

MEDISCH CONTACT

Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nummer 4 – 29 januari – 43e jaargang

Medisch handelen is een zaak van arts zowel als van verpleegkundige. Wat ontbreekt zijn regels die in de praktijk van alle dag zijn toe te passen: wet en praktijk sporen niet. Dat blijkt ook uit de uitkomsten van het onderzoek onder IC-verpleegkundigen.

Een artikel dat 'rijmt' op het voorgaande, al is het er niet op geschreven, en dat verwijst naar een constructief voorstel. Vooraf: de stand van zaken met betrekking tot de voorbehouden handelingen. Voor leken (lees: artsen) verklaard door de secretaris van de commissie BIG van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, J. M. Buiting, arts, en de juridisch adviseur van de KNMG, Prof. Mr. W. B. van der Mijn, buitengewoon hoogleraar gezondheidszorgbeleid en gezondheidsrecht aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Verzeker het risico dat iemands gezondheidstoestand achteruitgaat ten gevolge van een medische behandeling: schadevergoeding is dan mogelijk zonder dat er sprake behoeft te zijn van een beroepsfout. Een voorstel uit de boezem van de Stichting De Ombudsman.

Op een informatiemodel voor de gezondheidszorg wordt onder andere gestudeerd aan de Rijksuniversiteit Groningen. Een vijftal medewerkers van de vakgroep Sociale Geneeskunde en Epidemiologie bericht erover. Wat is een informatiemodel en hoe komt het tot stand?

Nu huisartsen in spe er langer over doen voor ze huisarts zijn, doet zich de mogelijkheid voor hen beter op hun arbeidsgezondheidkundige taak voor te bereiden. Een bericht als een pleidooi.

Goed bewegen gaat vanzelf, maar niet echt . . . of: een oefentherapeute-Mensendieck doceert.

INHOUD

Medisch handelen: voorbehouden aan artsen?

Th. Dassen c.s. – 103

Voorbehouden handelingen in de Wet BIG

J. M. Buiting en Prof. Mr. W. B. van der Mijn – 106

Risicoverzekering tegen medische schade

Mr. P. H. Ruijsendaal – 108

Een informatiemodel voor de gezondheidszorg

A. J. ten Hoopen c.s. – 111

Bedrijfsgezondheidszorg voor de huisarts in spe. Een leerwerkperiode Arbeidsgezondheidskunde in de meerjarige huisartsopleiding

J. W. J. van der Gulden, A. I. F. Vernooy en Th. F. Senden – 113

Oefentherapie-Mensendieck bij rugklachten

Mw. A. L. W. Samama-Polak – 115

Salarisrichtlijnen artsen in dienstverband per 1 januari 1988 – 119

Colofon 98 – Colofon officieel 98 – Hoofdre-dactioneel commentaar 99 – Voorzitterskolom LHV 100 – Brieven 101 – Patiëntenperikel 114 – Uit de Verenigingen 127

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

Dr. C. Spreeuwenberg, hoofdredacteur
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris

Mw. Drs. W. G. Juffermans, redactrice
Mw. C. R. van der Sluys, redactrice
Mw. G. W. van Straten, 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
Telefoonnummer KNMG: 030-823911

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

Abonnementen

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

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

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

Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgave 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:

Patholoog-anatoom bestudeert hart van een overleden patiënt;
Detail van het schilderij 'I tenia corazón!' ('Ze had een hart!') van de Spaanse schilder Enrique Simonet (1890).
Museo Provincial de Bellas Artes de Málaga.

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; 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), adviserende leden.

Secretariaat

J. Diepersloot, secretaris-generaal; Th. M. G. van Berkestijn, plaatsvervangend secretaris-generaal; G. J. Eikmans en Mw. Mr. W. R. Kastelein, secretarissen; Prof. Mr. W. B. van der 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, informatrice.

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Landelijke Vereniging van Sociaal-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. E. M. Dekker-Meelker, 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. A. v. Zwol-Oostveen, secretaresse. Bureau-tijden ma, di, do en vr van 9.00 tot 16.00 uur.

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

Bibliotheek

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

Stichting Dienstverlening Medici

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

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

Voorbehouden handelingen

'Anno 1988 is medisch handelen een zaak van zowel artsen als verpleegkundigen. Waar het zo te zien aan ontbreekt is een juridisch kader dat ook in de praktijk van alledag is te hanteren, zodat verpleegkundigen niet langer verrichtingen hoeven uit te voeren waarvan onduidelijk is of ze die eigenlijk wel mogen doen.' Aldus luidt de conclusie van Limburgse onderzoekers naar de praktijk van het medisch handelen¹.

De deskundigheid van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt thans geregeld in een aantal wetten, zoals de Wet uitoefening geneeskunst, de Wet op de paramedische beroepen en de Wet tot bescherming van het diploma van verpleegkundige. Een van de oogmerken van de toekomstige Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) is de bevoegdheden van de diverse categorieën beroepsbeoefenaren binnen de gezondheidszorg in een wet gebundeld aan te geven.

Hoofdstuk IV (artikelen 52 t/m 55) van de ontwerp-Wet BIG is gewijd aan de zogenoemde 'voorbehouden handelingen'. Dit deel betreft een van de lastigste en meest controversiële onderwerpen van het wetsvoorstel. In artikel 53 worden de handelingen genoemd waartoe omschreven beroepsbeoefenaren bevoegd zijn. Buiting en Van der Mijl sommen ze in dit nummer nader op². In artikel 52 staat, ogenschijnlijk streng, dat het iemand die hiertoe in artikel 53 niet bevoegd is verklaard, verboden is *buiten noodzaak* beroepsmatig een in dat artikel genoemde handeling te verrichten. Dit wordt echter gerelativeerd door artikel 55, waarin wordt bepaald dat een bevoegde de voorbehouden handelingen niet door een onbevoegde mag doen uitvoeren, tenzij redelijkerwijs mag worden aangenomen dat de ander daartoe wel bekwaam is en de mogelijkheid tot toezicht op de uitvoering, tot het geven van aanwijzingen en tot persoonlijke tussenkomst door de bevoegde in gevallen waarin zulks redelijkerwijs nodig is, afdoende is verzekerd. Opvallend is dat in deze artikelen de verpleegkundige in het geheel niet wordt genoemd.

Wordt het door de Limburgse onderzoekers bepleite juridisch kader door het wetsontwerp bevredigend geregeld? Het is zeer aannemelijk dat ze deze vraag negatief beantwoorden. Zij tonen zich immers ontevreden met de zogeheten verlengde-armtheorie, die in de jurispruden-

tie ook onder de thans geldende Wet op de uitoefening van de geneeskunde van toepassing is verklaard. De rechtbank te Arnhem stelde in 1955 dat de aard van de ziekte en de omstandigheden van het geval kunnen meebrengen dat de medicus een behandeling laat uitvoeren door een ander, hetzij een medicus, hetzij een verpleegster, hetzij de patiënt zelf, hetzij enig ander persoon³. Uit datzelfde vonnis kan worden gelezen dat een handeling als het geven van injecties (bijvoorbeeld penicilline) tot de normale taak van de verpleegkundige behoort, zodat hiervoor de verlengde-armtheorie niet opgaat. Leenen noemt als vereisten voor verantwoord delegeren³, dat de arts de beslissingen over diagnose, therapie en indicatiestellingen zelf neemt, dat hij de overtuiging heeft dat de betrokkene de opgedragen handeling op de juiste wijze kan verrichten, dat de delegatie schriftelijk wordt vastgelegd, dat er medische begeleiding bij de uitvoering van de gedelegeerde handeling beschikbaar is en dat de betrokkene de vrijheid heeft niet als 'ver-

Dr. C. Spreeuwenberg

lengde arm' te willen functioneren en dus het uitvoeren kan weigeren.

Eerzijds kan uit het artikel van de Limburgse onderzoekers worden opgemaakt dat er taken zijn die in het huidige tijdsgewricht voor bepaalde groepen verpleegkundigen tot hun normale arbeids-terrein moeten worden gerekend. Het is evident dat de ambulancediensten en misschien ook de kleinere afdelingen voor intensive care niet zouden kunnen functioneren als er altijd direct een arts beschikbaar zou moeten zijn. Door aanvullende cursussen en strakke protocollering zijn daar werkende verpleegkundigen zeer wel in staat indicaties te bepalen en van vitaal belang zijnde handelingen uit te voeren. Aan de andere kant is het duidelijk dat verpleegkundigen soms in de kou worden gezet en handelingen moeten uitvoeren die niet tot hun competentie behoren. Een voorbeeld hiervan, uit het recente verleden, is het vervullen van een specialistische taak als het geven van anesthesie. Ook zijn er wel ziekenhuizen waar 's nachts geen artsen aanwezig zijn en waar verpleegkundigen heus wel eens een handeling verrichten

die door artsen behoort te worden gedaan.

De Nationale Raad voor de Volksgezondheid constateert in een advies over het voorontwerp BIG onder meer dat artikel 55 de theorie van de verlengde arm codificeert⁴, maar dat er zich in de praktijk toch een aantal situaties voordoet waarin in feite niet aan de daarin genoemde vereisten wordt voldaan. Met name geldt dit voor verpleegkundigen en radiologisch laboranten. Gezien hun opleidings- en ervaringsdeskundigheid zijn deze vereisten niet nodig als waarborg voor een kwalitatief goede zorg. De raad doet daarom – gesteund door de vertegenwoordiging van de KNMG – een tweetal voorstellen voor een nieuw artikel 53A, waarin een beroepsbeoefenaar die aan bepaalde opleidingseisen voldoet tot het uitvoeren van een handeling bevoegd wordt verklaard als deze handeling geschiedt op voorschrift van een (tand)arts. Dit voorstel dekt nog niet de situaties waarin verpleegkundigen in noodgevallen ook zelf indicaties moeten stellen, zoals bij de ambulancediensten, maar biedt voor de meeste verpleegkundige handelingen een aanvaardbaar juridisch kader.

Wellicht kunnen we ook wat meer attent zijn op situaties waarin verpleegkundigen in de kou staan. Zo is het gezien het grote aantal werkloze artsen bevreemdend dat in een aantal ziekenhuizen 's nachts te weinig artsen aanwezig zijn. Is het niet mogelijk gezamenlijk een oplossing te vinden voor de daaraan ten grondslag liggende financiële problemen? □

1. Dassen Th, Topman H, Theunissen F, Nijhuis F, Philipsen H. Medisch handelen: voorbehouden aan artsen? Medisch Contact 1988; 43: 103-5.

2. Buiting JM, Mijl WB van der. Voorbehouden handelingen in de Wet BIG. Medisch Contact 1988; 43: 106-8.

3. Leenen HJJ. Gezondheidszorg en recht. Alphen aan den Rijn/Brussel: Samson, 1981, 91.

4. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Advies Voorbehouden handelingen in de Wet BIG. Zoetermeer, 1987.

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

Gesprek over toekomst van de huisarts begonnen

Het bestuur van de LHV kijkt met trots terug op het zeer geslaagde symposium 'De positie van de huisarts in de toekomst' op 13 november verleden jaar: een druk bezochte bijeenkomst in het congrescentrum 'De Flint' in Amersfoort, waar de gelijknamige discussienota, begeleid door bijdragen van een aantal gastsprekers, in het bijzijn van ruim 350 belangstellenden ten doop werd gehouden. Daarnaast gingen een kleine 10.000 exemplaren van die nota de deur uit (waarvan ruim 7.500 stuks naar artsen); uit de vele reacties blijkt dat een groot gedeelte daarvan met volle aandacht is bestudeerd. Reacties alom, zoals gezegd: veel waardering voor de organisatie van het symposium, steun voor de inhoud van de nota, brieven en telefoontjes, waaruit blijkt dat men meedenkt.

Uiteraard kwam er ook kritiek uit de beroepsgroep: met name klonk het verwijt door dat het Centraal Bestuur té autocratisch te werk was gegaan bij opzet en samenstelling van de nota. De discussienota, waarin de huisartsgeneeskunde en haar toekomst centraal staan, is echter geen koekoeksei van enkelen. Wel vinden CB, een klankbordgroep uit de eigen leden en ter assistentie geroepen deskundigen dat de huisarts de positie moet innemen waarin hij te midden van de stormachtige ontwikkelingen in de gezondheidszorg overeind blijft. Daarin slaagt hij alleen maar als hij in staat is te anticiperen.

De gezondheidszorg is door de huidige maatschappijvisie een belangrijke plaats toebedacht. De politiek echter heeft haar prioriteiten, waarbij ze met name economische aspecten zwaar laat wegen; de overheid budgetteert – voor velen een harde dobber. Feit is dat deze budgettering onder meer inhoudt dat het marktgericht denken steeds meer veld gaat winnen bij beleidsadviseurs. Het meest recente voorbeeld is het rapport 'Bereidheid tot verandering' van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg.

De poging van de 'commissie-Dekker'

om regulering en sturing van de gezondheidszorg nog meer af te stemmen op de ter beschikking gestelde middelen houdt (en WVC laat daar geen twijfel over bestaan) een zekere terugtreding van de centrale overheid in en opvulling van de aldus ontstane gaten door de verzekeraars. Dezen veranderen hierdoor van slechts bekostigers van de gezondheidszorg in mede-organisatoren. Een ontwikkeling die door de huisarts niet zal kunnen worden teruggedraaid. Wel één waaraan en waarbinnen hij aan zijn eigen positie kan en moet sleutelen. Laat ik u twee voorbeelden geven:

– Ten aanzien van de invoering van de



zogeheten nominale premie ziekenfondsverzekering stelt staatssecretaris Dees dat de bepaling van de hoogte van het bedrag én de inning ervan aan de ziekenfondsen worden overgelaten (ingang 1 juli 1988).

– Daarnaast wil Dees, zoals eerder aangekondigd en binnen het pakket van een aantal voorgenomen maatregelen, de contracteerplicht voor ziekenfondsen selectief opheffen. Dit kan inhouden dat ziekenfondsen niet meer verplicht zijn contracten af te sluiten met huisartsen; zij kunnen kwalitatieve eisen stellen.

In de nieuwe situatie moet de huisarts het meer dan ooit hebben van zijn produkt; daarop wordt hij aangesproken, zowel door de patiënt als door de verzekeraar. Beiden zullen hun criteria stellen bij respectievelijk de hulpvraag en de contractering (lees: honorering). Hiervoor moet de beroepsgroep zich klaarstellen. In dit proces kunnen met name

verzekeraars het voortouw nemen; zij zullen willen bepalen of en, zo ja, van hoe groot belang dat produkt voor een deel van de markt is en hoe het er moet uitzien.

De LHV, zijnde de representatieve beroepsorganisatie, kent haar verantwoordelijkheid in dezen. Voor haar staat vast dat niet externen, maar de beroepsgroep zelf het initiatief neemt tot totstandkoming van dat produkt en ook zelf de verantwoordelijkheid draagt voor de eindcontrole – nu en in de toekomst. Het met succes en terecht kunnen dragen van die verantwoordelijkheid is aan een groot aantal voorwaarden gebonden. Die voorwaarden, verwoord in een aantal ideeën, heeft het Centraal Bestuur gebundeld in de discussienota: geen monoloog van de zijde van een groep naïevelingen, maar een verhaal dat uitdaagt tot het zo noodzakelijke meedenken, meepraten en meedoen.

Met klem stel ik dat wij dit gesprek in de eerste plaats met de huisartsen zelf verder voeren. Een gesprek dat de nodige inleving in de problemen en aangedragen oplossingen vereist. Het CB is niet arrogant genoeg te denken dat een ander klakkeloos wordt overgenomen. Wel hebben wij het volste vertrouwen in zowel het uiteindelijke resultaat als de route die door de hele organisatie moet worden bewandeld. Daartoe hebben wij twintig wekelijkse 'rondgangen' georganiseerd langs de districten. De eerste discussie uit die reeks heeft al plaatsgevonden. Wij hebben daar veel van opgestoken. Moge dat bij de komende gesprekken voor alle deelnemers even gemeend gelden.

A. M. C. van de Zandt, huisarts, voorzitter LHV

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.

VLUCHTELINGENACTIE AMNESTY INTERNATIONAL

Op 9 januari jl. is Amnesty International gestart met een vluchtelingenactie, die vooral zal zijn gericht op het Nederlands asielbeleid. Het doel van de actie is het bevorderen van een Nederlands en Europees vluchtelingenbeleid volgens internationaal vastgestelde normen, door onder meer:

- voorlichting en bewustwording van het publiek;
- gemeenten vragen voorlichting te geven, opvangcapaciteiten beschikbaar te stellen en regering en parlement vragen het asielbeleid te verbeteren;
- tegengaan van terugzenden van vluchtelingen als er vrees bestaat voor vervolging;
- bevorderen van internationale afspraken om het verschijnsel 'vluchtelingen op drift' (vluchtelingen die van vliegveld naar vliegveld zwerven en geen enkel land binnen mogen) tegen te gaan.

Nederland schijnt een slechtere naam te hebben dan andere Westeuropese landen. Volgens de Volkskrant van 7 december jl. zijn reisdocumenten voor Nederland dan ook relatief goedkoper dan voor een goed land. Het aantal vluchtelingen bedraagt in Nederland 0,1% van de bevolking; dit is het laagste percentage van West-Europa. Het argument dat Nederland 'vol' is gaat niet op: België neemt veel meer vluchtelingen op en is net zo dicht bevolkt. Op grond van het welzijnsniveau zou het rechtvaardig zijn als Nederland 4.000 tot 5.000 vluchtelingen per jaar zou opnemen. De laatste tien jaar ligt het jaarlijks gemiddelde echter ruim onder de 1.000. Een aantal vluchtelingen wordt jaarlijks uitgenodigd; op het ogenblik bedraagt dit 'quotum' 500.

Iemand die politiek asiel vraagt moet zich binnen acht dagen melden bij de vreemdelingenpolitie; er komt dan een procedure op gang, die lang tot zeer lang kan duren (soms tot zeven jaar). In de tussentijd krijgt de vluchteling een uitkering; hij krijgt echter geen werkvergunning en hij mag geen officiële taallessen volgen, uit angst dat hij 'inburgerd'. Maar: in 95% van de gevallen wordt hij uitgewezen, zeker sinds het 'versnellingsbeleid' van de regering, dat sedert april 1987 wordt gevoerd. Een groot aantal vluchtelingen wordt al in het vliegtuig aangehouden en bereikt ons land nooit; hoeveel is onbekend.

Verder is er op Schiphol sinds 1986 een asielzoekerscentrum, waar vluchtelingen achter gesloten deuren worden vastgehouden, sommigen meer dan een half jaar. De uitgewezen vluchteling krijgt twee tot drie weken de tijd om het land te verlaten, maar in een groot deel van de gevallen (75%) duikt hij onder. Zo is er een groep illegalen ontstaan, mensen, soms hele gezinnen, die leven van liefdadig-



heid van familie, landgenoten of kerkgenootschappen, die zwaar onderbetaald en soms gevaarlijk werk doen (er zijn gevallen bekend van twaalfdurige werkdagen voor f 20,— per dag) of de criminaliteit of de prostitutie ingaan om te overleven. Deze mensen hebben geen enkele sociale voorziening, bij ziekte of ongeval durven ze niet de hulp van een arts in te roepen uit vrees te worden ontdekt. De kans op besmettelijke ziekten mag niet worden verwaarloosd. De kans op sterfgevallen is niet denkbeeldig.

Maar ook bij erkende vluchtelingen komt een hoog percentage psychische en lichamelijke klachten voor. Deze klachten houden vaak verband met beproevingen in het land van herkomst en gedurende de reis of met moeilijkheden bij de integratie.

Vluchtelingen zijn een uiterst kwetsbare groep, die een bijzondere zorg en bescherming verdient.

Amsterdam, januari 1988

A. Freud-de Swaan, arts,
medische beroepsgroep
Amnesty International

PATIËNT EN VRIJE KEUZE

Eindelijk: keuzevrijheid voor vrouwen tussen huisartsen en vroedvrouwen in Terneuzen en omstreken. Toen ik een bericht met deze inhoud las in de Provinciale Zeeuwse Courant van 9 december 1987 dacht ik: hoera, een doorbraak, 'de vliezen breken', eindelijk eens een verstandig ziekenfonds in Nederland, en dan nog wel dicht bij België! Nu kan de aanstaande moeder daar tenminste zelf kiezen door wie zij de verloskundige hulp wil laten verstrekken zonder de tot dusverre gangbare strafbepaling: als u naar de huisarts gaat voor de bevalling dan moet u zelf betalen; als u naar de vroedvrouw gaat dan vergoeden we alles!

Aan de vrije keuze van de patiënt, aan zijn mondigheid, zou gehoor moeten worden gegeven door ziekenfondsen en overheid. Als de kwaliteit van de behandelingen of leveranties waartussen de keuze mogelijk is maar aan redelijke eisen voldoet. Laat de patiënt daarom zelf kiezen: of zij voor de aanstaande bevalling de hulp wil inroepen van de vroedvrouw of de huisarts; of hij naar de apotheekhoudend huisarts of naar de apotheker wil gaan voor zijn geneesmiddelen; of de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters

moeten worden bemand door huisartsen of door artsen in dienstverband van de kruisvereniging.

Laten we hopen dat alle ziekenfondsen in Nederland het Zeeuwse voorbeeld gaan volgen! Voor het huisartsenberoep lijkt het me van meer belang dat de LHV zich sterk maakt voor de keuzevrijheid van de patiënt op de drie genoemde gebieden, en daarmee verdere uitholling van het beroep tracht tegen te gaan, dan dat zij zich inspant voor hogere vergoeding van cervixuitstrijken, gekoppeld aan het invoeren van verplichte beëindiging van huisartsenwerk op 65-jarige leeftijd.

Nieuwveen, januari 1988

A. M. van Dongen, huisarts,
nog apotheekhoudend, verloskundehoudend
en consultatiebureauhoudend

HOMOSEKSUALITEIT

In Medisch Contact van 2 oktober 1987 werd een brief opgenomen van collega Breedveld met de opmerking: AIDS-voorlichting uit homofiele bron is onbetrouwbaar en onaanvaardbaar. In Medisch Contact van 23 oktober 1987 werd wederom een brief opgenomen van de sociaal-geneeskundige Breedveld, waarin gesteld werd: homoseksualiteit is een ernstige gedragsstoornis; voorts: alle ouders moeten voorkomen dat homoseksuelen zich indringen in de opvoeding van hun kinderen.

Het verontrust de Stichting Homogroepen Gezondheidszorg dat het mogelijk blijkt in Medisch Contact brieven te plaatsen met dergelijke onjuiste en discriminerende uitingen ten aanzien van homoseksualiteit.

Wij hebben geen behoefte op deze opmerkingen in te gaan. Wij wijzen alleen op het feit dat de Nederlandse AIDS-voorlichting, vier jaar geleden in homokringen ontwikkeld, aan de hele wereld ten voorbeeld wordt gesteld en dat aan vier universiteiten in ons land studie- of werkgroepen functioneren die homoseksualiteit centraal stellen in hun benadering.

Wij maken ons echter zorgen over het feit dat de redactie van Medisch Contact brieven, zoals boven genoemd, zonder meer plaatst. Zouden ook racistische, seksistische en anti-semitische brieven in Medisch Contact worden opgenomen? Realiseert de redactie zich voorts dat het plaatsen van een ingezonden brief een zekere mate van status verleent en dat daarna anderen zo'n ingezonden brief weer gebruiken om te citeren uit Medisch Contact, het orgaan van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst? In de Volkskrant van 8 december 1987 vindt zulks dan ook metterdaad plaats, zij het gelukkig in afwijzende zin. Mo-

gen wij vernemen of de redactie van Medisch Contact een plaatsingsbeleid heeft met betrekking tot ingezonden brieven en welke grenzen daarbij worden gehanteerd?

De stichting zal zich eveneens wenden tot het hoofdbestuur van de KNMG om te vernemen welke opvattingen de KNMG heeft met betrekking tot homoseksualiteit en tot voorlichting door homoseksuelen. Zij zal ook aan de KNMG verzoeken deze opvattingen te publiceren, zodat leden van de KNMG daaruit hun conclusies kunnen trekken.

januari 1988

Stichting Homogroepen Gezondheidszorg
Nederland

Bert-Jan de Boer, huisarts, Maarssen
Didi van Nee, huisarts, Amsterdam
Wijnand Sengers, zenuwarts, Rotterdam
Leo Veehof, huisarts, Groningen
Frits Wafelbakker, sociaal-geneeskundige,
Den Haag
Willy van Zijl, huisarts, Homostudies Utrecht

Naschrift

Plaatsing van bijdragen in de rubriek 'Brieven' houdt bepaald niet in dat de redactie de daarin weergegeven meningen onderschrijft. Het belang van een open discussie staat voorop. Overigens blijkt dat onze lezers – inclusief de redactie van de Volkskrant – zeer wel in staat zijn ook brieven kritisch te lezen. *Red. MC.*

VOORKÓMEN VAN HART- EN VAATZIEKTEN

Naar aanleiding van Boots vierde stelling in MC nr. 42/1987, blz. 1342: 'Het staat geenszins vast dat de huidige rage om bloeddrukken te meten, te controleren en te behandelen de gezondheid en het welbevinden van mensen bevordert'.

Wetenschap en de relevantie daarvan met betrekking tot het beoordelen van de therapie: wij vragen eerst een bewijs vooraleer enige therapie wordt geaccepteerd. Dit is deel van het spel en het bedrog van de wetenschap. Hodgkinson beoordeelde het succes van anti-hypertensiva bij een onderzoek in New Castle on Tyne, dat werd gepubliceerd in het Journal of The Royal College of General Practitioners in 1982: 75 patiënten met een diastolische druk boven 100 werden behandeld en ondervraagd over hun verbetering; de groep bestond uit 41 vrouwen en 34 mannen met een gemiddelde leeftijd van 50 jaar. De artsen zowel als een familielid van iedere patiënt (een zeer gebruikelijke stap in de medische research) vulden de vragenlijsten in. De artsen registreerden 100% verbetering en volgens hen hadden de medicaties hun werk goed gedaan en de bloeddruk omlaaggebracht, terwijl er geen duidelijke nevenwerkingen werden vastgesteld. Bijna de helft van de patiënten zei zich beter te voelen (26 vrouwen en 10 mannen),

maar wanneer de familie werd gevraagd, waarvan men vermoedelijk toch de meeste objectiviteit mag verwachten, dan oordeelden 74 van de 75 ondervraagden dat de patiënten met de medicatie verslechterden: hun herinnering, stemming, initiatief, energie en activiteit was gedaald, soms in ernstige mate en ze waren onrustiger en gauwer geïrriteerd. Het hangt er dus maar van af welk aspect van de therapie men wenst te onderzoeken . . .

Amsterdam, januari 1988

A. D. Piers, verzekeringsgeneeskundige
Sociaal Fonds Bouwnijverheid

AFLEVERING GENEESMIDDELEN

Het kan verkeren

Op 11 juni 1982 werd het volgende briefje van mij in Medisch Contact geplaatst:

Na de verschijning van het Farmacotherapeutisch Kompas 1982 schreef ik aan de Ziekenfondsradaad dat ik meestal medicijnen voorschrijf met de wetenschappelijke naam, maar dat regelmatig blijkt dat apothekers toch het spécialité afleveren, ook aan ziekenfondspatiënten. Bovendien staat dan de naam van het spécialité op de aflevering, zodat patiënten een andere naam lezen dan op mijn recept stond.

Op 6 april 1982 zond de Ziekenfondsradaad mij bijgaande brief: 'Uw brief van 25 januari jl. in dank ontvangen en met belangstelling gelezen. Door de grote drukte heeft de beantwoording enige tijd op zich laten wachten. Met betrekking tot uw opmerking over het afleveren van spécialités terwijl u voorschreef onder de wetenschappelijke naam geldt dat de apotheker gerechtigd is dat te doen. Wij kunnen u wat dit betreft dus niet van dienst zijn.'

Thans beleven wij het omgekeerde. Ik acht de handelwijze van toen en de voorschriften die nu door de departementen zijn uitgevaardigd, beide onjuist. De arts moet er zeker van zijn dat de geneesmiddelen precies volgens het recept worden geleverd. Als de apotheker een vergissing in een voorschrift ontdekt of een voorgeschreven middel niet mag of niet kan leveren, is het – een goede – gewoonte de arts op te bellen.

Asperen, januari 1988

Dr. A. P. J. van der Burg

GENERALISEREND EN DENIGREREND

In MC nr. 1/1988, blz. 3, gaat collega C. Spreeuwenberg in zijn hoofdartikel in op de spoedeisende eerste-hulpverlening. In dit artikel stelt hij: 'Behalve dat zo'n situatie mogelijk directe nadelige gevolgen met zich meebrengt voor de patiënt, leidt ze er ook toe dat

patiënten zelf hun weg zoeken naar het ziekenhuis, met alle nadelige gevolgen van dien, zoals overbodige kosten en onnodige medicalisering'.

Een dergelijke generaliserende uitspraak suggereert dat de komst van een patiënt in een eerste-hulpsituatie in een ziekenhuis automatisch zal leiden tot overbodige kosten. Ik acht het ontoelaatbaar dat de hoofdredacteur zich op een dergelijke denigrerende wijze uitlaat over de eerste-hulpopvang in ziekenhuizen. Wanneer men ongewenste situaties in de eerste lijn wil bespreken, dan is een uitwijken naar een andere beroepsgroep onjuist en werkt versluisend op de probleemstelling. Ik acht een reactie van de hoofdredacteur op deze ontoelaatbare opmerking geboden.

Assen, januari 1988

R. J. Coers, internist

OVER DE RUG VAN DE OUDERE HUISARTS

In aansluiting op de inzending van de heer R. A. de Widt (MC nr. 1/1988, blz. 6) verzoek ik aandacht voor het volgende:

Oók weer uitsluitend voor de beurs van de jongere huisartsen is het natuurlijk plezierig wanneer de regering in het zogeheten 'package-deal' zou trappen. Patiënten van de oudere huisartsen worden gedwongen buiten hun vrije wil uit te wijken naar een jeugdiger collega. Zouden zij ontevreden zijn over hun arts, dan zouden zij dat zelf kunnen doen.

De groep 'oudere huisartsen' wordt wederom getroffen nadat zij reeds bij de oprichting van het artsenpensioenfonds werd gedwongen zich hierbij te verzekeren, terwijl deze huisartsen op dat moment bij een bestaande verzekeringsmaatschappij een voor hen véél aantrekkelijker verzekering hadden kunnen afsluiten. Tenslotte merk ik op dat de groep 'oudere huisartsen' jarenlang trouw haar contributie heeft betaald en dat het dus bijzonder ongepast en onfatsoenlijk is deze huisartsen zonder meer te offeren.

Den Haag, januari 1988

J. W. M. Keunen, huisarts

Medisch handelen: voorbehouden aan artsen?

Volgens de Wet uitoefening geneeskunst is medisch handelen uitsluitend toegestaan aan artsen. Het blijkt dat deze wetgeving niet met de praktijk overeenkomt; met name verpleegkundigen verrichten dagelijks medische handelingen.

In dit artikel geven wij een overzicht van het medisch handelen door intensive-careverpleegkundigen. Wij baseren ons hierbij op een onderzoek dat wij in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care en de Rijksuniversiteit Limburg hebben verricht.

Naast een beschrijving van het juridisch kader waarbinnen het medisch handelen van verpleegkundigen plaatsvindt, geven we aan in welke mate dit handelen in de praktijk voorkomt. Daarbij laten we tevens zien om welke handelingen het gaat en of daar al dan niet een arts bij aanwezig is. We besluiten het artikel met een korte beschouwing van de problematiek.

VOLGENS DE WET

Verpleegkundigen hebben geen wettelijke bevoegdheid tot het verrichten van geneeskundige handelingen. Aangezien die handelingen tot het normale dagelijkse werk van verpleegkundigen behoren, betekent dit dat zij de Wet uitoefening geneeskunst (art. 1) overtreden. Daarnaast wordt ook het Wetboek van Strafrecht (art. 436) overtreden, hetgeen tot strafvervolgung zou kunnen leiden.

Om de praktijk van het verplegen mogelijk te maken is hier een oplossing voor gevonden in de zogeheten *verlengde-armtheorie*. De kern daarvan is dat wie geneeskundige handelingen verricht in opdracht van en onder verantwoordelijkheid van de arts, niet onbevoegd de geneeskunst uitoefent. Deze constructie is gebaseerd op een arrest van de Hoge Raad van 4 november 1952¹.

Er dient wel aan een aantal *voorwaarden* te worden voldaan²:

- De arts dient toezicht te houden op de wijze van uitvoering.
- De arts blijft de wettelijke en morele

Th. Dassen c.s.

Medisch handelen – wij schrijven 1988 – is een zaak van arts zowel als van verpleegkundige. Wat ontbreekt zijn regels die in de praktijk van alledag zijn toe te passen: wet en praktijk sporen niet. Dat blijkt ook uit de uitkomsten van het hier gepubliceerde onderzoek onder IC-verpleegkundigen. (Maar er komt een nieuwe wet. Zie daarom ook het hierop volgende artikel.)*

verantwoordelijkheid houden voor wat de verpleegkundige in zijn opdracht op geneeskundig gebied doet.

- De arts dient verpleegkundigen te wijzen op bijverschijnselen en complicaties en aan te geven hoe te handelen.

- De arts draagt de handelingen op aan een bekwaame verpleegkundige die de handeling beheerst.

- De arts houdt de verpleegkundige op zodanige wijze op de hoogte van de toestand van de patiënt dat hij of zij voor de arts niet alleen verlengde arm, doch ook oog, oor en geweten kan zijn.

Er wordt dus van uitgegaan dat de verpleegkundige werkt onder direct toezicht en directe verantwoordelijkheid van de arts¹. De verpleegkundige wordt in de verlengde-armconstructie aldus gezien als hulpkracht van de arts³.

Waar het in wezen om gaat is niet zozeer de *bevoegdheid*, doch de daarmee samenhangende *aansprakelijkheid*. Wie is aansprakelijk voor het medisch handelen van de verpleegkundige? Dit is de verpleegkundige zelf. Verpleegkundigen zijn strafbaar, tenzij de handelingen onder onmiddellijk toezicht van de arts worden verricht². Naast de strafrechtelijke aansprakelijkheid kan er ook sprake zijn van civielrechtelijke aansprakelijkheid, indien de verpleegkundige een handeling technisch niet juist uitvoert terwijl hij of zij daartoe wel bekwaam kan worden geacht³.

Voor een aantal handelingen geldt dat slechts enkele, speciaal daartoe aangewezen verpleegkundigen deze mogen verrichten. Dit wordt geregeld met behulp van *bekwaamheidsverklaringen*². Deze verklaringen of autorisaties zijn

schriftelijke verklaringen van een geneeskundige waarmee een verpleegkundige bekwaam wordt verklaard bepaalde geneeskundige uitvoeringshandelingen te verrichten. Zo'n autorisatie kan per instelling verschillen, en kan eenzijdig door de arts worden ingetrokken. Tevens is de geldigheid beperkt tot de instelling waar de verklaring is afgegeven. Bevoegdheid kan aan zo'n verklaring niet worden ontleend, wel wordt de aansprakelijkheid vergroot.

De Commissie Verantwoordelijkheid Verpleegkundigen in Algemene Ziekenhuizen heeft aangegeven welke handelingen wel en welke niet mogen worden gedaan⁴. Alle handelingen zijn daartoe onderverdeeld in vier (code)groepen. Handelingen uit de eerste groep worden door alle verpleegkundigen in hun basisopleiding geleerd. Het gaat daarbij om zaken als het geven van injecties, klysma's en dergelijke. Voor handelingen uit codegroep twee zijn bekwaamheidsverklaringen nodig. Ditzelfde geldt voor handelingen met code drie; hier betreft het verrichtingen welke in het kader van een verpleegkundig specialisme worden geleerd. Tenslotte codegroep vier: handelingen uit deze groep mogen volgens de commissie nimmer door verpleegkundigen worden gedaan, óók niet door gespecialiseerde verpleegkundigen.

ONDERZOEK

Vraagstellingen

Dat verpleegkundigen medische handelingen uitvoeren, zal door niemand worden ontkend. Het juridisch kader waarbinnen dit plaatsvindt hebben we hiervoor geschetst. De vraag blijft nu wat verpleegkundigen dan wel concreet gesproken doen. Dit brengt ons tot de volgende vraag: *in welke mate verrichten verpleegkundigen zelfstandig, dus zonder aanwezigheid van de arts, medisch-technische handelingen?*

Deze vraag laat zich herleiden tot een aantal *subvragen*:

1. In welke mate verrichten verpleegkundigen medische handelingen?
2. Om welke handelingen gaat het daarbij?
3. Is daar een arts bij aanwezig?
4. Zo niet, na hoeveel tijd is de arts aanwezig, indien deze wordt opgeroepen?

* Auteurs: Drs. Th. Dassen, verpleegkundige en verplegingswetenschapper, werkzaam bij de vakgroep Verplegingswetenschap van de Rijksuniversiteit Limburg; H. Topman, intensive-careverpleegkundige, werkzaam bij het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam; Drs. F. Theunissen, onlangs afgestudeerd in de gezondheidswetenschappen, studierichting Verplegingswetenschap; Dr. F. Nijhuis, psycholoog, werkzaam bij de vakgroep medische psychologie van de Rijksuniversiteit Limburg; en Prof. Dr. H. Philipsen, socioloog, voorzitter vakgroep Verplegingswetenschap van de Rijksuniversiteit Limburg.

Uitvoering

Als er één specialisme is dat zich leent voor het beantwoorden van bovengenoemde vragen, dan is het wel de intensive care. De keus voor dit specialisme betekent tevens een afbakening van de vraagstelling. Tegenover de beperkingen die deze afbakening met zich mee brengt staat dat het uiteindelijke materiaal informatiever is: het gaat nu niet in het algemeen om verpleegkundigen, doch om gespecialiseerde krachten, namelijk intensive-careverpleegkundigen.

Naar schatting zijn in Nederland zo'n 3.400 verpleegkundigen werkzaam op intensive-careafdelingen, verdeeld over zo'n 120 ziekenhuizen die beschikken over een afdeling Intensive Care, Coronary Care of combinaties daarvan.

Wij hebben 1.960 mensen per post een enquête toegestuurd met vragen over het medisch handelen. Het adressenbestand omvatte deelnemers aan de Landelijke Stichting Werkgroep Educatieve Symposia voor Intensive Care Personeel; dit bestand bevat tevens de adressen van de leden van de Nederlandse Vereniging voor Intensive-Care, sectie verpleging. Achteraf bleek het bestand ook adressen te bevatten van personen die niet tot onze doelpopulatie behoren.

We ontvingen 905 formulieren terug, waarvan we er 763 konden gebruiken. De resterende formulieren betroffen mensen die niet of niet meer op een intensive-care-afdeling werkzaam zijn of ten onrechte bleken te zijn aangeschreven, bijvoorbeeld omdat ze geen verpleegkundige waren.

Natuurlijk is de steekproef select. Dit neemt niet weg dat het gaat om een 22% van alle intensive-careverpleegkundigen over heel Nederland. Vandaar dat ons materiaal een goede indicatie zal geven van het medisch handelen door verpleegkundigen op een afdeling Intensive Care.

Gegevens respondenten

Er namen 321 mannen en 432 vrouwen aan het onderzoek deel. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 32 jaar. Tabel 1 laat zien hoe de respondenten over de ziekenhuizen zijn verdeeld en welke functies zijn vertegenwoordigd. We zien hier dat alle op de Intensive Care voorkomende functies deel uitmaken van de steekproef. De leerlingen zijn ondervertegenwoordigd. Volgens schattingen van de commissie intensive care bedraagt het percentage leerlingen 20%. De ondervertegenwoordiging van leerlingen

in onze steekproef is te wijten aan de selectie van de adressen. Het adressenbestand omvat namelijk mensen die lid zijn van de Vereniging voor Intensive Care én mensen die al hebben deelgenomen aan symposia.

Het gemiddeld door de respondenten aantal opgegeven bedden per afdeling bedraagt 10,4. Landelijk bedroeg dit in 1985: 12,8. Mogelijk wijst dit op een relatieve oververtegenwoordiging van respondenten uit kleinere ziekenhuizen; het aantal intensive-care-bedden neemt namelijk toe naarmate het ziekenhuis groter is.

Wat de ervaring betreft geldt dat 80% van de respondenten langer dan drie jaar op de Intensive Care werkzaam is. De intensive-careverpleegkundigen die hun specialistische opleiding hebben afgerond met een diploma hebben een intensive-care- of een coronary-carediploma dan wel een combinatie van beide.

BEVINDINGEN

Zelfstandig medische handelingen verrichten

Om een beeld te krijgen van de mate waarin intensive-careverpleegkundigen medisch-technische handelingen doen, hebben wij van veertien handelingen gevraagd dit aan te geven. Tabel 2 laat zien om welke handelingen het gaat en hoe vaak deze door verpleegkundigen worden gedaan. Het verschil in frequentie wordt mede bepaald door de omstandigheid dat niet alle handelingen even vaak voorkomen. Doordat er is gevraagd naar verrichtingen, is automatisch de frequentie waarin de handelingen voorkomen gemeten. De verschillen in frequentie hangen daarom samen met de prevalentie

Tabel 1. Respondenten: functies en instellingen (aantal bedden).

	<200	200-500	>500	totaal
hoofdverpleegkundige	9	34	22	65
subhoofd	7	39	58	104
verpleegkundige	24	185	290	499
leerling IC	3	38	44	85
totaal	43	296	414	753

Onbekend = 10

van de handelingen. Vandaar dat we de grens bij tenminste één keer per week hebben gelegd.

Op zich zijn we meer geïnteresseerd in de vraag of die handelingen zelfstandig, dus zonder aanwezigheid van een arts worden gedaan dan in de frequenties waarmee de desbetreffende handelingen worden verricht. Tabel 2 geeft hierop een antwoord. Zoals blijkt is er verschil in aanwezigheid van de arts per handeling. De aanwezigheid van de arts varieert van 8% tot 49%; dat wil zeggen dat in meer dan 50% van de gevallen verpleegkundigen medische handelingen verrichten, zonder aanwezigheid van een arts. Verschillen zijn er per type handeling. Opvallend is hierbij dat bij handelingen waarvan veel verpleegkundigen zeggen dat ze die doen, de arts minder aanwezig is dan bij handelingen waarvan weinig verpleegkundigen zeggen dat ze die verrichten.

Dat bij een aantal niet-frequente handelingen evenmin een arts aanwezig is hoeft niet persé problematisch te zijn. In een aantal gevallen betreft het immers handelingen die uitsluitend op zeer specialisti-

Tabel 2. Percentage verpleegkundigen dat zegt een bepaalde handeling te doen.

	dage- lijks	3 keer per week	1 keer per week	aanwezig- heid arts op totaal (%)
intraveneus medicijnen toedienen direct in de lange lijn	89	5	2	8
arterieel tensie meten	70	9	12	9
bronchiaal toilet bij beademde patiënt	66	11	10	10
bronchiaal toilet	63	10	12	6
interpretatie van ECG	44	12	18	31
bewaken Swan Ganz catheter	27	14	24	20
extuberen	11	9	19	31
arteriepunctie	21	9	8	18
verwijderen van Swan Ganz	7	9	16	8
packed cells toedienen	3	7	20	46
thoraxdrain verwijderen	7	4	11	30
defibrilleren	1	2	19	49
verzorgen van IABP	0	2	9	44
externe p.m. aanzetten	0	1	6	46

(N = 763)

sche afdelingen worden verricht. De verpleegkundigen die daar werken zijn dan vertrouwd met deze verrichtingen.

Om welke handelingen gaat het?

De vraag om welke handelingen het gaat is slechts ten dele beantwoord. We vroegen daarom ook in te vullen welke handelingen men verricht waarvan men weet dat het zonder bevoegdheid gebeurt. Dit leverde tabel 3 op. Hierbij zij aangetekend dat de tabel alleen die handelingen aangeeft waarvan men zelf weet dat men er niet toe bevoegd is. Degene die denkt wel bevoegd te zijn heeft hier dus niets ingevuld. Overigens zegt 44% vaak handelingen zonder bevoegdheid te doen; 27% doet dit soms; de resterende 29% gaf als antwoord: zelden of nooit. In ieder geval gaat het in tabel 3 overwegend om handelingen welke ook binnen de constructie met bekwaamheidsverklaringen, volgens de Commissie Verantwoordelijkheid Verpleegkundigen in Algemene Ziekenhuizen⁴, niet door verpleegkundigen zouden mogen worden gedaan, óók niet door intensive-careverpleegkundigen. De praktijk, zo leert dit onderzoek, is kennelijk anders.

Oproepbaarheid van de arts

Een belangrijke voorwaarde bij de verlengde-armconstructie is het toezicht van de arts. De oproepbaarheid van de arts tijdens het uitvoeren van de handeling kan hierbij een belangrijke rol spelen. Voor de veertien in tabel 2 genoemde handelingen geldt volgens 63% van de respondenten dat de arts na vijf minuten aanwezig is; een kwart van de respondenten hield het op een kwartier; een half uur of langer werd door de resterende 11% aangegeven.

Het blijkt dat bij het defibrilleren de arts het snelst aanwezig is. Het verzorgen van de IABP geeft een duidelijk afwijkend beeld te zien; wellicht is dit te verklaren door het feit dat dit geen vast omlijnde verrichting is, doch meer een continue bewaking, waarbij de voortdurende aanwezigheid van de arts niet noodzakelijk is.

Volledigheidshalve dienen we een kanttekening te plaatsen bij de betrouwbaarheid van deze gegevens. De informatie die we weergeven is verkregen door te vragen naar de oproepbaarheid. Dit impliceert dat niet de exacte tijdsduur is gemeten (daarvoor zou een observatiestudie nodig zijn), maar de perceptie van de verpleegkundigen met betrekking tot de tijdsduur. We mogen evenwel con-

Tabel 3. Indien u handelingen verricht waartoe u niet bevoegd bent, welke zijn dat dan?

	absoluut	procenten	code-nummer
intraveneus medicijnen spuiten	302	40	3-4
infuus inbrengen	213	28	
arteriepunctie	159	21	4
intuberen	101	13	4
defibrilleren	77	10	3
extuberen c.q. detuberen	63	8	4
medicatie bij reanimatie	58	8	4
medicatie op eigen initiatief	50	7	4
ecg beoordelen	45	6	3-4
venapunctie	42	6	2-4
beademing bijstellen	41	5	3
Swan Ganz catheter verwijderen	40	5	4
bronchiaal toilet	31	4	3
thoraxdrain verwijderen	23	3	4
K+ supplementen	21	3	4
lange lijn inbrengen	19	2	4
epiduraal spuiten	17	2	4
pacemaker zelf aanzetten	16	2	4
arteriële lijn inbrengen	14	2	4
diagnose stellen en handelen	12	2	4
cardioversie	11	1	4
intracardiaal spuiten bij reanimatie	10	1	4
cardiac output meten	10	1	4
dopaminedosis zelf bijstellen	9	1	4
zelf infuusbeleid uitzetten	8	1	4
zelf interpreteren s.g. curve	7	1	4
contrast c.v.d. contrast opspuiten	6	1	4
wedgedruk meten met Swan Ganz	6	1	4
zuurstof toedienen	6	1	4
sedatie zelf regelen	5	1	
Swan Ganz opvoeren	5	1	4
hogedruk-infuus toedienen	5	1	4
med. bijstellen a.h.v. arteriële lijn	4	1	3
patiënt loskoppelen/abstineren	4	1	4
röntgenfoto aanvragen	3	1	
diversen	44	8	

(N=763)

* Toegekend door de Commissie Verantwoordelijkheid Verpleegkundigen in Algemene Ziekenhuizen.

cluderen dat gemiddeld over de handelingen meer dan 60% van de verpleegkundigen zegt dat de arts, indien deze wordt opgeroepen, na vijf minuten aanwezig is.

gemene Ziekenhuizen. Het betreft namelijk handelingen die door de genoemde

SLOTBESCHOUWING

Het uitvoeren van medische handelingen is niet enkel een zaak van de arts: verpleegkundigen verrichten medische handelingen. Naarmate meer verpleegkundigen zeggen bepaalde handelingen te doen, neemt de aanwezigheid van de arts af. Handelingen die slechts weinig worden gedaan door verpleegkundigen, gebeuren nog in de helft van de gevallen zonder directe aanwezigheid van een arts.

Het overgrote deel van de in dit artikel genoemde handelingen is in strijd met de richtlijnen van de Commissie Verantwoordelijkheid Verpleegkundigen in Al-

commissie zijn ingedeeld in codegroep vier.

De mate waarin verpleegkundigen medische handelingen verrichten roept vragen op over de werkbaarheid van de verlengde-armconstructie en over de plaats van de arts daarbij. De positie van de arts is onder andere van belang voor de juridische kant van het medisch handelen. De arts, zo is gebleken, is in een aantal gevallen niet de uitvoerder van de handeling, doch de opdrachtgever en toezichthouder. Dit toezicht, zoals geregeld in de verlengde-armconstructie stelt als voorwaarde het directe toezicht van een arts. Uit het onderzoek blijkt dat daaraan in de praktijk niet wordt voldaan in de zin van lijfelijke aanwezigheid; wel blijken artsen oproepbaar te zijn.

De hierboven gepresenteerde gegevens spreken, naar wij menen, voor zich. Anno 1988 is medisch handelen een zaak van zowel artsen als verpleegkundigen. Waar het zo te zien aan ontbreekt is een juridisch kader dat ook in de praktijk van alledag is te hanteren, zodat verpleegkundigen niet langer verrichtingen hoeven uit te voeren waarvan onduidelijk is of ze die eigenlijk wel mogen doen. □

Een eerdere publikatie over het hier beschreven onderzoek verscheen in het Tijdschrift voor Ziekenverpleging van 25 augustus 1987 (nr. 17).

Literatuur

1. Bosch H. Bevoegdheid en aansprakelijkheid van verpleegkundigen. Lochem: De Tijdstroom, 1979.
2. Aller R van. Verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van verpleegkundigen. In: Gijn M van et al. Wegwijs in de gezondheidszorg. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1987.
3. Beumer FJA. Recht voor verpleegkundigen. Deventer: Kluwer, 1982(3).
4. Commissie Verantwoordelijkheid Verpleegkundigen in Algemene Ziekenhuizen, tweede rapport. Leidschendam: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, december 1985.

Aller R van, Driel Krol M van. Van de nood een deugd maken? Tijdschrift voor Ziekenverpleging 1987 nrs 19, 20, 21.

Gijn M van et al. Wegwijs in de gezondheidszorg. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1987.

Voorbehouden handelingen in de Wet BIG

Het blijkt telkens weer moeilijk de complexe medische werkelijkheid in juridische kwalificaties te vatten. De uitwerking van het onderwerp 'voorbehouden handelingen' in het voorstel van Wet BIG, met daarin opgenomen het leerstuk van de 'verlengde arm', onderstreept deze stelling opnieuw.

WET BIG

Het voorstel van Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)¹, dat in mei 1986 bij de Tweede Kamer werd ingediend, gaat uit van het principe dat het een ieder vrij staat zich beroepsmatig op het terrein van de individuele gezondheidszorg te begeven. Let wel, het begrip 'individuele gezondheidszorg' omvat zowel hetgeen onder geneeskunst wordt verstaan alsook activiteiten op het gebied van de verpleging en observatie van individuele patiënten. Met dit principe wordt het stelsel van beroepsbescherming dat is neergelegd in de Wet uitoefening geneeskunst, verlaten. Hiervoor wordt in de Wet BIG een stelsel van titelbescherming in de plaats gesteld. Voor de arts geldt dat deze pas gerechtigd is de titel 'arts' te voeren nadat hij zich in het desbetreffende register heeft ingeschreven. Inschrijving vindt pas plaats als aan de wettelijk gestelde opleidingseisen is voldaan. In de Wet BIG is een aantal instrumenten neergelegd om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en te bewaken, zoals tuchtrecht, periodieke registratie, de erkenning van specialistentitels, deskundigheidsomschrijvingen, de aanwijzing van voorbehouden handelingen en het toezicht op de gezondheidstoestand van beroepsbeoefenaren, en een aantal meer specifieke eisen, zoals eisen aan de opslag van gegevens en de inrichting van de praktijkruimte. De meeste van deze instrumenten moeten in de toekomst nader worden ingevuld in Algemene Maatregelen van Bestuur.

Inmiddels is in januari 1987 het voorlopig verslag van de vaste commissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer verschenen. Naar verwachting zal de staatssecretaris hierop binnenkort reageren in de vorm van een Memorie van Antwoord, waarna verdere parlementaire behandeling kan plaatsvinden. In het vervolg van dit artikel willen we ons beperken tot het vraagstuk van de voorbehouden handelingen.

J. M. Buiting en
Prof.Mr. W. B. van der Mij

Dit artikel 'rijmt' op het voorgaande, al is het er niet op geschreven, en verwijst naar een constructief voorstel. Maar eerst: de stand van zaken met betrekking tot de voorbehouden handelingen. Voor leken (lees: artsen) verklaard door de secretaris van de commissie BIG van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, J. M. Buiting, arts, en de juridisch adviseur van de KNMG, Prof.Mr. W. B. van der Mij, buitengewoon hoogleraar gezondheidszorgbeleid en gezondheidsrecht aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

VOORBEHOUDEN HANDELINGEN

Wat zijn voorbehouden handelingen?

In de Wet BIG blijft een rudiment van bovengenoemde beroepsbescherming bewaard, in die zin dat tot het verrichten van een aantal voor de patiënt risicovolle handelingen, de zogenoemde voorbehouden handelingen, een uitsluitende bevoegdheid wordt verleend aan een aantal in de wet met name genoemde beroepen.

Welke handelingen zijn voorbehouden?

Voorbehouden handelingen worden in de Memorie van Toelichting bij het wetsontwerp omschreven als handelingen die, indien zij worden verricht door anderen dan daartoe deugdelijk opgeleide personen, onverantwoorde risico's voor leven of gezondheid van de patiënt zouden opleveren.

Een opsomming van de verschillende voorbehouden handelingen is te vinden in artikel 53:

- heilkundige handelingen (lid 1);
- verloskundige handelingen (lid 2);
- catheterisaties en endoscopieën (lid 3);
- injecties (lid 4);
- puncties (lid 5);
- het brengen onder narcose (lid 6);
- handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg met gebruikmaking van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden (lid 7).

De Memorie van Toelichting motiveert de keuze van de bovengenoemde categorieën van voorbehouden handelingen aan de hand van drie criteria:

- a. Er moet sprake zijn van een aanmerkelijk gevaar voor leven en gezondheid van patiënten bij het betreden van dit gebied door ondeskundigen.
- b. Het gebied moet duidelijk af te grenzen zijn, dat wil zeggen: wat men voorbehouden wil moet uit de omschrijving zelf duidelijk blijken.
- c. In de praktijk moet het gebied ook door onbevoegden (lees: ondeskundigen) worden betreden; het heeft geen zin gebieden voor te behouden waarop ondeskundigen nimmer zullen en, door gebrek aan faciliteiten, kunnen komen.

De Gezondheidsraad is om advies gevraagd of de toepassing van nieuwe technieken op het terrein van de gezondheidszorg zou kunnen leiden tot verrichtingen die als voorbehouden handelingen moeten worden aangemerkt²; te denken valt hierbij aan de toepassing van laserstralen in de gezondheidszorg. De Gezondheidsraad beraadt zich nog over de beantwoording van deze vraag. Overigens zal het een ieder opvallen dat het risico bij bovengenoemde handelingen van volstrekt ongelijke orde is. Op een schaal van denkbare handelingen bevinden zich aan de ene kant een blaascatherisatie bij de vrouw en een intramusculaire vitamine B12-injectie, aan de andere kant een complexe neurochirurgische ingreep of een radiotherapeutische behandeling in het hoofd-halsgebied.

Wie mogen voorbehouden handelingen verrichten?

De hoofdregel staat vermeld in artikel 52: 'Het is degene die niet behoort tot de personen die bij artikel 53 daartoe bevoegd zijn verklaard, verboden buiten noodzaak beroepsmatig een handeling als in dat artikel omschreven te verrichten.'

Bij de diverse voorbehouden handelingen die in artikel 53 worden genoemd, wordt telkens opgesomd welke beroepsbeoefenaren bevoegd worden verklaard tot het verrichten daarvan. De arts wordt bij alle genoemde handelingen vermeld. Bij de meeste beroepsbeoefenaren wordt deze bevoegdheid ingeperkt met de zinsnede: 'uitsluitend voor zover het betreft handelingen die (...) worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid'. Een

voorbeeld hiervan is het verrichten van verloskundige handelingen door de verloskundige. Concreet betekent dit dat de verloskundige bijvoorbeeld geen kunstverlossingen zal mogen verrichten, omdat die niet tot het wettelijk omschreven gebied van deskundigheid van de verloskundige behoren. Overigens laat de bedoelde bevoegdheid onverlet dat de beroepsbeoefenaar dient te blijven binnen de door de tuchtrechter getoetste grenzen van kennen en kunnen.

In artikel 55 wordt de figuur van de 'delegatie' van medische handelingen door bevoegden aan niet-bevoegden, in de jurisprudentie en literatuur bekend als de 'verlengde-armconstructie', gecodificeerd. Lid 2 van dit artikel zegt dat een voorbehouden handeling, verricht door een niet in artikel 53 bevoegd verklaarde persoon, wordt beschouwd als een door een daartoe bevoegde verrichte handeling, indien aan een aantal voorwaarden is voldaan:

- De opdracht tot het verrichten van de handeling is verstrekt door een bevoegde (artikel 53, lid 2).
 - Redelijkerwijs mag worden aangenomen dat de onbevoegde beschikt over de vereiste bekwaamheid (artikel 53, lid 1a).
 - De mogelijkheid tot toezicht door de opdrachtgever op de uitvoering, tot het zijnerzijds geven van aanwijzingen en tot zijn persoonlijke tussenkomst in gevallen waarin zulks redelijkerwijs nodig is, is afdoende verzekerd (artikel 53, lid 1b).
- Van de laatste voorwaarde moet worden gezegd dat de gekozen formulering in eventuele conflictsituaties weinig houvast aan de rechter zal bieden. Het op drie plaatsen vervagen van een op zich duidelijke eis tot toezicht door de woorden 'mogelijkheid tot', 'redelijkerwijs' en 'afdoende' maakt het voor de rechter moeilijk uit de wetsbepaling zelf een duidelijke normstelling af te leiden.

Samenvattend worden in het voorstel van wet drie mogelijke situaties bij het verrichten van voorbehouden handelingen geschetst.

1. Het verrichten van voorbehouden handelingen door in artikel 53 daartoe bevoegd verklaarden. Gelet op de formulering van de artikelen 53 en 55 en op de Memorie van Toelichting moet onder 'verrichten' worden verstaan: zowel het stellen van de indicatie als het uitvoeren van de handeling.
2. Het verrichten van voorbehouden handelingen door niet in artikel 53 bevoegd verklaarden in opdracht van een bevoegde, indien de niet-bevoegde daar-

toe bekwaam mag worden geacht en enigerlei vorm van toezicht door de bevoegde kan worden gegarandeerd. In dat geval wordt de handeling beschouwd als door een bevoegde verricht. Indicatie en uitvoering zijn hierbij dus in verschillende handen.

3. Een beroepsbeoefenaar voldoet niet aan de onder 1 en 2 genoemde voorwaarden. Het is hem verboden voorbehouden handelingen te verrichten, zowel waar het de indicatie als waar het de uitvoering betreft.

BESCHOUWING VAN DIT STELSEL

Globaal gesproken kan het hierboven uiteengezette stelsel positief worden beoordeeld.

De hoofdpunten van kritiek op de artikelen in het voorstel van Wet BIG die op de voorbehouden handelingen betrekking hebben, zijn van tweeërlei aard:

- Zoals hierboven reeds aangeduid, moet in het voorstel van wet onder *verrichten* van voorbehouden handelingen in artikel 53 worden verstaan: zowel het stellen van de indicatie als het uitvoeren van de handeling. Het wekt dan ook bevreemding dat in lid 5 van artikel 53 de klinisch chemicus bevoegd wordt verklaard tot het verrichten van puncties (de indicatie ligt bij de arts, de uitvoering gebeurt zelden of nooit door de klinisch chemicus) en dat de mondhygiënist in lid 7 van hetzelfde artikel bevoegd wordt verklaard tot het verrichten van handelingen met gebruikmaking van toestellen die ioniserende stralen uitzenden. (Dat de mondhygiënist, gelet op de huidige praktijk, de indicatie zou behoren te stellen tot het maken van röntgenopnamen kan tenminste worden betwijfeld.)
- Een tweede punt van kritiek werd in aanvang vooral aangedragen van de zijde van verpleegkundigen en radiologisch laboranten, maar vond al snel steun van een aantal grote koepelorganisaties, zoals de Nationale Kruisvereniging en de Nationale Ziekenhuisraad, en wordt ook door de KNMG onderschreven. Het gaat hierbij om het volgende: sinds jaar en dag worden door onbevoegden, met name door verpleegkundigen en radiologisch laboranten, medische handelingen – in de nieuwe terminologie: voorbehouden handelingen – verricht. Enerzijds gaat het dan om handelingen waarvan het gezien de opleiding en ervaring van de betrokken beroepsbeoefenaren volstrekt verantwoord is dat deze op indicatie van een arts zelfstandig, dat wil zeggen zon-

der toezicht, worden uitgevoerd; te denken valt aan het geven van intramusculaire injecties en het maken van niet-invasieve röntgenopnamen. Anderzijds worden door voorgenoemde beroepsgroepen handelingen uitgevoerd waarbij juist wel toezicht van een arts wenselijk is (conform de constructie van artikel 55); voorbeelden hiervan vinden we in de intensive-careverpleging.

Voor alle duidelijkheid: wanneer in dit kader wordt gesproken over zelfstandigheid van verpleegkundigen, dan gaat het daarbij om de uitvoering van de handeling, zij het zonder direct toezicht van de arts; de indicatiestelling zal conform de huidige praktijk bij de arts behoren te liggen.

Een aparte problematiek doet zich voor bij de ambulanceverpleging. Toch zouden we ook hier vooralsnog in principe willen pleiten voor een indicatiestelling van de arts. De noodsituaties die voor een verpleegkundige aanleiding kunnen zijn om te beslissen tot het uitvoeren van een voorbehouden handeling worden door strafrechtelijke bepalingen en jurisprudentie in ons rechtstelsel voldoende afgeschermd. De dagelijkse praktijk kan deze situaties voor de verpleegkundige helpen op een verantwoorde wijze hanteerbaar te maken door middel van protocollen.

Kortom, blijkbaar kent de medische praktijk naast de drie eerdergenoemde situaties bij het verrichten van voorbehouden handelingen die het voorstel van Wet BIG noemt nog een vierde situatie, namelijk dat een beroepsgroep weliswaar niet bekwaam en derhalve ook niet bevoegd mag worden geacht tot het stellen van de indicatie tot het uitvoeren van een bepaalde voorbehouden handeling, maar wel tot het zelfstandig uitvoeren van een dergelijke handeling.

ADVIES NATIONALE RAAD

Bovengenoemde kritiek heeft geleid tot een ongevraagd advies aan de staatssecretaris van WVC van de zijde van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid³. De raad heeft dit advies behandeld in zijn vergadering van 8 oktober jl.

Ter weerlegging van de kritiek biedt de Nationale Raad een constructieve oplossing, namelijk het in de wet opnemen van een nieuw artikel (voor de duidelijkheid artikel 53A genoemd) waarin de bevoegdheid tot zelfstandig uitvoeren van voorbehouden handelingen op voorschrift van een arts of tandarts door onder anderen verpleegkundigen en radio-

logisch laboranten is vastgelegd, tenminste voor zover deze handelingen gelet op de opleiding tot hun gebied van deskundigheid kunnen worden gerekend. Overigens zullen de gevallen waarin artikel 53A van toepassing zal zijn nader bij Algemene Maatregel van Bestuur moeten worden ingevuld; het is bijvoorbeeld denkbaar dat het geven van intramusculaire injecties wel en het geven van intraveneuze injecties niet in deze maatregel zal worden opgenomen.

CONCRETE VOORBEELDEN

Voor de duidelijkheid zal een aantal praktijksituaties worden beschreven en zal worden aangegeven welke wettelijke formulering hierop van toepassing is:

- de arts die een maagoperatie verricht. Bevoegdheid krachtens artikel 53, lid 1, onverlet latend dat de arts zich moet houden aan de grenzen van kennen en kunnen, getoetst door de tuchtrechter;
- de radiodiagnostisch laborant die op voorschrift van de dienstdoende arts een röntgenopname van de enkel maakt ter

uitsluiting van een fractuur (N.B. De beoordeling van de foto is aan de arts).

Artikel 53A advies Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Derhalve geen toezicht nodig op de uitvoering;

– de wijkverpleegkundige die op voorschrift van de arts een intramusculaire vitamine B12-injectie toedient.

Eveneens artikel 53A advies Nationale Raad. Eveneens geen toezicht nodig op de uitvoering;

– de verpleegkundige die een infuus ter toediening van chemotherapeutica aanlegt.

Artikel 55, voorstel van Wet BIG. Indien de arts niet voor afdoende toezicht zorgdraagt, dan is hij bij eventuele schade civielrechtelijk aansprakelijk, alsmede kan hij strafrechtelijk worden vervolgd, omdat hij de verbodsbepaling van artikel 55 lid 1 aanhef, heeft overtreden;

– de fysiotherapeut die een arthroscopie zou willen verrichten ter bevestiging van de door hem gestelde diagnose.

Artikel 52 voorstel van Wet BIG. Noch bevoegd tot indicatiestelling, noch bevoegd tot uitvoering.

TENSLOTTE

Het kan, zoals gezegd, moeilijk zijn de complexe medische werkelijkheid in juridische kwalificaties te vatten. Soms kan nuancering een oplossing bieden voor dit probleem. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid heeft met zijn rapport een waardevolle poging gedaan om deze nuancering aan te brengen. □

Literatuur

1. Regelen inzake beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg). Kamerstukken 19522, mei 1986.
2. Adviesaanvraag aan de Gezondheidsraad van de staatssecretaris van WVC, d.d. 2 april 1985.
3. Advies inzake voorbehouden handelingen in de Wet BIG. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, oktober 1987.

Risicoverzekering tegen medische schade

Jaarlijks behandelt de Stichting De Ombudsman honderden klachten van patiënten die teleurgesteld zijn over het resultaat van een medische behandeling. Allerlei complicaties bij medische behandelingen kunnen ertoe leiden dat het resultaat van de behandeling niet dat is wat patiënt en arts ervan hebben verwacht. Het komt zelfs regelmatig voor dat een patiënt schade lijdt als gevolg van een operatie of medisch onderzoek. Dat is altijd een ingrijpende en ernstige gebeurtenis in een mensenleven, zowel emotioneel als financieel. Emotioneel laten artsen deze patiënten vaak in de kou staan. En financieel kunnen er grote problemen ontstaan. Een tegenvallend behandelingsresultaat kan leiden tot langer ziekenhuisverblijf, extra hulp thuis, arbeidsongeschiktheid en zelfs de dood. Schadevergoeding kan als een bijdrage in de onkosten en verzachting van het overkomen leed worden beschouwd. Het verkrijgen van schadevergoeding is

Mr. P. H. Ruyzendaal

Verzeker, net als de Zweden dat doen, het risico van achteruitgang van de gezondheidstoestand ten gevolge van de medische behandeling: dan is schadevergoeding mogelijk zonder dat er van een beroepsfout sprake hoeft te zijn. Een voorstel uit de boezem van de Stichting De Ombudsman.

in de praktijk een moeizame zaak, heeft de Stichting De Ombudsman geconstateerd. Patiënten die schade hebben geleden door een medische behandeling worden geconfronteerd met jarenlange onderhandelingen met verzekeraars van artsen en ziekenhuizen. Vaak stuiten ze hierbij ook nog eens op een muur van zwijgende medische hulpverleners.

Het vragen om schadevergoeding leidt tot conflicten. In het huidige aansprakelijkheidsrecht kan een patiënt alleen schadevergoeding krijgen als er komt vast te staan dat de schade is ontstaan door een arts die onzorgvuldig heeft gehandeld.

Wij menen dat een risicoverzekering tegen medische schade een oplossing kan vormen, voor de schade lijdende patiënt en voor de met een schadeclaim geconfronteerde arts. Verzekerd is dan namelijk het risico van achteruitgang van de gezondheidstoestand ten gevolge van de medische behandeling. In dat geval is schadevergoeding mogelijk zonder dat er van een beroepsfout sprake hoeft te zijn. Een soortgelijke verzekering bestaat al in Zweden.

HUIDIGE SITUATIE

De aansprakelijkheid van arts en ziekenhuis is een uitwerking van de contractue-

le en wettelijke aansprakelijkheid. Een patiënt sluit een behandelingsovereenkomst met de arts. Voor de arts betekent dit dat hij een *inspanningsverplichting* heeft om de patiënt te helpen. De arts heeft geen resultaatsverplichting. Hierdoor kan een patiënt niet volstaan met te stellen dat schadevergoeding moet worden betaald, als een medische behandeling niet het gewenste resultaat heeft opgeleverd: de patiënt moet bewijzen dat de arts zich onvoldoende heeft ingespannen.

Voor zover de aansprakelijkheid is gebaseerd op de onrechtmatige daad als omschreven in artikel 1401 van het Burgerlijk Wetboek dient onder meer de schuld van de medicus te worden vastgesteld. Dit *schuldvereiste* komt er bij medische schaden op neer dat moet worden vastgesteld of de arts in kwestie iets deed of naliet dat een redelijk bekwaam vakgenoot onder dezelfde omstandigheden niet zou hebben gedaan of nagelaten. Is dat vastgesteld, dan heeft de arts onzorgvuldig gehandeld en een verwijtbare fout begaan. Voorts moet worden aangetoond dat de patiënt *schade* heeft geleden. Bij materiële schade gaat het om de kosten van extra medische behandelingen of verblijf in ziekenhuis, inkomstenderving, kosten van huishoudelijke hulp en dergelijke. Daarnaast kan aanspraak worden gemaakt op smartegeld voor het leed dat de foute behandeling tot gevolg heeft gehad; wel moet het causale verband tussen deze schade en de betrokken medische fout worden aangetoond. Tot slot is er de kwestie van de *bewijslast*. Volgens de algemene rechtsregels dient de patiënt aan te tonen dat de arts onzorgvuldig heeft gehandeld, kortom dat een verwijtbare fout is gemaakt.

Voor de schadevergoeding eisende patiënt leveren al deze juridische hindernissen ernstige problemen op.

Fouten ontkennen

Uit de praktijk blijkt dat een arts in het huidige op schuld gebaseerde schadevergoedingssysteem er moeite mee heeft toe te geven dat hij onzorgvuldig heeft gehandeld, hoezeer hij ook wenst dat zijn patiënt schadeloos wordt gesteld. Op zich is dat begrijpelijk, daar erkenning van schuld stigmatiserend kan werken. Voor de patiënt levert het echter problemen op. Artsen blijken in de praktijk namelijk weinig toeschietelijk te zijn in het geven van informatie als een behandeling slecht is afgelopen. Inzage in medische gegevens wordt dan geregeld be-

moeilijk. Soms ontbreken juist de relevante gegevens of zijn ze zoekgeraakt.

Ongelijke positie

Vraagt een patiënt schadevergoeding, dan zal hij of zij al gauw te maken krijgen met de verzekeraar van het ziekenhuis of de arts. De patiënt krijgt dan een wederpartij tegenover zich die uitermate deskundig is op het gebied van de schaderegeling en alle kneepjes van het vak kent. In tegenstelling tot de verzekeraars beschikken weinig patiënten over de nodige lange adem, financiën en kennis om met enige kans op succes een schadeclaim gehonoreerd te krijgen. Als algemene conclusie kan gelden dat het huidige medische schadevergoedingssysteem uitermate patiënt-onvriendelijk en ontoereikend is.

Twee voorbeelden

Voorbeeld I

Een mevrouw moest een heupoperatie ondergaan. Tijdens deze operatie werd een zenuw doorgesneden. Het gevolg was dat deze patiënte blijvende verlamningsverschijnselen aan haar voet kreeg. Haar werk als verpleegster kon ze niet meer doen. Uiteindelijk kwam ze in de WAO terecht. Een dramatisch en triest gevolg van die operatie. Daarover waren ook de verantwoordelijke artsen het eens. Deze voormalige verpleegster had door deze mislukte operatie ook inkomstenschade geleden en kosten voor huishoudelijke hulp moeten maken. Zij kreeg die schade niet vergoed, omdat niet kon worden aangetoond dat er een verwijtbare medische fout was begaan.

Voorbeeld II

Bij een vrouw was de baarmoeder operatief verwijderd. Na de operatie ontstonden continentieproblemen. Later werd vastgesteld dat dit kwam doordat tijdens de operatie de urineleiders per ongeluk waren afgebonden. Aan enkele hoogleraren in de gynaecologie werd de vraag voorgelegd of het hier om een verwijtbare fout ging. Daar werd verschillend over gedacht. Het gevolg was dat de verzekeraar het verschil van mening aangreep om de vraag om schadevergoeding af te wijzen. Inmiddels wordt er al jaren geprocedeerd en worden de kosten voor de patiënte hoger en hoger.

Deze voorbeelden zijn volgens ons exemplarisch voor het merendeel van de medische schadezaken. Het is een groot grijs gebied van mislukte geneeskundige behandelingen met onbevredigende gevolgen voor patiënten. Wij hebben het hier over de zaken waarbij enerzijds duidelijk is dat een patiënt schade heeft geleden ten gevolge van een mislukte medi-

sche behandeling en waarbij anderzijds niet kan worden bewezen dat de medicus schuld heeft aan de ontstane schade of waarbij er sprake is van een niet-verwijtbare behandelingscomplicatie.

Een paar cijfers

In 1985 zijn in Nederland 874.764 operaties uitgevoerd en werden 1,6 miljoen patiënten uit het ziekenhuis ontslagen. Het aantal uitgevoerde onderzoeken is wellicht een veelvoud van het aantal operaties. Bij operaties zowel als bij onderzoeken komen schade opleverende complicaties voor. Onze medisch adviseur schat de gemiddelde complicatiefactor zeker op 1% à 2%. Dit betekent dat we jaarlijks waarschijnlijk rekening moeten houden met minimaal 10.000 schadezaken. Dit is aanzienlijk meer dan de 400 waar de verzekeraars van medische aansprakelijkheidsrisico's, verenigd in de MAR, over spreken. De MAR beheerst ongeveer de helft van de markt van medische schadezaken.

Aangenomen kan worden dat er een grote groep patiënten is die door medisch handelen schade lijdt, maar op grond van het huidige aansprakelijkheidsrecht geen schadevergoeding kan krijgen, ook al omdat bestaande particuliere verzekeringen en het sociale-zekerheidsstelsel dit probleem niet of maar zeer ten dele oplossen.

RISICOVERZEKERING

Juridische en medische hulpverleners hebben er in het verleden al meermaals op gewezen dat schade door medisch handelen voor patiënten moeilijk te verteren is en zelfs traumatiserend kan werken. Dit geldt eens te meer als ze te maken krijgen met jarenlange procedures, geen schadevergoeding en zwijgende medische hulpverleners. Wij van de Stichting De Ombudsman zijn daarom van mening dat voor dit maatschappelijk probleem een oplossing moet worden gevonden.

Een risicoverzekering tegen schade door medisch handelen kan een belangrijke bijdrage zijn. Dan zou het risico van achteruitgang van de gezondheidstoestand ten gevolge van een medische behandeling zijn gedekt. Het grote voordeel is dat veel meer patiënten dan nu een uitkering zouden kunnen krijgen. Ook zal de procedure eenvoudiger worden. Voor de arts is van belang dat niet meer hoeft te worden uitgezocht of de schade is ontstaan door een beroepsfout. Schade en

beroepsfout zijn bij deze verzekering niet gekoppeld. Toekenning van schadevergoeding houdt dan geen 'veroordeling' en stigmatisering van de hulpverlener in.

Behandelingsschade

De risicoverzekering beoogt de gezondheidsachteruitgang door medisch handelen ofwel de behandelingsschade te dekken. Het begrip 'behandelingsschade' zal goed moeten worden omschreven. Hierbij moet onder meer aan het volgende worden gedacht:

1. Men kan kiezen voor een risicoverzekering, waarbij elke door de behandeling ontstane schade voor vergoeding in aanmerking komt. Wellicht is dat moeilijk afgrensbaar. Een mogelijkheid is het vermijdbaarheidscriterium als grens voor de dekking in te voeren. Dat zou betekenen dat de schade voor vergoeding in aanmerking komt die het gevolg was van een te voorkomen complicatie. Het is een ruimer en objectiever criterium dan het huidige verwijtbaarheids criterium. Men spreekt van een *verwijtbare* fout als de arts onder de gemiddelde norm heeft gehandeld en van een *vermijdbare* fout als de arts onder de optimale norm is gebleven. Met het vermijdbaarheidscriterium wordt ook aangesloten op hetgeen in de medische wereld gangbaar is. In de fouten, ongevallen, en bijna-ongevallen commissie (FOBO-commissie) wordt hier ook mee gewerkt. Wel willen we opmerken dat de precieze grens nog onderwerp van studie is, want het vermijdbaarheidscriterium kan toch te eng blijken te zijn.

2. Het is onvermijdelijk dat schade ontstaan door bepaalde behandelingen wordt uitgesloten. Een risicovolle behandeling, al dan niet met een experimenteel karakter in situaties waar niet ingrijpen ook grote risico's met zich meebrengt, is nu eenmaal onverzekeraar. Deze risicoverzekering moet er niet toe leiden dat artsen van bepaalde behandelingen afzien als de patiënt daar baat bij kan hebben: dat zou het paard achter de wagen spannen en wellicht Amerikaanse spookbeelden oproepen.

Verzekeringsvorm

Men kan kiezen voor twee verzekeringsvormen. Enerzijds voor een *risicoverzekering*, waarbij de totale werkelijk geleden schade wordt vergoed. Anderzijds kan voor een *sommenverzekering* worden gekozen; in dat geval kan bij overlijden of blijvende invaliditeit een van tevo-

ren vastgesteld bedrag worden uitgekeerd. Onze voorkeur gaat uit naar de eerste vorm.

Een risicoverzekering kan op basis van een volksverzekering worden ingevoerd, of op basis van een particuliere verzekering. Een volksverzekering lijkt ons gezien de huidige politieke opvattingen niet haalbaar.

Verzekeraar?

Wij hebben de Nederlandse Vereniging van Algemene Aansprakelijkheidsverzekeraars (AAV) verzocht de mogelijkheden van een risicoverzekering voor medisch handelen te onderzoeken. Na een aanvankelijk afwijzende opstelling heeft men inmiddels een ad hoc-commissie ingesteld, die op niet al te lange termijn met een opvatting zal komen. Dit wil niet zeggen dat tot nu toe niet is gedacht over een dergelijke verzekering: de verzekeraar Lugt Sobbe acht een medische risicoverzekering op sommenbasis haalbaar; hij spreekt van een jaarlijks schade- en uitvoeringsbedrag van 155 miljoen gulden.

Wie betaalt de premie?

Ons uitgangspunt is dat het om een risicoverzekering voor iedereen gaat. De premie voor de beroepsaansprakelijkheidsverzekering komt reeds voor rekening van artsen en ziekenhuizen. Dat moet zo blijven. Het lijkt ons niet reëel dat zij de premie voor deze risicoverzekering eveneens opbrengen. Dan rijst de vraag of het rechtvaardig is de premie voor een dergelijke verzekering voor rekening van de individuele patiënt te laten komen. Dit zou betekenen dat, bij de gangbare nominale premies van particuliere verzekeraars, de kans groot is dat de risicoverzekering voor mensen met een minimuminkomen geen haalbare kaart is: het is moeilijk voorstelbaar dat zij een premie van bijvoorbeeld 10 gulden per ligdag kunnen opbrengen.

Beter lijkt het ons dat ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars de premie van de risicoverzekering voor de bij hen verzekerde patiënten betalen. In 1986 gaven deze instellingen gezamenlijk zo'n 35 miljard gulden uit aan de gezondheidszorg. Hiervóór hebben we gezien dat de medische schade per jaar rond de 155 miljoen ligt; dat is 0,0045% van die 35 miljard.

Een andere mogelijkheid is dat de premie uit het ziekenhuisbudget komt. Nog een variant kan zijn dat het ziekenfonds res-

pectievelijk de particuliere ziektekostenverzekeraar en het ziekenhuis gezamenlijk voor een basisdekking zorgen en dat de patiënt zichzelf kan bijverzekeren.

VOORDELEN OP TERMIJN

Wij zijn ervan overtuigd dat invoering van een risicoverzekering op termijn voordelen zal opleveren.

In het geval meer mensen dan nu schadevergoeding kunnen krijgen bij medische schade zal dit als een financiële én als een emotionele genoegdoening worden ervaren. Bij de risicoverzekering zal deze genoegdoening vaker en sneller kunnen worden gegeven dan nu. Wij verwachten dat hierdoor minder patiënten zich zullen vastbijten in klachten- en schadevergoedingsprocedures. Waarschijnlijk zullen ook de uitvoeringskosten van schadeverzekeraars, de kosten van keurende artsen, rechtshulpverleners en de klachten- of gerechtelijke procedures teruglopen. Een kleiner aantal patiënten dat zelf de schade van medisch handelen moet dragen kan ook de vraag naar medische, maatschappelijke en psychosociale hulpverlening doen verminderen; wellicht zullen ook minder van hen een beroep moeten doen op een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

In een tijd waar in de gezondheidszorg het belang van op de patiënt georiënteerd handelen steeds meer wordt onderkend, moeten de voordelen van een risicoverzekering tegen medische schade toch zeker worden onderkend. □

Een informatiemodel voor de gezondheidszorg

In opdracht van het Project Gezondheidszorg Almere wordt aan de Rijksuniversiteit Groningen een gezondheidszorginformatiemodel ontwikkeld. De gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in de regio Almere speelt een centrale rol bij deze ontwikkeling en bij de (toekomstige) toepassing. In dit artikel willen wij uiteenzetten wat een informatiemodel is, waarvoor zo'n model zoal wordt gebruikt en (in grote lijnen) hoe het wordt ontwikkeld.

Binnen de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening bestaat grote behoefte aan effectieve en efficiënte informatievoorziening, niet alleen op het operationele vlak, maar bijvoorbeeld ook voor het (regionale) beleid. Het opzetten of verbeteren daarvan is geen sinecure. Er zorg voor dragen dat elke activiteit tijdig wordt voorzien van de voor een goede uitvoering van die activiteit benodigde informatie (= informatievoorziening) vereist op z'n minst inzicht in en overzicht over alle activiteiten die in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening (moeten) worden uitgevoerd. Daarbij dient bij elke activiteit duidelijk te zijn waaruit de benodigde informatie precies bestaat en hoe daarin kan worden voorzien, dat wil zeggen om welke gegevens het gaat en waar deze (optimaal) worden (zouden kunnen worden) vastgelegd en welke informatiestromen er mogelijk en/of noodzakelijk zijn. Omdat de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening bestaat uit honderden op enigerlei wijze samenhangende activiteiten, ingebed in een van regio tot regio sterk wisselende organisatorische setting van tientallen instellingen en ondernemingen, ontbreekt het nodige overzicht tot op heden en is het inzicht in de activiteiten en bijbehorende informatiebehoeften sterk gespreid. Dit ontbreken van overzicht, gevoegd bij de vaak grillige organisatiestructuren, bemoeilijkt op zich al de opbouw van een adequate informatievoorziening. Daar komt dan nog bij een bijna niet te sturen of te beheersen hang naar automatisering van onderdelen van de informatievoorziening: het uit een beperkte invalshoek entameren van automatiseringsprojecten (financiële administratie, voorraadbeheer, registratie van laboratoriumverrichingen, patiëntenadministratie, communicatie), die leidt tot een onsamenvan-

A. J. ten Hoopen c.s.

Op een informatiemodel voor de gezondheidszorg wordt (ook) gestuurd aan de Rijksuniversiteit Groningen. Een vijftal medewerkers van de desbetreffende vakgroep (Sociale Geneeskunde en Epidemiologie) bericht erover; het zijn: A. J. ten Hoopen, C. A. C. Smit, D. J. L. Punt, J. Nutma en P. F. de Vries Robbé. Wat is een informatiemodel en hoe komt het tot stand?

gende lappendeken van heel en half geautomatiseerde en gestructureerde informatievoorzieningselementen.

De hier schetsmatig aangeduide problemen, die zich overigens niet alleen in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening voordoen maar evenzeer in complexe, grootschalige industriële bedrijven zijn te vinden^{1,2}, hebben geleid tot de ontwikkeling van informatiemodellen. Daarbij loopt de intramurale sector met het ziekenhuisinformatiemodel voorop^{3,4}. Een informatiemodel (voor de gezondheidszorg) is een systematische en volledige weergave, los van de organisatiestructuur, van de echte informatiebehoefte met betrekking tot alle (voor een gezondheidsregio denkbare) activiteiten op het niveau van de uitvoering (preventie, curatie, verzorging en dienstverlening) en op alle niveaus van beheersing en beleid (binnen én over de instellingen).

Met andere woorden: in een informatiemodel staat het primaire, uitvoerende proces met bijbehorende informatiebehoeften en de beheersing en beleidsvoering daarvan, centraal, los van de min of meer toevallige organisatorische setting waarin het plaatsvindt. De informatie nodig voor de uitvoering van bijvoorbeeld crisisopvang, thuiszorg of hulpverlening bij ongevallen verschilt immers niet wezenlijk bij verschillende taakverdelingen over Basisgezondheidsdienst, regionaal instituut voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG), kruisorganisatie, huisarts en tweedelijnsinstellingen. En op deze taakgerichte informatie, en niet op allerlei mogelijke taakverdelingen c.q. organisatorische problemen daarbij,

dient men zich bij opzet van de informatievoorziening te concentreren.

Voor de eerste fasen van het ontwikkelingstraject van de informatievoorziening is een belangrijke eigenschap van een informatiemodel dat het vooral houvast biedt door overzicht en systematiek met betrekking tot beschrijving en indeling van activiteiten, informatiebehoeften, gegevens en dergelijke. Om dit overzicht niet te verliezen komt een aantal praktische zaken in het model niet aan de orde, bijvoorbeeld het ontwerpen van registratieformulieren, afspraken over coderingen en privacyproblemen bij gegevensuitwisseling: deze zaken horen typisch in een latere fase thuis.

Hoe wordt een informatiemodel gebruikt? In grote lijn biedt een informatiemodel hulp bij: het vaststellen van een informatiebeleid; het vaststellen van problemen rond de huidige informatievoorziening en van een gewenste informatievoorziening; de planning van de ontwikkeling naar een toekomstige informatievoorziening.

Het informatiebeleid van een instelling, bijvoorbeeld een gezondheidscentrum, bevat principiële uitspraken over te ondernemen zaken en te stellen kwaliteits-eisen. Een van de hoofdpunten van een informatiebeleid zal ongetwijfeld zijn dat er een systeem van informatie dient te functioneren dat alle activiteiten van het gezondheidscentrum van de voor de uitvoering benodigde informatie voorziet en dat voorziet in informatie-uitwisseling met de 'buitenwereld', bijvoorbeeld met het ziekenhuis en met de basisgezondheidsdienst. Uit een gezondheidszorginformatiemodel is afleidbaar om welke activiteiten en welke informatiebehoeften het in dit geval gaat; of het nu activiteiten (en informatiebehoeften) van het gezondheidscentrum zijn of van bijvoorbeeld de basisgezondheidsdienst, maakt niet uit: ze zijn alle in het model opgenomen. Met andere woorden: het informatiemodel is onder meer een hulpmiddel bij het afbakenen en concretiseren van onderdelen van het informatiebeleid van instellingen. Of zo'n gezondheidscentrum voor z'n activiteiten ook beschikt over de juiste informatie kan worden beoordeeld na vergelijking van de nu gebruikte informatie met de in het model aangegeven informatiebehoeften (in termen van gegevens) bij elke activiteit.

Met andere woorden: het model kan worden gebruikt als *toetsingscriterium* voor de huidige informatievoorziening, ter vaststelling van knelpunten (ontbrekende, onvolledige, onjuiste informatie) en zelfs voor ideeënvorming c.q. als 'checklist' ten aanzien van een gewenste informatievoorziening. Blijkt, tenslotte, dat bijvoorbeeld bij het eerste contact over een probleem over patiënten van een gezondheidscentrum gegevens kunnen worden vastgelegd waaruit de informatiebehoeften kan worden gedekt van een groot aantal andere activiteiten, dan zal zo'n activiteit bij het maken van een plan voor de ontwikkeling van de informatievoorziening 'vroeg' aan de orde dienen te komen, gezien de centrale plaats die ze inneemt. Met andere woorden: informatiemodellen spelen, dankzij de erin beschreven *samenhang* tussen activiteiten in termen van informatie, een rol bij de planning van ontwikkelingsprojecten.

Gezien de veelheid van activiteiten, informatiebehoeften en gegevens, en gezien de complexiteit van een informatiemodel, is het niet te verwachten dat zulke modellen door iedere willekeurige werker in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening even gemakkelijk te hanteren (zullen) zijn. De doelgroep wordt primair gevormd door mensen die zich uit hoofde van hun beroep met de informatievoorziening binnen (en over) instellingen bezighouden. Overigens blijkt men in intramurale kring creatief in het ontdekken van gebruiksmogelijkheden van het ziekenhuisinformatiemodel^{5, 6}.

Uitgangspunt voor de opbouw van een gezondheidszorginformatiemodel zijn de uitvoerende activiteiten die in de gezondheidszorg in een regio kunnen worden aangetroffen. Zijn deze activiteiten eenmaal geïnventariseerd (en in tweede instantie de informatiebehoeften en daarmee de gegevens), dan is het zaak ze op een zo overzichtelijk mogelijke wijze te presenteren in combinatie met beheers- en beleidsvormingsactiviteiten (en informatiebehoeften). In Almere wordt daarbij gebruik gemaakt van een a priori-model, opgesteld op grond van bedrijfskundige theorieën⁷, en van de ervaring opgedaan met het ziekenhuisinformatiemodel⁸. Bovendien wordt het model, gezien het verwachte gebruik en de omvang en complexiteit van de beschreven activiteiten en informatiebehoeften, beschikbaar gesteld als computerbestand, voorzien van een gebruiksaanwijzing.

De *inventarisatie* van uitvoerende activiteiten is in Almere als volgt verlopen: Onder meer uitgaande van eerder onderzoek⁹⁻¹², zijn de mogelijke instellingen in de regio geïnventariseerd. Daarbij is tevens vastgesteld welke beroepen er in deze instellingen voorkomen. Bij elk van deze beroepen is vervolgens uit de literatuur en via de beroepsvereniging informatie over de taakuitoefening van de betrokken beroepsbeoefenaar verzameld. Dit heeft geleid tot de volgende systematiek in het beschrijven van (uitvoerende) activiteiten voor een beroep:

A. Primaire activiteiten:

- professioneel handelen;
- schakelfunctie;
- kwaliteitsbewaking;
- opleiding.

B. Ondersteunende activiteiten:

- administratie/informatie-uitwisseling;
- plannen/afspraken/bewaken;
- materieelbeheer.

De resultaten van deze inventariserende arbeid kunnen als volgt kort worden samengevat:

- Er zijn in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening ruim 180 *soorten* instellingen/organisatorische eenheden te onderkennen die direct bij de zorg voor patiënten/cliënten zijn betrokken.

- Er zijn meer dan 100 *soorten* organisatorische eenheden (overheidsinstanties, adviesorganen, etc.) in de beheers- en beleidsmatige sfeer

- Er zijn ruim 120 koepels van beroepsbeoefenaren.

- Er zijn enkele honderden organisaties, gericht op de bestrijding van bepaalde ziekten en/of problemen (patiëntenbelangenverenigingen, etc.).

Er worden in de uitvoerende sfeer bijna 180 beroepen onderscheiden. Met behulp van de informatie over de taakuitoefening van de betrokken beroepsbeoefenaren kan voor de helft van de beroepen een beschrijving worden opgesteld van de activiteiten die plaatsvinden binnen zo'n beroep. Voor de overige beroepen zijn via interviews in de regio Almere én elders in het land de activiteiten beschreven. Tevens worden via interviews (door het hele land) de activiteitenbeschrijvingen geactualiseerd en aangevuld, zodat er niet slechts een ideaaltypische beschrijving van de werkelijkheid ontstaat, maar een beschrijving die enigszins met die werkelijkheid overeenkomt.

De ontwikkeling van het model is thans zover gevorderd dat met een volgende interviewronde wordt gestart, waarin de informatiebehoefte zal worden gekop-

peld aan de beschreven activiteiten. Op die manier wordt niet alleen licht geworpen op de vraag welke informatie nodig is voor de uitvoering van activiteiten, maar ontstaat ook inzicht in gegevens, doordat informatiebehoeften (veelal) worden uitgedrukt in termen van precies te definiëren gegevens. Omdat deze gegevens vaak bij verschillende activiteiten zullen worden vastgelegd, ontstaat tevens inzicht in de mogelijkheid informatiestromen tussen activiteiten te creëren.

Bij de interviews in de regio Almere is gebleken dat er behoefte bestaat aan een gezondheidszorginformatiemodel, en wel bijvoorbeeld als blauwdruk voor de totale informatievoorziening binnen de regio. Men heeft behoefte aan een kader waarbinnen, afgestemd op het geheel, de ontwikkeling en verbetering van de eigen, instellingsgebonden informatievoorziening kan plaatsvinden. Bovendien bestaat er grote belangstelling voor ideeën rond beheers- en beleidsvormingsactiviteiten en de bijbehorende informatiebehoeften, zoals die in het model aan de orde komen. □

Literatuur

1. Theeuwis JAM. Informatiebeleid: een onmiskenbaar element in een strategisch plan. *Informatie* 1987; 29: 447-53.
2. Argelo SM. Informatieplanning bij Philips. *Informatie* 1987; 39: 239-43.
3. Geurts-de Haas GE, Oorschot HPF van, Vondel H van. Ziekenhuisinformatiemodel. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1984 (84.382).
4. Haas GE de, Oorschot HPF van, Smit CAC, Vondel H van. Ziekenhuisinformatiemodel voor algemene en academische ziekenhuizen. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1986 (86.475).
5. Vondel H van. Gebruik van het ziekenhuisinformatiemodel in de praktijk. Medisch Informaticacongres 1987. Antwerpen, 1987, 167-73.
6. Haas GE de, Vondel H van. Gebruikerservaringen Ziekenhuis Informatiemodel. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1987 (87.509).
7. Hoopen AJ ten, Smit CAC, Punt DJL, Nutma J, Vries Robbé PF de. Gezondheidszorg Informatie Model – Almere. Medisch Informaticacongres 1987. Antwerpen, 1987, 15-22.
8. Smit CAC, Hoopen AJ ten, Punt DJL, Nutma J, Vries Robbé PF de. Uitgangspunten en methodiek toegepast bij de ontwikkeling van een Gezondheidszorg Informatie Model, deel 2: Over een referentie-informatiemodel. Rijksuniversiteit Groningen. Vakgroep Sociale Geneeskunde en Epidemiologie, 1987.
9. Bücking PHJ, Kamermans RL, Koch W. Handleiding regionale gegevensoverzichten gezondheidszorg, deel II. Leiden: Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO, 1982.
10. SOB (Subcommissie Organisatie en Beheer). Aanbevelingen op het gebied van organisatie en beheer van de informatievoorziening in de gezondheidszorg. Leidschendam: BAG, 1982.
11. Carly L, Haaren H van, Krutzen FMH, Melssen JPMG, Namen A van. De gegevenscatalogus, deel II: toelichting bij de inhoud. Heerlen: RIVOG, 1985 (85.0696).
12. WCC (Werkgroep Classificatie en Coderingen). Voorlopige WCC-standaard inzake de identificering van organisatorische eenheden voor de gezondheidszorg. Zoetermeer, 1986 (86 WCC 37).

Medisch onderwijs

Bedrijfsgezondheidszorg voor de huisarts in spe

Een leerwerkperiode 'Arbeidsgezondheidkunde' in de meerjarige huisartsopleiding

Binnen afzienbare tijd zal de beroepsopleiding tot huisarts worden verlengd van één tot twee of drie jaar. Dit biedt de mogelijkheid de huisarts in opleiding naast het werk in de huisartspraktijk te laten deelnemen aan enkele zogeheten externe leer-werkperiodes: stageperiodes in de intra- of extramurale gezondheidszorg, bedoeld om zaken te leren die 'specifiek voor de huisarts zijn' en om 'te leren samenwerken binnen de eerste lijn en met de tweede lijn'¹. De commissie Curriculum Constructie voor de (meerjarige) Beroepsopleiding tot Huisarts (CCBOH) heeft een aantal verplichte leer-werkperiodes en keuze-activiteiten voorgesteld; daarbij wordt de sociale gezondheidszorg als mogelijkheid genoemd in de vorm van een stage bij een basisgezondheidsdienst¹. In dit artikel worden argumenten genoemd om in dit kader ook een stage bedrijfsgezondheidszorg te overwegen. Er wordt een voorstel uitgewerkt voor de programmering van een dergelijke stage. Daarnaast wordt gewezen op de wenselijkheid iedere huisarts in opleiding een beter inzicht te geven in de relatie tussen arbeid en gezondheid door een cursus arbeidsgezondheidkunde te organiseren als onderdeel van het algemene programma van de huisartsopleiding.

BEROEPSBEVOLKING

Tot op heden is ongeveer 60% van de Nederlandse beroepsbevolking nog verstoeken van bedrijfsgezondheidszorg. Als gevolg hiervan is een groot aantal werknemers bij gezondheidsklachten die aan hun werk zijn gerelateerd primair op hun huisarts aangewezen. Vaak gaat het hierbij om een persoonlijk werkadvies: kan ik met deze klacht of aandoening blijven werken? In sommige gevallen wordt de huisarts ook betrokken bij meer gecompliceerde arbeidsgezondheidkundige problemen. Daarnaast zullen ook werknemers die wél naar een bedrijfsarts gaan, voor en na een beroep doen op hun huisarts, bijvoorbeeld omdat zij geen relatie zien tussen hun klachten en hun

J. W. J. van der Gulden,
A. I. F. Vernooij
en Th. F. Senden

Nu huisartsen in spe er langer over moeten doen voor ze huisarts zijn, doet zich de mogelijkheid voor hen beter op hun arbeidsgezondheidkundige taak voor te bereiden. Een bericht als een pleidooi, uit de sectie Arbeidsgeneeskunde van de vakgroep Sociale Geneeskunde aan de Katholieke Universiteit Nijmegen.

werk; het is dan aan de huisarts een dergelijke relatie te signaleren en naar de bedrijfsarts door te verwijzen. Omgekeerd zal de bedrijfsarts zijn cliënten verwijzen naar hun huisarts, wanneer curatieve zorg nodig is. Hij zal soms ook informatie inwinnen bij zijn curatieve collega of met hem streven naar een gezamenlijke afstemming van beleid. De huisarts zal de werkomstandigheden van de betrokken cliënten daarbij mede in zijn overwegingen moeten kunnen betrekken om met vrucht met de bedrijfsarts te kunnen samenwerken. Hetzelfde geldt wanneer samenwerking met een verzekeringsarts gewenst is.

Tenslotte is van belang te beseffen dat veel arbeid niet in loondienst wordt verricht en dat veel gezondheidsrisico's die in eerste instantie binnen de arbeidssituatie zijn geanalyseerd ook daarbuiten actueel blijken te zijn (hobby's, nevenwerk, milieurisico's). Cliënten zijn voor deze categorie arbeidsgezondheidkundige vraagstellingen praktisch uitsluitend aangewezen op de huisarts.

De huisarts ziet terecht een eigen verantwoordelijkheid op het terrein van arbeid en gezondheid. In een formulering van de basistaken van de huisarts worden als taken met betrekking tot de beroepsbevolking genoemd²:

– Het op adequate wijze betrekken van

de werksituatie in het handelingsplan en het zo nodig geven van een gemotiveerd werkadvies.

– Rekening houden met de wisselwerking tussen patiënt, gezin en werkomgeving.

– Zo nodig met de bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige samenwerken.

– In het bedrijf gelegen of aan het beroep gebonden oorzaken van klachten of aandoeningen signaleren.

Hoe valide deze taakomschrijving ook moge zijn, het is de vraag of de huisarts daartoe thans capabel is, aangezien hij de daarvoor noodzakelijke kennis ten aanzien van de gezondheidseffecten van interactie met de werkomgeving voor een groot deel mist.

ARBEIDSGEZONDHEIDKUNDE

Nu de tijdruimte daarvoor ontstaat, verdient het sterk de aanbeveling een cursus Arbeidsgezondheidkunde als regulier onderdeel in de huisartsopleiding op te nemen. In een dergelijke cursus zou ten minste voldoende aandacht moeten worden besteed aan arbeidshygiëne, ergonomie, arbeidsgezondheidkunde, arbeids- en organisatiepsychologie, de organisatie van de sociale gezondheidszorg in relatie tot de arbeid, en het systeem van sociale zekerheid, met name toegespitst op de arbeidsongeschiktheidswetgeving (zie de volgende bladzijde).

De inhoud van een dergelijke cursus is betrekkelijk eenvoudig samen te stellen op basis van het programma van de beroepsopleiding van de bedrijfsarts en van bijvoorbeeld de Nijmeegse Opleiding Gezondheidswetenschappen³. Wat het aspect 'sociale zekerheid' betreft kan worden gerefereerd aan ervaringen in de Maastrichtse huisartsopleiding⁴. Gezien de ervaringen met deze programma's kan de tijdsduur van de voorgestelde cursus Arbeidsgezondheidkunde voor de huisarts worden geschat op acht tot tien dagdelen. Deze kunnen worden geprogrammeerd tijdens de terugkomdagen in de beroepsopleiding.

BEDRIJFSGEZONDHEIDSZORG

Als aanvulling op de hierboven beschreven cursus is het zinvol de huisarts in opleiding in de gelegenheid te stellen één leer-werkperiode door te brengen in een bedrijf. Een dergelijke stage Bedrijfsgezondheidszorg biedt de mogelijkheid daadwerkelijk kennis te maken met de mens in de arbeidssituatie en te zien hoe héél verschillende factoren in de arbeidsomgeving de gezondheid kunnen beïnvloeden.

Het accent van een dergelijke stage zou moeten liggen bij het zelf verrichten van een 'health hazard survey': een systematisch, algemeen oriënterend onderzoek naar de gezondheidsrisico's van een bepaalde werkplek. Zo'n survey kan in principe in iedere bedrijfstak worden uitgevoerd. Als voorbereiding dient kennis te worden genomen van de literatuur over het type problematiek dat in de bedrijfstak waar het survey zal plaatsvinden te verwachten is. Voor het eigenlijke 'survey' moeten vier weken worden gereserveerd. Aanvullend moet rekening worden gehouden met de tijd die nodig is voor de verslaglegging en voor het verder uitdiepen van bedrijfsgeneeskundige aspecten die in het 'survey' naar voren zijn gekomen.

De ervaring leert dat co-assistenten die een dergelijk 'survey' uitvoeren in het kader van hun wetenschappelijke stage (kort voor hun artsexamen) in korte tijd veel kennis opdoen van de arbeidsgeneeskunde en de bedrijfsgezondheidszorg.

Modulaire weergave cursusvoorstel 'Arbeidsgezondheidskunde voor de huisarts'

Arbeidshygiëne

Aard en werking van de voornaamste fysische, chemische en biologische (omgevings)determinanten van gezondheid

Ergonomie

Fysiek, zintuiglijk en mentaal functioneren in relatie tot de vormgeving van werk en werkomgeving

Arbeidsgezondheidskunde

Gezondheidsverstoringen als gevolg van blootstelling aan fysische, chemische en biologische (omgevings)determinanten

Arbeids- en organisatiepsychologie

Gezondheidskundige consequenties van normaal en abnormaal menselijk gedrag binnen organisaties

Organisatie van de sociale gezondheidszorg in relatie tot de arbeid

Het functioneren van de bedrijfsgezondheidszorg en verzekeringsgeneeskunde in Nederland; opzet en uitvoering van de wetgeving met betrekking tot sociale zekerheid en arbeidsongeschiktheid

Bron: Vernooij, 1987.

CONCLUSIE

De huisarts wordt in zijn werk regelmatig geconfronteerd met arbeidsgezondheidskundige problematiek. De uitbreiding van de duur van de huisartsopleiding doet de mogelijkheid ontstaan hem beter op deze taak voor te bereiden. Het is zaak hier rekening mee te houden bij het verder invullen van leer-werkperioden voor de meerjarige beroepsopleiding. □

Literatuur

1. Pollemans MC, ThJM Verheij. De meerjarige beroepsopleiding tot huisarts. VIII: Leer-werkperioden buiten de huisartspraktijk. Medisch Contact 1987; 42: 765-6.
2. LHV. Basistakenpakket van de huisarts. Bijlage Medisch Contact 8 juli 1983.
3. Vernooij AIF. Naar een modulaire onderwijsstructuur arbeidsgezondheidskunde. Nijmegen: Vakgroep Sociale Geneeskunde KUN, 1987.
4. Bak GAM, CP Kaiser, MJ Asscher. Verzekeringsgeneeskunde in de huisartsopleiding. Medisch Contact 1985; 40: 1018-20.

PATIËNTENPERIKELLEN

'H' van hebbes!

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

Ongeveer twee maanden geleden kocht ik bij de apotheek (niet mijn eigen apotheek) coll. chlorhexidine; ik betaalde f 9,70. Vandaag bracht ik het lege flesje naar de apotheek (mijn eigen apotheek) en vroeg het flesje te vullen; dit werd gedaan en de rekening bedroeg f 11,05. Op mijn vraag waarom de prijs hier zoveel hoger lag, werd mij gezegd dat zij er een vroeger recept van mij bij hadden gehaald, waardoor op de kwitantie de code 'H' (van hebbes) kon worden vermeld, zodat ik de nota bij de verzekering kon indienen. Toen ik zei dat ik niet verzekerd was, werd me geadviseerd dit er de volgende keer bij te vermelden.

Wie bewaakt de kosten van de medische zorg? In dit geval de apotheker zeker niet!

Bewegen gaat niet 'vanzelf'

Oefentherapie-Mensendieck bij rugklachten

De oefentherapie-Mensendieck is gericht op het voorkómen van klachten aan het bewegingsapparaat; daarnaast, indien mogelijk, op het genezen of verlichten van bestaande klachten. De oefentherapie-Mensendieck beoogt de ontwikkeling van het lichaam als instrument van houding en beweging te stimuleren. Dit kan alleen worden bereikt door het bewust leren gebruiken van de juiste spieren voor bepaalde bewegingen.

De oefentherapie is een lichamelijke opvoeding, waarbij wordt gestreefd naar een optimaal functioneren van het lichaam binnen de mogelijkheden van ieder individu. Deze vorm van lichamelijke opvoeding, die op scholen ten enenmale ontbreekt, is voor het jonge kind van levensbelang. Elk kind leert op zijn zesde jaar met rekenen en taal om te gaan. Hoe het lichaam zou moeten functioneren wordt niet geleerd, erger nog, totaal verwaarloosd. Het bewegen van de mens gaat 'vanzelf', meent men.

Een korte beschrijving van wat de oefentherapie-Mensendieck kan doen voor mensen in verschillende levensfasen: kind, puber, volwassene.

HET KIND

Preventief

Casus 1. Meisje, 9 jaar. Ze heeft een slecht looppatroon. Bij het lopen heeft ze pijn in de heupgewrichten en onder in de rug. Op advies van de huisarts is dit meisje doorverwezen naar een oefentherapeut-Mensendieck. Ze heeft een slechte houding, dat wil zeggen een sway back en een babyhangbuikje. Bovendien blijkt dat haar linkerbeen iets korter is dan het rechter. Het gevolg hiervan is een lichte heupscheefstand en een lichte scoliose rechts lumbaal convex, links thoracaal convex.

Casus 2. Jongen, 10 jaar. Bij intensief spelen is hij vaak kortademig. De huisarts vindt een thoracaal kyfose, die vooral erg duidelijk is bij staan en lopen. Dit jongetje werd ook naar een oefentherapeut-Mensendieck verwezen.

Hoe behandelt een oefentherapeut-Mensendieck deze kinderen? Hij of zij observeert jonge kinderen tijdens hun dagelijkse bezigheden, zoals in de schoolbank en voor de televisie zitten, staan, lopen en hollen, bij balspelen of andere spelletjes.

Mw. A. L. W. Samama-Polak

(Goed) bewegen gaat vanzelf, maar niet echt . . . of: een oefentherapeut-Mensendieck doceert.

Bij deze gewone bewegingen ziet de oefentherapeut-Mensendieck de slecht geëvalueerde functies van het bewegingsapparaat, waardoor een foute belasting op de gewrichten ontstaat. Dit drukt onvermijdelijk een stempel op de lichamelijke conditie. Door gerichte oefeningen, waarbij het kind zichzelf in spiegels kan bekijken om zich bewust te worden van het verkeerde gebruik van bepaalde spieren, wordt de houdingscorrectie geleidelijk aan bereikt. Op den duur zal deze houdingscorrectie dan reflectorisch in het bewegingspatroon worden vastgelegd. Omdat de oefentherapie is aangepast aan de mogelijkheden van een kind van een bepaalde leeftijd, zal een resultaat van blijvende aard kunnen worden bereikt. Doktoren: dit vergt tijd!

Artsen weten dat veel fysieke afwijkingen voortkomen uit het op jonge leeftijd verwaarlozen van een efficiënt ondericht in het op de juiste manier uitvoeren van de meest gewone dagelijkse spierspanningen, zoals lopen, staan, zitten, bukken en tillen. Bovengenoemde twee cases werden gelukkig tijdig door de huisarts gezien en doorverwezen, zodat de oefentherapeut hier nog duidelijk preventief kon werken om deze kinderen later voor ergere klachten te behoeden.

Schoolartsen zien al deze jonge kinderen bij de schoolcontrole. Hier ligt voor hen op het preventieve vlak een groot terrein braak. Zij zouden deze jonge kinderen veel intensiever moeten bekijken, bijvoorbeeld: naakt laten lopen, hollen en spelen in het gymnastieklokaal, en dan goed op hun houdingen en bewegingen letten. Op jonge leeftijd zijn al de symptomen waarneembaar die later niet zelden klachten van het bewegingsapparaat, zowel orthopaedisch als neurologisch, kunnen veroorzaken. Helaas is de opleiding van schoolartsen daar niet op gericht.

Curatief

De oefentherapeut-Mensendieck behandelt, waar nodig, deze jonge kinderen ook curatief bij ernstige ziektes of afwijkingen.

DE PUBER

Ook in deze groep is preventie van het grootste belang.

Preventief

Casus 3. Meisje, 13 jaar. Ze had veel rugklachten en was snel vermoeid. Ze kreeg al borsten en stond daarom niet erg rechtop. Ze werd door de huisarts naar een oefentherapeut-Mensendieck verwezen. Deze constateerde een beginnende kyfo-scoliose, laag thoracaal. Ze stond sway back met overgestrekte knieën.

Casus 4. Jongen, 14 jaar. Deed veel aan sport en kreeg van de trainer de boodschap naar de huisarts te gaan. Hij liep niet hard genoeg en kreeg steeds pijn in zijn enkels, knieën, heupen en rug. De huisarts verwees hem door naar een oefentherapeut-Mensendieck. Deze constateerde tijdens het lopen een niet afwijken van de voet, lopen met overgestrekte knieën en een rug-sway back.

Indien men deze kinderen zo vroeg mogelijk doorstuurt, zijn ze nog in de groei en wordt veel leed op latere leeftijd voorkómen. We zien bij deze groep de 'hangruggen', veroorzaakt door slechte zit- en stagewoontes. Ze staan uit balans, met overgestrekte knieën, de wervelkolom in lordose, kyfose en/of scoliose. Bij verwaarlozing van de houding van deze pubers kunnen rugklachten op latere leeftijd haast niet uitblijven.

De oefentherapeut-Mensendieck past een bewuste oefentherapie toe die appelleert aan de leeftijd. De puber leert zichzelf, staande tussen spiegels, te corrigeren en went er langzamerhand aan zichzelf te zien staan of zitten, hetzij slecht of goed. De houdingscorrectie wordt geleerd en onder de eigen verantwoordelijkheid gebracht. Op den duur moet dit weer een reflex worden.

Curatief

De oefentherapeut-Mensendieck behan-

delt deze pubers ook curatief bij ernstige ziektes of afwijkingen en hoopt hiermee te voorkomen dat de klachten chronisch worden.

Voor *sportartsen* ligt hier een groot terrein braak, dat ons inziens onvoldoende aandacht krijgt. Waarom zijn er zoveel blessures bij de sportverenigingen? Niet alleen door een bal op een oog of een hockeystick tegen een been. De sportartsen diagnostiseren vele blessures en verwijzen meestal ter behandeling hiervan naar een fysiotherapeut. Dit is juist bij onmiddellijke behandeling van voet, knie en heupblessures. Echter bij rugklachten, voortkomend uit een slecht bewegen van het lichaam tijdens de sportieve uiting, enkelblessures omdat de voeten niet goed worden neergezet, of knieblessures omdat het kniegewricht wordt overstrekt, zouden de sportartsen deze amateursporters moeten verwijzen naar een oefentherapeut-Mensendieck. Ze zouden moeten 'leren zien' dat veel van deze blessures worden veroorzaakt door een slecht gebruik van het bewegingsapparaat.

Jonge sportbeoefenaars leren bijvoorbeeld hoe je tegen een voetbal moet trappen of hoe je hem moet koppen, hoe je een hockeystick moet hanteren en daarmee de bal wegslaan. Ze leren niet dat bij hardlopen, sprinten en bewegen met de bal of hockeystick een bepaalde, goed uitgebalanceerde lichaamshouding noodzakelijk is. Indien deze bewegingen niet op de juiste manier worden uitgevoerd, worden spieren en spiergroepen dermate 'onbeheerst' gebruikt dat letsels niet kunnen uitblijven. Sporters, welke sport ze ook mogen beoefenen, horen te leren op een gerichte en bewuste manier met hun lichaam om te gaan als ze met voetbal, hockeystick of andere sporttributen bezig zijn. Hier kan preventie veel letsel voorkómen, vooral als dit op jeugdige leeftijd wordt aangepakt.

DE VOLWASSENE

Uit het voorgaande kunnen we afleiden dat de volwassen mens, indien bepaalde factoren in de jeugd of puberteit zijn verwaarloosd, met min of meer ernstige afwijkingen in het bewegingsapparaat wordt geconfronteerd, zoals voet-, knie-, heup- of rugklachten. Ook nu weer de vraag van een oefentherapeut-Mensendieck: waarom zijn al deze mensen niet op jeugdige leeftijd behoord voor dit ongerief? Ze zijn waarschijnlijk niet tijdig door een *huisarts*, *schoolarts* of *sportarts* doorverwezen, omdat niet iedereen

bekend is met de mogelijkheden van oefentherapie-Mensendieck. Bij volwassenen moet meestal curatief worden behandeld. Preventie kunnen we maar zelden meer toepassen bij deze gevallen. Het is een voorkómen van recidief.

Casus 5. Patiënt A, 38 jaar, vertegenwoordiger. Hij had hevige pijn in de linkerbil. De pijn straalde uit naar het linkerbeen. Geen uitval, wel geïrriteerde n. ischiadicus. Patiënt werd door de huisarts een week rust voorgeschreven; daarna voorzichtig aan het werk, maar niet bukken! De huisarts constateerde een stijfheid in de wervelkolom en een lichte scoliose met iets rechterbeenverkorting – scoliose rechts lumbaal convex (c bocht laag). Deze patiënt had nog niet geleerd hoe hij in en uit zijn bed moest komen zonder de rug fout te belasten en bukken mocht hij niet meer. Hoe kwam hij dan in zijn auto?

Casus 6. Patiënt B, 45 jaar, verhuizer. Had zich tijdens zijn beroepsuitoefening vertild en lag nu met een vermoedelijke HNP in bed. Hij mocht het bed verlaten voor de hoognodige dagelijkse bezigheden, zonder evenwel een ADL-training te hebben gehad.

Beide patiënten werden doorverwezen naar een oefentherapeut-Mensendieck. De vertegenwoordiger werd geleerd op de juiste wijze zijn koffers te dragen, de verhuizer leerde zware dingen op de juiste manier te tillen. Als deze beide patiënten het lopen, zitten, tillen, etc. vroeger op de juiste manier hadden geleerd was hun veel pijn en ongemak bespaard gebleven.

Hoe werkt de oefentherapeut-Mensendieck curatief?

Hij of zij leert de patiënt gebruik te maken van het menselijk vermogen, de eigen houding en bewegen in het ADL te observeren (in spiegels), te analyseren en te corrigeren tijdens een bewust oefenproces, dat in een later stadium reflectorisch moet worden. De methode is sterk individueel gericht. Tevens wordt veel aandacht besteed aan het leren ontspannen van spieren na gerichte spanning. Door de afwisseling van een bewuste spierspanning met bewuste ontspanning worden een goed spiergevoel en spiergebruik bevorderd. De juiste ademhaling is zeer belangrijk bij deze therapie en wordt dan ook speciaal geoefend. Iedere verandering, veroorzaakt door ziekte of handicap in het bewegingspatroon van de patiënt, heeft haar weerslag op het functioneren van het gehele lichaam. De oefentherapeut-Mensendieck richt zich dan ook niet uitsluitend op de aandoening, maar op het zo goed mogelijk functioneren van de mens in zijn totaliteit.

Het ziekteverzuim in het beroepsleven is, zoals bekend, schrikbarend hoog. Ons inziens zou dit kunnen verminderen indien de *bedrijfsarts* tijdig foutief en oneconomisch spiergebruik van de werknemer herkent en naar bijvoorbeeld een oefentherapeut-Mensendieck verwijst. Deze bekijkt met de patiënt de werksituatie om de therapie daaraan aan te passen. Ook in de bedrijven zelf zou meer in groepsverband moeten worden geoefend, afgestemd op de dagelijkse bezigheden, om beroepsklachten waar dit nog mogelijk is te voorkómen en te genezen. Een goede voorlichting en instructie aan werknemers is daarbij onontbeerlijk. Om die redenen verdient de oefentherapie-Mensendieck een grotere plaats in de bedrijfsgeneeskunde.

BESLUIT

Een slechte houding, zowel bij het kind, bij de puber als bij de volwassene, geeft aanleiding tot lumbale, thoracale en cervicale klachten op school, thuis en tijdens het werk.

Een vroeg herkennen bij jeugdigen voorkomt veel ellende. De behandelingsmethode van de oefentherapeut-Mensendieck sluit goed aan bij de huidige tendens in de gezondheidszorg, waarbij het streven is de patiënt zelf te betrekken bij het zoeken naar de oorzaken van zijn of haar klachten. Hij of zij is daardoor zelf actief bij het voorkómen en bij het bestrijden daarvan. □

Meester Dokter

De angst van de lector

Onze gezondheidszorg is volop in verandering. Ons onderwijs: van hetzelfde laken een pak. Ook richting onderzoek missen bezuinigingen, integratie van studierichtingen en kwaliteitscontrole hun uitwerking, in casu op de wetenschappelijke ongenaakbaarheid, niet. Wat betekent dit voor de mensen die er elke dag weer voor zorgen dat het medisch bedrijf (gezondheidszorg, -onderwijs en -onderzoek) voortgang vindt? En ook: hoe kijkt de klant (cliënt, patiënt, student) ertegenaan?

**

'Je kunt studenten toch niet laten beoordelen of een jonge en nog onervaren docent het goed of slecht doet in de collegezaal?' Die boodschap kreeg ik telefonisch van een hoogleraar, die daarmee zijn verontrusting wilde uitspreken over de voorgenomen plannen van de Faculteit der Geneeskunde in Utrecht om driemaal per jaar aan een groep studenten te vragen de didactische vaardigheden van de in het openbaar sprekende leermeesters van een soort waardering te voorzien. Mijn 'Waarom dan niet?' ging echter geheel verloren in het argument: bedoelde leermeesters zijn erg onzeker als ze voor de eerste keer de collegearena betreden en als ze dan ook nog een 'onvoldoende' behalen zou dat wel eens onherstelbare schade kunnen aanrichten aan de motivatie van jonge academisch gevormde docenten om les te gaan geven in hun vakgebied. Invoelbaar, maar eigenlijk toch een vreemd argument als we bedenken dat van alle docenten in den lande, behalve van academisch gevormden die op het tertiaire niveau hun leskwaliteiten moeten tonen, wordt verlangd dat ze didactisch geschoold zijn. Hierbij hoort onlosmakelijk dat ze er zo af en toe over worden geïnformeerd door de student-consumer over welke onderwijskundige banane-schilletjes ze zijn uitgedelen. Waarbij natuurlijk dient te worden opgemerkt dat van de jonge geleerde meer wordt verwacht dan alleen dat hij onderwijs geeft: tot zijn takenpakket behoort in veel gevallen ook dat hij onderzoek doet en aandacht besteedt aan patiënten. Het in je broek doen op het moment dat je op moet komen voor een volle zaal jonge studenten, terwijl van je wordt verwacht dat je op enthousiaste wijze en vakbekwaam kennis overdraagt – het doet denken aan de uitdrukking: 'Men heeft het meest voor wat men vreest', maar die vreest is in dit geval niet geheel zonder grond. Dat er problemen kunnen ontstaan weet iedereen die wel eens tot

taak heeft gehad een groot gehoor te boeien. Studenten blijven soms gewoon doorpraten terwijl de les al is begonnen en kun je de aandacht in het begin vangen, hoe hou je die aandacht dan in godsnaam vast? Soms zie je een aantal leden van het auditorium al na zo'n minuut of tien onder zeil gaan, om maar niet te spreken van de aantallen die na zo'n dertig minuten met hun gedachten elders of in dromenland vertoeven. Studenten zijn nu eenmaal geen computers, automaten waarvan de laatste tijd zo vertederend wordt gezegd dat hun aandacht nooit verslapt en dat ze geen lid zijn van een protesterende vakbond of evaluatiecommissie. Tijdens het geven van het college krijgen docenten als het ware te maken met het eerste spontane, vaak niet te vermijden fysiologische verzet, omdat studenten gaan afdwalen. Soms is er vooraf al een vorm van protest geuit, als blijkt dat de docent na een wankel begin nauwelijks nog mag rekenen op een redelijke opkomst. In veel gevallen heeft de kwaliteit van de colleges die zijn gegeven er al voor gezorgd dat het merendeel van de studenten heeft besloten zich niet langer de kwelling van de exposés te laten welgevalen.

Hoe ziet zo'n mijnenveld er verder uit voor de onervaren docent, als hij zich tenminste ten doel stelt zijn didactische vaardigheid aan te scherpen? Het lijkt in de eerste plaats voor de ontwikkeling van zijn zelfvertrouwen van nut zich, voordat hij zich waagt aan het geven van een onderwijscyclus, te bezinnen op de rol die hij voor de klas wil spelen. De bekende verhalen over het schrijven op het bord en het gebruik van visuele hulpmiddelen komen later: éerst bezinning op de manier waarop hij zijn kennis als vakdocent wil overdragen als een levende persoonlijkheid, zoals Paulsen het rond de eeuwwisseling reeds zo mooi heeft uitgedrukt.

Laten we eerst eens kijken naar de mogelijkheden die er globaal zijn aan te geven. We beginnen met de rol die in universitaire kring over het algemeen het hoogst scoort en waar de verwachtingen doorgaans het hoogst over zijn gespannen: die van de evocatieve docent. De evocatieve docent! Hij is iemand die als het ware school tracht te maken. In al zijn leerredes zijn zijn eruditie en schranderheid welhaast tastbaar aanwezig. Hij weet complexe zaken zodanig te ontkleden dat de essentiële materie bij wijze van spreken nog maar door het aandachtige gehoor hoeft te worden opgezogen. Grote tegenstrijdigheden in de wetenschap worden of aangescherpt als de wetenschap er een sprongetje vooruit mee kan maken of, als ze zijn opgeblazen tot heilige huisjes, ondergeschikt gemaakt aan zijn mildheid

van oordeel en humoristische wijze van zien. En zo kunnen we nog een tijdje doorgaan over de Harm van Rielen en de Diepenhorsten onder de redevoerders. Kortom, een ideale persoonlijkheid voor de klas. Het is dan ook niet zo verwonderlijk dat veel universitaire docenten, en dat geldt vooral voor de medici onder hen, een dergelijke rol voor zich zien weggelegd, omdat zij op deze wijze het best kunnen aansluiten bij de rol van de ideale arts of bij die van de grote geleerde en op deze wijze de studenten in vervoering kunnen brengen over de betekenis en de nuances van het vakgebied.

Dat docenten daar heel knap in kunnen zijn, is te merken aan de commentaren die op evaluatieformulieren verschijnen en waarin de studenten schrijven dat ze na het volgen van dergelijke inspirerende colleges nu eindelijk eens het gevoel hebben gekregen: hiérom heb ik voor de geneeskunde gekozen, omdat ze zich daar nu een beeld van hebben kunnen vormen.

Evocatie! Maar er zijn natuurlijk ook heel andere rollen denkbaar, die wellicht beter aansluiten bij de problemen van de jonge docent en die misschien kunnen dienen als overgangsvorm om uiteindelijk tot het mooie voorbeeld te geraken: men moet niet te veel tegelijk willen, anders leiden de te hoog gespannen verwachtingen maar tot allerlei angstdromen dat men midden in een of andere zeer fraaie redenering blijft steken of blunders begaat waarbij de halve zaal in een deuk raakt. De jonge docent heeft uiteindelijk nooit een opleiding gehad van de sofisten, de grote leermeesters in de kunst van het lezen en het schrijven, de retorica en de dialectica. Hij kan een andere rol kiezen.

We komen nu toe aan het tweede (ideaal)type. Hier worden niet zozeer de totale verstrengeling van persoon en wetenschap op de Bühne gebracht, maar krijgt gewoon de leerstof alle aandacht die de student op dat niveau dient te beheersen. We hebben het dan over de goede vakdocent die exact weet hoe de belangrijkste beginselen uit zijn vakgebied kunnen worden toegelicht. Zijn persoonlijkheid verdwijnt dan wel een beetje achter de sommetjes die hij uitlegt, maar daar staat tegenover dat wat hij onderwijst goed wordt begrepen door de studenten. Er wordt gewoon goed lesgegeven en je gaat na afloop van een dergelijk college met een lekker dictaatje naar huis.

Er is nog een derde type docent, die van beide voorgaande 'modellen' verschilt in de grote aandacht die hij heeft voor de behoeften van de individuele student. Terwijl het hiervoor genoemde type docent nogal eens de neiging heeft coûte que coûte een hoeveelheid leerstof

te behandelen, gaat de meer op studenten gerichte docent intensief in op de wensen van de student. Die kunnen liggen in het minder snel behandelen van de stof als het tempo te hoog is, of in het nog eens een paar voorbeelden geven als dat nodig is voor de verheldering, en ga zo maar door. Deze laatste docent probeert zich dus zoveel mogelijk in de specifieke problemen van de student in te leven en zal er alles aan doen om daarop, zoals dat zo mooi in de politiek heet, in te spelen. Het behandelen van een vaste hoeveelheid leerstof verdwijnt in zijn geval dus een beetje naar de achtergrond.

De gekozen voorbeelden verraden al dat de keuze van de verschillende rollen ook te maken heeft met het vakgebied dat in de collegezaal de aandacht verdient. Studenten hebben namelijk ook verschillende wensen, afhankelijk van de soort materie die hun wordt aangeboden. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat jongelui uit de exacte wetenschappen vooral behoefte hebben aan een systematische organisatie van de leerstof, terwijl studenten in de sociale wetenschappen naast expertise vooral behoefte hebben aan docenten die in staat zijn hen aan te moedigen en die – heel belangrijk! – blij geven van enthousiasme voor hun vakgebied. Deze laatste houding wordt zeker ook door studenten in de geneeskunde van hun klinische leermeesters verlangd, een reden om belangrijke vakken, zoals huisartsgeneeskunde en inwendige geneeskunde, vooral ook in de eerste jaren aan bod te laten komen, omdat 'significante vertegenwoordigers' uit deze gebieden een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de beeldvorming van de student. Goede, evocatieve docenten kunnen voor de student een stimulans betekenen om met zijn studie door te gaan, ondanks de in zijn ogen vaak vervelende en weinig motiverende basiswetenschappen waarvan hij zich voortdurend afvraagt wat hij er in de latere praktijk mee aanmoet. Voor een goede docent uit de basisvakken geldt dan misschien dat hij vooral er in de eerste plaats voor moet zorgen de leerstof goed te organiseren, waardoor het gehoor tenminste weet wat het moet bestuderen om zich zo goed mogelijk te kunnen voorbereiden op het examen. Voor exacte vakken die wat zwaar op de maag liggen is dat misschien de beste oplossing, met als tweede ideaal dat de docent er in sommige gevallen alles aan doet de student voor te bereiden op de notoire valkuilen in zijn vakgebied.

Een eerste horde die een jonge docent dus moet nemen als hij zich mentaal voorbereidt op het leermeesterschap is zich af te vragen welke rol nu het best zowel bij hem als bij zijn vakgebied past. Na de grote sprong in het diepe blijven er nog problemen te over. Zonder ook maar de schijn van volledigheid te wekken noemen we er een paar.

Het is al een hele klus gewoon je presentatie goed te verzorgen. Uit onderzoek blijkt dat éénderde van de klachten van studenten gaat in de richting van de wijze waarop de docent zijn stof brengt. Studenten houden niet zo van mijnheer Brombrom of de heer Automaat. Soms valt op het evaluatieformulier zelfs te lezen dat de docent zich gewoon als een botterik gedraagt, waaruit al helemaal blijkt dat de leermeester het spoor bijster is geraakt. Dergelijke docenten hebben sowieso erg veel baat bij heel elementaire onderwijskundige principes, bijvoorbeeld duidelijk en verstaanbaar spreken: praat liever nog te luid dan te zacht, want je zit in een collegezaal en niet voor de huiselijke haard en je hoeft je niet te bekommeren over andersoortige opmerkingen. Studenten te veel stof laten verstouwen sorteert negatieve gevolgen. Kijken naar het publiek is een vereiste en eveneens dat je te zien bent terwijl je je verhaal houdt. Bijna traditioneel is de figuur die al mompelend tegen het bord zijn dia's uitlegt. Er is geen enkele reden om zo'n beetje de hele tijd in het duister te staan vanwege de overweldigende hoeveelheid dia's die worden geprojecteerd. Dat maakt overigens ook dat de studenten zich rot moeten lezen om de tekst te ontcijferen. Als studenten onderling de taken moeten gaan verdelen: ik teken de schema's over, jij doet de tekst bij de schema's en jij probeert de begeleidende tekst van de docent bondig op te schrijven, zijn docenten die een dergelijk bijgedrag oproepen wel erg ver afgedreven van de vraag wat een goede leersituatie is. En tot slot: laat merken dat je de student serieus neemt!

Het belang van dergelijke vaardigheden laat zich nog het best vergelijken met het belang van een goede anamnesetechniek. Wie niet met patiënten leert praten, in de breedste zin van het woord, kan zijn rol als arts in de praktijk eigenlijk wel vergeten. Een docent die meent op de hierboven soms wat overdreven geschetste wijze les te geven kan zijn rol als leermeester wel vergeten en loopt zonder meer het risico te worden weggeconcentreerd door het leerboek of het standaarddictaat, omdat zijn eventuele ervaring geen extra dimensie toevoegt aan de droge pagina's leerstof. Gejere mieer over een slechte opkomst bij colleges heeft men dan ook vaak aan zichzelf te danken.

Ik kan me persoonlijk niet aan de indruk onttrekken dat veel docenten uit een vorm van onzekerheid of angst hun (wetenschappelijk) gewicht groter willen laten lijken dan nodig is en dat ze daarvoor hun toevlucht zoeken tot wat Ellis noemt ritualisatietechnieken: oneigenlijke technieken die bedoeld zijn om de eigen activiteiten meer autoriteit en legitimiteit bij te zetten. Het blijkt dat sommige docenten het kennelijk nodig vinden de studenten op het verkeerde been te zetten: gehaast binnen

komen zetten en laten blijken dat het onderzoeker- of specialist-zijn zoveel van je vergt dat je nauwelijks op tijd kunt komen, laat staan dat je de tijd zou hebben om een goed verhaal voor te bereiden; aan het einde van het college ineens je verhaal afbreken en je met grote spoed naar de volgende activiteit begeven, waardoor er geen tijd meer is om vragen te stellen; je studenten onder het college het gevoel geven dat ze maar een stelletje dommeriken zijn door je verhaal bol te laten staan van het vakjargon. Zo kunnen we nog een tijdje doorgaan met het geven van voorbeelden hoe het allemaal al vanaf het begin in de presentatie fout kan gaan, fouten die als ze door evaluaties niet van het begin af aan worden gecorrigeerd een volhardend bestaan kunnen gaan leiden.

Het allerbelangrijkste voor een jonge docent is misschien toch dat hij zich bij al zijn mentale voorbereidingen realiseert wat ik bijna het theorema van Ausubel, een psycholoog, zou willen noemen: 'It is important that teachers be able to communicate a sense of excitement about the subject they teach'. Van enthousiaste docenten willen de studenten iets leren. Het blijkt tevens dat ze het niet alleen willen, maar ook doen. En is wat Ausubel vraagt te veel gevraagd?

Eén ding nog tot slot. Het blijkt niet alleen dat studenten er wat van opsteken als een docent werk maakt van zijn lesgeven, maar dat de leerprestaties van de studenten nog kunnen worden overtroffen door de leerresultaten bij de docent. Al voorbereidend en organiserend blijft de docent essenties vasthouden, waarbij ook hoort dat nieuwe inzichten niet steeds tot revoluties worden gepreekt. Hij kan daarbij dankbaar gebruik maken van de commentaren van de studenten, die hem ervoor kunnen behoeden dat hij ontspoot ten overstaan van zijn consumentengroep. Deze laatste groep kan op haar beurt de enthousiaste docent nog eens een hart onder de riem steken. Het is toch leuk om als feed-back te lezen: 'Voor hem een Nobelprijs'.

Jaap Gerritsma

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

LAD

Salarisrichtlijnen artsen in dienstverband per 1 januari 1988

In tegenstelling tot het afgelopen jaar is het prijsindexcijfer zoals berekend door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) met 0,6% gestegen, waardoor er reden is om de salarisrichtlijnen aan te passen. De salarisrichtlijnen ten behoeve van de niet-CAO-inkomens, als opgenomen in bijlage I en II, zijn daarom met 0,6% verhoogd.

Voor de trendvolgers geeft de minister per sector elk jaar de beschikbare financiële ruimte aan. CAO-partijen in deze sector staat het daarbij vrij binnen deze vastgestelde ruimte te bepalen op welke wijze de ruimte over de arbeidsvoorwaarden wordt verdeeld. Een en ander is een gevolg van de Wet Arbeidsvoorwaardenontwikkeling Gepremieerde en Gesubsidieerde Sector (WAGGS).

Om tot een zo evenwichtig mogelijke aanpassing van de salarisrichtlijnen in bijlage III te komen heeft het Centraal Bestuur der LAD besloten per 1 januari 1988 de aanpassing te doen plaatsvinden overeenkomstig het gemiddelde van de salarisstijging in de sectoren waarin het LAD direct of indirect als CAO-partij participeert. Het CAO-overleg in de onderscheiden sectoren is tot heden niet afgerond, waardoor de salarisbedragen in bijlage III vooralsnog onveranderd blijven. De aanpassing van de salarisbedragen zal daarom eerst op een later tijdstip met terugwerkende kracht plaatsvinden, zodat een nacalculatie in dat geval noodzakelijk is. Te zijner tijd zal hieraan een publikatie worden gewijd.

HOOFDSTUK I

1.1. Salarisadviezen

De LAD geeft salarisrichtlijnen ten behoeve van de volgende sectoren:

A. *Niet-CAO-inkomens.* Hiertoe behoren de sectoren die niet vallen onder de werkingssfeer van enige CAO. De salarisrichtlijnen voor deze sectoren zijn onderverdeeld in:

1. richtlijnen waarbij de prijscompensatie is doorberekend (*bijlage I*);
2. richtlijnen waarbij de prijscompensatie niet is doorberekend, met het congruerend aantal vrije dagen (*bijlage II*).

B. *Trendvolgers.* Hiertoe behoren degenen die in dienst zijn van gesubsidieerde en gepremieerde instellingen (*bijlage III*).

C. *Ambtenaren.* De voor ambtenaren gehanteerde BBRA-schalen zijn op aanvraag verkrijgbaar bij het LAD-bureau. Aan degenen die in dienst treden van de Rijksoverheid geeft de LAD individuele adviezen met betrekking tot de hoogte van de salariëring, omdat deze salarissen niet vergelijkbaar zijn met die in de particuliere sector; veelal zijn deze aanmerkelijk lager.

Voor degenen die in dienst zijn van de lagere overheden, zoals gemeente en provincie, kunnen voor de hoogte van de salariëring de richtlijnen voor de trendvolgers als uitgangspunt worden genomen.

1.2. Aanpassingsmethodiek

A. *Niet-CAO-inkomens.* De salarisrichtlijnen voor de niet-CAO-inkomens worden in beginsel halfjaarlijks aangepast met het geschoonde prijs-indexcijfer, zoals berekend door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), tenzij wettelijke maatregelen bepalen dat de aanpassing op andere wijze dient te geschieden. Deze wettelijke maatregelen kunnen door de minister onder andere worden genomen op grond van de Wet op de loonvorming. Als gevolg van de ontwikkelingen op het gebied van de arbeids-

duurverkortung, hetgeen gepaard ging met het inleveren van de prijscompensatie in ruil voor vrije dagen, heeft het Centraal Bestuur besloten vooralsnog niet door te gaan met de arbeidsduurverkortung. Een en ander betekent dat met ingang van 1 juli 1986 de richtlijnen als vermeld in bijlage II wederom halfjaarlijks worden aangepast met inachtneming van het geschoonde prijs-indexcijfer, zoals op dezelfde wijze als geschiedt met de richtlijnen als vermeld in bijlage I.

B. *Trendvolgers.* De salarissen voor de trendvolgers worden aangepast met inachtneming van de op grond van de Wet Arbeidsvoorwaardenontwikkeling Gepremieerde en Gesubsidieerde Sector in deze sector doorgevoerde salaris-aanpassingen. De minister geeft voor deze sectoren alleen de beschikbare financiële ruimte aan en laat het verder aan CAO-partijen over op welke wijze de besteding van deze ruimte binnen de arbeidsvoorwaarden moet plaatsvinden. Deze besteding kan daarom per sector verschillen. Om tot een zo evenwichtig mogelijke aanpassing van de salarissen in bijlage III te komen heeft het Centraal Bestuur besloten met ingang van 1 januari 1988 de aanpassing te doen plaatsvinden overeenkomstig het gemiddelde van de salarisstijging in de sectoren waar de LAD direct c.q. indirect als CAO-partij participeert. Het CAO-overleg in deze sectoren is nog niet afgerond. De aanpassing kan derhalve eerst na vaststelling door CAO-partijen plaatsvinden, waardoor een herberekening noodzakelijk kan blijken.

C. *Ambtenaren.* De BBRA-schalen worden door de minister eenzijdig vastgesteld, nadat hij het Centraal Georganiseerd Overleg heeft gehoord.

HOOFDSTUK II

2.1. LAD-salariscategorieën

Zoals bekend, hanteert de LAD bij het salarisadvies vier categorieën. Hieronder staan de categorieën vermeld, met daarbij genoemd de diverse benamingen van functionarissen (niet limitatief) die behoren te worden gesalarieerd volgens deze categorie-indeling. Voor de bij de categorie behorende salarisbedragen zijn verwezen naar de bijlagen die gelden voor de verschillende sectoren.

categorie 1

beginnend arts (zie hoofdstuk VII, punt 7.1)
assistent-geneeskundige in algemene dienst
wetenschappelijk medewerker

categorie II

arts in algemene dienst bij een privaatrechtelijke instelling
arts in algemene dienst bij gemeentelijke overheid (GG&GD-arts)
huisarts in dienstverband
jeugdarts en andere artsen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg
verzekeringsgeneeskundige GAK of GMD
bedrijfsarts

categorie III

adviseur geneeskundige van ziekenfonds
adviseur geneeskundige bij GAK en GMD
directeur klein psychiatrisch ziekenhuis
directeur verpleeghuis
directeur klein ziekenhuis
directeur GG&GD
hoofd bedrijfsgeneeskundige dienst
hoofd afdeling bij grote GG&GD
medisch adviseur van bedrijfsvereniging
medisch specialist in dienstverband

categorie IV

directeur grote GG&GD

directeur psychiatrisch ziekenhuis

directeur ziekenhuis

hoofd grote bedrijfsgeneeskundige dienst

Begripsomschrijvingen. Bij de onder deze categorieën vermelde functies worden de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Een klein psychiatrisch ziekenhuis is een instelling met minder dan 350 bedden.
- Een klein ziekenhuis is een instelling met minder dan 250 bedden.
- Bij een grote bedrijfsgeneeskundige dienst werken ten minste 7 bedrijfsartsen.

2.2. Vergelijking NZR- en LAD-schalen

Voor artsen werkzaam in instellingen waar de salarisstructuur van de CAO voor het Ziekenhuiswezen wordt gehanteerd kunnen de salarissen qua niveau worden vergeleken met respectievelijk:

categorie I: functiegroep 65;

categorie II: functiegroep 70/75;

categorie III: functiegroep 75/80;

categorie IV: functiegroep 80.

HOOFDSTUK III**3.1. Periodieken**

Sinds 1 juli 1984 hanteert de LAD veertien periodieken. Aangezien vele artsen worden gesalarieerd op basis van de zeven periodieken die in het verleden worden gehanteerd en dit is vastgelegd in de individuele arbeidsovereenkomsten, geldt voor hen de volgende omzetting:

1. Degenen die worden gesalarieerd conform *categorie I*:

nieuwe regeling:	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14
oude regeling:	1 2 3 4 5 6 7

2. Degenen die worden gesalarieerd conform *categorie II, III en IV*:

nieuwe regeling:	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14
oude regeling:	1-2- 3- 4- 5- 6- 7

3.2. Ervaring vertaald in periodieken

Bij voorafgaande ervaring opgedaan in een zelfde soort functie geldt als regel dat één jaar ervaring wordt gehonoreerd met één periodiek extra. Bij voorafgaande ervaring opgedaan in een niet-gelijksoortige functie geldt dat twee jaar ervaring wordt gehonoreerd met één periodiek extra. Ervaring opgedaan tijdens het zogenaamde huisartsenjaar en tijdens de opleiding tot specialist geldt *niet* als ervaring opgedaan in een functie en telt derhalve niet mee voor het bepalen van het aantal periodieken.

HOOFDSTUK IV

Toelagen voor artsen ingeschreven in een van de registers der KNMG

4.1. Medisch specialisten. Indien voor de uitoefening van een bepaalde functie inschrijving in het specialistenregister van de Specialisten Registratie Commissie van de KNMG is vereist, wordt een toelage van $n \times$ het bedrag zoals genoemd in de bijlagen per maand geadviseerd, waarbij 'n' het aantal jaren weergeeft dat is vastgesteld voor de officiële duur van de opleiding.

4.2. Sociaal-geneeskundigen. Indien voor de uitoefening van een bepaalde functie inschrijving in het register van erkend sociaal-geneeskundigen van de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie van de KNMG is vereist, wordt een toelage van $2 \times$ het bedrag zoals genoemd in de bijlagen per maand geadviseerd.

4.3. Huisartsen in dienstverband. Voor huisartsen in dienstverband die ingeschreven staan in het register van erkende huisartsen van de Huisartsen Registratie Commissie van de KNMG, dan wel voor huisartsen die een functie vervullen waarbij de registratie kan worden behouden en de instelling waarbij zij werken de registratie vereist, wordt een toelage van $1 \times$ het bedrag zoals genoemd in de bijlagen per maand geadviseerd.

HOOFDSTUK V**Samenhang salaris en toelagen**

Met nadruk wordt hierbij opgemerkt, dat de toelagen een integraal bestanddeel vormen van het LAD-advies. De toelagen behoren derhalve bij de bepaling van de pensioengrondslag te worden meegenomen. Zie verder ten aanzien van de toelagen de bijlagen.

HOOFDSTUK VI**Vakantietoelage en vakantiedagen**

In de geadviseerde salarisbedragen is de door de LAD geadviseerde 8% *vakantietoelage* niet opgenomen.

Voor artsen die niet vallen onder een bindende rechtspositieregeling adviseert de LAD 24 *vakantiedagen*, als volgt aan te vullen met de zogeheten *vergijsingsdagen*:

bij 45 jaar en de 4 daaropvolgende jaren:	2 dagen extra;
bij 50 jaar en de 4 daaropvolgende jaren:	4 dagen extra;
bij 55 jaar en de 4 daaropvolgende jaren:	6 dagen extra;
bij 60 jaar en de 4 daaropvolgende jaren:	10 dagen extra.

HOOFDSTUK VII**Bijzondere positie: beginnende artsen, assistent-geneeskundigen in opleiding en chefs de clinique**

7.1. Beginnende artsen. Beginnende artsen behoeven niet direct te worden gesalarieerd volgens categorie II. Er wordt van uitgegaan dat zij gedurende drie jaren na aanvaarding van hun eerste functie kunnen worden gesalarieerd volgens categorie I.

Dit geldt niet voor artsen die na hun artsexamen de voor hun functie vereiste aanvullende opleiding hebben voltooid. Huisartsen en geregistreerd sociaal-geneeskundigen worden dus direct volgens categorie II ingeschaald.

De salariëring van artsen zonder de voor hun functie vereiste aanvullende opleiding geschiedt trapsgewijs volgens de in de bijlagen opgenomen methodiek.

7.2. Assistent-geneeskundigen in opleiding. De functie van assistent-geneeskundige in opleiding is buiten het FWG-project gehouden. Uitgangspunt in de CAO is dat het aanvangssalaris wordt verkregen door toepassing van de salarisschalen behorende bij functiegroep 65 en dat de assistent-geneeskundige aan het eind van de opleiding een salaris verkrijgt gelijk aan het aanvangssalaris van functiegroep 70.

7.3. Specialisten in dienstverband in de functie van chef de clinique. De functie van chef de clinique in een algemeen of categoriaal ziekenhuis betreft uitsluitend een overgangsfunctie van beperkte duur (maximaal twee jaar) voor een arts die zeer onlangs zijn specialisatie heeft voltooid.

Voor degenen die werkzaam zijn binnen de intramurale gezondheidszorg waar de CAO voor het Ziekenhuiswezen van toepassing is, dient deze functionaris beschouwd te worden als een klinisch specialist, al dan niet samenwerkend binnen één vakgebied, waarbij in een aantal gevallen onder collegiale begeleiding wordt gewerkt. De daarbij behorende salariëring is die van functiegroep 70.

Voor degenen die niet vallen onder de werkingsfeer van de CAO-

Ziekenhuiswezen, adviseert de LAD een salariering gelijk aan het salaris in het laatste opleidingsjaar, vermeerderd met de specialistentoeelage.

In een academisch ziekenhuis heeft de chef de clinique een andere functie en zal dienovereenkomstig moeten worden gesalarieerd.

HOOFDSTUK VIII

8.1. Vergoeding voor wachtdiensten

Wachtdiensten en bereikbaarheidsdiensten behoeven niet onder alle omstandigheden afzonderlijk te worden gesalarieerd. De richtlijnen zijn zodanig opgesteld dat in de salarisbedragen rekening is gehouden met vergoeding voor ongeregelde diensten. Voor wachtdiensten/bereikbaarheidsdiensten die bij toerbeurt en volgens rooster worden verricht, wordt geadviseerd in de arbeidsovereenkomst een passende regeling te treffen. De compensatie voor deze wachtdiensten/bereikbaarheidsdiensten dient in de vorm van vrije tijd c.q. in de vorm van een financiële vergoeding te geschieden. Als uitgangspunt voor de *wachtdiensten* geldt hierbij dat de in de instelling doorgebrachte uren in beginsel in vrije tijd moeten worden gecompenseerd. Is dat niet mogelijk, dan kan daarvoor in uitzonderingsgevallen de onder punt 8.2 vermelde regeling worden getroffen.

Als uitgangspunt voor de *bereikbaarheidsdiensten* geldt dat er een regeling conform punt 8.2 kan worden getroffen. Voor de tijdens deze bereikbaarheidsdiensten effectief gewerkte uren geldt in beginsel dat deze moeten worden gecompenseerd in vrije tijd. Is dat niet mogelijk, dan is een vergoeding conform punt 8.2 gewenst.

8.2. Artsen voor wie geen bindende rechtspositieregeling geldt

Voor deze artsen kan in zeer uitzonderlijke situaties de volgende regeling worden bedongen:

Voor wachtdiensten/bereikbaarheidsdiensten die bij toerbeurt en volgens rooster worden vervuld:

- een beschikbaarheidstoelage voor elke werkdag van f . . . (zie de bijlagen) voor maandag t/m vrijdag van 18.00 tot 08.00 uur de volgende morgen;
- voor zaterdag en zondag elk f . . . (zie de bijlagen); deze dienst loopt van zaterdagmorgen 08.00 uur t/m maandagmorgen 08.00 uur.

Bij effectief optreden wordt per uur 1/2.000 van het bruto-jaarsalaris vergoed, te vermeerderen met:

- de eerste 2 uren buiten de normale werktijd 25%;
- daarna 50%;
- voor verrichtingen op zon- en feestdagen 100%.

HOOFDSTUK IX

9.1. Kostenvergoedingen

Ten aanzien van artsen voor wie geen bindende rechtspositieregeling geldt dienen de kostenvergoedingen te worden geregeld in de arbeidsovereenkomst. Nadere inlichtingen hierover worden verstrekt door het bureau der LAD. Geadviseerd wordt niet in dienst te treden alvorens voor de kostenvergoedingen een bevredigende regeling is getroffen.

Geadviseerd wordt in de arbeidsovereenkomst voor de *beroepsaansprakelijkheid* steeds de volgende regeling op te nemen: 'De werkgever verplicht zich jegens de arts op zijn kosten een verzekering te sluiten, voor zowel zichzelf als de arts, tegen het risico van beroepsaansprakelijkheid, voor handelen of nalaten door de arts bij de uitoefening van zijn beroep, al dan niet ten behoeve van de werkgever, begaan. De werkgever vrijwaart de arts voor iedere aansprakelijkheid ter zake, behoudens bij opzet of grove schuld.'

9.2. Pensioenvoorziening

Indien geen pensioenvoorziening wordt of kan worden getroffen, wordt met nadruk geadviseerd dat een risicodekking tegen overlijden en invaliditeit wordt gesloten; daarbij is een premielastverdeling van 2/3 voor de werkgever en 1/3 voor de werknemer aanvaardbaar. Deze lastenverdeling tussen werkgever en werknemer is analoog aan het systeem van het PGGM en het ABP.

HOOFDSTUK X

Uurtarief

Ten behoeve van niet-vrijgevestigde artsen die op basis van een overeenkomst tot het verrichten van enkele diensten werken (ook wel aangeduid als freelance-contract of het verrichten van werkzaamheden op basis van uurhonorarium) adviseert de LAD een all-in uurtarief. Opgemerkt wordt dat dit bedrag niet van toepassing is op werkzaamheden verricht in de praktijk van een vrijgevestigd huisarts of specialist. Honorering zal daar steeds geschieden conform de richtlijnen van respectievelijk de LHV en de LSV.

De door de LAD geadviseerde uurtarieven zijn aangegeven in de bijlagen; deze tarieven zijn als volgt berekend:

Uitgegaan wordt van het gemiddeld bruto-jaarsalaris in categorie I, II en III, vermeerderd met 7,5% vakantietoelage. Dit jaarsalaris wordt gedeeld door 2.000 (het gemiddeld aantal werkuren per jaar voor een arts zal, gelet op het functieniveau, hoger liggen dan het aantal van 1.840 uren dat bij een exact 40-urige werkweek wordt gehaald). Het aldus gevonden bruto-uurloon wordt vervolgens verhoogd met 50%. In deze 50%-toelage zitten de volgende componenten verwerkt:

- het werkgeversaandeel in de sociale verzekeringspremies;
- het werkgeversaandeel in de pensioenvoorziening;
- de werkgeversbijdrage in de ziektekostenverzekering;
- de meestal door de werkgever betaalde premie voor de beroepsaansprakelijkheidsverzekering.

Het aldus gevonden percentage wordt naar boven afgerond, in verband met de per definitie onvoldoende geregelde rechtspositie die deze overeenkomst kenmerkt. Van het genoemde bedrag per uur wordt de arts geacht zelf voorzieningen te treffen als ware hij in dienstverband verplicht (sociaal) verzekerd.

Opgemerkt wordt dat krachtens het Koninklijk Besluit van 24 december 1986, Stb. 655, bovengenoemde arbeidsverhoudingen op basis van uurhonorarium als dienstbetrekking in de zin van de Werkloosheidswet, Ziekwet en de Wet Arbeidsongeschiktheidsverzekering worden beschouwd, indien het bruto-inkomen per maand ten minste 40% bedraagt van het bedrag genoemd in de Wet minimumloon/-vakantietoelage en indien er op ten minste 2 dagen per week arbeid wordt verricht. Artsen die onder de werking van genoemd KB vallen zijn verplicht verzekerd volgens deze drie sociale verzekeringswetten. In dat geval is het redelijk dat het uurtarief wordt verminderd met het werkgeversaandeel in de sociale verzekeringspremies. Een overeenkomst tot het verrichten van enkele diensten wordt geheel beheerst door één hoofdregel, te weten: geen arbeid – door welke omstandigheden dan ook – dan ook geen inkomen.

HOOFDSTUK XI

Rechtspositie diverse sectoren

Aangeraden wordt er zorg voor te dragen dat vóór het aanvangstijdstip van het dienstverband een schriftelijke arbeidsovereenkomst aanwezig is.

Assistent-geneeskundigen in opleiding tot specialist behoren in de visie van de LAD steeds in dienst van het ziekenhuis te zijn, waardoor een goede rechtspositieregeling wordt gewaarborgd. Het wordt zeer ongewenst geacht dat zij in dienst van de specialist-opleider zijn.

11.1 De arts-ambtenaar. De arts in overheidsdienst met de status van ambtenaar heeft een rechtspositie die in zoverre verschilt van die van de werknemer-arts (niet-ambtenaar) dat de arts in overheidsdienst wordt benoemd bij besluit van het daartoe bevoegde overheidslichaam; zijn status en rechtspositie worden geregeld in de Ambtenarenwet en het door de desbetreffende overheidsinstelling vastgestelde rechtspositiereglement.

11.2 Reserve-officieren arts. De maandwedde van de dienstplichtig eerste luitenant-arts bedraagt op 1 januari 1988: f 1.986,—. Aan de echtgenote kan door de gemeente waar zij woonachtig is een kostwinnersvergoeding worden toegekend. Deze vergoeding is verschillend al naar gelang de gezinssamenstelling. Verder wordt bij toekenning van de kostwinnersvergoeding rekening gehouden met bijzondere omstandigheden van betrokkenen (bijvoorbeeld inkomen echtgenote).

11.3 De arts-arbeidscontractant. Voor artsen die een civielrechtelijke arbeidsovereenkomst met de overheid sluiten, de zogenaamde arbeidscontractanten, worden de arbeidsvoorwaarden verplicht geregeld in het Arbeidsovereenkomstenbesluit (AOB) c.q. de Arbeidsovereenkomstenverordening (AOV).

11.4 De arts in dienst van een U2- of B3-instelling. Sommige instellingen van privaatrechtelijke aard (bijvoorbeeld een stichting) hebben de pensioenrechten van het personeel ondergebracht bij het ABP. Deze zogeheten U2- of B3-instellingen dienen hun personeel een rechtspositieregeling te geven die gelijk of gelijkwaardig is aan die van het overheidspersoneel. Onder de artikelen U2 en B3 van de ABP-wet staan deze instellingen in chronologische volgorde vermeld. Deze artsen hebben een rechtspositieregeling gelijk of gelijkwaardig aan die van het overheidspersoneel. Verwezen wordt dan ook naar de regeling in het voor hen geldende rechtspositiereglement.

11.5 CAO-Ziekenhuiswezen. In privaatrechtelijke instellingen voor intramurale gezondheidszorg geldt – met uitzondering van de directiefuncties – de CAO voor het Ziekenhuiswezen. Met ingang van 1 januari 1986 zijn voor de artsen niet alleen vrijwel al hun arbeidsvoorwaarden maar ook de salariering geregeld in deze CAO. De door de LAD geadviseerde salarisbedragen in de richtlijn voor trendvolgers zijn voor deze categorie werknemers met ingang van 1 januari 1986 derhalve niet meer van toepassing; voor hen gelden, afhankelijk van de functie, de volgende salarisschalen met daarbijbehorende functiegroep:

Ziekenhuizen

Functiegroep 70 (schaal 69 en 70). Klinisch specialist al dan niet samenwerkend binnen één vakgebied, waarbij in een aantal gevallen onder collegiale begeleiding wordt gewerkt (onder wie veelal de *chef de clinique*).

Functiegroep 75 (schaal 74 en 75). Klinisch specialist al dan niet samenwerkend in een functie waarbij behandelingen worden toegepast met aanzienlijke risico's voor de patiënt. Daarnaast zal veelal sprake zijn van coördinatie, supervisie en begeleiding, participatie in opleiding en/of research.

Functiegroep 80 (schaal 79 en 80). Klinisch specialist werkend in een functie waarbij behandelingen worden toegepast met aanzienlijke risico's voor de patiënt. Daarnaast coördinatie van één of meer vakgebieden met de verantwoordelijkheid voor opleiding en/of een zodanige researchcomponent in de functie dat er sprake is van een voortrekkersrol op landelijk gebied binnen het vakgebied. *N.B.* De functie van assistent-geneeskundige *niet* in opleiding dient te worden gesalarieerd volgens functiegroep 65. De functietypering is daarbij als volgt: de onder begeleiding c.q. supervisie van een klinisch specialist werkende geneeskundige met een volledig takenpakket.

Verpleeghuizen, zwakzinnigeninstellingen en psychiatrische instellingen:

Functiegroep 65 (schaal 64 en 65). De zelfstandig werkende

geneeskundige al dan niet werkend onder collegiale coördinatie óf de onder begeleiding c.q. supervisie van een klinisch specialist werkende geneeskundige met een volledig takenpakket.

Functiegroep 70 (schaal 69 en 70). De geneeskundige die tevens leiding geeft aan een afdeling of dienst waarbinnen naast enkele collegae ook paramedici en/of overige functionarissen werkzaam kunnen zijn óf de geneeskundige met een zodanige researchcomponent in de functie dat sprake is van een voortrekkersfunctie op landelijk niveau binnen het vakgebied.

Functiegroep 75 (schaal 74 en 75). De geneeskundige belast met het leidinggeven aan een grote dienst waarbinnen meer medici, paramedici en overige functionarissen werkzaam zijn.

Directeuren

Ten behoeve van directeuren, werkzaam in de intramurale gezondheidszorg, adviseert de LAD de rechtspositieregeling overeen te komen overeenkomstig de adviesregeling zoals deze is overeengekomen tussen de LAD, NZR en de NVZD. Deze adviesregeling is op aanvraag verkrijgbaar bij het LAD-bureau.

11.6 CAO-Kruiswerk. Artsen werkzaam in het kruiswerk en de tuberculosebestrijding vinden hun arbeidsvoorwaarden geregeld in de CAO-Kruiswerk en Tuberculosebestrijding. Deze CAO bevat een bindende salarisregeling, zodat het LAD-advies in deze sector niet meer relevant is.

11.7 CAO-AGGZ. Artsen werkzaam in de ambulante geestelijke gezondheidszorg vinden hun arbeidsvoorwaarden geregeld in de CAO-AGGZ. Deze CAO bevat een bindende salarisregeling, zodat ook in deze sector het LAD-advies niet meer relevant is.

HOOFDSTUK XII

Sociale verzekeringspremies

Hieronder volgt een totaaloverzicht van de verschillende premiepercentages, zoals die op 1 januari 1988 gelden.

	totaal	werk- gever	werk- nemer	maximum waarover premie wordt geheven
AOW	11,50		11,50	f 65,250 p.j.
AWW	1,30		1,30	idem
AKW ¹	2,55	2,55	—	idem
AAW ¹	6,20	6,20	—	idem
AWBZ ¹	4,55	4,55	—	idem
WAO ²	13,30	—	13,30	f 263,— p.d.
wachtgeld- verzekering ³	1,14	0,57	0,57	idem
werkloosheids- verzekering	2,60	1,30	1,30	idem
ZW ³	5,80	4,80	1,00	idem
ZFW ⁴	10,20	5,10	5,10	f 162,— p.d.

1. De opslagpremies zijn per 1 januari als volgt: AKW: 19,9; AAW: 48,5; AWBZ: 35,5. Het gaat hierbij om de premiepercentages uit bovenstaande tabel, omgerekend in een percentage van de AOW/AWW-premie. De verschuldigde premiebedragen voor AKW, AWW en AWBZ worden namelijk afgeleid van het verschuldigde premiebedrag aan AOW/AWW.

2. De franchise of premievrije voet bedraagt f 91,— per dag.

3. Deze premies worden per bedrijfsvereniging (verschillend) vastgesteld. De hier opgenomen cijfers betreffen de door het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid geraamde landelijke gemiddelden voor alle bedrijfsverenigingen.

4. Voor AOW-uitkeringsgerechtigden die zijn verzekerd krachtens de verplichte ziekenfondsverzekering geldt een premie van 3,10% over de AOW-uitkering; over de meerdere dient een premie van 10,2% te worden betaald. De loongrens voor toelating tot de verplichte ziekenfondsverzekering bedraagt f 49.650,— per jaar.

Voor bijlage I, II en III zie de volgende bladzijden.

OFFICIEEL

BIJLAGE I

Richtlijnen met doorberekening prijscompensatie

De salarisbedragen zijn per 1 januari 1988:

HOOFDSTUK I

Categorie I

oude regeling per 1-1-88	nieuwe regeling per 1-1-88
1e jaar f 4.994,—	1e jaar f 4.692,—
2e jaar f 5.579,—	2e jaar f 4.994,—
3e jaar f 6.116,—	3e jaar f 5.291,—
4e jaar f 6.613,—	4e jaar f 5.579,—
5e jaar f 7.117,—	5e jaar f 5.848,—
6e jaar f 7.623,—	6e jaar f 6.116,—
7e jaar f 8.129,—	7e jaar f 6.365,—
	8e jaar f 6.613,—
	9e jaar f 6.866,—
	10e jaar f 7.117,—
	11e jaar f 7.371,—
	12e jaar f 7.623,—
	13e jaar f 7.877,—
	14e jaar f 8.129,—

Categorie II

oude regeling per 1-1-88	nieuwe regeling per 1-1-88
1e jaar f 8.129,—	1e jaar f 6.365,—
2e jaar f 8.399,—	2e jaar f 6.613,—
3e jaar f 8.671,—	3e jaar f 6.866,—
4e jaar f 8.941,—	4e jaar f 7.117,—
5e jaar f 9.213,—	5e jaar f 7.371,—
6e jaar f 9.484,—	6e jaar f 7.623,—
7e jaar f 9.753,—	7e jaar f 7.877,—
	8e jaar f 8.129,—
	9e jaar f 8.399,—
	10e jaar f 8.671,—
	11e jaar f 8.941,—
	12e jaar f 9.213,—
	13e jaar f 9.484,—
	14e jaar f 9.753,—

Categorie III

oude regeling per 1-1-88	nieuwe regeling per 1-1-88
1e jaar f 9.753,—	1e jaar f 7.877,—
2e jaar f 10.137,—	2e jaar f 8.129,—
3e jaar f 10.493,—	3e jaar f 8.399,—
4e jaar f 10.909,—	4e jaar f 8.671,—
5e jaar f 11.289,—	5e jaar f 8.941,—
6e jaar f 11.678,—	6e jaar f 9.212,—
7e jaar f 12.062,—	7e jaar f 9.484,—
	8e jaar f 9.753,—
	9e jaar f 10.137,—
	10e jaar f 10.493,—
	11e jaar f 10.909,—
	12e jaar f 11.289,—
	13e jaar f 11.678,—
	14e jaar f 12.062,—

Categorie IV

oude regeling per 1-1-88	nieuwe regeling per 1-1-88
1e jaar f 12.062,—	1e jaar f 9.484,—
2e jaar f 12.433,—	2e jaar f 9.753,—
3e jaar f 12.806,—	3e jaar f 10.137,—
4e jaar f 13.174,—	4e jaar f 10.493,—
5e jaar f 13.544,—	5e jaar f 10.909,—
6e jaar f 13.914,—	6e jaar f 11.289,—
7e jaar f 14.289,—	7e jaar f 11.678,—
	8e jaar f 12.062,—
	9e jaar f 12.433,—
	10e jaar f 12.806,—
	11e jaar f 13.174,—
	12e jaar f 13.544,—
	13e jaar f 13.914,—
	14e jaar f 14.289,—

HOOFDSTUK IV

Punt 4.1. *Specialistentoeslag* per 1-1-88
n x f 416,—

Punt 4.2. *Sociaal-geneeskundigentoeslag* per 1-1-88
2 x f 416,—

Punt 4.3. *Huisartsentoeslag* per 1-1-88
f 416,—

HOOFDSTUK VI

Vakantietoeslag en vakantiedagen

De vakantietoeslag welke de LAD adviseert is 8%, welk bedrag in de pensioengrondslag dient te worden opgenomen.

HOOFDSTUK VII

Punt 7.1. *Beginnende artsen*

Voor degenen die vóór 1 juli 1984 in dienst zijn getreden, is de volgende omzetting in de nieuwe richtlijnen van toepassing:

per 1-1-88

oude regeling	nieuwe regeling
1e jaar: aanvang cat. I f 4.994,—	gelijk aan 2e jaar cat. I
2e jaar: 3e jaar cat. I f 6.116,—	gelijk aan 6e jaar cat. I
3e jaar: 5e jaar cat. I f 7.117,—	gelijk aan 10e jaar cat. I
4e jaar: aanvang cat. II f 8.129,—	gelijk aan 8e jaar cat. II
5e jaar: 2e jaar cat. II f 8.399,—	gelijk aan 9e jaar cat. II
6e jaar: 3e jaar cat. II f 8.671,—	gelijk aan 10e jaar cat. II
7e jaar: 4e jaar cat. II f 8.941,—	gelijk aan 11e jaar cat. II
8e jaar: 5e jaar cat. II f 9.213,—	gelijk aan 12e jaar cat. II
9e jaar: 6e jaar cat. II f 9.484,—	gelijk aan 13e jaar cat. II
10e jaar: 7e jaar cat. II f 9.753,—	gelijk aan 14e jaar cat. II

Voor degenen die na 1 juli 1984 in dienst zijn getreden, geldt de volgende regeling:

per 1-1-88

1e jaar: aanvang cat. I f 4.692,—
2e jaar: 3e jaar cat. I f 5.291,—
3e jaar: 5e jaar cat. I f 5.848,—
4e jaar: aanvang cat. II f 6.365,—

Vervolgens doorlopend in categorie II, totdat het maximum is bereikt.

Punt 7.2. *Assistent-geneeskundigen in opleiding*

per 1-1-88	opl. 4 jaar	opl. 5 jaar	opl. 6 jaar
aanvangssalaris f 4.994,—			
tweede jaar f 5.193,—			
derde jaar f 5.413,—			
vierde jaar f 5.656,—	.. + f 416,—		
vijfde jaar f 5.897,—	..... + f 416,—	+ f 416,—	
zesde jaar f 6.120,—	..... + f 832,—		
zevende jaar f 6.340,—			
achtste jaar f 6.563,—			
negende jaar f 6.787,—			

HOOFDSTUK VIII

Punt 8.2. *Vergoeding voor wachtdiensten*

De vergoeding voor bereikbaarheidsdiensten wordt per 1 januari 1988:

- een bereikbaarheidstoelage voor elke werkdag van f 46,— voor maandag t/m vrijdag van 18.00 tot 08.00 uur de volgende morgen;
- een bereikbaarheidstoelage voor de zaterdag en zondag elk van f 64,—. Deze dienst loopt van zaterdagmorgen 08.00 uur t/m maandagmorgen 08.00 uur.

HOOFDSTUK IX

Uurtarief

Het uurtarief is per 1 januari 1988 als volgt:

- voor artsen die voldoen aan de criteria voor inschaling in categorie I: f 71,—;
- voor artsen die voldoen aan de criteria voor inschaling in categorie II: f 87,—; en
- voor artsen die voldoen aan de criteria voor inschaling in categorie III en IV: f 128,—.

BIJLAGE II

Richtlijnen rekening houdend met arbeidstijdverkorting

De prijscompensatie die ingeleverd is in ruil voor arbeidsduurverkorting was van 1 januari 1983 tot 1 juli 1986 8,33%. Het aantal equivalente vrije dagen was daarbij 22 dagen:

per 1 januari 1983	2,06%	5 dagen
per 1 juli 1983	0,44%	1 dag
per 1 januari 1984	1,92%	5 dagen
per 1 juli 1984	0,8 %	2 dagen
per 1 januari 1985	1,44%	4 dagen (afgerond)
per 1 juli 1985	1,26%	3 dagen
per 1 januari 1986	0,91%	2 dagen
per 1 juli 1986	0,08%	—

HOOFDSTUK I

Categorie I

oude regeling per 1.1.88	nieuwe regeling per 1.1.88
1e jaar f 4.573,—	1e jaar f 4.301,—
2e jaar f 5.122,—	2e jaar f 4.573,—
3e jaar f 5.640,—	3e jaar f 4.847,—
4e jaar f 6.095,—	4e jaar f 5.122,—
5e jaar f 6.558,—	5e jaar f 5.391,—
6e jaar f 7.022,—	6e jaar f 5.640,—
7e jaar f 7.484,—	7e jaar f 5.868,—
	8e jaar f 6.095,—
	9e jaar f 6.327,—
	10e jaar f 6.558,—
	11e jaar f 6.791,—
	12e jaar f 7.022,—
	13e jaar f 7.253,—
	14e jaar f 7.484,—

Categorie II

oude regeling per 1.1.88	nieuwe regeling per 1.1.88
1e jaar f 7.484,—	1e jaar f 5.868,—
2e jaar f 7.732,—	2e jaar f 6.095,—
3e jaar f 7.982,—	3e jaar f 6.327,—
4e jaar f 8.228,—	4e jaar f 6.558,—
5e jaar f 8.479,—	5e jaar f 6.791,—
6e jaar f 8.725,—	6e jaar f 7.022,—
7e jaar f 8.973,—	7e jaar f 7.253,—
	8e jaar f 7.484,—
	9e jaar f 7.732,—
	10e jaar f 7.982,—
	11e jaar f 8.228,—
	12e jaar f 8.479,—
	13e jaar f 8.725,—
	14e jaar f 8.973,—

Categorie III

oude regeling per 1.1.88	nieuwe regeling per 1.1.88
1e jaar f 8.973,—	1e jaar f 7.253,—
2e jaar f 9.325,—	2e jaar f 7.485,—
3e jaar f 9.678,—	3e jaar f 7.732,—
4e jaar f 10.030,—	4e jaar f 7.982,—
5e jaar f 10.381,—	5e jaar f 8.228,—
6e jaar f 10.735,—	6e jaar f 8.479,—
7e jaar f 11.087,—	7e jaar f 8.725,—
	8e jaar f 8.973,—
	9e jaar f 9.325,—
	10e jaar f 9.678,—
	11e jaar f 10.030,—
	12e jaar f 10.381,—
	13e jaar f 10.735,—
	14e jaar f 11.087,—

Categorie IV

oude regeling per 1.1.88	nieuwe regeling per 1.1.88
1e jaar f 11.087,—	1e jaar f 8.725,—
2e jaar f 11.427,—	2e jaar f 8.973,—
3e jaar f 11.768,—	3e jaar f 9.325,—
4e jaar f 12.106,—	4e jaar f 9.678,—
5e jaar f 12.445,—	5e jaar f 10.030,—
6e jaar f 12.784,—	6e jaar f 10.381,—
7e jaar f 13.127,—	7e jaar f 10.735,—
	8e jaar f 11.087,—
	9e jaar f 11.427,—
	10e jaar f 11.768,—
	11e jaar f 12.106,—
	12e jaar f 12.445,—
	13e jaar f 12.784,—
	14e jaar f 13.127,—

HOOFDSTUK IV

Punt 4.1. Specialistentoelage	per 1.1.88 n x f 381,—
-------------------------------	---------------------------

Punt 4.2. Sociaal-geneeskundigentoelage	per 1.1.88 2 x f 381,—
---	---------------------------

Punt 4.3. Huisartsentoelage	per 1.1.88 f 381,—
-----------------------------	-----------------------

HOOFDSTUK VI

Vakantietoelage en vakantiedagen

De vakantietoelage welke de LAD adviseert is 8%, welk bedrag in de pensioengrondslag dient te worden opgenomen.

HOOFDSTUK VII

Punt 7.1. Beginnende artsen

Voor degenen die vóór 1 juli 1984 in dienst zijn getreden, is de volgende omzetting in de nieuwe richtlijnen van toepassing:

per 1.1.88	nieuwe regeling
1e jaar: aanvang cat. I f 4.573,—	gelijk aan 2e jaar cat. I
2e jaar: 3e jaar cat. I f 5.640,—	gelijk aan 6e jaar cat. I
3e jaar: 5e jaar cat. I f 6.558,—	gelijk aan 10e jaar cat. I
4e jaar: aanvang cat. II f 7.485,—	gelijk aan 8e jaar cat. II
5e jaar: 2e jaar cat. II f 7.732,—	gelijk aan 9e jaar cat. II
6e jaar: 3e jaar cat. II f 7.982,—	gelijk aan 10e jaar cat. II
7e jaar: 4e jaar cat. II f 8.228,—	gelijk aan 11e jaar cat. II
8e jaar: 5e jaar cat. II f 8.479,—	gelijk aan 12e jaar cat. II
9e jaar: 6e jaar cat. II f 8.725,—	gelijk aan 13e jaar cat. II
10e jaar: 7e jaar cat. II f 8.973,—	gelijk aan 14e jaar cat. II

Voor degenen die na 1 juli 1984 in dienst zijn getreden, geldt de volgende regeling:

per 1.1.88	
1e jaar: aanvang cat. I f 4.301,—	
2e jaar: 3e jaar cat. I f 4.847,—	
3e jaar: 5e jaar cat. I f 5.391,—	
4e jaar: aanvang cat. II f 5.868,—	
Vervolgens doorlopend in categorie II, totdat het maximum is bereikt.	

Punt 7.2. Assistent-geneeskundigen in opleiding

per 1.1.88	opl. 4 jaar	opl. 5 jaar	opl. 6 jaar
aanvangssalaris f 4.573,—			
tweede jaar f 4.756,—			
derde jaar f 4.961,—			
vierde jaar f 5.201,—	+ f 381,—		
vijfde jaar f 5.439,—		+ f 381,—	
zesde jaar f 5.643,—			+ f 381,—
zevende jaar f 5.844,—			+ f 762,—
achtste jaar f 6.049,—			
negende jaar f 6.254,—			

HOOFDSTUK VIII

Punt 8.2 Vergoeding voor wachtdiensten

De vergoeding voor bereikbaarheidsdiensten wordt per 1 januari 1988:

- een bereikbaarheidstoelage voor elke werkdag van f 42,— voor maandag t/m vrijdag van 18.00 uur tot 08.00 uur de volgende morgen;
- een bereikbaarheidstoelage voor de zaterdag en zondag elk van f 59,—. Deze dienst loopt van zaterdagmorgen 08.00 uur t/m maandagmorgen 08.00 uur.

HOOFDSTUK IX

Uurtarief

Het uurtarief is per 1 januari 1988 als volgt:

- voor artsen die voldoen aan de criteria voor inschaling in categorie I: f 65,—;
- voor artsen die voldoen aan de criteria voor inschaling in categorie II: f 78,—; en
- voor artsen die voldoen aan de criteria voor inschaling in categorie III en IV: f 117,—.

BIJLAGE III

Richtlijnen voor trendvolgers

Op 1 januari 1986 is de Wet Arbeidsvoorwaardenontwikkeling Gepremieerde en Gesubsidieerde Sector (WAGGS) als opvolger van de Tijdelijke Wet Arbeidsvoorwaarden Collectieve Sector (TWACS) in werking getreden. De overheid zal daarbij jaarlijks, in overleg met de werkgevers, de financiële ruimte vaststellen die beschikbaar is voor de aanpassing van de arbeidsvoorwaarden in deze sector. De werkgevers en werknemers kunnen vervolgens binnen de gestelde ruimte vrij onderhandelen over de invulling van het arbeidsvoorwaardenpakket.

Om tot een zo evenwichtig mogelijke aanpassing van de salarissen in deze bijlage te komen heeft het Centraal Bestuur der LAD besloten met ingang van 1 januari 1988 de aanpassing te doen plaatsvinden overeenkomstig het gemiddelde van de salaristijging in de sectoren waarin de LAD direct of indirect als CAO-partij participeert. Vanwege het tijdstip waarop de CAO-besprekingen worden afgerond is het niet altijd mogelijk om de salarisbedragen per 1 januari van elk jaar aan te passen. De salarisbedragen zullen daarom eerst op het moment dat CAO-partijen hierover overeenstemming hebben bereikt worden aangepast. Een en ander zal dan geschieden met terugwerkende kracht. Tot dat moment blijven de onderstaande salarisbedragen gelden.

HOOFDSTUK I

Categorie I

oude regeling per 1.1.87	nieuwe regeling per 1.1.87
1e jaar..... f 4.261,—	1e jaar..... f 4.023,—
2e jaar..... f 4.737,—	2e jaar..... f 4.261,—
3e jaar..... f 5.225,—	3e jaar..... f 4.498,—
4e jaar..... f 5.670,—	4e jaar..... f 4.737,—
5e jaar..... f 6.110,—	5e jaar..... f 4.981,—
6e jaar..... f 6.546,—	6e jaar..... f 5.225,—
7e jaar..... f 6.979,—	7e jaar..... f 5.455,—
	8e jaar..... f 5.670,—
	9e jaar..... f 5.890,—
	10e jaar..... f 6.110,—
	11e jaar..... f 6.328,—
	12e jaar..... f 6.546,—
	13e jaar..... f 6.762,—
	14e jaar..... f 6.979,—

Categorie II

oude regeling per 1.1.87	nieuwe regeling per 1.1.87
1 jaar..... f 6.979,—	1e jaar..... f 5.455,—
2e jaar..... f 7.214,—	2e jaar..... f 5.670,—
3e jaar..... f 7.446,—	3e jaar..... f 5.890,—
4e jaar..... f 7.679,—	4e jaar..... f 6.110,—
5e jaar..... f 7.913,—	5e jaar..... f 6.328,—
6e jaar..... f 8.146,—	6e jaar..... f 6.546,—
7e jaar..... f 8.379,—	7e jaar..... f 6.762,—
	8e jaar..... f 6.979,—
	9e jaar..... f 7.214,—
	10e jaar..... f 7.446,—
	11e jaar..... f 7.679,—
	12e jaar..... f 7.913,—
	13e jaar..... f 8.146,—
	14e jaar..... f 8.379,—

Categorie III

oude regeling per 1.1.87	nieuwe regeling per 1.1.87
1e jaar..... f 8.379,—	1e jaar..... f 6.762,—
2e jaar..... f 8.709,—	2e jaar..... f 6.979,—
3e jaar..... f 9.042,—	3e jaar..... f 7.214,—
4e jaar..... f 9.372,—	4e jaar..... f 7.446,—
5e jaar..... f 9.703,—	5e jaar..... f 7.679,—
6e jaar..... f 10.036,—	6e jaar..... f 7.913,—
7e jaar..... f 10.370,—	7e jaar..... f 8.146,—
	8e jaar..... f 8.379,—
	9e jaar..... f 8.709,—
	10e jaar..... f 9.042,—
	11e jaar..... f 9.372,—
	12e jaar..... f 9.703,—
	13e jaar..... f 10.036,—
	14e jaar..... f 10.370,—

Categorie IV

oude regeling per 1.1.87	nieuwe regeling per 1.1.87
1e jaar..... f 10.370,—	1e jaar..... f 8.146,—
2e jaar..... f 10.691,—	2e jaar..... f 8.379,—
3e jaar..... f 11.012,—	3e jaar..... f 8.709,—
4e jaar..... f 11.334,—	4e jaar..... f 9.042,—
5e jaar..... f 11.655,—	5e jaar..... f 9.372,—
6e jaar..... f 11.975,—	6e jaar..... f 9.703,—
7e jaar..... f 12.299,—	7e jaar..... f 10.036,—
	8e jaar..... f 10.370,—
	9e jaar..... f 10.691,—
	10e jaar..... f 11.012,—
	11e jaar..... f 11.334,—
	12e jaar..... f 11.655,—
	13e jaar..... f 11.975,—
	14e jaar..... f 12.299,—

HOOFDSTUK IV

Punt 4.1. Specialistentoelage	per 1.1.87 n × f 368,—
-------------------------------	---------------------------

Punt 4.2. Sociaal-geneeskundigentoelage	per 1.1.87 2 × f 368,—
---	---------------------------

Punt 4.3. Huisartsentoelage	per 1.1.87 f 368,—
-----------------------------	-----------------------

HOOFDSTUK VI

Vakantietoeslag en vakantiedagen

De vakantietoeslag welke voor de trendvolgende sector op dit moment geldt is 7,5%.

HOOFDSTUK VII

Punt 7.1. Beginnende artsen

Voor degenen die vóór 1 juli 1984 in dienst zijn getreden, is de volgende omzetting in de nieuwe richtlijnen van toepassing:

per 1.1.87	oude regeling	nieuwe regeling
1e jaar: aanvang cat. I	f 4.261,—	gelijk aan 2e jaar cat. I
2e jaar: 3e jaar cat. I	f 5.225,—	gelijk aan 6e jaar cat. I
3e jaar: 5e jaar cat. I	f 6.110,—	gelijk aan 10e jaar cat. I
4e jaar: aanvang cat. II	f 6.979,—	gelijk aan 8e jaar cat. II
5e jaar: 2e jaar cat. II	f 7.214,—	gelijk aan 9e jaar cat. II
6e jaar: 3e jaar cat. II	f 7.446,—	gelijk aan 10e jaar cat. II
7e jaar: 4e jaar cat. II	f 7.679,—	gelijk aan 11e jaar cat. II
8e jaar: 5e jaar cat. II	f 7.913,—	gelijk aan 12e jaar cat. II
9e jaar: 6e jaar cat. II	f 8.146,—	gelijk aan 13e jaar cat. II
10e jaar: 7e jaar cat. II	f 8.379,—	gelijk aan 14e jaar cat. II

Voor diegenen die na 1 juli 1984 in dienst zijn getreden, geldt de volgende regeling:

per 1.1.87

1e jaar:	aanvang	cat. I	.....	f 4.023,—
2e jaar:	3e jaar	cat. I	.....	f 4.498,—
3e jaar:	5e jaar	cat. I	.....	f 4.981,—
4e jaar:	aanvang	cat. II	.....	f 5.455,—

Vervolgens doorlopend in categorie II, totdat het maximum is bereikt.

Punt 7.2. Assistent-geneeskundigen in opleiding

per 1.1.87

	opl. 4 jaar	opl. 5 jaar	opl. 6 jaar
aanvangssalaris	f 4.399,—	
tweede jaar	f 4.586,—	
derde jaar	f 4.784,—	
vierde jaar	f 5.015,—	+ f 368,—
vijfde jaar	f 5.246,—	+ f 368,— + f 368,—
zesde jaar	f 5.455,—	+ f 736,—
zevende jaar	f 5.649,—	
achtste jaar	f 5.847,—	
negende jaar	f 6.045,—	

HOOFDSTUK VIII

Punt 8.2. Vergoeding voor wachtdiensten

De vergoeding voor bereikbaarheidsdiensten wordt per 1 januari 1987:

- een bereikbaarheidsloelage voor elke werkdag van f 41,— voor maandag t/m vrijdag van 18.00 uur tot 08.00 uur de volgende morgen;
- een bereikbaarheidsloelage voor de zaterdag en zondag elk van f 57,—. Deze dienst loopt van zaterdagmorgen 08.00 uur t/m maandagmorgen 08.00 uur.

HOOFDSTUK X

Uurtarief

Het uurtarief is per 1 januari 1987 als volgt:

- voor artsen die voldoen aan de criteria voor inschaling in categorie I: f 63,—;
- voor artsen die voldoen aan de criteria voor inschaling in categorie II: f 76,—;
- voor artsen die voldoen aan de criteria voor inschaling in categorie III en IV: f 113,—.

SRC

Nieuwe inschrijvingen

Specialisten ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst in de maand november 1987:

Anesthesiologie

J. de Kort, 1.11.1987
O. J. M. Wajer, 1.5.1987
L. J. A. Winsser, 1.10.1987

Cardio-pulmonale chirurgie

G. J. van Ingen, 16.9.1987

Dermatologie

P. J. M. J. Bessems, 25.11.1987
Mw. J. Muntendam, 1.10.1987

Gastro-enterologie

G. H. van Olfen, 1.1.1987
Zijn inschrijving als internist per 1.5.1982 komt hiermede te vervallen

Heelkunde

W. F. H. L. Bröker, 1.11.1987
E. P. Steller, 1.7.1987

Inwendige geneeskunde

Mw. A. Alberda, 1.4.1986
R. P. M. Dahlmans, 19.9.1987
Mw. A. C. T. M. Depla, 1.10.1987
S. J. H. van Deventer, 1.4.1987
S. J. Eelkman Rooda, 1.10.1987
Mw. Y. C. E. de Graan-Hentzen, 1.11.1983
H. van Kamp, 1.10.1987
Z. Zylicz, 13.11.1987

Keel-neus-oorheelkunde

E. A. J. G. Conijn, 1.9.1987
H. W. Otten, 1.11.1987
J. J. A. Vrolijk, 1.10.1987

Kindergeneeskunde

M. J. Coppes, 1.9.1987
Mw. J. J. G. Nijman, 1.9.1987
Mw. E. van Pinxteren-Nagler, 1.10.1987

Klinische genetica

Prof. Dr. G. J. P. A. Anders, 4.5.1987
Prof. Dr. A. W. Eriksson, 4.5.1987
Dr. L. P. ten Kate, 4.5.1987

Longziekten en tuberculose

P. N. R. Dekhuijzen, 1.4.1987
Mw. M. de Graaf, 1.10.1987

Medische microbiologie

B. P. Overbeek, 1.10.1987

Neurologie

J. de Graaf, 1.10.1987
R. J. O. van der Ploeg, 1.7.1987
R. J. W. Witteveen, 1.10.1987

Aantekening klinische neurofysiologie

H. L. S. M. Busard, 1.10.1987
C. J. Gijsbers, 1.10.1987
R. J. O. van der Ploeg, 1.7.1987
C. R. B. Willems, 1.10.1987
R. J. W. Witteveen, 1.10.1987

Oogheelkunde

H. A. Hylkema, 1.8.1987
L. J. E. Spencer, 1.10.1987

Orthopedie

M. G. A. Frenkel, 1.9.1987
J. A. N. Verhaar, 1.9.1987
R. E. F. Zick, 1.7.1987

Psychiatrie

J. van Borssum Waalkes, 1.9.1987
Mw. A. M. M. B. Cabus, 1.4.1987
P. P. J. M. van Gent, 1.10.1987
Mw. M. L. Luteijn, 1.10.1987
H. J. F. Vink, 1.9.1987

Radiodiagnostiek

S. G. F. Robben, 15.10.1987
E. H. Strübbe, 1.11.1987

Revalidatiegeneeskunde

G. J. Snoek, 1.10.1987

Urologie

J. L. Bruins, 1.9.1987

Rectificatie

Per 1.5.1987 is voor het specialisme Heelkunde ingeschreven E. J. T. Rutgers (zie publ. in Med. Contact nr. 46); Dit moet zijn Dr. E. J. T. Rutgers

KNMG

Verkiezing dagelijks bestuur

Tot leden van het dagelijks bestuur zijn gekozen: Mw. M. L. van Weert-Waltman, jeugdarts te Amsterdam en Prof. Dr. P. E. Voorhoeve, hoogleraar neurofysiologie te Muiderberg. Tot plaatsvervangend lid is herkozen: P. J. van Wiechen,

radioloog te Breda. Tot plaatsvervangende leden van het DB zijn gekozen: P. B. L. Attema, psychiater te Purmerend, J. J. Blom, huisarts te Dokkum en H. P. A. F. Hoebe, bedrijfsarts te Den Helder.

KNMG

Studieweekend

Het hoofdbestuur wijdt het studieweekend in april aanstaande aan de kwaliteit van het medisch handelen. Een werkgroep zal het nodige voorbereidende werk doen om tot een zinvolle bespreking van dit uitgebreide en complexe onderwerp te komen. Ook op de Algemene Vergadering zal

dit onderwerp aan de orde komen. Daartoe worden twee inleiders aangezocht. De resultaten van het studieweekend en de discussie in de Algemene Vergadering zullen verder in het hoofdbestuur worden behandeld om tot een duidelijk beleid van dit punt te kunnen komen.

KNMG

Aids-problematiek

Het hoofdbestuur heeft opnieuw aandacht besteed aan de Aids-problematiek. Met name ging het daarbij om het al of niet ethisch toelaatbaar zijn van het eisen van een serologisch onderzoek op Aids door levensverzekeringsmaatschappijen aan aspirant-verzekerden indien het om een te verzekeren bedrag gaat van meer dan f 200.000,—. Een tweede aspect dat hiermee nauw samenhangt betreft de onbetrouwbaarheid van het serologisch onderzoek wanneer dit bij grote aantallen willekeurig personen plaatsvindt. Een derde aspect betreft de vraag of en in hoeverre hulpverleners in het kader van bepaalde behandelingsmethodes

een serologisch onderzoek bij de hulpvragers op Aids kunnen verlangen.

Het hoofdbestuur heeft besloten deze totale problematiek voor te leggen aan zijn commissie Medische Ethiek met het verzoek hieraan op korte termijn te willen adviseren. Tevens zal aan de vaste commissies van de Tweede Kamer van Volksgezondheid en van Justitie – die op 1 februari een UCV aan dit onderwerp besteedt – bericht worden dat het hoofdbestuur gezien de complexe problematiek nog geen definitief standpunt over de medisch-ethische aspecten van het Aids-vraagstuk heeft genomen.

KNMG

Euthanasie

Naar aanleiding van het wetsvoorstel inzake euthanasie dat inmiddels door de regering aan de Tweede Kamer is aangeboden, heeft het hoofdbestuur zich beraden over het met betrekking tot dit onderwerp in te nemen standpunt. Besloten is vast te houden aan het tot nog toe gevolgde beleid:

Het hoofdbestuur heeft er bij voortdurend op aangedrongen dat Justitie een duidelijk opsporings- en vervolgingsbeleid

zou vaststellen, opdat artsen die menen dat in een bepaalde situatie aan de uitdrukkelijke wens van de patiënt tot euthanasie moet worden tegemoet gekomen, er geen moeite mee zullen hebben in die gevallen geen verklaring van natuurlijk overlijden af te geven. Bovendien zal het hoofdbestuur krachtig bepleiten dat de rol van de gemeentelijk lijkschouwer geheel dezelfde zal blijven als thans in het kader van de wet op de lijkbezorging is vastgesteld.

KNMG

Contributie 1988

De nota's voor de contributie over 1988 worden in februari 1988 verzonden. Aan de leden wordt verzocht:

– gebruik te willen maken van het aangehechte acceptgiro-formulier; het versnelt de verwerking en de registratie van de betaling;

– indien een machtiging tot automatische afschrijving van de contributie is verstrekt, te willen zorgen voor voldoende saldo op de giro- of bankrekening.
Voor uw medewerking zeg ik u bij voorbaat hartelijk dank.

J. Diepersloot, secretaris-generaal

KNMG

CBSH opgeheven

Als gevolg van de opzegging door de VNZ van de samenwerkingsovereenkomst tussen LSV en VNZ inzake het CBSH (Centraal Bureau Specialisten Honorering) is per 1

januari het CBSH opgeheven. Vragen met betrekking tot CBSH-aangelegenheden kan men thans aan het Bureau van de LSV stellen (telefoon 030-823378 of 030-823376).

KNMG

Servicerubriek werkzoekende artsen

Deze rubriek is opengesteld voor werkzoekende KNMG-leden. Via deze rubriek kunnen werkzoekende artsen zich – anoniem – bekend maken aan potentieel geïnteresseerden. Hoe te handelen? U schrijft in telegramstijl de belangrijkste basisgegevens op (opleiding, eventuele specialisatie, bijzondere interesse, ervaring, leeftijd en dergelijke) en stuurt die aan de KNMG, secretaris public relations, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht. De KNMG zorgt dan voor de verdere afhandeling: eventueel tekststroomlijning, publicatie en doorzending van reacties naar de inzender. Wat dat laatste betreft kunt u desgewenst ook uw eigen telefoonnummer en/of adres vermelden in uw mededeling. Het duurt 2 à 3 weken alvorens een dergelijke mededeling kan

worden gepubliceerd. Houdt u daar rekening mee. Uiteraard geldt deze service uitsluitend voor leden van de KNMG.

Geïnteresseerden kunnen schriftelijk reageren via de KNMG, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht ter attentie van de secretaris public relations (onder vermelding van het betreffende servicenummer) of via het in de annonce genoemde telefoonnummer.

54. Basisarts, 25 jr. Onderzoekservaring: gynaecologie en verloskunde. Interesse voor: klinische ervaring kindergeneeskunde, interne geneeskunde of gynaecologie en verloskunde in de omgeving Noord-Holland.

LSV

Samenstelling Dagelijks Specialisten Bestuur

Per 1 januari 1988 is het Dagelijks Specialisten Bestuur (DSB) als volgt samengesteld: Dr. C. M. T. Plasmans, voorzitter, Dr. A. W. Mulder, ondervoorzitter, A. ten Hove

Jansen, secretaris, A. H. J. Houwing, penningmeester, Dr. F. Th. J. G. T. Kok, lid.

LHV

Huisartsen bespreken discussienota

De eerste helft van 1988 staat voor de LHV in het teken van de LHV-discussienota 'De positie van de huisarts in de toekomst'. Na het geslaagde symposium over deze nota op 13 november 1987 is het woord thans aan de huisartsen zelf. In zes maanden tijd organiseert het Centraal Bestuur een rondgang langs de twintig LHV-districten om met zoveel mogelijk huisartsen te discussiëren over de inhoud van de nota. Op elke bijeenkomst zal een delegatie van het Centraal Bestuur en het bureau van de LHV aanwezig zijn. Bij het verschijnen van dit nummer heeft het district Haarlem inmiddels op 25 januari jl. de spits afgebeten. De overige bijeenkomsten vinden plaats volgens onderstaand schema. Daarbij zijn nog niet alle locaties bekend, maar de leden van de LHV zullen hierover vroegtijdig informatie ontvangen.

Datum	district	plaats/tijdstip
1-2	IV (Den Haag)	Promenadehotel, Residentiezaal v. Stolkweg 1, Den Haag 20.00 uur

22-2	VI (Rotterdam)	Party-congrescentrum Engels, Stationsplein 45, Rotterdam 20.00 uur
9-5	VII (Dordrecht)	
14-3	VIII (Zeeland)	Motel Goes, te Goes 19.30 uur
14-3	III (Noord Holland)	Motel Akersloot, te Akersloot 19.30 uur
21-3	I (Amsterdam)	
28-3	XVII (Twente)	
29-3	V (Leiden)	
11-4	X (N-Brabant oost)	Hotel Quatre Bras, te Best 19.00 uur
18-4	IX (N-Brabant west)	
25-4	XI (Limburg)	Hotel Born, te Born 19.30 uur
2-5	XII (Utrecht)	
9-5	XIII (Amersfoort)	
16-5	XIV (Gelderland Zuid)	
30-5	XV (Gelderland)	
6-6	XVI (Zwolle)	
14-6	XVIII (Drenthe)	
20-6	XIX (Friesland)	
27-6	XX (Groningen)	