle werknemers in deze sector of dat categorale organisaties zich uitsluitend met beroepsinhoudelijke zaken moeten bezighouden, sneden geen hout, juist nu de categorale organisaties een veel hogere organisatiegraad kennen dan de SBO en voldoen aan de door de Sociaal Economische Raad (SER) opgestelde criteria inzake de representativiteit die vereist wordt om als overlegpartner te kunnen worden aangemerkt in een CAO-overleg. Het overleg verzandde.

Plotseling lieten partijen van het OAW weten dat zij een concept-CAO voor het Welzijnswerk hadden opgesteld, die na een inspraakronde in het voorjaar van 1979 zou moeten worden ingevoerd. Op deze wijze zouden de categorale werknemersorganisaties buiten spel kunnen worden gezet omdat zij geen zitting hebben in het OAW. De werkgeversvereniging Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg en de Nationale Kruisvereniging legden deze concept-CAO echter aan hun 'eigen' overlegtafel voor aan de categorale organisaties. Na bestudering deelden de categorale organisaties mee dat deze regeling voor hen 'te mager' was. Zij waren van mening dat te weinig rekening was gehouden met specifieke bijzonderheden van de sector Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg en het Kruiswerk. Daar kwam bij dat de concept-CAO Welzijnswerk door de LAD (en andere beroepsorganisaties) niet aanvaardbaar wordt geacht. Niet alleen omdat deze

met name voor de sector Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg een minder goede rechtspositie biedt dan de eerder ontworpen regeling (die het fiat kreeg van de NVAGG-ledenvergadering), maar vooral omdat de positie van de hogere functionarissen wordt ondergraven en hun rechtszekerheid in het geheel geringer is dan die van andere werknemers.

(Voorbeeld: uitsluitend aan functionarissen met een salaris hoger dan f 3011,— per maand, kan een arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd worden aangeboden. Ten aanzien van lager gesalarieerden is dit verboden).

Geen regelingen werden opgenomen welke waarborgen scheppen ten aanzien van het professioneel handelen van de betreffende werknemers.

Voorts kunnen vele artikelen de toets der kritiek niet doorstaan. Onlangs hebben de Nationale Kruisvereniging en de Werkgeversvereniging Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg verklaard in de Federatie van Werkgevers in de Welzijnssector dat zij zich de vrijheid wensten voor te behouden deze CAO onderwerp van nader overleg te doen zijn met de categorale werknemersorganisaties, met wie zij al jaren overleg plegen over arbeidsvoorwaarden. De categorale organisaties, die in geen enkel opzicht betrokken waren geweest bij de opstelling van de concept-CAO, hebben zich hierin onder een aantal voorbeelden kunnen vinden.

Ongetwijfeld betekent dit voor de SBO een bittere pil nu hun poging de categorale organisaties buiten te sluiten een averechts effect heeft. Maar het verwijt dat categorale organisaties, die de belangen van hun leden zo goed mogelijk behartigen en daarin succes boeken, *dus* bekrompen denken, geeft blijk van een mentaliteit die wij niet gaarne tot de onze zouden rekenen.

Utrecht, 14 november 1978



Rechtsbijstand

De juristen van het LAD-bureau verschaffen aan ieder LAD-lid kosteloze bijstand inzake dienstverbandkwesties, zoals:

- advies over arbeidscontracten
- salarisadviezen
- CAO-aangelegenheden
- geschillen tussen werkgever en werknemer (schorsing, ontslag e.d.)
- ondernemingsraden en overlegorganen
- gezondheidsrecht
- pensioenkwesties



Opleidingsbevoegdheden

In de plenovergadering van de Specialisten Registratie Commissie dd. 22 september 1978 zijn de volgende opleidingsbevoegdheden verleend c.q. verlengd:

Anesthesie:

Academisch Ziekenhuis te Groningen

Medische microbiologie:

Laboratorium voor Medische Microbiologie te Nijmegen

Heelkunde:

Rode Kruis Ziekenhuis te Beverwijk: B-opleiding

Diaconessenziekenhuis te Eindhoven: B-opleiding

Rode Kruis Ziekenhuis te 's-Gravenhage: A-opleiding

De Wever Ziekenhuis te Heerlen: A-opleiding

Pathologische anatomie:

Stichting Pathologisch-anatomisch en Bacteriologisch Laboratorium te Deventer: B-opleiding

Instituut voor Pathologische Anatomie te Nijmegen: A-opleiding

Psychiatrie:

Psychiatrisch Ziekenhuis Veldwijk te Ermelo: A-opleiding

Sint Radboud Ziekenhuis te Nijmegen en Kliniek Overwaal te Lent: A-opleiding

Stage sociale psychiatrie:

Stichting Geestelijke Gezondheid Zuid-Holland te Zoetermeer

Radiodiagnostiek:

Westeinde Ziekenhuis te 's-Gravenhage: A-opleiding

Rheumatologie:

Sint Radboud Ziekenhuis te Nijmegen

Urologie:

Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam

In de plenovergadering van de Specialisten Registratie Commissie dd. 27 oktober 1978 zijn de volgende opleidingsbevoegdheden verleend c.q. verlengd:

Anesthesie:

Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam: A-opleiding

Sint Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg

Gastro-enterologie:

Sint Radboud ziekenhuis te Nijmegen: A-opleiding

Heelkunde:

Diaconessenhuis te Leeuwarden: B-opleiding
 Ziekenhuis Eudokia te Rotterdam: B-opleiding
 Diaconessenhuis Refaja te Dordrecht: B-opleiding

Inwendige geneeskunde:

Sint Lucas Ziekenhuis te Amsterdam: B-opleiding
 Majella Ziekenhuis te Bussum: B-opleiding
 Diaconessenhuis te Voorburg: B-opleiding

Keel-, neus-, oorheelkunde:

Diaconessenhuis Refaja te Dordrecht: B-opleiding

Kindergeneeskunde:

Juliana Ziekenhuis te 's-Gravenhage: A-opleiding
 Catharina Ziekenhuis te Eindhoven: B-opleiding
 Sint Lambertus Ziekenhuis te Helmond: B-opleiding

Neurochirurgie:

Academisch Ziekenhuis Rotterdam Dijkzigt

Neurologie:

Sint Lucas Ziekenhuis te Amsterdam: A-opleiding
 Gemeente Ziekenhuis te 's-Gravenhage: A-opleiding
 Academisch Ziekenhuis Rotterdam Dijkzigt: A-opleiding
 Ursula Kliniek te Wassenaar: A-opleiding

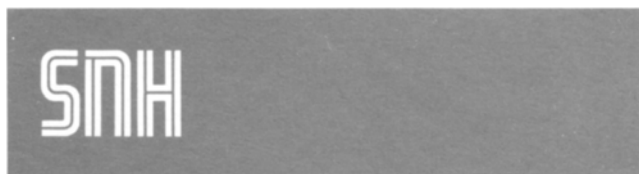
Klinische neurofysiologie:

Sint Radboud Ziekenhuis te Nijmegen: A-opleiding

Orthopedie:

Rode Kruis Ziekenhuis te 's-Gravenhage: B-opleiding
 Andreas Ziekenhuis te Amsterdam: B-opleiding

Radiodiagnostiek: Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit te Amsterdam: A-opleiding
 Bergweg Ziekenhuis te Rotterdam: A-opleiding



Nascholingsmogelijkheden voor de huisarts van december 1978 t/m februari 1979

Kopij voor deze rubriek dient drie weken voor de laatste vrijdag van de maand te worden ingestuurd aan Mw. I. Koers, Stichting Nascholing Huisartsen, Lomanlaan 103, Utrecht. Tel. 030-885411.

7 en 8 december

Vorderingen in de Geneeskunde, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.

7 en 8 december

Blokcursus 'Oncologie', Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-77 22 00.

7 en 8 december

Psycho Therapeutische Methoden II, Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-77 22 00.

11, 12, 13, 14, 15 dec. + 2 dagdelen follow-up

Training persoonlijk functioneren. Plaats: Huize Doornburgh, Maarssen. Kosten: f 1175,—. Inlichtingen: Nederlands Huisartsen Instituut, Mariahoek 4, Utrecht. Tel. 030-31 99 46.

13 december

'Huisvesting en bouwen'. Dit is de derde van een serie avonden over eerstelijns gezondheidszorg, georganiseerd door S 1. Inlichtingen bij het secretariaat, Postbus 3200, Utrecht. Tel. 030-91 03 80.

13 en 14 december

Twee identieke cursusdagen over 'Sociale Oncologie', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053-89 29 22.

14 en 15 december

Psycho Therapeutische Methoden II, Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-77 22 00.

20 december

Klinische demonstratie voor huisartsen o.l.v. L. Kuenen. Onderwerp nog niet bekend. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.

17 januari 1979

'Financiële Omstandigheden van geformaliseerde samenwerking in opbouw'. Dit is de vierde van een serie avonden, georganiseerd door S 1, over de eerstelijns gezondheidszorg. Inlichtingen bij het secretariaat, Postbus 3200, Utrecht. Tel. 030-91 03 80.

18 en 19 januari

Nieuwe ontwikkelingen in de verloskunde en gynaecologie. Regionale bijscholingscursus voor de huisartsen. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.

18 en 19 januari

Cursus Patiënt Arts Communicatie (PAC). Plaats: Ernst Sillemhoeve, Lage Vuursche. Inlichtingen: A. H. M. Schoenmakers, p/a Hoffman la Roche, Nijverheidsweg 38, Mijdrecht. Tel. 02979-3251.

31 januari

'Het functioneren van een gezondheidscentrum'. Dit is de vijfde van een serie avonden, georganiseerd door S 1, over de eerstelijns gezondheidszorg. Inlichtingen bij het secretariaat: Postbus 3200, Utrecht. Tel. 030-91 03 80.

1 en 2 februari

Blokcursus 'Oncologie', Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-77 22 00.

15 en 16 februari

Psycho Therapeutische Methoden II, Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-77 22 00.

15 en 16 februari

'Het Huisbezoek', Leiden. Ter gelegenheid van haar tienjarig bestaan organiseert de vakgroep huisartsgeneeskunde van de Medische Faculteit Leiden een Boerhaave Cursus over huisbezoek. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.

14 februari

'Hoe kom je tot een gezondheidscentrum?' Dit is de zesde van een serie avonden, georganiseerd door S 1, over de eerstelijns gezondheidszorg. Inlichtingen bij het secretariaat: Postbus 3200, Utrecht. Tel. 030-91 03 80.

16 en 17 februari

Cursus Patiënt Arts Communicatie (PAC). Plaats: Ons Centrum te Driebergen. Inlichtingen: A. H. M. Schoenmakers, p/a Hoffmann la Roche, Nijverheidsweg 38, Mijdrecht. Tel. 02979-3251.

22 en 23 februari

Neuromusculaire ziekten, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.



Nieuwe inschrijvingen

De Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst heeft de volgende artsen ingeschreven in het register van erkend sociaal-geneeskundigen:

Tak arbeids- en bedrijfsgeneeskunde

per 21 juni 1978 (m) – W. J. D. Elfferich te Holl. Rading
per 12 juli 1978 (m) – J. H. Bakker te Roden
per 12 juli 1978 (m) – L. J. A. Coenen te Overloon
per 12 juli 1978 (m) – J. C. C. F. M. Croonen te Geldrop
per 12 juli 1978 (m) – H. A. Jansen te Haren (Gr.)
per 12 juli 1978 (m) – L. Neeleman te Rotterdam
per 12 juli 1978 (m) – K. H. Oei te De Bilt
per 12 juli 1978 (m) – T. S. Tjio te Eindhoven (inschrijving verz.
geneesk. vervalt)

per 12 juli 1978 (m) – B. Voorsluijs te Uden
per 12 juli 1978 (m) – S. Wartena te Vlissingen
per 1 augustus 1978 (m) – H. Heering te Rotterdam
per 1 augustus 1978 (m) – J. H. Uhl te Heemstede

Tak jeugdgezondheidszorg

per 1 april 1978 (vr.) – L. J. Brouwer te Nijmegen

Tak verzekeringsgeneeskunde

per 14 februari 1978 (vr.) – A. M. de Jonge te Leiden
per 19 september 1978 (m) – B. Jansma te Oudega (Sm.)
per 2 oktober 1978 (m) – C. J. L. Walder te Eindhoven

Tak algemene gezondheidszorg

per 19 juni 1978 (m) – A. J. de Rijk te Deventer

Tak bijzondere vormen van sociale geneeskunde

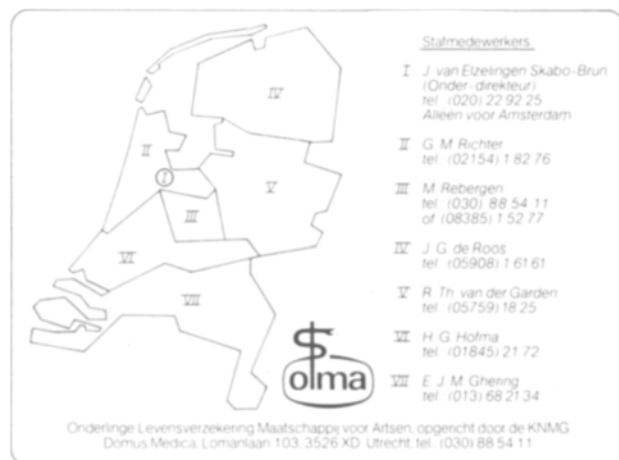
per 1 juli 1978 (vr.) – T. L. Tjan-Tan te Koog a/d Zaan
per 1 juli 1978 (vr.) – J. C. H. M. Schepp-Beelen te Leiden



Stafmedewerker buitendienst

Om de sterke toename van werkzaamheden bij de OLMA adequaat te kunnen opvangen is het wenselijk gebleken het aantal stafmedewerkers, werkzaam in de buitendienst, uit te breiden. In verband hiermede is in dienst van de OLMA getreden de heer *J. G. de Roos, Kastelenlaan 187, Roden (Dr.), tel. 05908-1 61 61*, die persoonlijke contacten zal onderhouden met artsen, woonachtig in de drie noordelijke provincies. In voorkomende gevallen kan rechtstreeks contact met hem worden opgenomen.

In onderstaand schematisch overzicht zijn de namen en telefoonnummers van alle in de buitendienst van de OLMA werkzame stafmedewerkers vermeld.



INHOUD OFFICIEEL

Nr. 49-8 december 1978

| | |
|--|------|
| KNMG, van het hoofdbestuur: | |
| Nieuw formulier voor verstrekking van gegevens aan Raden van Beroep | 1556 |
| LAD, van het centraal bestuur: | |
| Arbeidsvoorwaardenoverleg Kruiswerk en Ambulante Geestelijke Volksgezondheid | 1557 |
| SGRC: | |
| Opleidingsbevoegdheden | 1558 |
| SNH: | |
| Nascholingsmogelijkheden voor de huisarts van december t/m februari 1979 | 1559 |
| SGRC: | |
| Nieuwe inschrijvingen | 1560 |