

MEDISCH CONTACT

Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nummer 25 – 24 juni – 43e jaargang

Eerste hulp voor artsen met problemen op het gebied van de geestelijke gezondheid kan worden geboden via een netwerk van landelijke contactpersonen. Dit hulpverleningsnetwerk is in 1985 door de KNMG in het leven geroepen. De voorzitter van de betrokken initiatiefgroep, het KNMG-hoofdbestuurslid Prof.Dr. J. Schudel, geeft enige met cijfers onderbouwde informatie over de hulp die in het jaar 1987 kon worden geboden.

Ziekenhuizen lijken niet snel geneigd veranderingen aan te brengen in hun klachtenregeling: ze zijn bang dat het te formeel en te bureaucratisch wordt. De druk tot wijziging komt dan ook niet zozeer van de ziekenhuizen zelf, maar meer van buitenaf. Dit is één van de conclusies van Mw. Mr. C. Barkman, gerechtssecretaris bij de Raad van Beroep te Utrecht, naar aanleiding van een door haar verricht onderzoek in Amsterdamse ziekenhuizen.

Verbetering van de rechtspositie van de patiënt – het doel van de patiëntenwet – wordt onder meer bereikt door de regeling van de centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis. Daarnaast worden aan de patiënt het informatie- en inzagerecht gegeven. Deze essentiële patiëntenrechten zullen de bewijspositie van de patiënt verbeteren, aldus Mw. Mr. W. Kempe te Utrecht.

In het tweede artikel over het onderwijs in de universitaire huisartsenpraktijk gaan docenten H.O. Sigling, A. J. Arbouw en E. A. Reynders in op de positie en de ervaringen van de studenten en op hun eigen verwachtingen ten aanzien van het rendement van dit studieonderdeel in het geheel van de professionele scholing tot basisarts.

Openbaarheid van de tuchtrechtspraak houdt de gemoe-
deren van artsen en juristen bezig. Het staat de Neder-
landse wetgever niet vrij deze kwestie naar eigen goed-
dunken te regelen: men is gebonden aan het Verdrag van
Rome, zo betogen de juriste T. D. M. Zeegers en de arts
J. P. van Dijk.

INHOUD

Hulpverlening aan artsen. Het netwerk
van landelijke contactpersonen in 1987

Prof. Dr. J. Schudel – 775

Hulpverlening aan artsen. Anonieme
Dokters – 776

Klachtenopvang in algemene ziekenhui-
zen in Amsterdam

Mw. Mr. C. Barkman – 777

Wat verbetert de patiëntenwet aan de
bewijspositie van patiënten?

Mw. Mr. W. Kempe – 780

Uit de Geneeskundige Hoofdinspectie:
Samenwerking huisarts-wijkverpleeg-
kundige

Mw. P. M. H. M. van Lin – 782

Het onderwijs in de universitaire huisart-
senpraktijk. 2: Ervaringen van studenten
*H. O. Sigling, A. J. Arbouw en E. A.
Reynders – 783*

De openbaarheid van het medisch tucht-
recht. Artikel 6 van het verdrag van
Rome

*Mw. Mr. T. D. M. Zeegers en Drs. J. P.
van Dijk – 785*

Specialisten en ziekenfondsen. Veertig
jaar onderhandelen

Alice Juch – 787

Programma en inschrijfformulier
KNMG-Ledencongres 1988 – 797

Colofon – 770 – Colofon officieel 770 – Hoofd-
redactioneel commentaar 771 – Voorzitters-
kolom LHV 772 – Brieven 773 – Boeken 790 –
Meester Dokter 791 – Uit de Verenigingen 794

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

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

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

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

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

Abonnementen

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

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

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

Advertenties

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

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

Bij de voorplaat:

Miniatuur uit het 'Herbarium van Pseudo-Apuleius c. 10de/11de eeuw. Vroedvrouwen gebruiken coriander om de geboorte van het kind te bespoedigen. Codex Vindob 93, fol. 1024.
Oesterrijkse Nationalbibliothek, Wenen.

KNMG LHV LSV LAD LVSG KNMG

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

Dagelijks bestuur

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

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)

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

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

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

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

Bibliotheek

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

Stichting Dienstverlening Medici

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

Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen

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

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

De arts als hulpvrager

'Er kan weinig twijfel bestaan over het feit dat de arts in overheersende mate afwijkend staat tegenover het spelen van de rol van psychiatrische patiënt.' Aldus vat te Pierloot het kernprobleem van de hulpverlening aan artsen in psychische nood samen¹. 'Tegenover de artsenrol, gekenmerkt door hulpverlening, autoriteit, verantwoordelijkheid en deskundigheid, staat de patiëntenrol die zich manifesteert in het zoeken van hulp, onderworpenheid, ontheven zijn van verantwoordelijkheid en aanvaarden van competentie van een ander.'

De problemen met het hulpvragend gedrag van de arts vangen al aan met de beroepskeuze. Veel mensen denken dat artsen alles weten en alles kunnen. Vanzelfsprekend zijn aankomende studenten met deze irreële, maar onuitroeibare ideeën besmet. Het verlangen medemensen te helpen vormt voor deze ideeën een goede voedingsbodem.

Hoe vreemd moet het zijn met dit beeld medicijnen te gaan studeren. Van patiënten merken studenten in de aanvang niet zo veel, maar ze volgen wel een programma dat het beeld van de hard werkende, alles voor zijn patiënt overhebbende dokter bevestigt. Met de docenten bestaat nauwelijks contact en de intellectuele uitdaging van de studie is niet bijster groot.

In de loop van de studie worden studenten zich bewuster dat het beroepsperspectief er bepaald niet rooskleurig uitziet en dat de kans dat ze daadwerkelijk het vak van hun keuze kunnen gaan uitoefenen niet groot is. Dit leidt gemakkelijk tot onderlinge concurrentie en bij de gevoeligen tot frustraties. Thans is er door de overvolle programma's en de groeps-houding voor flinkheid nog minder gelegenheid voor het uiten van gevoelens dan een decennium geleden het geval was. Al met al lijkt de conclusie gerechtvaardigd, dat al in de studententijd de kiem wordt gelegd voor het ontkennen van problemen zowel als voor het maskeren van problemen.

Na het artsexamen volgt een tijd van wachten en onzekerheid. Als men al voor een vervolgopleiding in aanmerking komt, moet men hard werken in een competitieve sfeer. In een tijd waarin het beroepsperspectief veel gunstiger was, merkte de verder toch niet zo overgevoelige hoogleraar chirurgie Boerema al op dat dit voor zijn assistenten ongunstige effecten had voor het opbouwen en on-

derhouden van een normaal gezinsleven.

Eenmaal in de praktijk wordt het de beginnende arts duidelijk dat de claim op zijn persoon groot is en dat men slechts ten dele een beroep kan doen op verworven kennis en kunde. Spreekt het in zo'n situatie niet vanzelf dat een aantal collega's aan de spanningen bezwijkt of een dwangmatig, krampachtig gedrag vertoont?

In de twee laatste nummers van de Nederlandse uitgave van de JAMA is de symptomatologie van dysfunctionerende artsen aan de orde gekomen. Hieruit bleek dat in de Verenigde Staten verslavingsziekten een ernstig probleem voor

Dr. C. Spreeuwenberg

artsen vormen. Als we deze gegevens vergelijken met gegevens uit het schaarse Nederlandse onderzoek, dan lijkt de situatie in eigen land wat gunstiger te zijn. Maar ook bij ons grijpt een huisarts eerder naar geneesmiddelen dan bijvoorbeeld een tandarts²; blijkens een stuk in de Volkskrant van 10 juni jl. zouden de huisartsen volgens de Limburgse onderzoeker Adriaanse bovendien meer roken en drinken en een ongezonder gedrag vertonen dan andere beroepsgroepen. Alle onderzoek bevestigt het beeld dat artsen te lang wachten voor ze voor zichzelf hulp zoeken. Als ze dan al hulp zoeken, consulteren ze niet de eerste daarvoor in aanmerking komende persoon, de huisarts, maar gaan ze direct naar de specialist. Zelfs van de huisartsen heeft driekwart geen eigen huisarts. Als er problemen zijn, proberen artsen deze te verdoezelen en houden ze zich staande door de consumptie van medicijnen en drank.

Wat is er aan deze situatie te doen? In de huisartsgeneeskunde wordt volkomen terecht gepleit voor supervisie tijdens de eerste jaren van het beroepsmatig leven. Hierbij gaat het er niet alleen om de pas gevestigde huisarts onzekerheid en de relatie met zijn of haar patiënt en de eigen naasten te leren hanteren, maar ook om het aankweken van een zodanige attitude dat hij of zij bij problemen hulp zoekt. Er is geen enkele reden om aan te nemen dat een dergelijke preventieve maatregel voor specialisten niet nuttig zou zijn.

De KNMG heeft het initiatief genomen voor een netwerk van landelijke contactpersonen. De voorzitter van de initiatiefgroep, collega Schudel, doet hiervan in dit nummer van Medisch Contact verslag (blz. 775).

Een ander initiatief betreft de zelfhulp-groepen 'Anonieme Dokters'. Aan deze groepen hebben wij gevraagd waarom wordt gepleit voor hulpverlening door artsen die in het verleden zelf psychisch in de knoei zijn geraakt. Geantwoord werd (blz. 776) dat artsen zo nodig hulp moeten zoeken bij ervaren hulpverleners, maar dat wie een gok wil wagen ook bij de Anonieme Dokters welkom is. Ondanks de ongetwijfeld goede bedoelingen kan men hierbij vraagtekens zetten. Is het raadzaam mensen die in de knoei zitten een gok te laten wagen? Is het wel waar dat mensen die ervaringsdeskundige zijn daardoor gekwalificeerd zijn om anderen bij hun problemen te helpen? Wie bewaakt de kwaliteit van de hulpverlenende collegae?

Artsen met problemen zouden in de eerste plaats moeten worden aangemoedigd om hulp te zoeken volgens het systeem waarmee de gezondheidszorg in Nederland is geregeld. Dit houdt in, dat zij in hun omgeving een huisarts zoeken in wie zij vertrouwen hebben. Van die huisarts mag worden verwacht dat hij of zij met de problemen, klachten en symptomen weet om te gaan. Zo nodig kan de consulterende collega worden verwezen naar een ter zake deskundige die voldoende distantie tot de betrokkene heeft om deze, hoewel arts zijnde, te kunnen helpen. Het komt me voor, dat het gevaar groot is dat het in de inleiding genoemde kernprobleem en het ontkennen van de eigen problematiek door de anonimiteit te gemakkelijk worden versterkt. □

1. Pierloot RA. De arts als psychiatrische patiënt. In: Hermans EH. De arts als patiënt. Leiden: Stafleu, 1972, 108-19.

2. Lens P. Zieke dokters. Utrecht: Bunge, 1984.

LHV-voorzitter A. M. C. van de Zandt:

Bespiegelingen na de rondgang . . .

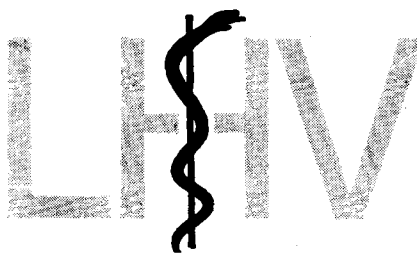
Nu de rondgang achter de rug is en de discussienota 'De positie van de huisarts in de toekomst' districtsgewijs met de leden is doorgesproken, is een vreugdevolle constatering op zijn plaats: de huisartsen hebben de eerste stappen op weg naar een andere toekomst gezet. Een toekomst waarin denken in structuren en financieringen plaats maakt voor centraalstelling van de inhoud van huisartsgeneeskunde; een functionele benadering dus, waarop de ordening van de gezondheidszorg als systeem moet worden geënt. In die toekomst overheerst alom het Dekkerperspectief. Vorig jaar maart publiceerde de Commissie Structuur en Financiering van de Gezondheidszorg een rapport waaruit blijkt dat zij vergaande hervormingen in gezondheidsland voorstaat. De LHV, zelf ook plannen makend voor een meer eigentijdse gezondheidszorg en de positie daarin van de huisarts, concretiseerde ten spoedigste het eigen denkwerk. Deze LHV-nota, waarvan de inhoud voor het CB dient als basis voor beleid, bevat voornamelijk voorstellen om te komen tot kwaliteitsverbetering van de gezondheidszorg: een goede aanvulling op het rapport-Dekker, dat zelf niet rept van verbetering van kwaliteit, maar zich beperkt tot kwaliteitsbewaking – terwijl juist die kwaliteit doorslaggevend is voor de marktpositie, die straks ongetwijfeld moet worden ingenomen.

Op het traject dat door het CB nu is uitgezet dient de LHV nog heel wat hobbels te effenen: het opzetten van een systeem van kwaliteitsgarantie, verlenging en herstructurering van de huisartsopleiding onder regie van de beroepsgroep, aanspraak op de spilfunctie (centrale en coördinerende functie) van de huisarts in de eerste lijn en de thuiszorg, en nauwere samenwerking in het bijzonder met de andere medische hulpverlener: de specialist. Daarnaast werken we aan verbetering en versterking van de organisatie van de beroepsgroep, en last but not least: een adequaat honoreringssysteem met ingebouwde prikkels door middel van een gedeeltelijk verichtingsysteem dat tot de beoogde zorgverlening stimuleert.

De herstructurering van het honoreringssysteem, door de LHV al acht jaar lang bepleit, lijkt nu in een belangrijk stadium te zijn beland. Bij het overleg tussen de beroepsorganisatie en de financiers streeft het CB naar opheffing van het onderscheid tussen ziekenfonds en particuliere honorering, waarbij een zo groot mogelijk deel van die honorering uit een vast abonnement dient te bestaan. Daarnaast, ter

stimulering van de substitutie van zorg, moet honorering plaatsvinden op basis van verrichtingen.

Binnen de gezondheidszorg neemt de huisarts een centrale positie in – Dekker c.s. stellen dat ook. Toch zijn er die daar anders over denken. Een goed voorbeeld is de falende samenwerking van het cluster 'eerste lijn' in wijken het Landelijk Bestuur Overleg (LBO). De LHV zag al gauw dat in het concept niet de patiënt centraal stond, maar behoud en versterking van de eigen structuur – een zorgconcept kon niet worden ontwikkeld. Voor de beroepsgroep, die bezig is de identiteit van de huisartsgeneeskunde een toekomstgerichte inhoud te geven, was deze opstelling onwerkbaar; zij beëindigde op 16 maart jl. haar deelneming aan het LBO.



De LHV schuwt de samenwerking niet. Integendeel. Daar waar zinvolle, op de inhoud van het werk gerichte afspraken worden gemaakt, ontplooit de beroepsgroep initiatieven. Bij het bieden van hulp is daarin de specialist de eerstaangewezene om afspraken mee te maken. Daar waar de regering in 'Verandering verzekerd' substitutie voorstaat van de tweede naar de eerste lijn, geeft zij geen vorm aan de verschuivingen. Voor de voorgenomen samenwerking huisarts-specialist zullen de Centrale Besturen van LHV en LSV binnenkort een aantal gemeenschappelijke standpunten formuleren om duidelijkheid te scheppen in het in de nieuwe situatie nog niet verkende gebied. Daarbij is het belangrijk te komen tot zowel een goede afbakening van taken en verantwoordelijkheden als een goede samenwerkingsvorm.

Wel maken wij ons sinds kort zorgen om de voorgenomen samenwerking. WVC heeft namelijk nog geen twee weken geleden het Generaal Akkoord met de specialisten opgezegd. Deze gebeurtenis heeft de LHV, die zelf in het verleden juridische stappen heeft moeten ondernemen om naleving van gemaakte afspraken na te komen, tot nadenken ge-

stemd. Door de maatregel van staatssecretaris Dees krijg je nu de indruk dat de specialist vogelvrij is verklaard. Een situatie die ernstiger is dan menigeen beseft: ernstig voor de kwaliteit van de hulpverlening, ernstig voor de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg, ernstig voor de ordening van die zorg, de door de overheid voorgestane substitutie van de tweede naar de eerste lijn.

De LHV heeft al menigmaal gesteld de verantwoordelijkheden die het kabinet aan de huisarts toekent, aan te willen en in principe ook aan te kunnen. Een vereiste daarbij is dat de overheid financieel en organisatorisch randvoorwaarden schept die het de huisarts mogelijk maken die verantwoordelijkheid te dragen. Wij hebben in onze discussienota al gesteld hier zeer zwaar aan te tillen en er al het mogelijke aan te zullen doen.

Een partner om dit doel te helpen bereiken is het Nederlands Huisartsen Genootschap. De LHV streeft er dan ook naar met deze zustervereniging te komen tot samenwerkingsvormen die de uiteindelijke positie van de huisarts versterken. Hierbij dienen LHV en NHG elkaars onafhankelijkheid en identiteit te blijven waarborgen.

Met deze opsomming zijn nog niet alle aandachtspunten genoemd die nauwlettend moeten worden gevolgd en begeleid. Op de weg die wij hebben ingeslagen neemt de relatie van de maatschappelijke verenigingen tot de KNMG een zeer belangrijke plaats in. De LHV is er vast van overtuigd – en neemt daarvoor in deze kolommen voor de zoveelste keer stelling – dat gecoördineerde belangenbehartiging van de beroepsgroep het best is gewaarborgd in een federatie op landelijk niveau. De commissie-IJkelenslam heeft daarvoor een goede structuur opgezet. De Algemene Vergadering heeft inzake deze ontwikkeling de voorstellen van het Hoofdbestuur overgenomen. Dat schept verwachtingen.

A. M. C. van de Zandt, huisarts,
voorzitter Landelijke Huisartsen Vereniging

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

SPECIALIST EN ZIEKENFONDS

*Open brief aan de directie van het
Regionaal Ziekenfonds Rijn/IJsselland*

Geachte directie,

Uw hoofd van dienst (?), de heer Lentjes, heeft gemeend mij het volgende schrijven te moeten toezenden:

Wederelzeergeleerde heer Molenaar,

Wij ontvingen van een van onze verzekerden een klacht omtrent zijn ervaringen in uw praktijk. De klacht behelst in grote lijnen dat deze verzekerde, hoewel hij een afspraak met u had gemaakt, niet door u is behandeld, omdat vooraf contante betaling werd geëist. Omdat verzekerde dit weigerde kwam zijn afspraak te vervallen.

In de publiciteitsmedia is al eerder tot uitdrukking gekomen, dat sommige specialisten van hun ziekenfondsverzekerde patiënten contante betaling zouden eisen. Berichten van deze strekking hebben in de kring van onze verzekerden onrust veroorzaakt. Het heeft ons dan ook verheugd, dat uw bestuursleden Houwing en Plasman in TV- en radio-uitzendingen namens de LSV nadrukkelijk hebben verklaard, dat weliswaar wanneer het om kleine bedragen gaat de verzekerde de suggestie zal worden gedaan om contant te betalen, maar dat geen contante betaling zal worden geëist.

Helaas is ons gebleken, dat u verzekerden onder druk zet om contant te betalen. Wij hebben uw naam inmiddels kenbaar gemaakt bij onze landelijke organisatie, de VNZ, die er zorg voor zal dragen dat uw eigen organisatie, de LSV, hieromtrent zal worden geïnformeerd.

Tenslotte delen wij u op voorhand mede, dat uw handelwijze voor ons aanleiding vormt om een eventueel verzoek van u tot het sluiten van een overeenkomst met ons fonds in zorgvuldige overweging te nemen.

w.g. P. H. F. Lentjes, hoofd van dienst

Hoewel het correcter zou zijn geweest wanneer dit schrijven van u zou zijn uitgegaan, mag ik aannemen dat de inhoud ervan ook uw standpunt weergeeft. Aangezien de heer Lentjes niet de moeite heeft genomen eerst naar de motieven van mijn handelwijze te informeren alvorens de VNZ en indirect de LSV te 'waarschuwen', meen ik in het algemeen belang zijn schrijven met een open brief te moeten beantwoorden.

1. Het conflict ziekenfondsen versus specialisten is door uw organisatie, de VNZ, veroor-

BRIEVEN

zaakt. Bij klachten van verzekerden welke hier uit voortvloeien behoort u dit als eerste mede te delen, hetgeen u ongetwijfeld nalaat. Uit vele reacties met verzekerden is mij het tegendeel gebleken. Het is niet ongewoon dat u verzekerden tegen de specialisten probeert op te zetten, omdat de 'specialisten een conflict hebben veroorzaakt'. Ook vindt dit plaats via de media.

2. Betreffende de klacht van de door u genoemde verzekerde, die mij bekend is omdat het de enige is, het volgende: Wanneer een patiënt, dus ook genoemde klager, via mijn secretaresse een afspraak wenst te maken voor het spreekuur, wordt medegedeeld dat het bedrag van de verwijkskaart, zegge f 34,45, contant moet worden voldaan bij de consultatie. Eventueel wordt uitgelegd dat, vanwege de verplichte eigen bijdrage van f 25,—, het ziekenfonds slechts f 9,45 aan betreffende zal uitkeren en de administratieve rompslomp en extra kosten voor beide partijen op deze wijze kunnen worden vermeden. Wanneer men voor f 9,45 (voor dit bedrag komt de loodgieter niet eens voorrijden) achter mijn rug een klacht indient, beschouw ik dit als dwarsliggerij en gebrek aan realiteitszin. Dit laatste moge onder meer blijken uit het volgende:

3. Het is u en de verwijzende huisartsen bekend, dat ik mij als plastisch chirurg voornamelijk bezighoud met esthetische chirurgie en dat als zodanig mijn patiënten meestal een eigen bijdrage van 50% voor een operatieve behandeling moeten betalen. De ziekenfondsen stellen hierbij als voorwaarde, dat de verzekerde 40% van dit bedrag, dat kan oplopen tot f 3.600,—, minstens zes weken vóór de operatiedatum aan hen moet hebben betaald; hierna wordt een machtiging aan de specialist gegeven. Het is u ook bekend dat de wachttijd voor dergelijke operaties ongeveer een jaar bedraagt; door de budgettering en ATV-dagen wordt deze wachttijd zelfs langer. Dit betekent in concreto dat de verzekerde een renteloos voorschot tot f 1.500,— aan het ziekenfonds betaalt. Bij een wettelijke rente van 8% betaalt de patiënt op jaarbasis f 120,— extra. Meermalen heb ik Rijn/IJsselland gevraagd dit rentebedrag te verrekenen bij de uiteindelijke betaling, maar dit was wegens administratieve moeilijkheden niet mogelijk.

Uitgaande van de filosofie van de heer Lentjes (eerst behandelen, later betalen) zou men mogen verwachten dat de eigen bijdrage later zou kunnen worden betaald, maar uit wantrouwen jegens het nakomen van de betalingsplicht van

de verzekerden eist u betaling van een fors bedrag lange tijd vóór de behandeling.

Ik laat de patiënt een klein bedrag: negen gulden vijf en veertig cent, uit praktische overwegingen betalen direct voor of na het consult, maar u laat een fors bedrag lang vooraf betalen uit wantrouwen. Ik vraag mij af wie boter op het hoofd heeft.

4. Het LSV-standpunt is van algemeen adviserende aard, waar in specifieke gevallen van kan worden afgeweken. Ik heb groot respect voor de diplomatie, de discipline en het eindeloze geduld van de collegae Plasmans, Houwing c.s. Ik kan mij echter niet voorstellen dat zij zich druk zullen maken over dit soort stemmingsmakerij.

5. Het dreigement in de laatste alinea van de brief moet worden gezien als een ernstige denkfout van de heer Lentjes.

Het is niet de eerste maal dat u mij dreigt met uitstoting uit het ziekenfonds. Bij een vorige gelegenheid, toen ik nog medewerker van uw ziekenfonds was, heb ik dit in het belang van mijn patiënten (uw verzekerden) door middel van teruggedreigen met het nemen van juridische stappen recht kunnen zetten. Ditmaal ligt de zaak echter geheel anders. Ik heb mijn overeenkomst met het ziekenfonds, samen met de meeste specialisten, opgezegd om u bekende redenen. De ernstige denkfout van de heer Lentjes is zijn veronderstelling dat de voorwaarden voor een eventuele toekomstige overeenkomst éézijdig door het ziekenfonds zullen worden bepaald. Mede naar aanleiding van zijn ongenueanceerde epistel dient u zich echter af te vragen of ik wel bereid ben in de toekomst met u samen te werken. Ook ik zal dan mijn voorwaarden stellen, de belangen van uw verzekerden hierbij weliswaar niet uit het oog verliezend. Een van deze voorwaarden zal bijvoorbeeld zijn het herroepen van de brief-Lentjes.

Arnhem, juni 1988
Dr. A. Molenaar

HET LOT

De beslissing geneeskunde te gaan studeren was weloverwogen door mij genomen. De numerus fixus verhinderde een vlot begin. Uitgeleend. Extra gemotiveerd kon ik uiteindelijk toch aan de hindernisrace beginnen.

Tijdens de studie groeide de interesse voor de huisartsgeneeskunde. Als basisarts besloot ik met mijn vrouw dat onze handelingen erop gericht moesten zijn zo goed mogelijk geprepareerd te zijn voor de taak als toekomstig huisarts. Op de dag van de bul-uitreiking schreef ik mij in op de wachtlijst. Akkoord, een begrijpelijke hindernis, maar de aanhou-

der wint. Er bestaat onzekerheid over de duur van deze periode. Toch vormde de motivatie voor het vak de stuwende motor om deze tijd zo nuttig mogelijk te gebruiken.

Het 'kennis- en vaardigheidsniveau' hield ik alert door als agnio (assistent-geneeskundige-niet-in-opleiding) te werken en door aanvullende cursussen te volgen. In de praktijk werd duidelijk dat onze oorspronkelijke keuze nog steeds de juiste was.

Na ruim twee jaar wachttijd werd door het universitair huisartseninstituut gemeld dat, indien er geen toelatingsprocedure zou plaatsvinden, ik kon rekenen op oktober 1989 als startdatum.

Echter, dan valt de beslissing van hogerhand, zoals gesteld wordt: 'na veelvuldig en ampel overleg met alle betrokkenen', dat een loting (!) onder vele wachtenden zal uitmaken wie tot de sollicitatieprocedure zal worden toegelaten; en dat terwijl er voldoende kritiek is geuit uit verschillende groeperingen.

Juist nu de druk op de eerstelijnsgezondheidszorg toeneemt en er behoefte bestaat aan goed opgeleide, gemotiveerde huisartsen, valt een dergelijke toelatingsprocedure moeilijk te begrijpen. Hoe rechtvaardig of onrechtvaardig is deze beslissing? Met wie is er 'ampel overleg' gepleegd? De onzekerheid voor velen blijft en neemt alleen maar toe. Het lot tart de motivatie voor het door mij zo geliefde vak.

Amsterdam, juni 1988
Folkert Allema

MAATSCHAPPELIJKE DIENSTPLICHT

In MC nr. 6/1988, blz. 173, laten Prof. Dr. J. A. Flendrig, Drs. J. F. B. M. Fiolet en Dr. C. van Proosdij hun gedachten gaan over een mogelijke bijdrage aan het tegengaan van het tekort aan professionele hulpverlening bij een toenemende vergrijzing in Nederland: een dienstplicht voor *alle* jongeren tussen 18 en 20 jaar. Daarbij zou men kunnen kiezen tussen inschakeling in militaire dienstplicht of in de ouderenzorg.

Ik realiseer mij dat het betreffende artikel is bedoeld als raamwerk voor een verder uit te werken idee. Toch wil ik er enkele kritische kanttekeningen bij plaatsen:

1. Terwijl de beroepsgroep verzorgenden zich druk bezighoudt met professionalisering van het werk, denkt men deze dienstplichtigen in een opleiding van twee maanden klaar te kunnen stomen; ook voor werk als verzorging van zieke bejaarden, toezien op hygiëne en deelname aan 24-uurs begeleiding van ouderen. Kennelijk beseft men niet ten volle wat dergelijke taken kunnen inhouden. (Dat zou overigens al een beetje kunnen worden afgeleid uit het feit dat wordt verondersteld dat voor de maatschappelijke dienstplicht minder zware keuringseisen zouden kunnen gelden dan voor militaire dienstplicht.)

2. Als belangrijk voordeel wordt genoemd, dat de ouderenzorg op een centraal punt komt

te liggen, met daarmee een efficiënter gebruik van het militair apparaat, waarbinnen de professionele werkers 'de staf en het beroepsleger' vormen. Men gaat hier voorbij aan de vraag waar dergelijke zorg thuis hoort, namelijk binnen de organisatie van de zich (gelukkig) steeds meer decentraliserende eerstelijnsgezondheidszorg.

3. De auteurs baseren hun berekeningen op de bevolkingsopbouw van 1986. Het zal duidelijk zijn, dat door de toenemende vergrijzing – daarvoor is dit plan tenslotte opgezet! – deze berekeningen in de toekomst heel anders zullen uitvallen. Bovendien is het nog maar zeer de vraag of de structurele werkloosheid onder jongeren (de bestrijding daarvan wordt ook als motivatie voor deze 'dienstplicht nieuwe stijl' aangevoerd) dan nog wel bestaat.

Andere door de auteurs aangedragen argumenten berusten te veel op veronderstelling of berusten, mijns inziens, mogelijk zelfs op vooroordelen ten aanzien van jongeren.

Maatschappelijke dienstplicht als in dit artikel beschreven zal oplossingen voor de problematiek van een vergrijzend Nederland zeker niet dichterbij brengen.

Y. M. Stil, redacteur
Tijdschrift voor Verzorgenden

Naschrift

Bij ons voorstel zijn wij uitgegaan van de volgende punten:

- De forse toeneming van het aantal ouderen, in absolute zin en procentueel, in Nederland in de nabije toekomst is een feit.
- De huidige professionele hulpverlening aan ouderen is (kwantitatief) onvoldoende.
- Het lijkt zeer onwaarschijnlijk dat de Nederlandse werkende bevolking nu en in de toekomst bereid en of in staat is grote financiële offers te brengen om professionele hulpverlening aan behoeftige ouderen te realiseren.
- Verzorging van ouderen door kinderen, burenen en vrijwilligers, is ons inziens een fictie.
- Aan elk voorstel om uit deze impasse te komen zijn voordelen, maar ook nadelen en problemen, verbonden.

Als reactie op de problemen aangevoerd door Mw. Y. Stil zouden wij als onderstaand willen antwoorden:

ad 1. Uiteraard is, en blijft, professionele hulpverlening aan ouderen noodzakelijk. Dit sluit evenwel niet uit dat verschillende activiteiten, bijvoorbeeld activiteiten op huishoudelijk gebied, best door goedwillende anderen kunnen worden verricht, mits professionele begeleiding kan worden gegarandeerd.

Voorts is de realiteit dat door de, soms zelfs te, hoge werkdruk aan diverse aspecten van zorg thans onmogelijk de aandacht en tijd kan worden geschonken welke deze verdienen. Elke ontlasting van de 'professionals' die geen aantasting meebrengt van de kwaliteit van de zorgverlening kan die zorg een extra dimensie verlenen en is dan ook zonder meer welkom.

De keuringseisen kunnen minder zwaar zijn dan voor de traditionele militaire dienst, omdat een niet-ernstige lichamelijke handicap, bijvoorbeeld een minder goed gezichtsvermogen, geen overwegend bezwaar behoeft te zijn voor bepaalde vormen van dienstverlening aan ouderen.

Wij propageren niet dat de lammen de blinden moeten gaan helpen. De zeer gevarieerde aard van de zorgverlening maakt het mogelijk voor een aantal dienstplichtigen dat ongeschikt is voor de militaire dienst een geïndividualiseerd takenpakket op de stellen waarvan de uitvoering goed door hen kan worden gerealiseerd. Zeker, dat is geen omvangrijke bijdrage aan de oplossing van de problematiek, maar de nood is groot, wordt zeker nog groter en wie het kleine niet eert . . .

ad 2. Mogelijk zijn wij op dit punt onvoldoende duidelijk geweest. Ons gaat het om een landelijke organisatie, waarbij op het niveau van beleid en beheer een zekere mate van concentratie efficiënt is. Dat wil niet zeggen dat decentralisatie op het niveau van de primaire gezondheidszorgactiviteiten ongewenst en onuitvoerbaar is.

ad 3. Wat Mw. Stil onder dit punt stelt is onjuist. Onze berekeningen zijn niet gebaseerd op de bevolkingsopbouw in 1986. Wij hebben, zoals duidelijk is aangegeven, gebruik gemaakt van de prognoses van het Centraal Bureau voor de Statistiek, en die voorspellingen zijn doorgaans correct. Tenslotte: ook wij hopen dat in de naaste toekomst jongeren niet meer werkloos behoeven te zijn, maar het ziet er – helaas – allerm minst naar uit dat die hoop in vervulling zal gaan.

Maastricht, juni 1988
Prof. Dr. J. A. Flendrig

Olma

Blijkens het jaarbericht 1987 van de OLMA bedroeg de bruto-productie van het gehele bedrijf vorig jaar f 181 miljoen. Met name de productie individuele levensverzekeringen, die van f 96,— miljoen steeg tot f 137,— miljoen (+ 43%), droeg daartoe bij. De netto-productie was f 109,— miljoen (+ 21%), waardoor het totaal verzekerde bestand uitkwam op ruim f 2,3 miljard (+ 5%). Gezien het zuiver onderlinge karakter van de maatschappij werd het volledige netto-resultaat op guldensverzekeringen door resultatenverdeling aan de leden terug gegeven. Deze resultatenverdeling bedroeg f 13,2 miljoen. Voor 1988 ligt een verdere groei met bevredigende resultaten in de lijn der verwachtingen.

Belangstellende leden kunnen het jaarbericht 1987 opvragen bij Olma, afd. secretariaat, telefoon 030-823280.

Hulpverlening aan artsen

Het netwerk van landelijke contactpersonen in 1987

Eind februari 1985 introduceerde de KNMG in Medisch Contact een landelijk netwerk van contactpersonen die bereid waren een luisterend oor te bieden aan artsen(gezinnen) met psychische of psychosociale problemen. In de afgelopen drie jaar is door middel van regelmatige publikatie in MC van de contactadressen en door een jaarlijkse rapportage van de ervaringen van de contactpersonen in hetzelfde medium, de bekendheid met dit initiatief onder de Nederlandse artsen geleidelijk toegenomen. Ook werd bij verschillende gelegenheden door leden van de contactgroep voorlichting gegeven, onder meer tijdens afdelingsvergaderingen van de KNMG. Thans lijkt de veronderstelling gewettigd dat tenminste een meerderheid van de geregelde MC-lezers op de hoogte is van het bestaan en de aard van de werkzaamheden van de contactpersonen.

ANONIEME REGISTRATIE

Over het jaar 1987 vond een anonieme registratie plaats van alle contacten met individuele leden van het landelijk netwerk. De zelfhulpgroep voor artsen deed op eigen verzoek niet mee aan deze registratie.

In 1987 werd in totaal 43 keer een eerste contact gelegd met één van de tien contactpersonen. Bij bijna twee van elke drie nieuwe contacten was het de aanvragen-

Tabel 1. Wie benaderde de contactpersoon? (Inventarisatie landelijke contactpersonen KNMG-1987; N=43.)

aanvrager (arts) zelf	28 (65%)
echtgeno(o)t(e)	6 (14%)
familieid	2 (5%)
collega	5 (12%)
ander	2 (5%)

Tabel 2. Leeftijd arts door/voor wie hulp werd gezocht. (Inventarisatie landelijke contactpersonen KNMG-1987; N=43.)

< 30 jaar	4 (9%)
30-39 jaar	13 (30%)
40-49 jaar	16 (37%)
50-59 jaar	5 (12%)
> 60 jaar	3 (7%)
onbekend	2 (5%)

Prof. Dr. J. Schudel

Eerste hulp voor artsen met problemen op het gebied van de geestelijke gezondheid kan worden geboden via een netwerk van landelijke contactpersonen. Dit hulpverleningsnetwerk is in 1985 door de KNMG in het leven geroepen. De voorzitter van de betrokken initiatiefgroep, het KNMG-hoofdbestuur lid Prof. Dr. J. Schudel, geeft enige met cijfers onderbouwde informatie over de hulp die in het jaar 1987 kon worden geboden.

de arts zelf die het initiatief nam; de overige contacten werden vooral geïnitieerd door de huwelijkspartner of een collega (tabel 1). Het betrof in 36 gevallen (84%) een mannelijke en in 7 gevallen (16%) een vrouwelijke arts. Volgens de gegevens van het ministerie van WVC was er een totaal aantal geneeskundigen van 32.193 per januari 1986, van wie 77% mannen en 23% vrouwen.

De leeftijdsverdeling (tabel 2) geeft aan, dat ruim tweederde deel van de nieuwe contacten artsen tussen 30 en 50 jaar betrof. Deze leeftijdscategorie beslaat 60% van alle Nederlandse artsen (bron: WVC). Deze gesignaleerde verschillen in de verdeling naar leeftijd en geslacht lijken nauwelijks van betekenis.

Dit is wellicht anders bij de verdeling van de beroepscategorie van de artsen voor of door wie in 1987 contact werd gelegd (tabel 3). In 42% van de nieuwe contacten betrof het een huisarts, terwijl de WVC-statistiek 19% huisartsen vermeldt; een relatieve oververtegenwoordiging van ruim 100% derhalve. Voorzichtigheid is evenwel geboden met betrekking tot een eventuele interpretatie, mede gezien het feit dat de volledigheid van de WVC-cijfers niet zonder meer vaststaat; al eerder werd namelijk een discrepantie geconstateerd tussen de op-
gaven van het aantal werkzame huisartsen op grond van de statistieken van de Geneeskundige Hoofdingspectie en die van de KNMG.

Desondanks lijkt de oververtegenwoordiging van de huisartsen bij de registratie van de contactpersonen wel van enige betekenis te zijn. In de buitenlandse literatuur wordt meermalen melding gemaakt van een relatieve overrepresentatie van met name huisartsen en anesthesisten (en soms psychiaters) in hulpprogramma's voor dysfunctionerende artsen; zie hiervoor onder meer het 'thema-nummer' van de Nederlandse JAMA-uitgave van oktober 1987. In het in de JAMA gepubliceerde overzicht uit Georgia (Talbot e.a., 1987) werd geattendeerd op de specifieke kwetsbaarheid van huisartsen in solopraktijken en/of werkzaam in plattelandspraktijken.

Wanneer wij nu kijken naar de inventarisatie van het Nederlandse netwerk met als invalshoek de aard van de problematiek zoals die door de aanmelder naar voren werd gebracht, dan ontstaat het volgende beeld (tabel 4): Huwelijksproblemen vormen de belangrijkste afzonderlijke probleemcategorie, gevolgd door dysfunctioneren in de werksituatie en depressieve klachten.

Is het te gewaagd te veronderstellen dat relatief geïsoleerd werkende medici (huisartsen in solopraktijken al dan niet ten plattelande) in hun functioneren als

Tabel 3. Beroep arts door/voor wie hulp werd gezocht. (Inventarisatie landelijke contactpersonen KNMG-1987; N=43.)

huisarts	18 (42%)
specialist	11 (26%)
social-geneeskundige	5 (12%)
overige artsen	8 (19%)
geen arts	1 (2%)

Tabel 4. Aard van de problematiek bij aanmelding. (Inventarisatie landelijke contactpersonen KNMG-1987; N=43, combinaties mogelijk).

huwelijks/relatieproblemen	20 (47%)
depressieve klachten	12 (28%)
dysfunctioneren	15 (35%)
psychose	4 (9%)
alcoholprobleem	6 (14%)
drug/medicijnmisbruik	4 (9%)
seksuele relatie met patiënten	2 (5%)
overige/onduidelijk	3 (7%)
totaal	64

arts kwetsbaar zijn vooral als tevens de huwelijksrelatie niet optimaal is? Het spreekt vanzelf dat waar het suggereren van een mogelijk verband hypothetisch is, de vraag naar het eventuele post aut propter op grond van deze beperkte gegevens al helemaal niet kan worden beantwoord. Een vingerwijzing kan het wél zijn om in de toekomst speciale aandacht te besteden aan de werksituatie van artsen die om welke reden dan ook problemen ervaren in de persoonlijke dan wel professionele sfeer.

Het is mede de taak van het netwerk van contactpersonen indicaties als die welke hierboven zo voorzichtig zijn aangeduid, nader te exploreren. □

LANDELIJKE CONTACTPERSONEN

Drs. F. M. Arendsen Hein, psychologe-psychotherapeute, Warmonderweg 2B, 2341 KV Oegstgeest, tel. 071-155858 of (op maandag en donderdag overdag) op 071-350660

Prof. Dr. W. K. van Dijk, Molenweg 5, 9761 VB Eelde, tel. 05907-4039 (na 19.00 uur)

Dr. P. Lens, huisarts, Wassenaarseweg 62, 2333 AL Leiden, tel. 070-706440 (overdag) of 023-245362 ('s avonds)

Drs. W. H. Melles, theoloog, psychotherapeut, Groot Hertoginnelaan 5, 1405 EA Bussum, tel. 02159-18361

Prof. Dr. M. M. W. Richartz, Postbus 88, 6200 AB Maastricht, tel. 043-633444

Prof. Dr. H. G. M. Rooymans, vakgroep Psychiatrie, Wassenaarseweg 52, 2333 AK Leiden, tel. 071-269111

Dr. M. J. van Trommel, psychiater, RIAGG Rijnmond Noord-Oost, Schiekade 121, 3033 BK Rotterdam, tel. 010-4658066

CONTACTPERSONEN REGIO TWENTE

Dr. W. Beck, Horstlindelaan 126, 7522 JL Enschede, tel. 053-351937

J. M. Komen, huisarts, Prof. Lorentzstraat 13 (praktijk), 7557 AV Hengelo/Anna Bijnstraat 14 (privé), 7552 NC Hengelo (Ov), tel. 074-912131/074-439046

W. Chr. F. de Vries, De Wingerd 11, 7641 CT Wierden, tel. 05490-33333 (woensdag- en donderdagavond: tel. 05496-74774)

ANONIEME DOKTERS

Werkgroep IJsselstein, tel. 03408-83705

Werkgroep Den Haag, tel. 01751-17995

Partnerwerkgroep Den Haag, tel. 070-463449

Hulpverlening aan artsen

Anonieme Dokters

Artsen die worstelen met problemen op het gebied van de geestelijke gezondheid kunnen terecht bij het netwerk van landelijke contactpersonen (zie ommezijde). Collegae die zich liever aansluiten bij lotgenoten kunnen naar een zelfhulpgroep gaan van de Anonieme Dokters. Hoe werken dergelijke groepen?

'Wij komen eens in de veertien dagen op zaterdagochtend bij elkaar. Niet bij iemand thuis, maar op neutraal terrein.

'De werkwijze is eenvoudig. Om beurten vertellen we elkaar wat ons dwars zit. En we laten elkaar uitpraten. Niemand hoeft zijn stand op te houden, wat zeer bevrijdend werkt. De sfeer is open, we praten elkaar niet naar de mond. Er wordt veel gelachen! Onze ervaring is, dat professionele psychotherapie dan goed is te combineren met meedoen aan een zelfhulpgroep. Daarvan zijn er inmiddels twee: één in IJsselstein en één in Den Haag.

'Sommigen van ons hebben al een therapie of een psychiatrische opname achter de rug. Zij zochten een vorm van nazorg die hen uit de patiëntensfeer zou halen. Juist deze collega's hebben langs de harde weg geleerd wat er gebeurt als je niet snel hulp inroept. Voorkomen is beter.'

Maar waarom wordt er niet snel hulp ingeroepen? Kunt u uit eigen ervaring zeggen waarom artsen die in de problemen zitten zo lang wachten met om hulp te vragen?

'Je denkt dat je geen probleem hebt! Anders gezegd: veel dokters menen onkwetsbaar te zijn. Dat leidt tot ontkenning als er zich toch problemen gaan voordoen, hoe klein ook. En juist die ontkenning maakt kleine problemen tot heel grote. Stuk voor stuk denk je: 'Met mij is eigenlijk niks aan de hand. Zelfhulpgroepen en hulpverleners zijn er voor anderen. Ik ben er niet zo ernstig aan toe.' Dat wij uiteindelijk toch hulp hebben ingeroepen, kwam doordat de bodem was bereikt – zo simpel was 't.'

Wat zijn het voor problemen?

'Op grond van vijf jaar ervaring hebben we een praktische indeling van de problemen gemaakt. Allereerst de verslaafden – alcohol, sigaretten, andere stemmingsveranderende stoffen, werk; ook piekeren zou je een verslaving kunnen noemen. Dan de collega's met huwelijksproblemen. Vervolgens degenen die verstrikt zijn geraakt in ziekmakende conflicten in verband met hun werk: uitzichtloze

botsingen met patiënten of met collega's, of met de ziekenhuisdirectie, het ziekenfonds, etc. Tot slot zijn er artsen die de vernieling ingaan door moeilijkheden die verband houden met hun leeftijd. Dat zijn pasbeginnde artsen die de slag van het werk niet te pakken krijgen of collega's op leeftijd die er niet mee durven ophouden of, eenmaal tot ledigheid gedwongen, met hun vrije tijd geen raad weten. Zoals u ziet een praktische indeling: vaak behoort iemand tot meer dan één categorie tegelijk.'

U pleit voor hulpverlening aan artsen door artsen. Vertrouwt u andere hulpverleners misschien niet?

'Vertrouwen dokters elkaar dan wél? Wij pleiten ervoor dat artsen hun valse zelfvertrouwen laten varen en zo nodig hulp zoeken bij ervaren hulpverleners, of dat nu artsen, psychologen of theologen zijn. Men kan bijvoorbeeld terecht bij de contactpersonen van het landelijk netwerk. Maar wie de gok van een zelfhulpgroep wil wagen is ook bij de Anonieme Dokters welkom!'

Veel dokters zullen ertoe neigen persoonlijke problemen te ontkennen en door hun werk te sublimeren. Is dat zo erg? Is het niet gezond om in je werk op te gaan?

'Doe niet zo moeilijk en ga aan je werk!', dus, om het even te vertalen in de imperatieve vorm waarin die vraag ons vaak wordt gesteld. Wij van onze kant denken dat wie ertoe neigt persoonlijke problemen te ontkennen, nooit echt in zijn werk kan opgaan. Steeds is er energie nodig voor de ontkenningarbeid. Op den duur werkt het energietekort fnuikend. Met andere woorden: je kunt alleen in je werk opgaan als je gezond bent. Daarbij: uit eigen ondervinding weten wij dat een dokter die flink in de knoei zit niet de juiste aandacht geeft aan de mensen die zich aan zijn zorgen toevertrouwen.'

Werkt de opleiding niet in de hand dat niet adequaat met negatieve gevoelens wordt omgegaan? Hoe zou je dat kunnen veranderen?

'Een sleutelpunt. Er zijn tekenen ten goede – denk aan de huisartsopleiding – maar er moet nog wel veel gebeuren. Wij dragen ons steentje bij door in collegezalen en op KNMG-kringavonden van onze ervaringen te vertellen.' □

Klachtenopvang in algemene ziekenhuizen in Amsterdam

Elke patiënt die in een ziekenhuis is opgenomen kan worden geconfronteerd met zaken die wrevel opwekken. Voorbeelden zijn het eten dat koud wordt geserveerd, het feit dat men om 6 uur wordt gewekt of een dokter die onvoldoende informatie geeft. De een zal een dergelijk gevoel van onvrede eerder uiten dan de ander. Gewoonlijk zal men, alvorens naar een zwaar middel als de rechter of het medisch tuchtcollege te grijpen, eerst trachten het probleem met een vertegenwoordiger van het ziekenhuis tot een oplossing te brengen. In het patiënteninformatieboekje kan men vinden bij wie men een 'klacht' kan indienen¹. Wat vervolgens intern gebeurt is vaak minder duidelijk. In onderstaand artikel wil ik proberen een beeld te geven van de klachtinstantie, de procedure en de eventuele tekortkomingen van een dergelijke vorm van interne klachtenopvang. De nadruk ligt daarbij op de beschrijving van een klein onderzoek in Amsterdamse ziekenhuizen, zodat de lezer een blik kan werpen op de gedachten en ideeën zoals die op de 'werkvloer' voorkomen.

VOORSCHRIFTEN

Van een wettelijke regeling voor klachtenopvang en -behandeling is geen sprake²; toch zijn er wel voorschriften. Voor de ziekenhuizen zijn deze te vinden in het Besluit Normen en Voorwaarden voor de Erkenning van Algemene Ziekenhuizen, dat vanaf 1977 van kracht is. Deze voorwaarden worden ter verkrijging van subsidie door de overheid gesteld. Met betrekking tot de klachtenopvang wordt vereist '... dat een regeling voor onafhankelijke klachtenbehandeling tot stand komt ...'. Volgens de toelichting bij deze eis moet er sprake zijn van een intern onafhankelijke klachtenregeling. Ook de klachtenregistratie zou een onderdeel van de procedure moeten vormen. Met behulp van deze registratie zouden structureel onjuiste situaties kunnen worden opgespoord.

Het is de bedoeling dat de ziekenhuizen zelf invulling geven aan deze voorwaarde. Controle op de naleving van deze eis vindt echter tot nu toe nauwelijks plaats. Uit diverse onderzoeken, onder andere van de capaciteitsgroep gezondheids-

Mw. Mr. C. Barkman

Ziekenhuizen lijken niet snel geneigd veranderingen aan te brengen in hun klachtenregeling: men is bang dat het te formeel en te bureaucratisch wordt. De druk tot wijziging komt dan ook niet zozeer van de ziekenhuizen zelf, maar meer van buitenaf. Dit is een van de conclusies van Mw. Mr. C. Barkman, gerechtssecretaris bij de Raad van Beroep te Utrecht, naar aanleiding van een door haar verricht onderzoek in Amsterdamse ziekenhuizen.

recht te Maastricht³, is naar voren gekomen dat het voor de ziekenhuizen onvoldoende duidelijk is op welke wijze deze voorwaarde praktisch moet worden ingevuld. De formulering is te vaag en in het bijzonder de term 'intern onafhankelijk' roept vraagtekens op. De genoemde onderzoekers leggen de term als volgt uit: klachtenbehandeling door een instantie bestaande uit een onafhankelijke voorzitter en een of meer onafhankelijke leden.

Met onafhankelijk wordt hier bedoeld op formele onafhankelijkheid, wat inhoudt dat de klachtenbehandelaar niet in dienst is van het ziekenhuis.

Gebleken is echter dat veel ziekenhuizen de volgende interpretatie volgen: een instantie die zich onafhankelijk tracht op te stellen ten opzichte van het ziekenhuis, maar die wel in dienst is van het ziekenhuis (informele onafhankelijkheid). In deze ziekenhuizen vindt klachtenbehandeling meestal door de directie plaats. In dat geval wordt dus niet aan de formele onafhankelijkheidseis voldaan.

VOORSTELLEN

De afgelopen tien jaar is veel nagedacht en geschreven over de klachtenopvang in de gezondheidszorg. Nieuwe ideeën werden gelanceerd en experimenten vonden plaats. Voor wat de algemene ziekenhuizen betreft heeft dit echter (nog) niet tot structurele veranderingen geleid.

Bij deze voorstellen speelt een aantal

aspecten een rol. Zo zal het nagestreefde doel invloed hebben op de vorm van de klachtinstantie. Deze doelstellingen kunnen zijn: genoegdoening van de individuele patiënt, het verbeteren of beschermen van de kwaliteit van de gezondheidszorg en democratisering in de gezondheidszorg. Verder wordt in de diverse modellen aandacht besteed aan voorwaarden voor een goede klachtenbehandeling, zoals onafhankelijkheid, een formele procedure, klachtenregistratie en laagdrempeligheid. Zo adviseert de Centrale Raad voor de Volksgezondheid bijvoorbeeld in zijn deelasadvies een systeem van klachtenbemiddeling door één persoon, de 'patiëntencontactpersoon', wiens onafhankelijkheid is gewaarborgd omdat deze in dienst is van een apart gefinancierde regionale stichting. In veel andere voorstellen is gekozen voor een commissie als klachtinstantie.

De Nationale Ziekenhuisraad heeft het idee in instellingen in de gezondheidszorg een interne 'commissie patiënten-zorg', bestaande uit vertegenwoordigers van verschillende personeelscategorieën, te installeren. Naast het afhandelen van ingediende klachten moet deze commissie tevens aandacht besteden aan het verbeteren van de dienstverlening door het systematisch onderzoeken van klachten. De commissie legt verantwoording af aan de directie.

Het Instituut voor Ziekenhuiswetenschappen acht het nuttig een externe 'patiëntengeschillencommissie' in te stellen. Taak van deze commissie is het behandelen van relatief ernstige klachten die niet door middel van overleg zijn opgelost. Het is de bedoeling dat deze commissie gaat werken volgens een modelreglement, waarin onder meer een termijn is gesteld met betrekking tot het indienen van de klacht.

De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft recent het idee gelanceerd een extern 'klachteninstituut' per gezondheidsregio te laten functioneren. In elk instituut zullen tenminste drie artsen en drie patiëntenvertegenwoordigers functioneren. Men beoogt met dit voorstel een aanzet te geven tot inrichting van een onafhankelijke, laagdrempelige opvang van klachten. Een dergelijk instituut heeft vooral een bemiddelende en verwijzende functie.

Tot slot kan nog het voorstel van Wet op het democratisch functioneren van instellingen worden vermeld. Iedere instelling dient een klachtinstantie in het leven te roepen. De leden van deze instantie worden benoemd door het bestuur. De onafhankelijkheid van deze instantie is gegarandeerd doordat de leden niet tussentijds mogen worden ontslagen. Verder dient tenminste één persoon die niet in dienstbetrekking staat tot de instelling plaats te hebben in de instantie. Ook hier geldt een formele procedure met termijnen voor het indienen en afhandelen van de klacht⁴.

EEN ONDERZOEK

In het bovenstaande is kort ingegaan op de theorie met betrekking tot de klachtenopvang in de gezondheidszorg en in het bijzonder van die in algemene ziekenhuizen. Voor een beschrijving van de praktijk is een klein onderzoek verricht in Amsterdamse ziekenhuizen. Elf algemene ziekenhuizen in Amsterdam deden aan het onderzoek mee, twee hebben om uiteenlopende redenen niet aan de interviews deelgenomen. Telkens werd telefonisch of ter plekke met een vertegenwoordiger gesproken die door zijn/haar functie bij de behandeling van klachten betrokken was.

Met betrekking tot de uitwerking van de gegevens is gekozen voor een indeling in drie categorieën: grote - 3 -, middelgrote - 2 - en kleine - 4 - ziekenhuizen, aan de hand van de in het ziekenhuis aanwezige bedden, respectievelijk 550-900, 200-550 en 0-200 bedden. De verschillende onderwerpen die werden besproken zijn ter bevordering van de overzichtelijkheid in rubrieken ingedeeld. In dit artikel zullen de volgende rubrieken aan de orde komen. Als eerste de instantie die de klachten behandelt, vervolgens de procedure die zij volgen, en tenslotte hoe zij staan ten opzichte van veranderingen in de klachtenregeling.

Directie of commissie?

Als bron van informatie voor de patiënten geldt het patiënteninformatieboekje. Bij het bestuderen van dit boekje viel een aantal dingen op. Allereerst dat de informatie die over klachten en de klachtinstantie wordt gegeven vaak zeer summier is. Meestal wordt alleen vermeld bij wie men de klacht kan indienen en op welke wijze dit dient te gebeuren. Geen woord wordt gerept over het verdere verloop van de procedure of de samenstelling van de instantie.

In twee ziekenhuizen bleek een informatiecentrum te functioneren. Deze centra hebben onder andere tot taak te bemiddelen en te coördineren bij klachten. Enkele voorbeelden van door hen behandelde problemen: te weinig rolstoelen in het gebouw, prikken met een vieze naald en lange wachttijden.

De kleine en grote ziekenhuizen hebben, als vanzelfsprekend, gekozen voor klachtenbehandeling door één of meerdere directieleden. Meestal neemt de medisch directeur de medische klachten voor zijn rekening en worden alle overige klachten door de verpleegkundig directeur afgehandeld. Als motivatie werd door één van de grote ziekenhuizen aangevoerd: 'Wil je een actief beleid voeren met betrekking tot voorkoming van klachten, dan moet je ook zelf de klachten behandelen. De directie heeft er nu belang bij dat de zorg zo goed mogelijk is, want dan zijn er minder klachten te behandelen'.

De twee middelgrote ziekenhuizen hebben daarentegen een commissie als klachtinstantie ingesteld. In het ene ziekenhuis worden de leden van de commissie door de directie benoemd en is de samenstelling als volgt: een specialist, een verpleegkundige en iemand die in het ziekenhuis minder betrokken is bij de patiëntenzorg (bijvoorbeeld een laborant). De commissie heeft tot taak het onderzoek te verrichten naar aanleiding van een klacht en vervolgens verslag aan de directie uit te brengen. De uiteindelijke beslissing wordt vervolgens door de directie genomen. Wijkt het advies van de directie af van dat van de commissie, dan dient dit te worden gemotiveerd.

In het andere ziekenhuis is juist bewust gekozen voor een afhandeling door de commissie. Als motivatie hiervoor werd genoemd: 'Het is niet goed als de directie uiteindelijk de beslissing neemt over de klachten, want dan krijg je een situatie dat de laatst verantwoordelijke voor de bedrijfsvoering ook over de klachten moet beslissen'. Deze commissie bestaat uit de medisch directeur, de ziekenhuisjurist, een specialist, het hoofd verpleegkundige dienst en het hoofd van de administratie. Beide commissies zijn dus nog wel op de een of andere manier aan de directie verbonden.

Procedure

Slechts twee van de negen ziekenhuizen hebben de procedure schriftelijk vastgelegd. Twee andere ziekenhuizen hadden op het moment van onderzoek hiervoor plannen ontwikkeld.

De procedure verloopt in grote lijnen als volgt: na binnenkomst van een schriftelijke klacht wordt de inhoud besproken met de betrokkene(n). Betreft het een simpel op te lossen probleem, dan wordt vervolgens na overleg binnen de directie of de commissie een brief met uitleg en eventueel excuses naar de klager gezonden. Als voorbeelden van klachten die redelijk snel waren op te lossen werden een nota die dubbel was verstuurd, schade aan een bril en roken in de conversatiezaal genoemd. Betreft het een ingewikkelder of emotioneel probleem, bijvoorbeeld als een patiënt meent onheus te zijn bejegend, dan vindt een gesprek met de klager plaats. Mondeling ingediende klachten worden of direct afgehandeld of men volgt bovenstaande procedure.

Opvallend is dat de meeste ziekenhuizen een sterke nadruk leggen op de informaliteit en de soepelheid van de procedure. Deze moet vooral niet te omslachtig zijn. De tendens is over het algemeen de klachtenopvang zo simpel mogelijk te houden. Een medisch coördinator maakte de volgende opmerking: 'De patiënt is vaak al tevreden dat hij kan klagen bij de directie. Dat is eigenlijk ook de enige honorering die je kunt geven. De dingen die zijn gebeurd kun je toch niet meer veranderen'.

Niet veel aandacht wordt besteed aan de bredere doelstelling: het verbeteren van de dienstverlening. Slechts in één ziekenhuis worden de klachten inhoudelijk en systematisch geregistreerd. Een van de grote ziekenhuizen had ten tijde van het onderzoek het plan om een jaarverslag uit te brengen en te verspreiden over de diverse afdelingen. 'Het is vaak nuttig dat mensen worden geconfronteerd met hun falen en dat bepaalde afdelingen zien dat er vaker over hen wordt geklaagd dan over andere afdelingen'. In de overige ziekenhuizen blijven registratie en systematisering van de klachten achterwege. 'Je weet toch wel automatisch waarover het meest wordt geklaagd, dat zit in je geheugen', aldus een medisch directeur. In de literatuur wordt het nu juist essentieel geacht dat ook de overige medewerkers, die daadwerkelijk dienstverlenende werkzaamheden verrichten, hiervan op de hoogte worden gesteld. Dit zou op den duur kwaliteitsbevorderend kunnen werken.

Hoge prioriteit?

Te merken was dat de ziekenhuizen in het algemeen geen hoge prioriteit geven aan de behandeling van klachten. Dit wil

niet zeggen dat zij de klachten niet serieus behandelen; zo lang hun eigen systeem echter relatief redelijk voldoet, bestaat er weinig animo dit te veranderen. Zo staan de kleine ziekenhuizen negatief tegenover het instellen van een commissie: 'Een commissie wordt weer zo'n bureaucratisch gedoe; dat is niet nodig in een klein ziekenhuis waar de lijnen kort zijn'.

Opmerkelijk is dat ook de grote ziekenhuizen met een complexe organisatiestructuur de instelling van een commissie afwijzen. Als nadelen worden onder meer de anonimisering – de patiënt moet naar een postbus schrijven – en de langere duur van de behandeling van een klacht genoemd.

Het zal duidelijk zijn dat de middelgrote ziekenhuizen wel positief staan ten opzichte van een klachtencommissie. Als voordelen worden aangevoerd dat een commissie die verantwoordelijk is voor de afhandeling van de klacht echt onafhankelijk is en bovendien meer overzicht heeft.

Verder zijn alle ziekenhuizen van mening dat een formele onafhankelijkheid van de klachtinstantie, dus een instantie niet in dienst van het ziekenhuis, niet noodzakelijk is voor een goede klachtenbehandeling. 'Als men een klacht indient bij een bedrijf als Philips over een kapot televisietoestel, dan zit er toch ook niet een onafhankelijk persoon in de commissie die jouw klacht beoordeelt?' Bovendien is men van mening dat de klachtenbehandeling toch al vrij onafhankelijk gebeurt: 'Als directeur van een grote organisatie sta je zover van de fouten vandaan, dat je best kunt erkennen dat er fouten zijn gemaakt, je hebt geen behoefte te verdoezelen'.

Slechts één ziekenhuis is bij het opzetten van een klachtensysteem uitgegaan van de in de erkenningseisen gestelde interne onafhankelijkheid. Men heeft dit geïnterpreteerd als 'niet betrokken zijn bij de klacht' en daarom gekozen voor een commissie die de klacht afhandelt.

CONCLUSIES

Naar aanleiding van het bovenstaande kan een drietal opmerkingen worden gemaakt.

Zoals reeds bleek uit eerdere onderzoeken speelt de directie een grote rol als klachtinstantie. Ook in Amsterdam is dit het geval. Of de klachten worden door één van de directieleden behandeld of door een commissie die op de een of

andere manier met de directie is verbonden.

Verder kwam naar voren dat men een door gewoonte ontstane procedure volgt. De nadruk bij de procedure ligt op de informaliteit en de soepelheid. Klachtenregistratie vindt in zeer beperkte mate plaats. Klachtenbehandeling wordt klaarblijkelijk niet als bron van belangrijke managementinformatie gezien. Wel is er een tendens de procedureregels schriftelijk vast te leggen.

Ziekenhuizen lijken niet snel geneigd veranderingen aan te brengen in hun klachtenregeling. Men is bang dat het te informeel en te bureaucratisch wordt. De druk tot wijziging komt niet zozeer van de ziekenhuizen zelf, maar meer van buitenaf.

Onder meer naar aanleiding van onderzoekresultaten heeft de overheid een aanvang gemaakt met controle op de naleving van de erkenningseisen. Of dit veel zin heeft voor de eis van een onafhankelijke klachtenbehandeling is de vraag, want hoe kan men nakoming van een voorwaarde controleren die voor allerlei uitleg vatbaar is?

Als eerste zal mijns inziens een betere officiële norm of in ieder geval een duidelijker toelichting dienen te worden geformuleerd; pas dan kan men controleren. Aansluiting zou kunnen worden gezocht bij het idee van mevrouw Roscam Abbing⁵. Zij stelt voor om de ziekenhuizen zelf, in nauw overleg met de Inspectie voor de Volksgezondheid en de financiers in het kader van de wettelijke ziektekostenverzekering, een model te laten ontwikkelen. Dit model zou kunnen bestaan uit richtlijnen, zodat aanpassing aan de eigen situatie per ziekenhuis mogelijk is.

Dat een betrekkelijk snelle ontwikkeling en introductie van een klachtenopvangmodel mogelijk is, wordt geïllustreerd door de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon in de geestelijke gezondheidszorg. Binnen vijf jaar is ervoor gezorgd dat ieder psychiatrisch ziekenhuis een klachtenbemiddelaar kreeg. Het is te hopen dat op korte termijn stappen in deze richting zullen worden ondernomen,

want het mag duidelijk zijn dat onderstaand advies van een vertegenwoordiger van een groot Amsterdams ziekenhuis niet voldoende is: 'Ik zeg altijd: je mag best een verkeerd been afzetten, als je er maar wel bij blijft lachen, anders gaan de patiënten klagen'. □

Noten

1. Gevers J. e.a. De opvang van klachten van patiënten over de gezondheidszorg. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 1978, nr. 10. Definitie klacht: 'Een klacht is een uiting van onvrede met een behandeling of bejegening die door de betrokkene als onjuist wordt ervaren'.

2. Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Deeladvies inzake bemiddeling bij klachten van patiënten. VAR nr. 53, aug. 1982: klachtenbehandeling – de klachtinstantie kan een (bindende) uitspraak doen en heeft sanctionerende bevoegdheden; klachtenbemiddeling – getracht wordt het conflict in der minne op te lossen, zonder machtsmiddelen; klachtenopvang – kan zowel klachtenbemiddeling als behandeling inhouden.

3. Capaciteitsgroep Gezondheidsrecht Rijksuniversiteit Limburg. Onderzoek naar invulling van erkenningseisen ZFW/AWBZ. Eindredactie H. D. C. Roscam Abbing, Maastricht 1985.

4. Zie ook: Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Deeladvies inzake bemiddeling bij klachten van patiënten. VAR nr. 53, aug. 1982 Landelijk Patiënten Consumenten Platform. Het klachtrecht in de gezondheidszorg, een beschouwing vanuit het patiëntenperspectief. Eindredactie P. Gevaerts, Baarn, april 1986. Kastelein, W. R. KNMG-besluit tot klachteninstellingen. MC 1987; nr. 24.

5. H. D. C. Roscam Abbing. Onderzoek naar invulling van erkenningseisen ZFW/AWBZ. Capaciteitsgroep Gezondheidsrecht van de Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht 1985; blz. 1-8.

Met dank aan Mr. O. Oldenburg, vakgroep Gezondheidsrecht VU te Amsterdam, en Mr. Drs. P. C. Ippel, afdeling Bestuursrecht, KU te Nijmegen.

Wat verbetert de patiëntenwet aan de bewijspositie van patiënten?

Een patiënt die schadevergoeding wil vorderen wanneer er een fout is gemaakt bij zijn medische behandeling, heeft met diverse problemen te maken. De procedure waarin een patiënt schadevergoeding vordert, zal tegen arts of ziekenhuis moeten worden ingesteld. Hier ligt het eerste probleem: wie kan een patiënt aanspreken om zijn schade vergoed te krijgen? Tegelijkertijd zal een patiënt zich moeten afvragen op welke grond hij zijn vordering kan instellen: moet hij wanprestatie of onrechtmatige daad aan zijn vordering ten grondslag leggen? Is eenmaal de procedure aanhangig gemaakt, dan staat een patiënt voor het probleem van de bewijslevering. Wie moet wat bewijzen en hoe moet een patiënt het bewijs leveren?

Het voorontwerp van Wet inzake de behandelingsovereenkomst, ook wel patiëntenwet genoemd, geeft de patiënt verschillende rechten. De vraag is of deze rechten resulteren in een betere rechtspositie van een patiënt in een civiele procedure tegen arts of ziekenhuis.

AANSPRAKELIJKHEID

De aansprakelijkheid van de arts of het ziekenhuis kan voortvloeien uit wanprestatie of onrechtmatige daad. Voor beide grondslagen geldt eenzelfde maatstaf. Een arts moet voldoen aan de eisen van een zorgvuldige en verantwoorde beroepsuitoefening. Hij is aansprakelijk wanneer hij niet de vereiste zorg heeft betracht.

Wie is aansprakelijk als een hulppersoon een fout maakt? Bij wanprestatie is dit de arts of het ziekenhuis. Bij onrechtmatige daad is de arts of het ziekenhuis alleen aansprakelijk wanneer de hulppersoon als ondergeschikte heeft gehandeld.

Voor het antwoord op de vraag of de patiënt nu de arts dan wel het ziekenhuis moet aanspreken, is van belang welke overeenkomst de patiënt heeft gesloten. Heeft een patiënt een all-in-overeenkomst gesloten, dan is het ziekenhuis verplicht tot het geven van verpleging en medische behandeling. De arts heeft in dit geval een dienstverband met het ziekenhuis. Het ziekenhuis kan zowel bij een fout van de arts, een fout van een hulppersoon als een fout van een medisch team aansprakelijk worden gesteld

Mw. Mr. W. Kempe

Verbetering van de rechtspositie van de patiënt – het doel van de patiëntenwet – wordt onder meer bereikt door de regeling van de centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis. Daarnaast worden aan de patiënt het informatie- en inzage-recht gegeven. Deze essentiële patiëntenrechten zullen de bewijspositie van de patiënt verbeteren, aldus Mr. W. Kempe te Utrecht.

op grond van wanprestatie. Uiteraard kan ook de arts aansprakelijk worden gesteld voor zijn fout of die van zijn hulppersoon. De grondslag van de vordering is dan echter onrechtmatige daad. Sluit een patiënt een all-out-overeenkomst, dan heeft hij te maken met twee overeenkomsten: een met het ziekenhuis en een met de behandelend arts. De overeenkomst met het ziekenhuis verbindt de laatste tot huisvesting en verpleging; die met de arts verbindt de arts tot medische behandeling. De arts is in dit geval in het ziekenhuis werkzaam op basis van een toelatingsovereenkomst. Voor het antwoord op de vraag wie er aansprakelijk kan worden gesteld is bepalend op wiens terrein de fout is gemaakt. Ligt de fout op het terrein van de huisvesting of van de verpleging, dan is het ziekenhuis aansprakelijk. Ligt de fout bij de medische behandeling, dan kan een patiënt de arts aanspreken. In beide situaties gaat het om het niet nakomen van een overeenkomst, zodat de grondslag wanprestatie is. Ziekenhuis en arts zijn ook hier aansprakelijk voor fouten van hun hulppersonen.

Aangezien het moeilijk blijkt te zijn de juiste 'persoon' aansprakelijk te stellen, wordt in de literatuur gepleit voor een centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis. Welnu, in de patiëntenwet is zo'n centrale aansprakelijkheid opgenomen. Het ziekenhuis is mede aansprakelijk wanneer een arts de behandelingsovereenkomst niet goed nakomt. Het ziekenhuis wordt gezien als de fictieve contractpartij van de patiënt, zodat hij het ziekenhuis op basis van wanprestatie

kan aanspreken. Naast het ziekenhuis blijft de arts zelf ook aansprakelijk.

Het ziekenhuis kan altijd regres nemen op de betreffende arts, maar de patiënt behoeft slechts het ziekenhuis aan te spreken. Hij zal niet meer na behoeven te gaan op wiens terrein de fout ligt.

WIE MOET WAT BEWIJZEN?

De bewijslast die de patiënt of arts/ziekenhuis krijgt opgelegd is afhankelijk van de grondslag van de vordering. Bij onrechtmatige daad geldt als algemene regel dat de eiser (patiënt) de feiten en omstandigheden moet stellen en zonodig bewijzen. Bij wanprestatie wordt de bewijslast in het algemeen gekoppeld aan de soort verbintenis. Bij een resultaatsverbintenis moet de gedaagde (arts of ziekenhuis) bewijzen dat er zorgvuldig is gehandeld. Bij een inspanningsverbintenis moet de eiser bewijzen dat de gedaagde zich onvoldoende heeft ingespannen. De verdeling van de bewijslast is bepalend voor de afloop van de procedure; de vordering van de eiser wordt namelijk afgewezen als hij het bewijs niet kan leveren.

Zowel bij onrechtmatige daad als bij een inspanningsverbintenis moet de patiënt het bewijs leveren van verwijtbaar handelen van de arts of het ziekenhuis. Alleen bij een resultaatsverbintenis is er sprake van een gunstiger bewijspositie van de patiënt. De vraag dringt zich op of het bij een medische behandeling gaat om een inspannings- dan wel om een resultaatsverbintenis.

Een *resultaatsverbintenis* is een verbintenis waarbij een bepaald resultaat tot stand dient te worden gebracht door de arts of het ziekenhuis.

Bij een *inspanningsverbintenis* gaat het om de plicht een bepaalde inspanning te leveren, die is gericht op de genezing van de patiënt.

Gezien de grote medische kennis en de geavanceerde medische hulpmiddelen zou kunnen worden gesteld dat de arts een goed resultaat moet kunnen garanderen. In ieder geval zou dit opgaan voor een groot aantal verrichtingen, die niet bijzonder gecompliceerd zijn. Voor het aannemen van een inspanningsverbintenis pleit de onzekere factor van het menselijk lichaam. De verschillende lichame-

lijke reacties op eenzelfde behandeling maken het moeilijk om van een resultaatsoort te spreken. In het algemeen wordt dan ook aangenomen dat er bij een medische behandeling sprake is van een inspanningsverbintenis. In een zeer recent vonnis wordt zelfs gesteld dat er sprake is van een inspanningsverbintenis, ook al is voor meer dan 99% een goed resultaat te verwachten¹. De keuze voor een inspanningsverbintenis betekent echter dat de moeilijke bewijspositie van de patiënt gehandhaafd blijft.

Het te leveren bewijs is weer afhankelijk van de grondslag waarop de vordering is gebaseerd. Bij wanprestatie moet een patiënt aantonen dat hij met de arts of het ziekenhuis een overeenkomst heeft gesloten en dat deze niet goed is nagekomen. Vervolgens moet de patiënt aannemelijk maken dat hij schade heeft geleden. Ten slotte moet hij bewijzen dat er causaal verband bestaat tussen de wanprestatie en de schade. Wordt de vordering gebaseerd op onrechtmatige daad, dan moet de patiënt uit de feiten en omstandigheden laten blijken dat de arts of het ziekenhuis onrechtmatig heeft gehandeld en schuld heeft. Ook hier moet de patiënt schade en causaal verband aantonen. Bij de bewijslevering kan de patiënt gebruik maken van verschillende bewijsmiddelen, zoals schriftelijk bewijs, bewijs door middel van getuigen en van deskundigen. Voor de patiënt is het belangrijk dat hij beschikt over de medische gegevens van zijn behandeling. Daarmee is hij in staat te laten zien wat er met hem is gebeurd tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis. Het blijkt echter moeilijk te zijn voor een patiënt de beschikking te krijgen over alle feitelijke gegevens. Dat een patiënt recht heeft op zijn medische gegevens, blijkt uit verschillende rechterlijke uitspraken, waarin een vordering tot afgifte van medische gegevens is toegewezen².

Een andere moeilijkheid is dat de patiënt bij het getuigenbewijs kan worden geconfronteerd met een beroep op het verschooningsrecht van de getuige. Daardoor kan bewijs worden geblokkeerd. Hoewel de patiënt de arts of verpleegkundige van zijn zwijgplicht kan ontslaan, betekent dit niet dat een beroep op het verschooningsrecht onmogelijk wordt. In de rechtspraak is echter verschillende keren gesteld dat het beroepsgeheim dient ter bescherming van de patiënt en dat het niet de strekking heeft de rechtsaanspraken van een patiënt te bemoeilijken³. Het bewijs door deskundigen betekent meestal dat een oordeel wordt gevraagd

van andere artsen. Zij moeten bepalen of de betreffende arts een fout heeft begaan bij de medische behandeling. Het is mogelijk dat een patiënt twijfelt aan de objectiviteit van deze deskundigen. Het is echter aan de rechter de objectiviteit te waarborgen.

Al met al is de bewijspositie van de patiënt niet rooskleurig te noemen. De vraag is of in de patiëntenwet het leveren van bewijs wordt vergemakkelijkt.

PATIËNTENWET

Een van de patiëntenrechten uit de patiëntenwet is het recht op informatie. Dit betekent dat de hulpverlener de patiënt op duidelijke wijze behoort in te lichten over de behandeling. Er wordt één uitzondering gemaakt: het recht op informatie vervalt als dit ernstig nadeel voor de patiënt met zich meebrengt. In de overige gevallen beslist uiteraard de patiënt zelf of hij informatie wenst.

Een ander patiëntenrecht is het toestemmingsvereiste. De arts zal moeten nagaan of de patiënt instemt met de behandeling; zonder instemming mag de arts niet tot behandeling overgaan. Toestemming kan uiteraard pas worden verkregen wanneer de patiënt voldoende is geïnformeerd ('informed consent'). In de patiëntenwet blijkt dit uit de volgorde van de artikelen.

De patiënt krijgt in de wet tevens een recht op inzage. Het voorontwerp kiest voor een ongeclausuleerd inzagerecht. Er geldt geen beperking ten opzichte van de patiënt zelf, zoals bij het informatierecht het geval is. De enige beperking is die in een situatie waarin de persoonlijke levenssfeer van een derde wordt geschaad. Door deze inconsistentie kan een patiënt aan wie het recht op informatie is geweigerd, langs de weg van het inzagerecht toch kennis nemen van de informatie. Gesteld wordt echter dat in zo'n geval de hulpverlener niet aansprakelijk kan worden gesteld voor de schade die daaruit kan voortvloeien. Wel wordt als voorwaarde gesteld dat de hulpverlener voldoende opvang en begeleiding moet hebben geboden. Het ongeclausuleerd inzagerecht is een heet hangijzer in de patiëntenwet. Onlangs stemde de ledenvergadering van de KNMG met een kleine meerderheid tegen een ongeclausuleerd inzagerecht. Het einde van de discussie is waarschijnlijk nog niet in zicht en leidt wellicht tot een aanpassing van het voorontwerp op dit punt. Het inzagerecht is zo belangrijk omdat in het voorontwerp tevens een verplichting is

opgenomen tot registratie van patiëntengegevens.

In een procedure kunnen de patiëntenrechten het leveren van bewijs vereenvoudigen. Door het informatierecht en het inzagerecht kan een patiënt beschikken over alle medische gegevens. Hij is hierdoor beter in staat vast te stellen wat er bij zijn behandeling is gebeurd. Overigens zal hij in de meeste gevallen een deskundige nodig hebben om de gegevens op hun juiste waarde te kunnen schatten. In ieder geval behoeft het verzamelen van relevante gegevens over de medische behandeling niet langer een probleem te zijn.

De huidige problemen van een patiënt bij een procedure tegen arts of ziekenhuis spitsen zich toe op de aansprakelijkheidsvraag en de bewijslast met de daaraan gekoppelde bewijslevering.

De eerste vraag speelt in de situatie van een all-out-overeenkomst, waarbij een patiënt twee of meerdere overeenkomsten heeft gesloten. Voordat hij iemand aansprakelijk kan stellen moet hij eerst nagaan op wiens terrein de gemaakte fout ligt. Voor dit probleem geeft de patiëntenwet een duidelijke oplossing: het ziekenhuis kan mede aansprakelijk worden gesteld op grond van wanprestatie wanneer een arts de overeenkomst niet goed uitvoert. Er ontstaat op deze wijze een centraal aansprakelijkheidsadres voor de patiënt. De rechtspositie van een patiënt in een procedure wordt hierdoor versterkt.

Uitgaande van het feit dat het bij medische handelingen om een inspanningsverbintenis gaat, krijgt de patiënt een zware bewijslast opgelegd. Hetzelfde geldt bij een vordering gebaseerd op onrechtmatige daad. In de patiëntenwet verandert er niets op het gebied van de bewijslast. Er wordt geen poging gedaan de bewijslast voor de patiënt te verlichten, zodat zijn moeilijke positie wat dit betreft gehandhaafd blijft.

Wat wel verandert is de positie van de patiënt bij de bewijslevering. Door het informatierecht en het inzagerecht krijgt de patiënt toegang tot alle relevante medische gegevens. Hierdoor wordt het makkelijker voor hem om zijn bewijs rond te krijgen.

CONCLUSIE

Verbetering van de rechtspositie van een patiënt – het doel van de patiëntenwet – wordt onder meer bereikt door de rege-

ling van de centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis. Daarnaast worden aan de patiënt het informatie- en het inzage-recht gegeven. Deze essentiële patiëntenrechten zullen het leveren van het bewijs vergemakkelijken. De zware bewijslast blijft echter in stand. In de patiëntenwet is niet gekozen voor een evenwichtiger bewijslastverdeling tussen patiënt en arts/ziekenhuis. Toch blijft het mogelijk dat er een verschuiving van de bewijslast ten gunste van de patiënt optreedt doordat de rechter de bewijslast naar redelijkheid en billijkheid kan verdelen⁴.

Nu blijkt dat de patiëntenwet niet alle problemen oplost, blijft het van belang oog te houden voor alternatieven. Een verzekering op 'no fault basis' is zo'n

alternatief⁵. Het ziekenhuis verzekert zich voor de schadegevolgen van medische handelingen, en wel op 'no fault basis'. De bewijslast voor een patiënt is in dit geval veel lichter: hij moet aantonen dat hij schade lijdt waarvoor de arts of het ziekenhuis verantwoordelijk is.

Een ander alternatief is de risicoverzekering⁶. Hierbij wordt het risico van schade ten gevolge van een medische behandeling verzekerd door de patiënt. De premie voor deze verzekering zou, aldus Ruizendaal, moeten worden opgebracht door ziekenfondsen en particuliere verzekeraars. Ook hierbij behoeft de patiënt alleen aan te tonen dat hij door de behandeling schade lijdt; een fout behoeft hij niet te bewijzen.

Duidelijk is dat een patiëntenwet een

stap in de goede richting is voor het geval een patiënt wil procederen. Vraag is of de patiënt niet meer recht wordt gedaan wanneer de oplossing wordt gezocht in een verzekering. □

Noten

1. Rb Leeuwarden 1 maart 1984. TvGR 1987/30.
2. Rb Amsterdam 26 april 1976. TvGR 1977/11. Rb Amsterdam 3 maart 1983. TvGR 1983/33.
3. Hof 's-Gravenhage 27 december 1945. NJ 1946, 429. Rb Assen 12 oktober 1954. NJ 1955, 207.
4. Hof Amsterdam 13 juni 1985. TvGR 1986/38.
5. Kunstfouten. Vrij Nederland 21 november 1987, p. 3, 5e kolom.
6. Ruizendaal, PH. Risicoverzekering tegen medische schade. Medisch Contact 1988; 43:108-10.

Uit de Geneeskundige Hoofdinspectie

Samenwerking huisarts-wijkverpleegkundige

Reeds geruime tijd bereiken ons signalen uit de praktijk, onder meer via onze erkennings-bezoeken aan kruisorganisaties, die erop wijzen dat de samenwerking tussen de (huis)artsen en de (wijk)verpleegkundigen te wensen overlaat¹.

De snelle ontwikkelingen in de eerstelijnsgezondheidszorg, met name ten aanzien van de curatieve en terminale zorg in de thuissituatie, maken het noodzakelijk dat er een optimale samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen bestaat. Daarenboven zullen de professionele werkers in de eerste lijn worden geconfronteerd met een kwantitatieve toename in de zorg voor chronisch zieken, gehandicapten en ouderen. Uit het oogpunt van zowel de kwaliteit als de continuïteit van de zorg, is het zeer gewenst dat er samenhang is in de zorgverlening en een goede communicatie tussen (huis)artsen en (wijk)verpleegkundigen. Daarbij is overigens ook samenwerking tussen de eerstelijns- en tweedelijnszorg van essentieel belang. Het is noodzakelijk, dat de betrokken beroepsorganisaties en werkorganisaties aandacht schenken aan het verbeteren van de samenwerking en samenhang in de zorgverlening.

In dat verband wordt expliciet aandacht gevraagd voor het standpunt van de Geneeskundige Inspectie ten aanzien van het uitvoeren van 'bepaalde medische handelingen' door (wijk)verpleegkundigen. Per brief van 30 juli 1987 zijn de Koninklijke Nederlandsche maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, de Landelijke Huisartsen Vereniging, de verpleegkundige beroeps- en vakorganisaties en

de kruisverenigingen geïnformeerd over ons standpunt ten aanzien van het advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid: 'De verantwoordelijkheid van verpleegkundigen in de extramurale gezondheidszorg'².

De Geneeskundige Inspectie acht het uitvoeren van 'bepaalde medisch-technische handelingen' alleen dan verantwoord indien wordt voldaan aan de volgende voorwaarden:

1. De arts neemt zelf de beslissing over diagnose, therapie en indicatie.
2. De arts houdt toezicht op de wijze van uitvoering, althans hij verzekert zich ervan dat de uitvoering zorgvuldig zal plaatsvinden. Tevens dient de arts beschikbaar te zijn voor eventueel overleg en daadwerkelijke bijstand, indien complicaties optreden.
3. De arts informeert de verpleegkundige over eventuele bijverschijnselen en complicaties en geeft aan hoe bij het optreden daarvan te handelen.
4. De arts draagt slechts die handelingen op, c.q. vertrouwt slechts die handelingen toe, welke de verpleegkundige krachtens opleiding en ervaring beheerst. Laatstgenoemde moet een opdracht weigeren indien de bekwaamheid daartoe niet aanwezig is. De opdrachten dienen schriftelijk te worden vastgelegd.
5. De arts en verpleegkundige stellen en houden elkaar op zodanige wijze op de hoogte, dat beiden hun respectievelijke verantwoordelijkheden kunnen waarmaken.

Vragen uit de praktijk maken duidelijk dat artsen nog onvoldoende op de hoogte zijn van

het advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en het desbetreffende standpunt van de Geneeskundige Inspectie. Het bovenstaande beoogt nadere informatie te geven en bij te dragen tot een intensievere samenwerking tussen de (huis)artsen en de (wijk)verpleegkundigen om zodoende de gezamenlijke verantwoordelijkheid ten aanzien van de continuïteit en de kwaliteit van de zorgverlening in de eerstelijnsgezondheidszorg waar te maken.

*Mw. P. M. H. M. van Lin,
hoofd afdeling Extramurale Verpleegkundige
Zorgverlening van de Geneeskundige Hoofdinspectie*

Literatuur

1. Jaarverslagen van de Geneeskundige Hoofdinspectie, afdeling Kruiswerk en afdeling Extramurale Verpleegkundige Zorgverlening 1984, 1985 en 1986.
2. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Verantwoordelijkheid Verpleegkundigen in de Extramurale Gezondheidszorg. Oktober 1986.

Het onderwijs in de universitaire huisartsenpraktijk

2: Ervaringen van studenten

In een vorig artikel brachten wij verslag uit over de achtergrond, de bedoelingen en de inrichting van een nieuw onderwijsprogramma voor vijfde-jaars medisch studenten aan de Vrije Universiteit.

In deze bijdrage willen wij ingaan op de positie van de studenten in dit onderwijs, op hun ervaringen en op onze verwachtingen ten aanzien van het rendement van dit studieonderdeel in het geheel van de professionele scholing tot basisarts. Wij baseren onze conclusies op vijftien maanden ervaring met in totaal 100 studenten en op een schriftelijk evaluatieonderzoek onder 36 studenten die in de eerste periode van vijf maanden aan het onderwijs hebben deelgenomen.

ERVARINGEN STUDENTEN

De verwachtingen waarmee de studenten naar de universitaire huisartsenpraktijk (UHP) kwamen waren aanvankelijk nogal diffuus. Via schriftelijke informatie waren zij in de gelegenheid zich een beeld te vormen van de vorm en inhoud van het onderwijs. Lang niet iedereen had deze informatie doorgenomen, met als gevolg een sterk wisselend verwachtingspatroon. Nadat echter de eerste groepen waren gepasseerd, bleken de studenten door onderlinge uitwisseling steeds nauwkeuriger te zijn geïnformeerd over wat hen te wachten stond, en wat van hen werd verwacht.

Kwantitatieve evaluatie

Overeenkomstig de afspraak heeft er onder de eerste zes groepen van zes studenten een schriftelijke evaluatie plaatsgevonden. Aan het eind van de laatste onderwijsmiddag werd de student een formulier (zie *bijlage*) overhandigd met het verzoek dit thuis in te vullen en het in te leveren bij de facultaire afdeling onderwijscoördinatie. Helaas waren door verschillende organisatorische oorzaken uiteindelijk slechts 26 van 36 formulieren voor bewerking beschikbaar. Er is geen reden te veronderstellen dat hiermee tevens een zekere selectie in de waardering is opgetreden.

Uit de bijgaande tabel komt naar voren dat met name de leerzaamheid van de stage als zeer groot wordt beoordeeld,

H. O. Sigling,
A. J. Arbouw en
E. A. Reynders

In dit tweede artikel over het onderwijs in de universitaire huisartsenpraktijk gaan docenten H. O. Sigling, A. J. Arbouw en E. A. Reynders in op de positie en de ervaringen van de studenten en op hun eigen verwachtingen ten aanzien van het rendement van dit studieonderdeel in het geheel van de professionele scholing tot basisarts.

waarbij vooral facetten als de omgang met patiënten in de eerste lijn, de nabespreking met de huisarts-docent en inzicht in eigen mogelijkheden en tekorten worden genoemd.

Kwalitatieve evaluatie

Het is de gewoonte om aan het eind van iedere onderwijsmiddag de studenten zich te laten beninnen op datgene wat zij die middag hebben geleerd. In principe worden zij daarbij gestimuleerd alles op te schrijven wat hun invalt. Anderzijds wordt hun ook de ruimte gelaten met een enkele opmerking te volstaan. Bezien wij achteraf de leerpunten die 100 studenten hebben geproduceerd dan zijn deze in vijf categorieën onder te brengen:

Tabel. Verdeling van de waardering van de uitspraken in de UHP-enquête (totaal 26 studenten).

uitspraak	waardering*				
	1	2	3	4	5
1. voorlichting	0	5	7	12	2
2. toepassen vaardigheden	0	0	6	14	6
3. integreren kennis/vaardigheden	0	0	2	18	6
4. geleerd van patiëntenproblemen	0	1	4	17	4
5. omgang met patiënten	0	0	0	10	16
6. eigen mogelijkheden	0	1	1	13	11
7. nabespreking	0	0	1	13	12
8. materiële voorzieningen	0	2	1	7	16
9. dagdelen	12	14	—	—	—
10. onderwijsopzet	0	0	1	16	9
11. leerzaam	0	0	0	4	22

*1 = zeer oneens . . . 5 = zeer eens

1. de realiteit van het consult in de huisartspraktijk;
2. de realiteit van eigen kunnen, vaardigheid en attitude;
3. het belang van methodiek, systematiek en logica;
4. het inzicht in eigen houding en gedrag;
5. de onderwijsvorm.

Realiteit consult in de huisartspraktijk.

Belangrijke ontdekkingen zijn 'dat mensen erg verschillen'; 'dat het contact met echte patiënten erg leuk kan zijn'; 'dat veel klachten geen agressieve medische behandeling behoeven'; 'dat het contact vaak minder moeilijk tot stand komt dan men vreesde'; 'dat het soms handig is te weten wat de patiënt ervan vindt'.

Realiteit eigen kennis, vaardigheid en attitude. Wat deze rubriek betreft blijkt uit commentaren van studenten steeds dat in het contact met de gewone patiëntenproblematiek de student wordt getroffen door zijn/haar gebrek aan kennis omtrent veel voorkomende aandoeningen. Ook de toepassing van de verworven theoretische kennis blijkt problemen op te leveren. Uitspraken als: 'Van praktische zaken weet ik nog te weinig', 'Je wordt geconfronteerd met problemen, meestal alledaags, waar je geen raad mee weet', 'Welk onderzoek bij welke klacht hoe uitvoeren weet ik nog niet', 'Wij weten eigenlijk nog zeer weinig van behandelingsvormen af' en, 'M'n therapie is onontwikkeld'. Daarnaast wordt een aantal gebieden genoemd – afhankelijk van de patiënt die men trof – waarin de kennis als onvoldoende wordt ervaren. Vaak betreft het de 'kleine' vakken zoals KNO-heelkunde, dermatologie, orthopedie en oogheelkunde.

Ook vaardigheden ten aanzien van de communicatie worden als belangrijk ervaren, getuige uitspraken als: 'Goed luisteren is erg belangrijk', 'Oppassen met suggestieve vragen stellen', 'Minder sturen, patiënt meer richting laten bepalen', 'Het vertrouwen winnen van de patiënt is van doorslaggevende betekenis', 'Ik moet proberen in te gaan op belevingsaspecten'.

Belang van methodiek, systematiek en logica. Vooral in deze rubriek blijken de studenten veel leerzame ervaringen op te

doen. Het nut van een goede vraagverheldering ter onderscheiding van een anamnese wordt vaak genoemd, evenals het duidelijk structuur aanbrengen in anamnese en onderzoek.

De belangrijkste ontdekkingen zijn dat de goede gang van zaken wordt bevorderd in plaats van belemmerd door dingen als: 'Het even pauzeren om na te denken'; 'Het toelaten en bespreken van onzekerheid'; 'Het duidelijk aangeven van bedoelingen en voornemens bij anamnese en lichamelijk onderzoek'. Luisteren en structureren zijn de noemers waaronder veel opmerkingen zijn onder te brengen.

Inzicht in eigen gedrag en houding. Het is verbazingwekkend hoe krachtig de confrontatie met het eigen optreden door middel van de videorecording oproept tot zelfbeoordeling, getuige de volgende uitspraken: 'Meer inzicht in eigen functioneren'; 'Meer inzicht in houding en manier van praten'; 'Dat je soms erg analytisch bezig bent en vooral met jezelf'; 'M'n optreden komt zeer directief over'; 'Ik moet nog langzamer spreken'; 'Leren omgaan met aarzeling ten aanzien van lichamelijk onderzoek en m'n angst om pijn te doen'; 'Het gebruik van 'u mag' (hier gaan zitten) kan heel denigrerend overkomen op de patiënt'; 'Maakt mijn wiebelig gedrag niet een onrustige indruk op patiënten?'; 'Probeer gewoon jezelf te zijn en ga niet geforceerd wijsneusdokter zitten spelen'.

Deze uitspraken zijn met zeer veel andere aan te vullen. Opvallend daarbij is dat de meeste studenten veel kritischer reageren op hun eigen optreden dan op dat van de medestudent. De rol van de docent is dan ook vaak vooral een bevestigende ten aanzien van die handelingen die duidelijk als positief of productief kunnen worden gekwalificeerd.

Onderwijsvorm. In deze rubriek vallen opmerkingen die niet zozeer de leerinhoud maar eerder de onderwijsvorm betreffen. Zij vormen een adstructie van de hoge waardering die in de kwantitatieve evaluatie aan de onderwijsopzet werd toegekend. Genoemd werden de rol van de *docent*: 'Opbouwend kritisch' en 'prikkelend tot nadenken'; van de *video*: 'Het terugzien is erg leerzaam'; de *nabespreking*: 'Individueel nabesproken worden heeft een zeer groot leereffect'; en van de *patiënten*: 'Ik heb gemerkt dat er een groot verschil is tussen simulatiepatiënten en echte patiënten'.

Tenslotte nog als boodschap aan de uni-

versitaire docenten Huisartsgeneeskunde een uitspraak van een der studenten: 'Dergelijk onderwijs motiveert bijzonder goed. In één middag ben ik het vak huisartsgeneeskunde al bijzonder gaan waarderen'.

BESLUIT

Tot besluit willen wij een moment stilstaan bij de vragen: 'Wat zijn onze verwachtingen over het rendement van dit onderwijs voor de individuele student?' en: 'Welke criteria leggen wij aan om te beoordelen of de student aan deze verwachtingen voldoet?'

Uiteraard koesteren wij in de eerste plaats de illusie dat deze didactisch intensieve begeleiding van het eerste contact met echte patiënten een waardevolle bijdrage levert aan het voorbereidingsproces van de studenten op hun co-assistentenschappen. Het vergt echter een apart nader onderzoek onder de studenten die wel en die niet aan deze vorm van onderwijs deelnamen om een langere-termijnevloed van de UHP-stage te kunnen aantonen.

Het korte-termijneffect van het onderwijs in de zin van de directe opbrengst voor de individuele student leent zich moeilijk voor kwantitatieve of kwalitatieve meting. Wij gaan ervan uit dat de student nog aan het begin van zijn praktische leertijd staat. Hij of zij hoeft nog niets te beheersen. Voor het succesvol doorlopen van de op handen zijnde co-assistentenschappen is niet de reeds bestaande vaardigheid in cognitief en psychomotorisch opzicht belangrijk, maar de motivatie en de leerattitude. Het is met name de leerattitude die wij tijdens deze stage proberen te stimuleren en waarop wij de student beoordelen.

Komen wij tot de conclusie dat de student niets heeft kunnen c.q. willen leren van de geboden mogelijkheden dan gaan wij ervan uit dat van een uitzonderlijke situatie sprake is, die dient te worden signaleerd en besproken binnen het grotere verband van het algemeen co-assistentenschap waarvan deze stage deel uitmaakt. Ons oordeel kan dan worden getoetst aan het oordeel van andere docenten binnen het algemeen co-assistentenschap en nagegaan kan worden of de betrokken student voor een speciale, individueel gerichte aanpak in aanmerking komt.

In een derde bijdrage willen wij nog ingaan op de rol van de patiënten in dit onderwijs en de wijze waarop zij deze zelf ervaren. □

BIJLAGE

Evaluatieformulier

1. Het was mij tevoren duidelijk wat mij te wachten stond in de UHP-stage.
2. Ik heb in de UHP geleerd de in het Alco aangeleerde vaardigheden in de praktijk toe te passen.
3. Ik heb meer dan in het Alco mogelijk was, kennis en vaardigheden geïntegreerd leren toepassen in de UHP.
4. Van het probleem c.q. de afwijkingen van de onderzochte patiënten heb ik veel geleerd.
5. Ik heb enig inzicht gekregen in de omgang met patiënten in de eerstelijnsgezondheidszorg.
6. Ik heb iets geleerd over mijn mogelijkheden en tekorten in het omgaan met patiënten.
7. Ik heb veel geleerd van de nabesprekingen met de huisarts-docent.
8. De materiële voorzieningen in de UHP waren in orde.
9. Het aantal dagdelen doorgebracht in de UHP vond ik: 1. te weinig; 2. juist goed; 3. te veel.
10. De gekozen onderwijsopzet was adequaat.
11. Al met al vond ik deze stage leerzaam.

De antwoorden zijn gecodeerd volgens een vijfpuntsschaal van 1. 'zeer oneens' tot 5: 'zeer eens'.

De openbaarheid van het medisch tuchtrecht

Artikel 6 van het Verdrag van Rome

In het ontwerp van Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) wordt uitgegaan van een openbaar medisch tuchtrecht. Een belangrijke reden om voor openbaarheid te kiezen was artikel 6 lid 1 van het Verdrag van Rome (VvR)¹, dat in het arrest-Le Compte, Van Leuven en De Meyere ook van toepassing is verklaard op het medisch tuchtrecht².

Artikel 6 lid 1 VvR gaat uit van een openbare procesvoering, tenzij *gewichtige redenen* aanwezig zijn die sluiting der deuren kunnen rechtvaardigen. Over deze uitzonderingen op de openbaarheid is in de medische wereld een discussie ontstaan: wanneer is er sprake van gewichtige redenen?

De medische wereld gaat grotendeels uit van een voor artsen gunstige uitleg van artikel 6 VvR. De bedoeling van deze bijdrage is deze uitleg te relativiseren.

ARREST EUROPESE HOF

Volgens artikel 6 lid 1 VvR dient de procesvoering openbaar te zijn als burgerlijke rechten of verplichtingen in het geding zijn. De tweede zin van artikel 6 lid 1 noemt de uitzonderingen hierop, waaronder het belang van de goede zeden, de openbare orde of 's lands veiligheid, de bescherming van het privé-leven van partijen, of wanneer openbaarmaking de belangen van de rechtspraak zou schaden.

In het arrest-Le Compte, Van Leuven en De Meyere, allen geneesheren, was het kernprobleem of een tuchtrechtprocedure die de privaatrechtelijke positie van de klager raakt onder artikel 6 lid 1 VvR valt. Het Europese Hof voor de rechten van de mens overwoog: 'In tegenstelling tot andere tuchtrechtelijke sancties (waarschuwing, censuur, berisping) is onderhavige schorsing een wezenlijke inbreuk op het recht het medisch beroep te blijven uitoefenen (. . .). Artikel 6 lid 1 is van toepassing op deze tuchtrechtelijke procedure en dat wil dus zeggen dat de geneesheren Le Compte, Van Leuven en De Meyere recht hadden op de openbaarheid van behandeling van hun zaken. Een tuchtrechtelijke procedure die niet in het openbaar plaats heeft, is niet in strijd met het Verdrag, mits de betrokkene

Mw. Mr. T. D. M. Zeegers en
Drs. J. P. van Dijk

Openbaarheid van de tuchtspraak houdt de gemoederen van artsen en juristen bezig. Het staat de Nederlandse wetgever niet vrij deze kwestie naar eigen goeddunken te regelen: men is gebonden aan het Verdrag van Rome, zo betogen de juriste T. D. M. Zeegers en de arts J. P. van Dijk.

ne daarin toestemt. In casu wensten de klagers echter een openbare behandeling.'

Aangezien geen enkele van de in de tweede zin van artikel 6 lid 1 genoemde uitzonderingen van toepassing was, had België openbaarheid van behandeling niet mogen weigeren.

GEVOLGEN ARREST

Het Nederlandse tuchtrecht gaat nu nog uit van het 'niet-openbaar, tenzij'-stelsel. In het licht van het Verdrag van Rome blijkt deze regeling van het medische tuchtrecht met betrekking tot de openbaarheid te beperkt. Tuchtprocedures waarbij burgerlijke rechten of verplichtingen in het geding zijn, dus ook het medische tuchtrecht, behoren zo te zijn ingericht dat ze aan de eisen van artikel 6 lid 1 VvR voldoen. Anders dan Sanders stelt³, heeft het Europese Hof voor de rechten van de mens in het arrest-Albert en Le Compte uitgemaakt dat alleen het openbare karakter van de behandeling in hoger beroep niet voldoende is om aan deze eisen te voldoen⁴.

Hoewel artikel 6 lid 1 VvR alleen van toepassing is op tuchtrechtelijke gevallen waarbij de privaatrechtelijke positie van de aangeklaagde in het geding is, zal dit artikel toch in alle gevallen moeten worden toegepast. Deze conclusie moet worden getrokken, omdat de rechterlijke beslissing tot het al dan niet opleggen van een maatregel die valt onder artikel 6 lid 1 VvR, zoals een schorsing, pas aan het eind van de procedure wordt genomen. Regel is echter, dat de wijze van proces-

voering onafhankelijk behoort te zijn van de uiteindelijke beslissing⁵.

In het wetsontwerp BIG is het medisch tuchtrecht aan het Verdrag van Rome aangepast. Artikel 85 lid 1 BIG luidt: 'Het regionale tuchtcollege behandelt de zaak in een openbare terechtzitting. Het college kan evenwel om gewichtige redenen bepalen dat de behandeling geheel of gedeeltelijk met gesloten deuren zal plaatsvinden.'

ABSOLUUT RECHT?

Er is binnen de medische wereld een discussie ontstaan over de vraag of en wanneer een tuchtzaak met gesloten deuren moet worden afgehandeld. Een van de veelvuldigst genoemde redenen om tot sluiting der deuren over te gaan, is de gedachte dat het recht op openbaarheid van de aangeklaagde, de arts, mede het recht op beslotenheid van de aangeklaagde inhoudt.

De KNMG ziet het recht op openbaarheid als een absoluut recht van de aangeklaagde. Als deze vrijwillig en ondubbelzinnig te kennen geeft af te zien van openbaarheid, zal in deze visie de tuchtzaak met gesloten deuren moeten worden behandeld. Anders gezegd: als de arts beslotenheid wil, moet de tuchtzaak in beslotenheid worden behandeld. Is deze denkwijze wel helemaal juist? Natuurlijk kunnen zowel klager als aangeklaagde een verzoek tot sluiting der deuren indienen bij het medisch tuchtcollege, maar gaat het niet te ver de aangeklaagde omtrent openbaarheid een absoluut recht toe te kennen? Dit recht is grondwettelijk voorbehouden aan de wetgever⁶, die het in sommige gevallen delegeert aan rechtelijke instanties, zoals het medisch tuchtcollege, maar niet aan een procespartij.

Artikel 6 lid 1 VvR formuleert inderdaad een recht op openbaarheid; een algemeen recht op een openbare procesvoering. Een *a contrario-redenering*, zoals de KNMG deze stelt, lijkt te ver van de verdragstekst zelf verwijderd. Pluimakers stelt⁷, dat artikel 6 VvR voldoende ruimte biedt om een tuchtzaak in beslotenheid te doen plaatsvinden, indien zodanige belangen van *onder meer* (cursivering z&vd) aangeklaagde dit met zich

brengen. De wens van de aangeklaagde is dus niet het enige aspect dat van belang is. Het medisch tuchtcollege moet bij het eventuele sluiten der deuren ook rekening houden met het algemene belang en het belang van de klager.

Een tweede reden om niet-openbaarheid te bepleiten, ligt in het primaire doel van de Medische Tuchtwet, namelijk het handhaven van de kwaliteit van het medisch handelen. Hoewel het primaire doel voorop blijft staan, heeft het in de huidige samenleving, waaraan openbaarheid steeds belangrijker wordt, wel aan kracht verloren⁸.

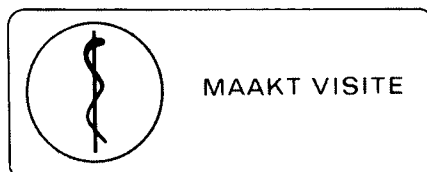
Er staan hier twee belangen tegenover elkaar: de *individuele* belangen van de direct betrokkenen en het *algemene* belang. Het eerstgenoemde belang zou een verzoek tot sluiting der deuren rechtvaardigen, terwijl het laatstgenoemde belang, het informeren van het publiek, alleen mogelijk is door een openbare procesvoering⁹. Hieruit vloeit voort dat de arts wel afstand kan doen van zijn recht op openbaarheid, maar dat dit alleen kan worden gehonoreerd als ook het algemene belang sluiting der deuren kan rechtvaardigen⁹.

Er kan ook sprake van een uitzondering zijn als de openbaarheid botst met het beroepsgeheim van de medicus. In een openbare tuchtprocedure zullen privacygevoelige aspecten een belemmering kunnen vormen voor een goede, eerlijke procesvoering. Dit wordt grotendeels ondervangen door de ruime uitzonderingsmogelijkheden van artikel 6 VvR. Als het beroepsgeheim werkelijk een bezwaar oplevert, kan het medische tuchtcollege tot sluiting der deuren overgaan. Daarbij komt nog dat het beroepsgeheim voornamelijk geldt voor de relatie arts-patiënt. De patiënt zal zich, voordat hij een tuchtzaak aanvangt, goed hebben gerealiseerd dat er persoonlijke gegevens naar voren kunnen worden gebracht⁸. Als dit bezwaarlijk is, kan hij zelf om sluiting der deuren verzoeken.

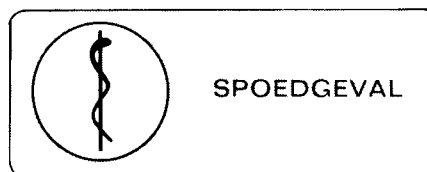
Een veel gehoord nadeel is dat de openbaarheid vele potentiële klagers zal weerhouden een klacht in te dienen. Dit lijkt in tegenspraak met de wens tot meer openbaarheid, die juist van de zijde van de klagers is gekomen.

BESCHOUWING

De toekomstige openbaarheid van het medisch tuchtrecht kan dan voor velen een bezwaar zijn, het is een feit dat door



MAAKT VISITE



SPOEDGEVAL

Auto-embleem

Dit tweezijdig te gebruiken, artsen-auto-embleem is op veler verzoek tot stand gekomen om in voorkomende gevallen de reden van parkeren op een bepaalde plaats kenbaar te maken.

Dit embleem is naast het bekende raamembleem van plakplastic voor de leden van de Maatschappij Geneeskunst gratis verkrijgbaar bij de afdeling ledenbemiddeling der KNMG,

Postbus 20051, 3502 LD/Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon: 030-823911.

openbaarheid een betere legitimatie van het medisch tuchtrecht bij het publiek zal ontstaan. Hoewel in de praktijk in het overgrote deel der gevallen is gebleken dat collegae elkaar tijdens een tuchtzaak niet de hand boven het hoofd houden, zal dit door openbare tuchtprocedures ook duidelijk worden aan een groter publiek. Openbaarheid kan voordelen bieden. Gedacht kan worden aan een verbetering van de kwaliteit en de motivering van tuchtzaken, zodat zowel arts als patiënt zullen weten wat wel en wat niet kan. Een en ander wordt nog versterkt door een verbetering van de procedure vooraf. De ongelijkheid die ontstaat doordat aan sommige zaken van tevoren publiciteit is gegeven, zal sterk verminderen. Openbaarheid van de tuchtprocedure is mogelijk, omdat artikel 6 VvR en het hierop gebaseerde artikel 85 lid 1 BIG voldoende ruimte bieden om die zaken welke daarvoor in aanmerking komen in beslotenheid te doen plaatsvinden. Invoering van deze openbaarheid zal echter wel een bezinning vragen op het vooronderzoek, verricht door de voorzitter van een medisch tuchtcollege. Dit vooronderzoek laat momenteel, door werkoverlast, nog te wensen over. Hiervoor zullen informatieplaatsen moeten worden vrijgemaakt, evenals voor de geneeskundig inspecteur, die in deze fase advies uit moet brengen. □

Noten

1. Gehele titel van het Verdrag van Rome: 'Europees verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden, ondertekend in Rome op 4 november 1950'.
2. Europese Hof voor de rechten van de mens, 23 juni 1981. Nederlandse Jurisprudentie 1982, 602.
3. Sanders HWA. Openbare behandeling van tuchtzaken? Medisch Contact 1987; 42: 137-9.
4. Europese Hof voor de rechten van de mens, 10 februari 1983. Nederlandse Jurisprudentie 1987, 31.
5. Sanders is blijken zijn in noot 3 aangehaald artikel een andere mening toegedaan.
6. Artikel 121 Grondwet 1983.
7. Pluimakers WHMA. Behandeling van zaken in het medische tuchtrecht en openbaarheid. Medisch Contact 1987; 42: 135-6.
8. Van Es JC. Openbaarheid tuchtrechtspraak. Medisch Contact 1987; 42: 131.
9. Boer J de. Openbaarheid van rechterlijke behandeling en uitspraak. Nederlands Juristen Blad 1985; 833-9.

Mw. Dr. T. D. M. Zeegers is tijdelijk werkzaam bij de WHO in Genève. Bovenstaand artikel is een verdere uitwerking van de doctoraalscriptie 'Het medisch tuchtrecht en openbaarheid' (Groningen, 1987).

Drs. J. P. van Dijk werkt als universitair docent bij de vakgroep Sociale Geneeskunde & Epidemiologie van de Rijksuniversiteit-Groningen.

Specialisten en ziekenfondsen

Veertig jaar onderhandelen

Sinds 1947 vindt geregeld landelijk overleg plaats tussen specialisten (LSV) en overkoepelende ziekenfondsorganisaties over de vaststelling van de tarieven voor specialistische diensten. In 1949 bereikten specialisten en ziekenfondsen overeenstemming over de honoreringsstructuur: een gedeeltelijke betaling per verrichte dienst en een gedeeltelijke abonnementshonorering. Deze honoreringwijze zorgde voor veel onderhandelingsstof en gaf in de loop der jaren mede aanleiding tot conflicten tussen de twee partijen.

Het resultaat van de honoreringsonderhandelingen tussen specialisten en ziekenfondsen is tweeledig. Aan de ene kant is dit resultaat indrukwekkend: er werd steeds weer overeenstemming bereikt inzake het tot in details vaststellen van de vele tarieven die er per specialisme in gebruik zijn. Anderzijds werd er geen oplossing gevonden voor het sinds 1947 spelende conflict over de praktijkkosten.

Aan de hand van diverse bronnen* werd onder andere nagegaan hoe de honoreringsonderhandelingen van 1947-1987 tussen specialisten en ziekenfondsen verliepen en hoe de houding van specialisten en ziekenfondsen was ten opzichte van elkaar en ten aanzien van de problematiek rond de honoreringsstructuur. Hieronder een overzicht van de resultaten van dit onderzoek.

EERSTE CONFLICT

Zowel specialisten als ziekenfondsen waren bij de start van de landelijke onderhandelingen, in 1947, onderling verdeeld over de in te voeren *honoreringvorm*. De tariefstelling voor specialistische diensten kwam voor 1940 op min of meer individuele wijze tot stand, waarbij de honoreringsstructuur sterk varieerde. Veel fondsen storten per verzekerde per jaar een bepaald bedrag in een plaatselijke 'specialistenpot'. De specialisten moesten dan zelf maar uitmaken wie wát kreeg. Andere fondsen betaalden per

Alice Juch

Van de onderhandelingen tussen specialisten en ziekenfondsen in de jaren 1947-1987 heeft Alice Juch uit Velp studie gemaakt voor haar doctoraal examen geschiedenis aan de Katholieke Universiteit. De uitkomsten legde zij neer in een scriptie. Een deel daarvan geeft zij hier weer.

abbonement. Een klein deel van de fondsen betaalde per verrichte dienst (verrichting).

Voor veel specialisten was de overgang naar het afsluiten van collectieve, uniforme overeenkomsten groot. Men kreeg nu veelal te maken met een heel andere honoreringvorm. Bovendien moest nu de belangenbehartiging aan de LSV worden overgelaten, die nog moest bewijzen dat zij dit kon. Meermalen werden de voorstellen van de LSV over honoreringswijze en hoogte van de tarieven door de leden verworpen en werden er wijzigingsvoorstellen ingediend.

De ziekenfondsen gaven de voorkeur aan betaling via de specialistenpot; dit was voor hen een gemakkelijk en risicoloos systeem. Het was echter duidelijk dat de LSV deze pot nooit zou accepteren. Deze honoreringwijze leverde grote problemen op bij de verdeling van het bedrag. Bovendien werden de financiële risico's van specialistische hulp, van de fondsen op de specialisten afgewenteld. De keuze van de fondsen viel toen op een abonnementshonorering, een voor hen ook overzichtelijke betalingsvorm. Het in mei 1948 door de LSV ingediende voorstel, dat uitging van een gedeeltelijke verrichtings- en een gedeeltelijke abonnementshonorering, werd dan ook door de fondsen verworpen.

Beide partijen dienden nog diverse voorstellen in, die vervolgens weer werden verworpen. In juli 1949 kon toch een tijdelijke overeenkomst worden gesloten, omdat de fondsen uiteindelijk instemden met een gedeeltelijke verrichtings- en een gedeeltelijke abonnementshonorering. Als compensatie voor deze voor de fondsen niet in te schatten uitga-

venpost werd tevens een degressief tarievenstelsel overeengekomen. Ook na het sluiten van de definitieve overeenkomst in 1952, bleven fondsvertegenwoordigers wijzen op het 'verderfelijke' honoreringssysteem, dat verrijking ten koste van de fondsen mogelijk maakte en tot een 'monsterlijke' produktie kon leiden; tot in de jaren '80 bleven zij de abonnementshonorering aanprijzen.

De aandacht voor de toename in de kosten van de geneesmiddelen en van het aantal verwijzingen naar specialisten, stamt ook uit deze eerste onderhandelingsperiode. Beide verstrekkingen vertoonden volgens de fondsen zo'n schrikbarende toename, dat het maar de vraag was of zij voor fondspatiënten gehandhaafd konden blijven.

De LSV was van oordeel dat voor de verrichtingshonorering moest worden uitgegaan van een per verrichting verantwoord tarief. Eventueel misbruik moest worden tegengegaan met behulp van een deugdelijke controle door de fondsen.

DEGRESSIEF

Toen duidelijk werd dat er ten aanzien van de hoogte van de tarieven concessies aan de fondsen moesten worden gedaan, koos de LSV in 1949 niet voor een algemene tariefsverlaging, maar voor een degressief tarief ten laste van de grotere praktijken. De kleinere praktijken konden naar het oordeel van de LSV geen tariefsverlaging dragen. Bovendien zette de LSV vraagtekens bij de kwaliteitsbeheersing van (zeer) grote praktijken.

De LSV bleek met deze stellingname bereid uit inkomenspolitieke overwegingen, een principe van het vrije beroep op te offeren. Dit beleid werd niet door alle specialisten gesteund. Het ongenoegen erover werd onder een klein aantal specialisten zo groot, dat er in 1953 een scheuring in de LSV optrad. De oprichting van een tweede specialistenvereniging was voor de ziekenfondsen een groter probleem dan voor de LSV, want de fondsen moesten toch tot één en dezelfde honoreringsovereenkomst zien te komen. Enkele ziekenfondsvertegenwoordigers kregen zo vanaf 1953, men kan wel zeggen morele bezwaren tegen een degressief stelsel. De regeling werd daarom in 1954 uit beleidsoverwegingen van de

* Verslagen van de onderhandelingscommissie LSV en ziekenfondsorganisaties, 1947-1987; jaarverslagen Ziekenfondsraad 1949-1986; Tweede Kamerstukken de volksgezondheid betreffende, 1966-1986; correspondentie tussen LSV en VNZ, 1980-1987.

ziekenfondsen afgezwakt en in 1955 afgeschaft. Hiermee verviel tevens de noodzaak voor een tweede specialistenvereniging (opgeheven in 1956).

De bepaling van samenstelling en hoogte van de *praktijkkosten* bracht de partijen al in de jaren '50 diverse malen op de rand van een conflict. In 1954 kon een conflict nog worden voorkomen, omdat zowel de LSV als de ziekenfondsorganisaties tenslotte toch wat toegaven. De fondsen verhoogden hun, niet op economische gegevens gebaseerde bod tot ongeveer een derde van het door de LSV gevraagde bedrag. Er werd overeengekomen een praktijkkostenenquête te houden om het probleem voorgoed uit de wereld te helpen. Vóór in 1959 de uitslag van de enquête bekend werd, zorgden de praktijkkosten nog voor menig kritiek moment in de onderhandelingen tussen specialisten en ziekenfondsen. Steeds gold dan als lichtpuntje, dat als de gegevens van de enquête eenmaal bekend zouden worden, het probleem over de praktijkkosten voorgoed uit de wereld zou zijn geholpen.

Toen die gegevens bekend werden gemaakt, waren de fondsen het met de uitslag niet eens. Dit (toen nog) vrij onvoorzien standpunt van de fondsen leidde rond de jaren '60 niet tot een conflict tussen partijen, wat kan worden toegeschreven aan de vanaf die tijd onder invloed van de landelijk verbeterde economische situatie gemakkelijker verlopen de onderhandelingen tussen specialisten en ziekenfondsen.

Van 1947 tot omstreeks 1957 verliepen de onderhandelingen tussen specialisten en ziekenfondsen dus moeizaam; meermalen dreigden de onderhandelingen vast te lopen. Zowel de LSV als de fondsen constateerden dat de specialisten in een machtspositie verkeerden. De specialisten waren het onderling lang niet altijd met elkaar eens, maar tijdens de onderhandelingen met de ziekenfondsorganisaties namen zij één standpunt in en spraken zij elkaar zelden tegen. De fondsen stonden in de zwakkere positie van vragende partij. Zij verzwakten hun positie bovendien door hun niet eensgezinde houding tijdens de onderhandelingen. Een deel van de ziekenfondsvertegenwoordigers stond zeer wantrouwend tegenover de financiële betrouwbaarheid van specialisten. Dit uitte zich in ontelbare insinuaties ten aanzien van 'de verrichtingen'. De LSV volstond in deze periode met het wijzen op de taak en de controle mogelijkheden van de fondsen, zonder veel pogingen te doen om ten

aanzien van deze problematiek meer duidelijkheid te verkrijgen.

Na 1959 nam het gevaar van een conflict snel af. Er werd vrij vlot overeenstemming bereikt over de tarieven. Beide partijen legden nu grote nadruk op, en stelden prijs op, een goede onderhandelings sfeer. Van beide kanten werden vaak constructieve voorstellen aangedragen om uit een eventuele impasse te geraken. Door de soepeler lopende onderhandelingen kwam ook de machtspositie die de specialisten innamen niet meer zo ter sprake. De opmerkingen van ziekenfondszijde met betrekking tot 'de verrichtingen' verstomden weliswaar niet geheel, maar werden toch in veel mindere mate gelanceerd.

Deze periode van overeenstemming en begrip voor elkaars standpunt bleek echter een korte tussenfase. Het 'begrip' bleek conjunctuurgevoelig. Toen in de jaren '70 een rem op de uitgaven voor de gezondheidszorg werd gezet, bleken de geschilpunten (honoreringwijze, praktijkkosten) nog levensgroot aanwezig.

LSV VRAGENDE PARTIJ

De kostenontwikkeling van de gezondheidszorg werd in de jaren '70 een belangrijk probleem. Van overheidswege werden vanaf 1974 voorbereidingen getroffen om aanbod, vraag en tarieven te reguleren met behulp van een gehele gezondheidszorg omvattende wetgeving. De uitgaven moesten door middel van ombuigingen in de hand worden gehouden. De honoreringsonderhandelingen tussen LSV en ziekenfondsorganisaties stonden vanaf 1972 in het teken van deze matigingen. De LSV toonde in deze periode een zekere bereidheid om mee te werken aan bezuinigingsvoorstellen. Veel tarieven werden kritisch bezien en eventueel aangepast of in het abonnementstarief opgenomen. Deze tariefsaanpassing richtte zich voornamelijk op (te) hoge tarieven. Bij een eventuele herziening van (te) lage tarieven stelde de LSV zich zwak op, waarbij het niet tot een herziening van deze tarieven kwam.

Dit laatste is een tekenend voorbeeld van de rolwisseling in de onderhandelingspositie tussen LSV en ziekenfondsen. De LSV liet zich, onder invloed van interne en externe veranderingen, in de periode van 1972 tot omstreeks 1977 in de rol van de vragende partij manipuleren. Het was nu de LSV die de fondsen om begrip voor de situatie vroeg. De fondsvertegenwoordiging trad, veel meer dan in de

voorgaande jaren, als eenheid op én zij beschikte over een kundig onderhandelaar; zij distantieerde zich van de traditionele rol van de vragende partij, waardoor het bereiken van een overeenstemming met de specialisten een minder overheersende doelstelling werd. Een tanende economie en een steeds kritischer wordende opstelling van onder andere de pers, ten aanzien van de gezondheidszorg in het algemeen en ten aanzien van de specialisten in het bijzonder, waren externe veranderingen die van invloed waren op de onderhandelingshouding van LSV en fondsen.

Beide partijen legden nog steeds grote nadruk op een goede onderhandelings sfeer. Voor een buitenstaander is het echter nogal moeilijk zich in deze 'goede sfeer' in te leven, gezien het vanaf omstreeks 1972 weer toegenomen wantrouwen van de fondsvertegenwoordigers ten opzichte van de specialisten, en vanaf omstreeks 1977 vice versa. De fondsen stelden nu weer te pas en te onpas negatieve aspecten van de verrichtingshonorering aan de orde, de ingestelde controles op misbruik ten spijt. Het gebrek aan vertrouwen maakte dat eigenlijk alles met cijfers moest worden bewezen. Vervolgens werden veelal weer vraagtekens gezet bij het bekend worden van het cijfermateriaal: een tijdrovende onderhandelings tactiek, niet bevorderlijk voor een goede onderhandelings sfeer en het bereiken van overeenstemming

FONDSEN EISENDE PARTIJ

De vraagtekens met betrekking tot de praktijkkosten kwamen vooral na 1977 weer aan de orde, toen een kostenaanpassing voor de eerste keer werd gemitigeerd. Door een door de overheid ingestelde prijzenbeschikking mochten de gestegen kosten niet volledig worden doorberekend. De fondsvertegenwoordigers waren het met de regering eens, omdat volgens hen het kostenpercentage nimmer was aangetoond. Om de discussie zinvol te kunnen voortzetten moest men de beschikking hebben over een 'cijfermatige uitwerking'. LSV en ziekenfondsen werden het in 1977 in zoverre eens, dat beide partijen het instellen van een enquête aanvaardden.

Vanaf die tijd werd het instellen van een enquête voor LSV, ziekenfondsen en overheid, het sleutelwoord voor het oplossen van de honorerings- en praktijkkostenproblemen. De nu volgende stroom van enquêteformulieren moest óf door alle specialisten óf alleen als steek-

proef of per specialisme worden ingevuld. Tot nu toe is echter het probleemoplossend vermogen van deze (dure) enquêtes vrijwel nihil gebleken, omdat de uitkomst ervan steeds verworpen of terzijde gelegd werd, waarna vervolgens (voornamelijk van ziekenfondszijde) de suggestie aan de hand werd gedaan een enquête in te stellen om 'harde gegevens' te verkrijgen. De vaststelling van samenstelling en hoogte van de praktijkkosten bleef zo een slepend en onopgelost probleem.

Hetzelfde geldt voor het allereerste geschilpunt tussen specialisten en ziekenfondsen, de honoreringsstructuur. Hoewel er steeds meer aan de principes van het vrije beroep werd geknaagd – men denke bijvoorbeeld aan de uniforme tarieven, de degressieve tarieven, de monopoliepositie door het werken in ziekenhuizen en maatschappen, de opleidings- en vestigingscriteria – wilde het merendeel van de specialisten én de fondsen niet kiezen voor de consequentie: een loondienstverband voor specialisten. De specialisten wilden de gedeeltelijke betaling per verrichte dienst zoveel mogelijk handhaven en de fondsen wezen steeds op de noodzaak van een abonnementshonorering. De oplossing voor dit probleem leek in 1983 nabij, toen de LSV in haar 'Beleidsplan' een geleidelijke overgang naar een abonnementshonorering voorstelde. De Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) bleek echter inmiddels ook haar ideeën over de honoreringsstructuur te hebben gewijzigd; in háár 'Beleidsplan' (eerste versie in 1981) bleek zij terug te willen keren naar de specialistenpot (budgettering).

Van de wat defensieve houding van de LSV tijdens de onderhandelingen met de ziekenfondsorganisaties is de eerste helft van de jaren '70, was na 1977 geen sprake meer. Het wantrouwen van de LSV ten opzichte van de VNZ nam snel toe, door de volgens de LSV te eenzijdige benadering van de VNZ inzake de honoreringsherzieningen. Bovendien zorgden perspublicaties van de VNZ voor een snel toenemende irritatie bij de LSV, waardoor de bereidheid tot het doen van concessies om tot een overeenkomst te komen snel afnam. Ook in de onderhandelingspositie van de fondsen trad (weer) een verandering op. De toenemende overheidsbemoeienis vanaf de jaren '70 met het prijs- en uitgavenbeleid in de gezondheidszorg versterkte in eerste instantie de onderhandelingspositie van de fondsen. Bij het naderbij komen

van wetgeving als de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) en van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) aan het eind van de jaren '70 bleek echter dat juist hún onderhandelingspositie sterk dreigde te worden aangetast.

De inmiddels tot een overkoepelende organisatie verenigde ziekenfondsen zagen echter ook mogelijkheden voor hun positie in de herstructurering van de gezondheidszorg. De VNZ stelde een 'Beleidsplan Ziekenfondsen '85' op om deze mogelijkheden te verwoorden en daarmee tevens het eigen functioneren veilig te stellen. De ideeën uit dit plan werden onder andere in de zogeheten modelovereenkomst verwerkt. Vanaf de introductie van deze overeenkomst, in 1982, stelden de fondsen zich als eisende partij op en was er eigenlijk geen sprake meer van onderhandelingen tussen de partijen. Tot die tijd verliepen de onderhandelingen tussen LSV en ziekenfondsen ook vaak stroef, maar over het algemeen was er toch sprake geweest van een dialoog tussen de beide partijen. Vanaf omstreeks 1982 verdween de dialoog, werden de onderhandelingen vertraagd, werden beslissingen uitgesteld en werden er nog slechts deelvraagstukken opgelost. (Het weer invoeren van een degressief tarievenstelsel, als oplossing voor een te (?) grote produktie, kwam bijvoorbeeld niet tot stand door overleg tussen LSV en VNZ, maar door afspraken tussen LSV en overheid.)

Gezien de wijze waarop de onderhandelingen tussen LSV en ziekenfondsen werden gevoerd, waarin met name de onderhandelings tactiek van de VNZ-vertegenwoordiging veelal niet meer au sérieux te nemen was, waarbij de machtsstrijd eigenlijk allesoverheersend werd, is het niet verwonderlijk dat men niet tot een overeenstemming kon c.q. wilde komen.

In 1987 brak een openlijk conflict tussen de twee partijen uit. De VNZ legt nu nogal sterk de nadruk op het verschil van mening tussen LSV en VNZ over de hoogte van de praktijkkosten. Er is sinds 1982 een dusdanige sfeer tussen LSV en VNZ ontstaan, dat het in feite onbelangrijk is waarover een conflict bestaat. Wat we weten van de onderhandelingen tussen LSV en VNZ maakt het echter aannemelijker, dat niet zozeer het punt 'praktijkkosten' als wel het 'Beleidsplan' van de VNZ de grondoorzaak van het conflict is, met daaraan voorafgaand de negatieve invloed van de toenemende overheidsbemoeienis op zowel de hou-

ding van LSV als VNZ. De door de overheid noodzakelijk geachte bezuinigingsmaatregelen lijken nadelige effecten op de kwaliteit van de gezondheidszorg te kunnen hebben. In plaats van een gezamenlijk optreden van LSV, VNZ én Nationale Ziekenhuisraad (NZR) tegen deze eventueel nadelige effecten, komen deze overkoepelende organisaties veelal niet veel verder dan elkaar de zwartepiet toe te spelen.

CONCLUSIE

Uit de veertig jaar die de specialisten nu met de ziekenfondsen op landelijk niveau onderhandelen, komt het volgende naar voren:

De onderhandelingen werden tot op heden maar sporadisch vanuit een gelijkwaardige positie gevoerd. Hierdoor kon een sfeer van wantrouwen ontstaan en ontwaarden de onderhandelingen nogal eens in een machtsstrijd, een situatie waarin vrijwel niet te onderhandelen valt.

Ten aanzien van de LSV kan nog het volgende worden opgemerkt: Tot in de jaren '70 hield zij zich niet zo bezig met de (stijging van de) totale kosten van de gezondheidszorg, terwijl de specialist toch kan worden beschouwd als het centrum van waaruit een belangrijk deel van de uitgavenstroom in deze sector op gang wordt gezet. Door de grote politieke aandacht voor deze uitgaven werd de LSV als het ware gedwongen zich hierin minder afstandelijk op te stellen. In 1983, in een tijd dat de kosten van de gezondheidszorg toch al enige jaren ter discussie werden gesteld, kwam de LSV met een beleidsplan. Hierin werd onder andere ingegaan op de kostenstijgingen en werd aangegeven op welke wijze er volgens de specialisten op de kosten kon worden bespaard. Vervolgens kan het de LSV worden aangerekend dat zij toeliet dat 'de verrichtingen' een geheel eigen leven gingen leiden. Tot in de jaren '70 volstond zij in deze met een min of meer negeren van de opmerkingen hierover van ziekenfondszijde. Tenslotte is de LSV er tot op heden niet goed in geslaagd aan derden duidelijk te maken dat haar 'strijd' met de VNZ en overheid in de jaren '80 veel meer dan een geldkwestie is geworden en dat zaken als kwaliteitsbewaking en verantwoordelijkheden daar een minstens zo grote rol in spelen.

De VNZ beklagt zich erover dat velen de ziekenfondsen uitsluitend als een betaalkantoor zien: zij zien voor zichzelf

een veel grotere taak weggelegd. In het 'Beleidsplan Ziekenfondsen '85' zijn de fondsen de kern van waaruit de gezondheidszorgvoorzieningen dienen te worden bepaald en geregeld, overigens zonder bepaalde verantwoordelijkheden die daaruit voortvloeien te aanvaarden: die schuift men naar derden, bijvoorbeeld ziekenhuisdirecties. Het is de vraag of de ziekenfondsen wel tegen deze zichzelf toebedachte taak zullen zijn opgewassen. Ondanks tijd- en geldroerende controlesystemen hebben zij, gezien hun vele verdachtmakingen ten aanzien van 'de verrichtingen', naar eigen zeggen dus, gefaald in hun controlerende taak. Hoe de ziekenfondsen de uit het beleidsplan voortvloeiende taakuitbreiding zonder gigantische kostenstijgingen uit denken te voeren, is ook een reële vraag. Tussen 1978 en 1983, jaren waarin de uitgaven in de gezondheidszorg toch al ter discussie werden gesteld, stegen de kosten van

beleid, administratie en beheer van de ziekenfondsorganisaties met 64%; hun produktiviteit daarentegen, gemeten naar het aantal personeelsleden en verze-kerden, daalde, ondanks een vrijwel geheel doorgevoerde automatisering, tussen 1960 en 1985 tot ongeveer de helft.

Een deel van de ziekenfondsvertegenwoordigers stond vanaf de start van de onderhandelingen met de specialisten zeer wantrouwend tegenover de integriteit van de laatsten. Het is mogelijk dat dit wantrouwen werd gevoed door de stevige positie van de LSV en haar vaak afstandelijke houding tegenover de problematiek van de totale kosten van de gezondheidszorg. Het is overigens nooit bewezen dat een dergelijk wantrouwen gerechtvaardigd was.

Het waren vooral de fondsen die aan het eind van de jaren '70 wezen op de noodzaak de rol van de overheid terug te

dringen. De bezorgdheid over deze toenemende overheidsbemoeienis was meer ingegeven door de angst dat de zojuist verworven machtspositie van de fondsen zou worden ingeperkt dan ter verdediging van het in de loop der jaren bereikte gezondheidszorgniveau.

Om uit de huidige impasse te geraken dienen beide partijen te beseffen en te aanvaarden, dat overeenstemming alleen te bereiken is als er vanuit een *gelijkwaardige positie* wordt onderhandeld: beide nemen zij op het eigen gebied een belangrijke positie in. Door de bezuinigingsmaatregelen is het voor het behoud van de kwaliteit van de gezondheidszorg noodzakelijk geworden dat zowel de LSV als de VNZ beseft dat zij een gezamenlijke verantwoordelijkheid hierin hebben én dat zij deze verantwoordelijkheid gezamenlijk moeten dragen. □

H. Verhoeff, F. H. Lopes da Silva, E. H. Houwink en H. M. van Emden (red.), J. Blom (journalistieke bewerking). *Biologisch onderzoek voor mens en maatschappij*. Biologische Raad Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen, Amsterdam 1987. 213 blz. ISBN 90 6984 001 4. Prijs: f 22,—.

In dit boekje wordt de invloed beschreven van de stormachtige wetenschappelijke ontwikkelingen binnen achttien subdisciplines van de biologie op vier grote maatschappelijke deelgebieden, namelijk de biotechnologie, de geneeskunde, de landbouw en het milieu- en natuurbeheer.

De auteurs zijn in hun opzet geslaagd. Zij hebben zich niet schuldig gemaakt aan overdrijving, speculatie en zelfs fictie die wetenschapsvoorlichting in de media zo vaak ontsieren. Hierdoor is de nadruk in het laatste hoofdstuk wordt gelegd op de noodzaak voor mens en maatschappij van verder fundamenteel onderzoek in het veld van de biologie, geloofwaardig. Ook de claim dat onze welvaart en ons welzijn mede door dit onderzoek in het verleden tot stand zijn gekomen lijkt gerechtvaardigd. In een klein cultuurgebied als het Nederlandse kunnen we ons niet veroorloven kwaliteit en niveau van biologisch onderzoek te laten achteruitgaan. Dit zou op iets langere termijn tot ernstige gevolgen leiden voor onze industrie (biotechnologie), onze gezondheid (geneeskunde), onze landbouw, veeteelt en visserij en tenslotte voor het behoud van ons milieu en onze natuur. In het boekje worden de wisselwerkingen tussen de vorderingen op de vier maatschappelijke gebieden inzichtelijk gemaakt. Een voorbeeld zijn de resultaten met embryo-lavage in de



diergeneeskunde. Men kan na hormonale stimulatie en bevruchting, in een heel vroeg stadium van de dracht met behulp van deze techniek, per koe een aantal embryo's verkrijgen. Deze worden dan bij andere, genetisch minder acceptabele dieren ingeplant. Na enkele maanden wordt het proces herhaald. Men kan zich heel goed voorstellen dat een dergelijke techniek in de toekomst bij de mens wordt toegepast indien het gaat om genetisch zwaar belaste families. Embryo's die het betreffende gen dragen kunnen dan vroegtijdig worden gekloneerd alvorens de zwangerschap met een gezond embryo wordt voortgezet.

Op het gebied van de biotechnologie wordt de samenhang tussen de 'stand van de wetenschap' op verschillende gebieden en de daaraan verbonden toepassingsmogelijkheden helder uiteengezet. Dit geldt in het bijzonder voor de invloed van de moleculaire genetica op de ontwikkeling van de fermentatie, de voedings- en genotmiddelen, de farmaceutische industrie en de milieubiotechnologie.

Over het gebruik van proefdieren maken de auteurs een aantal zinvolle opmerkingen. Het gebruik van proefdieren is in vele gevallen onontbeerlijk en deze toestand zal voortduren. Wel noopt de oefening van het 'biologische handwerk' tot nadenken over de positie van de mens in het biologische systeem. Wat is zijn verantwoordelijkheid en hoe vervult hij zijn rentmeesterschap. Hij is immers al vele duizenden jaren, generatie na generatie bezig zich los te maken van het natuurlijke selec-

tiesysteem. Daarvoor in de plaats stelt hij zijn vermogen iedere generatie opnieuw de totale bestaande kennis en wat zijn generatie daaraan heeft toegevoegd op zinvolle wijze door te geven. Fundamenteel onderzoek speelt bij deze informatiedoorgifte via een vrij uitwisselbaar internationaal literatuur- en informeel uitwisselingssysteem een grote rol. De straf voor onvoldoende steun, of nog erger, hinderen van dit type fundamenteel onderzoek betekent verwijzing naar het tweede plan met alle culturele gevolgen hiervan.

Dit boekje verdient de aandacht van allen die met problemen op het gebied van de biologie bezig zijn. Niet alleen gespecialiseerde onderzoekers die willen blijven beschikken over betrouwbare achtergrondinformatie betreffende subdisciplines die de hunne niet zijn, ook degenen die op het uitvoerende wetenschappelijke vlak verantwoordelijk zijn doen er goed aan het boekje te lezen. Ook voor mensen die via hun maatschappelijke of politieke verantwoordelijkheden met de biologie te maken krijgen is de inhoud erg nuttig. Volksvertegenwoordigers zouden er wijs aan doen een tiental uren aan de inhoud te besteden.

Ondergetekende heeft voor het lezen twintig uur uitgetrokken. Hij heeft daar geen spijt van. Hij herkende veel zaken, die reeds tot zijn kennisareaal behoorden, maar werd tegelijkertijd steeds weer getroffen door oorspronkelijke gedachten, hem onbekend onderzoek en onderzoekverbanden tussen onderzoekgebieden. De stijl is hier en daar wat gedrongen, dit door de vele informatie, die overigens helder en begrijpelijk is voor de ontwikkelde leek. De medewerking van een journalistiek geschoold teamlid zal hieraan niet vreemd zijn.

H. Cohen

Meester Dokter

Een totale inzet

Hij ziet eruit als een gewone Hollandse jongen van twaalf, mijn zoon Rogier. Maar dan richt hij zijn hoofd, zijn ogen verheffen zich, een sierlijke 'port de bras', zijn benen in de vijfde positie, plié, en daar staat hij, zweeft bijna, de danseur, bekoorlijk. Wat is het toch dat iemand in staat is zo met het lichaam een kwaliteit uit te drukken? Non-verbaal, dynamisch, onweerstaanbaar.

Ik ben met dit voorbeeld van een lichamelijke expressie weer teruggekomen op het oude vraagstuk van kunst en kunde, de overgang van de techniek naar de echte bekwaamheid. Ook in de geneeskunst is er die kwaliteit. Denk eens aan de plastische chirurgie. Het gaat natuurlijk om de techniek, maar hoe komt het dat de ene arts – soms zo op het oog – zoveel mooier kan verfraaien dan de ander? Wat is dat eigenlijk, kun je zo'n kwaliteit wel onder woorden brengen, hoe kun je dat leren?

Voor elke arts blijft deze vraag een intrigerende. De meesten onder hen worden immers niet voor niets lid van de Maatschappij Geneeskunst, in plaats van: Maatschappij tot bevordering der Geneeskunde. De professie verwacht met deze naamgeving dan toch meer van haar beroepsbeoefenaren dan alleen de uitoefening van een vak.

Het merkwaardige is alleen, dat er tijdens een opleiding zo weinig aandacht wordt besteed aan de gedachtenvorming over de kunst in de geneeskunde, terwijl toch veel docenten, soms een beetje onder de waterspiegel van hun studenten, ook verwachten dat die stap wordt gemaakt. Verwacht wordt dat de studenten keihard werken: het onvolprezen arbeids-ethos, zij moeten zich zoveel mogelijk identificeren met de goede docent, de begeesterde evocatieve leermeester, maar zij moeten tevens hun eigen persoonlijkheid ontwikkelen en vooral ook zelfstandig kunnen werken. Met enig gevoel voor tragiek zegt men wel dat de opleiding zich te veel richt op de doorsnee-student. Zo kunnen we nog een tijdje doorgaan met subtiele vingerwijzingen in de richting van de weg die moet leiden tot de ware geneeskunstenaar.

Hoe zou het kunnen worden aangepakt in een medische opleiding, als we dergelijke gronden eens serieus zouden nemen? Hoge eisen aan de kwaliteit, een grote betrokkenheid, een spijkerhard beoordelingssysteem, weinig aandacht voor de zwakke broeders en zusters? De lezer oordele zelf als we een parallel trekken met een opleiding tot balletkunstenaar:

Ik toog naar het Koninklijk Conservatorium in Den Haag, waar mijn zoon Rogier wordt gevormd en vroeg aan Marian Sarstädt, directrice van de balletvakafdeling, te vertellen hoe de kunst en de kunde – dat wat leidt tot die kunstzinnige kwaliteit – in haar opleiding vorm krijgen. 'Het is bijna een gevoelskwestie,' zegt Marian Sarstädt. 'Het gaat veel verder dan techniek. Sommige mensen hebben gewoon, wat ik noem, een ster voor ballet. Dat gaat veel verder dan technische vaardigheden of uiterlijke zaken. Ik ken een danseres die heeft 'geen voeten', nauwelijks techniek, maar als ze danst dan is er dat fluidum, die gratie waardoor je zo in vervoering raakt. Je kunt je vreselijk op dansers bekijken door uitsluitend op hun lichaam en hun techniek te letten.

'Het is soms heel moeilijk door ogenschijnlijke afwijkingen of gebreken heen te kijken. Dat is de kunst van de grote pedagoog. Laat ik een voorbeeld geven van iemand die ik een groot leermeester vind. Ben Harkarvy, een Amerikaan, een grote kale man, bijna met het uiterlijk van een antidanser, bezit de uitzonderlijke gave zwakheden op te sporen en adviezen te geven om de artistieke kwaliteit te vergroten. Hij kan op een speciale manier waarnemen. Onvoorstelbaar wat die man kan. Dat is niet iemand die mensen neersabelt als zijn ogen zich vestigen op een onvolkomenheid. Hij schreeuwt nooit, hij kijkt alleen, soms weken aan een stuk en dan . . . 'De heup klopt niet.' Hij voelt dan als het ware van tevoren dat er iets niet in orde is. Hij blijft maar kijken. Het totaalbeeld is ergens verstoord en dan is het er, een Aha-Erlebnis, die flash: 'Het is de heup die het plaatje uit balans brengt'. Die man kan dat, die ziet dat. Hij is een waar kunstenaar, dat hij dergelijke dingen ziet. Deze kunstenaars maken het ballet groot. Na zijn adviezen zie je de danser een grote sprong voorwaarts maken. Dan ontstaat dat artistieke, die uitstraling.'

Marian Sarstädt raakt in vervoering als ze doorvertelt over Ben en zegt wat een gevoel het geeft als ze samen met hem zo'n waarneming, zo'n vibratie kan delen. Met haar armen, die de oefening van een ervaren danseres verraden, tekent zij de balletlijn in de lucht. 'Daar gaat het om,' gaat ze door. 'Je moet met jouw lichaam de lijn maken. Ieder heeft zijn eigen lichaam, maar de lijn moet er zijn. Hoe het lichaam en de lijn moeten vervloeien, daarvoor moet je kijken en nog eens kijken

naar de danser. Het gaat om het vinden van de details, om de trouvaille. Soms is het heel moeilijk over zulke dingen met collega's te praten, laat staan ze op papier te zetten. Met sommige collega's ben je het in enkele minuten eens, met anderen discussieer je uren en blijf je langs elkaar praten. Ik heb het gevoel dat inzicht in deze artistieke kwaliteiten het verschil uitmaakt tussen de grote pedagogen en de instructeurs, ofwel de docenten die zeer goed technisch kunnen trainen. Daarom zeg ik ook: het is vaak een gevoel dat je met sommigen deelt en dat je met anderen niet kunt delen. Nogmaals, dat is zeer moeilijk onder woorden te brengen.'

'Maar alles begint hier op het conservatorium met de techniek. De opleiding in het eerste jaar voor kinderen is vooral bedoeld om de voeten zoveel mogelijk naar buiten te leren neerzetten (eerste tot vijfde positie). Ze moeten leren rechtop staan, de passen te maken en ze moeten leren gebruik te maken van armen en benen. Deze dingen liggen gewoon vast in het ballet, daar valt niet over te discussiëren. Soms willen de leerlingen daar wel eens over redetwisten. Wat is mooi?, is een vraag die ze wel eens roepen. Maar neem nu de stand van de armen (port de bras): die stand is goed of niet goed,' en met haar armen toont ze hoe de gratie van de beweging er simpel is of niet is. 'Dat kost jaren om de armvoering te perfectioneren.' Het is te zien. De armen te hoog: nee, het lijkt of iemand zich gaat overgeven aan de politie. De handen met de vingers gespreid: is er iets aan de hand? 'Nee, zo!' En dan toont Marian dat armen expressief kunnen worden gebruikt, waarbij ze in een vloeiende beweging worden gebracht met het hoofd en waarmee de volledige gratie ontstaat, waarmee de primaballerina ook zo mooi afscheid neemt van haar bewonderaars met een laatste revêrence.

'Eigenlijk zijn alle oefeningen eindeloze herhaling en steeds maar weer opnieuw beginnen. Het is de voorbereiding op het drama. Er moet uiteindelijk theater in de bewegingen komen. Daarin zit de kunst, je lichaam leren kennen als een dramatische sensatie. Dat begint aan de barre (de lange leuning in de spiegelzaal). Daar ga je je niet alleen opwarmen, je gaat aan al je spieren vertellen dat er drama op komst is. Je lichaam is het instrument, het wordt gestemd als een viool.' Haar vervoering over de sensatie van het lichaam gaat ineens met een sauté over in opwindend. 'Daarom wordt ik ook zo kwaad op kinderen

als ze op hun been slaan als het niet lukt. Je slaat toch ook niet op je viool. De stemming van je lichaam is een communicatieproces. Met je gevoel voor drama komt er een dialoog met je spieren en die mag niet worden verstoord met een klap!

'Ballet doen is niet alleen een opleiding, het is een totale instelling, veeleisend, die in alles tot uitdrukking moet worden gebracht. Het vereist een enorme discipline, maar ook een houding voor het vak. Je moet respect ontwikkelen voor het vak, liefde tonen voor het vak en dat moet ook blijken uit de manier hoe je over het vak praat, hoe je ermee bezig bent. Daarom is het ook zo moeilijk. Aan de ene kant is de danser zeer egocentrisch: de hele dag met jezelf bezig zijn, met je lijf werken en nog eens werken. Aan de andere kant moet de danser ook openstaan, altijd openstaan voor anderen, voor kritiek. De danser moet als het ware niet alleen met zijn lichaam, maar ook mentaal een glissade kunnen uitvoeren om van de ene toestand in de andere te kunnen raken, zoals een gesloten bloem de dageraad begroet. De spiegels in de zaal staan er voor je lichaam, ze weerspiegelen je houding, maar de docenten en medeleerlingen zijn ook spiegels, voor je houding als kunstenaar.

'Roeping? Ik zelf had niet zo'n roeping. Voor anderen is dansen misschien een must vanaf het begin. Bij mij liep het allemaal anders. Mijn moeder begeleidde op de piano de balletlessen bij een speeltuinvereniging en ik moest als kind altijd mee. In die periode heb ik geleerd hoe leuk het is als je iets goed beheerst. Ik leerde allerlei pasjes, ik oefende ze eindeloos om allerlei bewegingen vloeiend in elkaar te laten overgaan. Toch wilde ik toneelspeeler worden, dat was voor mij een uitgemaakte zaak. Maar ik was nog te jong; je moest daar in die tijd 18 voor zijn. Toen ik 17 jaar was, ben ik op uitnodiging bij het Scapinoballet gekomen. Dat moest blijkbaar gewoon zo zijn. Toen heb ik geleerd wat het beroep is: werken, werken en nog eens werken. Je moet alles geven en veel opgeven. Soms had ik de weinige vrije dagen nodig om gewoon fysiek bij te komen; dood- en doodmoe was ik dan, als ik soms acht voorstellingen in de week moest dansen. Uiteindelijk ben ik via Frankrijk (Marquis) bij het Nederlands Danstheater gekomen.

'Of intelligentie bij het vak een rol speelt? Er zijn technisch razend moeilijke balletten, bij-

voorbeeld die van George Balanchine, op symfonieën van Strawinsky, Mozart en Bizet. Maar in dansen moet alles harmonisch zijn, in elkaar overgaan, het is een vorm van logica. Het valt mij op dat dansers later vaak goede managers zijn, misschien wel door die logica. Ik heb bovendien de indruk dat HAVO/Athe-neum-leerlingen ook wel wat sneller door de opleiding gaan, maar dat is toch ook weer niet helemaal waar. Wij spreken graag van dansintelligentie: soms lijkt het of bepaalde leerlingen te dom zijn om voor de duvel te dansen, maar als ze gaan dansen, dansen ze de sterren van de hemel. Ik weet niet wat dat is. Die leren dan met gemak in twee dagen een ballet, hoe ingewikkeld ook, sneller dan geen ander. De echte kunstenaar heeft de aanleg, maar daarna komt het pas. De echte kunstenaar vertelt met zijn lichaam een verhaal. Dat is de dansintelligentie. Elk pasje is een gevoel, pure communicatie met de toeschouwer. Iemand kan technisch zeer goed zijn, maar geen verhaal vertellen; dan is er geen drama, geen vervoe-ring, geen echte dans. Soms halen die 'dom-me' leerlingen later gewoon nog een universitaire graad.

'Je kunt in het ballet ook nooit klaar zijn. Er zijn eigenlijk geen vaste werktijden. Het gaat altijd om de motivatie, om de totale inzet. Daarom zijn er altijd fascinerende ontwikkelingen mogelijk in de loopbaan van een danser. Onvoorspelbaar.

'Voor mij zijn in de lessen twee dingen dan ook heel belangrijk. Ik kijk tijdens de oefeningen altijd wat de leerlingen doen als ze niet dansen. Zitten ze er zomaar bij of zijn ze bij de anderen betrokken? Je haalt ze er zo uit: er zijn leerlingen die meedansen als ze niet dansen en er zijn er die stilvallen of geintjes maken. Je kunt gewoon bij wijze van spreken geen appel aan de kant gaan eten, als je zelf niet hoeft te dansen tijdens de repetities van een ballet. Je mag de magie niet verbreken. Dit heeft ook weer te maken met de totale inzet, de totale betrokkenheid bij het beroep. Soms worden leerlingen die dat niet opbrengen gewoon geschorst of weggestuurd als het blijft voortdu-ren. Verder vind ik van het grootste belang dat de docent emotie toont, reageert op de leerlingen, en niet alleen met een aai over de bol als ze het goed doen. Voor een opleiding tot kunstenaar is dat van vitaal belang. Leerlingen die niet reageren op hun omgeving zijn niet geschikt, die moeten weg; die verbreken de magie. Ik ben bezig met een paar meisjes, technisch goed, maar die begrijpen gewoon

niet waar ze mee bezig zijn, waar ik mee bezig ben en waar we met z'n allen mee bezig zijn. Je ziet dan blanco gezichten, geen reacties. Daar kan ik niet tegen. Ik wind me daar enorm over op. Daar ga ik dan naar toe en ik moet dan mijn opwindning tonen. Ik kijk ze aan en vraag, roep, schreeuw wel eens: 'schreeuw je wel eens? Huil je wel eens?', en dan blijft het gewoon grijs. Dat kan gewoon niet. Drama is emoties kunnen tonen. Dat is niet uit te leggen, dat is er of het is er niet. Ik laat emotieloozen vallen als een baksteen, er moet die ontmoeting met de ander zijn. Het dramatische valt niet te loochenen. De overgang van het technische naar de kunst is een emotionele.'

Marian Sarstädt springt op: 'Ik moet lesgeven', en ze snelt naar de klas. Ik ben alleen in haar kamer. Er hangen versleten spitzen als een ruiker aan de wand. Maar het vuur en de gratie zijn voor de leerlingen van het conservatorium behouden. Een totale inzet. Niet alleen als danseres, maar nu ook als docent.

Ik ga terug naar de medische faculteit, op zoek naar andere evocatieve docenten. Het maakt me niet meer uit of het een bioloog, een arts of een psycholoog is. Als hij maar hart voor zijn zaak heeft.

Jaap Gerritsma

Dr. J. G. M. Gerritsma is universitair hoofddocent aan de Rijksuniversiteit Utrecht. Hij coördineert er bij de Faculteit der Geneeskunde de afdeling Onderzoek en Ontwikkeling van het Medisch Onderwijs.

KNMG

Richtlijnen bij adviezen vanuit Domus Medica

Het hoofdbestuur der KNMG heeft in overleg met LAD, LHV, LSV en LVSG richtlijnen geformuleerd, te hanteren bij adviezen die vanuit de Domus worden gegeven. Gebleken is dat zowel door leden als niet-leden in toenemende mate een beroep wordt gedaan op de deskundigheid welke binnen de KNMG aanwezig is op juridisch, medisch, ethisch en financieel gebied. Op zichzelf een verheugende ontwikkeling. Echter, gezien de toenemende werkdruk op het secretariaat is het nodig prioriteiten te stellen. Daarbij is bepalend dat KNMG en maatschappelijke verenigingen volledig uit de contributies van leden worden gefinancierd.

Uitgangspunt is derhalve dat leden van de KNMG/maatschappelijke verenigingen recht hebben en houden op gratis advies conform het pakket dat hun vereniging aanbiedt. Ten aanzien van niet-leden zal de advisering noodgedwongen beperkter van aard moeten zijn. De navolgende richtlijnen worden daarbij gehanteerd.

a. Ten aanzien van artsen met individuele vragen

Artsen/leden van de KNMG/maatschappelijke verenigingen krijgen onbeperkt en gratis advies volgens het pakket dat de vereniging aanbiedt. Artsen/niet (meer)-leden van de KNMG/maatschappelijke verenigingen krijgen *geen* advies, alvorens zij lid zijn geworden. Alsdan hebben zij recht op het gehele pakket. Ditzelfde geldt voor de advocaat of gemachtigde van de arts.

b. Ten aanzien van artsen met een groepsbelang

Indien een arts/lid van de KNMG/maatschappelijke verenigingen advies vraagt bijvoorbeeld ten behoeve van de medische staf, ten behoeve van 'de' cb-artsen of ten behoeve van 'de' huisartsen in het gezondheidscentrum wordt in beginsel onbeperkt en gratis advies gegeven. Voor artsen/niet-leden zie de stelling onder a. Dit systeem heeft twee nadelen. In de eerste plaats biedt het ruime mogelijkheden voor uitwijkmanoeuvres zoals genoemd onder a. In de tweede plaats is het mogelijk dat zo één lid voor zeer vele niet-leden advies vraagt. Om dit enigszins in de hand te

houden kan de volgende vuistregel gehanteerd worden. Is het aantal niet-leden in de meerderheid dan verdient het aanbeveling advisering van het groepsbelang te stoppen en slechts te adviseren over het individuele belang van het lid.

c. Ten aanzien van niet-artsen

Uitgangspunt is dat bijvoorbeeld patiënten zich altijd voor informatie en advies tot de KNMG en haar maatschappelijke verenigingen moeten kunnen wenden. Als het gaat om een specifiek KNMG/maatschappelijke verenigingenbelang en/of om specifieke KNMG/maatschappelijke verenigingen-deskundigheid zelfs onbeperkt. Indien het meer algemene gezondheidszorg zaken betreft kunnen de KNMG/maatschappelijke verenigingen niet onbeperkt helpen of zal een uurtarief, vergelijkbaar met dat van de Orde van Advocaten, in rekening worden gebracht.

d. Ten aanzien van instellingen/organisaties

Bij instellingen/organisaties dient een onderscheid te worden gemaakt tussen instellingen/organisaties waar de KNMG/maatschappelijke verenigingen in participeren dan wel een ander direct algemeen KNMG/maatschappelijke verenigingenbelang (of het belang van een individueel lid) aan de orde is, dan wel waar namens een groep KNMG/maatschappelijke verenigingen-leden (zie b.) een advies wordt gevraagd enerzijds en instellingen/organisaties welke ten behoeve van hun organisatie een advies vragen anderzijds. De eerste categorie, waaronder VOH's, ziekenhuizen en dergelijke kunnen vallen, kan richtlijn a. of b. betreffen. De tweede categorie kan een eerste kort en gratis advies vragen en krijgen. Bij een langer tijdsbeslag kunnen de KNMG/maatschappelijke verenigingen niet onbeperkt helpen of zal een uurtarief, vergelijkbaar met dat van de Orde van Advocaten, in rekening moeten worden gebracht.

mei 1988

Namens het hoofdbestuur,
Mw. Mr. W. R. Kastelein

NIET ROKEN

Onderzoek heeft aangetoond dat passief roken schadelijk is voor de gezondheid, alsmede dat de voorbeeldfunctie van de arts in verband met niet roken grote invloed heeft op het (niet)-rookgedrag van patiënten. Derhalve is het roken door artsen en door onder hun verantwoordelijkheid werkend personeel in het bijzijn van patiënten geen gezondheidsbevorderend gedrag. De Algemene Vergadering van de KNMG heeft dan ook besloten de volgende gedragsregel in de 'Gedragsregels voor art-

sen' op te nemen onder het hoofd 'Gedragsregels in relatie tot patiënten', punt 41A:

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

LAD

Het jubileumcongres

Congresdag jubilerende LAD geeft veel satisfactie

Zo arbeid al adelt, een meerstemmig bezongen thema op het jubileumcongres van de LAD, een dag ongedwongen doorbrengen in de schitterende omgeving van het Singercomplex in Laren op ongeveer de eerste lentedag van het jaar, doet de ziel en het hart nog wel meer deugd. Zeker als het een programma betreft dat de ernst, het thema 'Arts en arbeidssatisfactie', verbond met Fons Jansen, receptie, muziek. Over de satisfactie van deze op vrijdag 6 mei jl. gehouden dag zal dan ook zeker niemand van de aanwezigen te klagen hebben gehad.

Tevreden patiënt

Het congresonderwerp kwam meteen al bij de opening door de heer J. P. M. Hendriks, voorzitter van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid ter sprake. Hij had zijn toespraak – kenmerkend voor deze oud-staatssecretaris van Volksgezondheid – de titel 'Arbeidssatisfactie' meegegeven. De arts die aan redelijke verlangens van de patiënt voldoet, draagt immers bij aan diens tevredenheid en dat moet de behandelaar voldoening geven, aldus de heer Hendriks.



... J. P. M. Hendriks: actiever inspelen op nieuwe ontwikkelingen ...

Rechten en verlangens van patiënten behoeven naar zijn mening niet tegengesteld te zijn aan de belangen en de verantwoordelijkheid van de arts. Want een patiënt zal het zeker waarderen als hij door de arts als een volwaardig gesprekspartner wordt beschouwd en zich tegenover iemand weet die zich duidelijk van zijn verantwoordelijkheid bewust is, terwijl de arts het als prettig zal ervaren te weten dat hij het vertrouwen van zijn patiënt geniet. Dit zal hem mede stimuleren een zo goed mogelijke begeleiding te geven.

De heer Hendriks was zijn toespraak begonnen met de opmerking dat het rapport van de commissie-Dekker een doorbraak heeft geforceerd in het starre systeem van de gezondheidszorg. Dit moet volgens hem voor degenen die in de gezondheidszorg werken aanleiding zijn niet passief af te wachten welke maatregelen regering en parlement straks wensen te nemen, maar zelf in actie te komen met initiatieven die richting geven aan noodzakelijk geachte veranderingen. Daarvoor is, wat de artsen betreft, niet alleen creativiteit nodig ten aanzien van het geneeskundig handelen, maar ook het ter hand nemen van bestuurlijke kwesties en bijvoorbeeld de verantwoordelijkheid voor de inhoud van de opleidingen. Het werkzaam deelnemen van de LAD in dit komende verandingsproces ten bate van de vereniging maar ook ten bate van de op medische zorg aangewezen burger, zal de ware satisfactie geven, zo besloot de heer Hendriks.

Onmogelijke ongelukken

Ingeleid door congresvoorzitter/presentator Koos Postema, betrad gedurende de rest van de dag een groot aantal sprekers een voor



... voor het eerst: de eigen LAD-vlag ...

een het spreekgestoelte. Hun toespraken zijn in Medisch Contact nr. 18 van 6 mei 1988 samengevat, met uitzondering van de voordracht van Prof. Dr. W. A. Wagenaar, hoogleraar in de psychologische functieleer aan de Rijksuniversiteit Leiden, die sprak over 'De oorzaak van onmogelijke ongelukken'. Samengevat kwam zijn betoog erop neer dat in een technisch geavanceerde omgeving als een ziekenhuis het door de jaren heen mogelijk is gebleken ongelukken die we kennen en gemakkelijk op kunnen sporen, praktisch uit te sluiten. Er blijft dan een restcategorie over van *onmogelijke* ongelukken, waarvan iedereen zegt: dat doet niemand, zo gek is niemand, het is niet mogelijk dat dit gebeurt. Om die categorie ongelukken te voorkomen moet men zoeken naar de 'ziektekiemen', die misschien al jaren in de instelling aanwezig waren. Heeft men de kiemen gevonden, dan is er iets aan te doen.

Relativerend lachen

De aanwezigen hadden toen al een zeer gevarieerd programma achter de rug, waarvan niet in de laatste plaats het optreden van excabaretier Fons Jansen moet worden genoemd. Hij liet zich aankondigen als 'inleider' over gewichtige zaken die de student medicijnen, de co-assistent, de arts en de maatschappij betreffen en zowel gram als lachlust kunnen opwekken. Dat laatste was het geval met inbegrip van de grafschriften – toch wat minder gebruikelijk bij de viering van een jubileum van een springlevende veertiger – waarmee Fons Jansen eindigde.

Kennelijk is zo'n congresdag zeer geschikt om te relateren. Maar ook de middagpauze onder het zonovergoten groen waarmee de omgeving van het Singercomplex zo rijk is gezegend, zal van invloed zijn geweest.

Forumuitspraken

Tekenend voor de sfeer was dat de zaal bij de hervatting nog vrijwel even vol was als voor de pauze. Daaruit mag worden geconcludeerd dat ook het middagprogramma interessant genoeg werd bevonden. Dat bestond onder anderen uit een forumdiscussie met de inleiders. Deze discussie leverde een aantal verrassende uitspraken op, onder meer dat het gehoorzamen aan de 120 km-limiet op de autowegen volgens Prof. Wagenaar niet langer dan ongeveer een maand zal duren. Van de vooraf schriftelijk ingediende vragen waren er vooral veel bestemd voor Prof. Sander over diens inleiding 'Mens en machine, mens als machine', met name over zijn opmerking dat een mens niet zoals een antieke auto altijd maar weer kan worden 'gerepareerd'. Gegeven de beperkte middelen en gegeven de wens van een arts, alles te doen voor zijn patiënten wat in zijn vermogen ligt en wat technisch haalbaar is, zullen anderen wellicht de keus moeten maken wie wel wordt geholpen, zoals in de



... grote belangstelling voor jubileumcongres ...



... lunchen in de tuin ...

Verenigde Staten nu al gebeurt. Nee, zei een ander forumlid, die keuze wordt in de preventie al gemaakt. Niet-medisch geschoolden en financieel belanghebbenden moeten zich daar vooral niet mee bemoeien. De 'onmogelijke ongelukken' van Prof. Wagenaar waren aanleiding tot de volgende vraag: Kunnen fouten worden vermeden door bijvoorbeeld de bedienaars van ingewikkelde apparatuur en betere professionele training te geven? Het antwoord: nauwelijks. Fouten die daarbij worden gemaakt worden vooral veroorzaakt doordat mensen met apparatuur moeten omgaan waarvoor ze niet zijn opgeleid, en daarnaast door aangeleerd gedrag dat niet of moeilijk is. Een normaal geïnstrueerde autobestuurder leren om in een auto naar rechts te sturen als hij linksaf moet, zal wellicht na lang oefenen wel lukken, maar op het moment suprême, bijvoorbeeld in een schrikreactie, zal hij bijna altijd de oorspronkelijk aangeleerde handeling verrichten en dan

een ongeluk veroorzaken. Verbeteren of vereenvoudigen van apparatuur verdient dan ook de voorkeur.

Vanzelfsprekend kwamen ook de verschillende facetten van arbeidssatisfactie, zoals inkomen, voldoening over bereikte resultaten en waardering aan de orde. Dit zo veelomvattende onderwerp werd aan het einde van de forumdiscussie nog eens kernachtig samengevat in de volgende zin: Het gevoel hebben iets goeds te hebben gedaan en de waardering die anderen daarover laten blijken.

Vermelding verdient nog het uitreiken van de LAD-clubdas aan de forumleden. Waarom zo'n das, alleen omdat het mode is? Welnee, de LAD is een vakvereniging, of – wie dat liever wil horen – een vakbond, maar dan wél een met een stropdas.

En toen was het tijd voor de receptie, alweer in het struweel en bij een zonnetje dat de LAD de gehele dag terwille was.

LAD Professioneel statuut

LAD-voorzitter Aghina pleit voor snelle invoering professioneel statuut

'Kwaliteit van de geneeskunst staat hoog in ons vaandel. Daarbij behoort een onbelemmerd professioneel handelen. En met name daarover maak ik mij ernstig zorgen,' aldus LAD-voorzitter J. C. F. M. Aghina in zijn toespraak ter gelegenheid van het veertigjarig bestaan van de LAD dat 6 mei jl. in de Singerconcertzaal te Laren werd gevierd.

Aghina vreesde dat de plannen tot herstructurering van de gezondheidszorg, alsmede de roep om een meer gecommmercialiseerde gezondheidszorg gecombineerd met de van overheidswege opgelegde bezuinigingen, zouden leiden tot een toenemende invloed van allerlei belanghebbenden, niet-medische instanties, op het medisch handelen. 'Dat is niet in het belang van de arts en dat is niet in het belang van de patiënt,' aldus Aghina. Hij verwees naar een recent advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid waarin werd gesteld: 'Professionele onafhankelijkheid en zelfstandigheid zijn niet bedoeld om hulpverleners 'ongrijpbaar' te maken voor het management of de overheid, maar zijn in de eerste plaats waarborgen voor de patiënt dat de aard van de verstrekte zorg niet – mede wordt bepaald door personen of organen die zijn ziekte niet kunnen beoordelen. Zo beschouwd zou de professionele autonomie zelfs als onderdeel van de rechten van de patiënt kunnen worden gezien'. 'Duidelijk wordt hieruit dat het naar mijn mening de

hoogste tijd wordt dat de rechten en plichten van de arts en van de instelling worden neergelegd in een professioneel statuut', aldus Aghina.

Lering trekken uit het verleden

Aghina begon zijn toespraak met een zeer korte bespiegeling van de afgelopen veertig jaar. Hij vond dat er veel te weinig lering uit het verleden is getrokken. 'Beslissingen in het huidige tijdsgewricht worden sneller genomen dan ze zijn bedacht en, nog belangrijker, zijn dóórdacht. Oude zakken worden weggegooid voordat de nieuwe zijn gekocht, om van de wijn die erin zat maar niet te spreken. Als ik zeg 'de toekomst is gisteren al begonnen', wil daar ook mee gezegd zijn dat het verleden de kiemen van de toekomst in zich draagt. Het hangt ervan af hoelang de incubatietijd is alvorens die toekomst zich openbaart. Het is volstrekt noodzakelijk dat proces tijdig in kaart te brengen, te kanaliseren en vervolgens te beheersen. Waarom wordt er desondanks dan zo weinig met historische gegevens gedaan?' vroeg de LAD-voorzitter zich af. Hij verwees daarbij naar een tweetal zaken waar de LAD i.o. in 1948 reeds mee bezig was, zaken die op dit moment nog steeds actueel zijn. Het betreft de salarissen van artsen in overheidsdienst die dienen te worden vastgesteld op basis van functiewaardering en de keuze van de aansluiting bij de juiste vakcentrale, waarbij 'juist'



... voorzitter Aghina: professioneel statuut hard nodig ...

staat voor het functionieniveau van de achterban in relatie tot de kosten van het lidmaatschap.

Aghina wees in dit verband ook op het huidige werkgelegenheidsprobleem onder artsen. Hij was van mening dat toen duidelijk werd (halverwege de zeventiger jaren) dat bij een gelijkblijvende instroom bij de medicijnenstudie in de jaren tachtig een werkgelegenheidsprobleem zou ontstaan, vanuit de artsengroeperingen veel harder aan de bel had moeten worden getrokken. 'Er is wel gewaarschuwd, maar het duurde tot 1985 voordat daadwerkelijk wat aan de instroom werd gedaan. Veel te laat, zodat we thans 2.000 werkzoekende collegae hebben, een aantal dat in de toekomst nog wel kan stijgen'.

Het grootste deel van zijn toespraak was overigens gewijd aan de toekomst van de gezondheidszorg en de taak van de LAD daarin.

De LAD-voorzitter zag drie belangrijke taakgebieden voor de LAD: ten eerste de pure belangenbehartiging op het gebied van de arbeidsvoorwaarden, ten tweede de zorg voor de werkgelegenheid en ten derde de zorg voor de arbeidssatisfactie van alle LAD-leden. Aghina vond, zeker met het oog op de belangrijke veranderingen die hoe dan ook in de gezondheidszorg staan te gebeuren, dat er een beter overleg met de overheid zou moeten komen. 'Wat dat betreft moet mij van het hart dat het tijd wordt om te trachten op een normalere wijze overleg met de overheid te voeren. Constructief overleg is mijns inziens verre te prefereren boven het communiceren via korte gedingen en rechtbankpresidenten, zoals dat steeds meer de gebruikelijke weg lijkt te worden. Over arbeidssatisfactie gesproken: hoewel het geneeskundig werk vaak een enorm stuk bevrediging geeft, bevorderen al deze ontwikkelingen de algemene arbeidsvreugde van de medicus vanzelfsprekend bepaald niet.'

Met betrekking tot de werkgelegenheid zei de LAD-voorzitter: 'Extra beddenreductie en functiereductie hebben tot gevolg dat zeker 500 specialistenplaatsen extra gaan verdwijnen. Dat kost werkgelegenheid, terwijl er eigenlijk werkgelegenheid zou moeten worden gewonnen. Plannen voor arbeidsduurnormalisering, verkorting van de werktijden voor assistenten in academische ziekenhuizen, invoering van de arbeidswet, voorlopig kunnen ze allemaal in de ijskast. Het normale uurloon aan overwerkvergoeding is tenslotte altijd veel goedkoper dan een extra kracht voor 100% salaris. Verlaging van het norminkomen daar bovenop zal tariefverlaging met zich brengen, waardoor het voor de zelfdeclarerende ziekenhuizen nog moeilijker wordt in het kader van de budgettering het hoofd boven water te houden. Dat geeft in de toekomst wellicht problemen bij de salarisbetaling van artsen, laat staan dat er nog extra-instroom uit kan worden gefinancierd. Alle overheidsmaatregelen maken de kans dat de op dit moment 2.000 werkzoekende artsen in Nederland een baan zullen vinden steeds kleiner. Ook daar verzet de LAD zich tegen.'

Tenslotte belichtte de LAD-voorzitter het thema van de dag: 'Arts en Arbeidssatisfactie.' Aghina: 'Dan kom ik aan mijn laatste punt, de arbeidssatisfactie. Wij hebben het er hier vandaag uitgebreid over gehad. Je kunt je natuurlijk afvragen of arbeidssatisfactie niet in de behartiging van de belangen op het gebied van arbeidsvoorwaarden etc. ligt opgesloten. Ik geloof het niet. Niet alleen inkomen en aantrekkelijke secundaire arbeidsvoorwaarden bepalen voor een arts in hoofdzaak zijn of haar arbeidsvreugde. Daarbij spelen veeleer zaken als beroepseer, roeping wellicht en het gevoel van voldoening als opnieuw een stukje kwaliteit is geleverd, een rol. Fouten bij het geneeskundig handelen halen regelmatig de media, maar het feit dat per dag in Nederland gemiddeld zo'n 10.000 verrichtingen worden gedaan die zonder uitzondering geslaagd kunnen worden genoemd, verdient naar mijn mening minstens evenveel aandacht.

Dames en heren, ondanks alles is de gezondheidszorg een boeiend terrein, waarop velen een geweldig stuk arbeidssatisfactie beleven. Moge de LAD in die gezondheidszorg nog lang mede een toonaangevende rol blijven vervullen.'

Rechtsbijstand LAD-bureau

De juristen van het LAD-bureau verschaffen aan LAD-leden kosteloze bijstand inzake dienstverband-kwesties, zoals:

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

- advies aan ondernemingsraadsleden en leden van andere medezeggenschapsorganen
- gezondheidsrecht
- pensioenkwesties

De juristen van het bureau zijn dagelijks telefonisch bereikbaar van 10.00 uur tot 12.30 uur.

Telefoon: 030-823911.

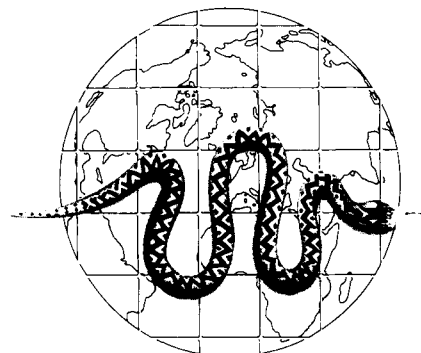
Het 40ste KNMG-Ledencongres – 6, 7 en 8 oktober 1988 te Haarlem

Programma

donderdag 6 oktober

Tijd

- 13.00 Inschrijving.
- 13.45 Opening door de voorzitter van de Congrescommissie
M. D. van Dam, radioloog, Haarlem.
- 13.55 Rede Voorzitter KNMG-afdeling Haarlem.
- 14.00 Congresrede KNMG-voorzitter W. H. Cense.
- 14.40 Spreker namens de overheid.
- 15.15 Thee
- 15.45 *Preventie van hart- en vaatziekten.*
voorzitter: Prof. Dr. A. C. Arntzenius, cardioloog.
Dr. W. P. Castelli, directeur van het Framingham-project
Cholesterol Contra-Coronary Crusade in the USA.
- 16.30 Prof. Dr. D. W. Erkelens, internist, Utrecht:
Cholesterol; Strategie voor enkelen, velen of allen?
- 16.50 Discussie



- 17.30 Orgelconcert in de Grote Kerk
- 18.00 Receptie in het Stadhuis
- 20.00 Feestavond in het Frans Halsmuseum

vrijdag 7 oktober 1988

(voor de middag)

Tijd Duur in
mi-
nuten

Duur in
mi-
nuten

- | | | |
|-------|--|---|
| 09.30 | I <i>Huisartspraktijk en preventie: eerste resultaten van landelijk eerstelijns onderzoek.</i>
Voorzitter: Prof. Dr. C. van Weel, huisarts, Nijmegen. | II <i>Preventie van iatrogene aandoeningen, intra- en extramuraal.</i>
Voorzitter: Prof. Dr. A. J. Dunning, cardioloog, Amsterdam. |
| 20 | Drs. J. van der Velden, arts-epidemioloog, NIVEL, Utrecht:
Randvoorwaarden voor een preventiemodel in de jaren 90. | 20 Prof. Dr. A. Th. Schweizer, directeur Patiëntenzorg, Leiden:
Meldings(FONA)-commissies als preventief instrument. |
| 20 | F. G. Schellevis, huisarts Utrecht:
Oplettendheid van de huisarts en preventie. | 20 Prof. Dr. A. F. Casparie, internist, Rotterdam;
Preventie van te veel onderzoek. |
| 20 | Dr. J. van der Zee, socioloog, NIVEL, Utrecht: Wat doet de huisarts aan preventie en wat wilde hij eigenlijk? Welk voorbeeld geeft hij? | 20 Prof. Dr. F. J. A. Huygen, Lent:
Preventie van iatrogene schade, extramuraal. |
| 30 | Discussie | 30 Discussie |
| 11.00 | Koffie | |
| 11.30 | III <i>Neuropeptiden en het ouder worden.</i>
Voorzitter: Prof. Dr. F. G. I. Jennekens, neuroloog, Utrecht. | IV <i>Preventie in arbeid-georiënteerde gezondheidszorg.</i>
Voorzitter: T. Lunshof, directeur Bedrijfsgezondheidsdienst Haarlem. |
| 40 | Prof. Dr. D. de Wied, arts-farmacoloog, Utrecht:
Neuropeptiden en hun rol bij het handhaven van de optimale cerebrale functie. | 20 F. H. Moria, Bedrijfsgezondheidsdienst, Haarlem:
Preventie in de bedrijfsgezondheidszorg. |
| 20 | Discussie | 20 Mw. I. M. J. L. Speller, verzekeringsgeneeskundige GAK,
Haarlem: Bedrijfsgericht werken: preventie ziekteverzuim. |
| 12.30 | Middagmaaltijd | |

Vervolg programma 40ste KNMG-ledencongres-Haarlem 6, 7 en 8 oktober 1988

vrijdagmiddag 7 oktober 1988

<i>Tijd</i>	<i>Duur in mi- nuten</i>		<i>Duur in mi- nuten</i>	
14.00		V Arts en milieu. Voorzitter: Dr.Ir. J. L. A. Jansen, VROM, Velp.		VI Preventie van ontsparing in het gezin. Voorzitter: Mw. Drs. F. L. Fischer, sociologe, Rotterdam.
	20	Mw. I. A. Kreis, arts, RIV, Utrecht: Niemand ziek en toch saneren.	20	J. P. M. van der Voort, andragoloog, directeur NHG, Am- sterdam: Conflictpreventie in het (artsen-)gezin.
	20	M. Vos, arts, directeur GG&GD, Utrecht: Gedagsverandering en milieu.	10	Discussie
	20	Prof.Dr. L. Reynders, Stichting Natuur en Milieu, Utrecht: Wat verwacht de burger van zijn arts in milieuzaken?	30	Mw. Mary E. Marlowe, USA: Transforming relationships, of: Coping with stress.
	20	Discussie	20	Discussie
15.20		Thee		
15.45		VII Haalt voorlichting wat uit? Voorzitter: E. J. Boer, redacteur Wetenschap NRC/Han- delsblad, Rotterdam.		VIII Voeding en preventie Voorzitter: Mw. N. A. L. Biervliet-Dahlberg, kinderarts, IJ- muiden.
	20	Drs. J. S. Dubbelboer, Nationaal Ziekenhuis Instituut, Utrecht: Voorlichting in de spreekkamer.	20	Drs. W. P. Herengreen, andragoloog, NIPG, Leiden: Voeding van schoolkinderen
			5	Discussie
	20	Dr. R. Jonkers, GVO, Utrecht: Effectiviteit van voorlichting.	20	Mw. Wina Born, journaliste, Amsterdam. Lekker – en toch gezond.
	15	Discussie	10	Discussie
16.40		Sluiting		

vrijdagavond 7 oktober 1988

19.00 Feestavond in het Concertgebouw

zaterdag 8 oktober 1988

<i>Tijd</i>	<i>Duur in mi- nuten</i>		<i>Duur in mi- nuten</i>	
10.00		IX Alternatieven in de preventie. Voorzitter: Dr. H. S. Verbrugh, arts, Rotterdam.		X Preventie bij kinderen en adolescenten. Voorzitter: Dr. L. J. Krol, kinderarts, hfd. afd. Medische Psychologie, Amsterdam.
	20	B. C. Witsenburg, huisarts, Haarlem: Kinderziekten als preventie voor ziekten in de oude dag.	20	Prof.Dr. M. F. Niermeyer, Rotterdam: Genetic counseling.
	20	R. Linschoten, arts, Utrecht: De waarde van voeding voor het gezond blijven	20	H. B. H. Rensen, jeugdarts, Bunnik: Suïcidaal gedrag bij jeugdigen.
	20	Mw. E. S. M. de Lange-de Klerk, arts, Amstelveen: Homeopathische geneesmiddelen ter preventie van boven- ste luchtweginfecties?	20	F. Wafelbakker, jeugdarts, Den Haag: Peilstations jeugdgezondheidszorg.
	15	Discussie	15	Discussie
11.15		Koffie		
11.45		Presentatie KNMG-congres 1989		
12.00		Sluiting		



Toelichting inschrijfformulier

Lees deze toelichting eerst geheel door alvorens het formulier in te vullen. Het duplicaat (z.o.z.) kunt u behouden voor eigen administratie.

Stuur het formulier toe aan:

Bureau Inschrijving KNMG-Congres Haarlem
Mevrouw C. de Ronde-Zwaard, Postbus 272 – 2000 AG Haarlem
Bankrekening 47.02.90.854 t.n.v. KNMG-afdeling Haarlem
Telefonische inlichtingen vanaf 1 september 1988: 023-32.52.70

Inschrijfgeld

Zowel deelnemers als partners betalen het inschrijfgeld van f 25,— en ontvangen hiervoor bij aanmelding aan de inschrijfbalie een congresmap met o.a. programmaboekje, bewijs van toegang voor het openingsprogramma op donderdag 6 oktober (tot 19 uur) en toegangskaarten voor de overige evenementen waarvoor is ingeschreven.

Wetenschappelijk programma op vrijdag 7 oktober, inclusief lunch: per persoon f 55,—.

Voorkeur parallelsessie voor deelnemer en partner s.v.p. apart aangeven.

Wetenschappelijk programma zaterdagochtend 8 oktober: gratis.
Voorkeur parallelsessie voor deelnemer en partner s.v.p. apart aangeven.

Culturele avond Frans Halsmuseum op donderdag 6 oktober.

Prijs per persoon f 42,50 – inclusief lopend buffet.

De toegang is beperkt tot de eerste 300 personen die zich aanmelden. Haast U!

Feestavond Concertgebouw Haarlem op vrijdag 7 oktober.

Prijs per persoon f 62,50 – inclusief uitgebreid buffet.

Partnerprogramma's op vrijdag 7 oktober: U kunt inschrijven op één van de drie programma's voor f 35,— per persoon inclusief lunch. Geef uw voorkeur duidelijk aan. Inschrijving geeft tevens recht op bijwonen van het laatste gedeelte van het wetenschappelijk programma vanaf 15.00 uur. Bij strandwandeling aangepast schoeisel meebrengen.

Kinderprogramma op zaterdagochtend 8 oktober: gratis.

Sportschoenen meenemen!

Logeergelegenheid bij collega: s.v.p. het betreffende hokje aankruisen – u ontvangt dan tijdig nader bericht.

Hotelaccommodatie wordt niet verzorgd door het bureau inschrijving. U kunt zelf telefonisch reserveren bij het betreffende hotel.

De inschrijving is pas geldig na ontvangst van het totaal verschuldigde bedrag. Bij betaling vóór 20 september 1988 ontvangt u een schriftelijke bevestiging met plattegrond van Haarlem en parkeerfaciliteiten.

Bij latere betaling wordt f 25,— extra administratiekosten in rekening gebracht en dient aan de balie een betalingsbewijs te worden getoond of contant te worden betaald.

Annulering is slechts schriftelijk mogelijk tot 20 september (datum poststempel). Reeds overgemaakte bedragen zullen dan, met uitzondering van het inschrijfgeld, worden gerestitueerd.

Inschrijfformulier

40ste KNMG-Ledencongres Haarlem – 6, 7 en 8 oktober 1988

Lees eerst de toelichting!

Deelnemer lid KNMV ja/nee afdeling

naam man/vrouw

adres

postcode/woonplaats

telefoon

Partner

naam man/vrouw

adres

postcode/woonplaats

telefoon

Algemeen inschrijfgeld (f 25 per persoon)

☐ deelnemer ☐ partner f

Wetenschappelijk programma vrijdag 7 oktober

(f 55 per persoon) ☐ deelnemer ☐ partner f

Wetenschappelijk programma zaterdag 8 oktober

(gratis) ☐ deelnemer ☐ partner

Voorkeur parallelsessie wetenschappelijk programma

deelnemer vr A/B za A/B

partner vr A/B za A/B

Culturele avond Frans Hals Museum donderdag

6 oktober (f 42,50 per persoon)

☐ deelnemer ☐ partner f

Feestavond Concertgebouw vrijdag 7 oktober

(f 62,50 per persoon)

☐ deelnemer ☐ partner f

Partner(excursie)programma vrijdag 7 oktober

(f 35,— per persoon)

Voorkeur (volgorde omcirkelen s.v.p.)

1 2 3 Schiphol

1 2 3 Hofjestocht + Frans Hals Museum

1 2 3 Teyler's Museum + Hofjestocht

☐ deelnemer ☐ partner f

Totaal bedrag

f

Kinderprogramma zaterdagochtend

ja/nee aantal kinderen leeftijden:

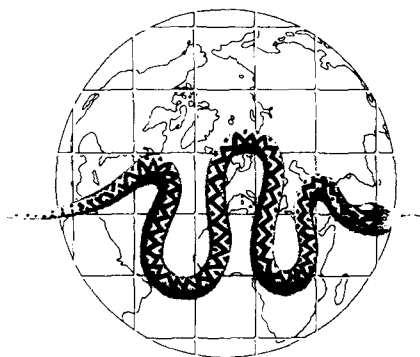
Logeergelegenheid bij collega gewenst ja/nee

do/vr vr/za ☐ deelnemer ☐ partner

Ondergetekende verklaart op de hoogte te zijn van de reserveringsvoorwaarden als vermeld in het begeleidende programma met toelichting. Tevens verklaart ondergetekende het verschuldigde bedrag ad f te hebben overgemaakt op bankrekening 47.02.90.854 t.n.v. KNMG-afdeling Haarlem.

Plaats: datum:

handtekening:

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

Dit formulier inzenden aan
Bureau Inschrijving KNMG-Congres Haarlem

Mevrouw C. de Ronde-Zwaard,
Postbus 272 – 2000 AG Haarlem

**Inschrijfformulier (voor eigen administratie)**

40ste KNMG-Ledencongres Haarlem – 6, 7 en 8 oktober 1988

Lees eerst de toelichting!

Deelnemer lid KNMV ja/nee afdeling

naam man/vrouw

adres

postcode/woonplaats

telefoon

Partner

naam man/vrouw

adres

postcode/woonplaats

telefoon

Algemeen inschrijfgeld (f 25 per persoon)☐ deelnemer ☐ partner f*Wetenschappelijk programma vrijdag 7 oktober*(f 55 per persoon) ☐ deelnemer ☐ partner f*Wetenschappelijk programma zaterdag 8 oktober*(gratis) ☐ deelnemer ☐ partner*Voorkeur parallelsessie wetenschappelijk programma*

deelnemer vr A/B za A/B

partner vr A/B za A/B

Culturele avond Frans Hals Museum donderdag

6 oktober (f 42,50 per persoon)

☐ deelnemer ☐ partner f*Feestavond Concertgebouw vrijdag 7 oktober*

(f 62,50 per persoon)

☐ deelnemer ☐ partner f*Partner(excursie)programma vrijdag 7 oktober*

(f 35,— per persoon)

Voorkeur (volgorde omcirkelen s.v.p.)

1 2 3 Schiphol

1 2 3 Hofjesticht + Frans Hals Museum

1 2 3 Teyler's Museum + Hofjesticht

☐ deelnemer ☐ partner f

Totaal bedrag f

Kinderprogramma zaterdagochtend

ja/nee aantal kinderen leeftijden:

*Logeergelegenheid bij collega gewenst ja/nee*do/vr vr/za ☐ deelnemer ☐ partner

Ondergetekende verklaart op de hoogte te zijn van de reserve-
ringsvoorwaarden als vermeld in het begeleidende programma
met toelichting. Tevens verklaart ondergetekende het verschul-
digde bedrag ad f te hebben overgemaakt op bankreke-
ning 47.02.90.854 t.n.v. KNMG-afdeling Haarlem.

Plaats: datum:

handtekening: