

MEDISCH CONTACT

Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nummer 19 – 13 mei – 43e jaargang

De talrijke experimenten met verwijzingen in de eerste lijn missen een noodzakelijke evaluatie van de kwaliteitsaspecten. Aldus Dr. K. Hoefnagels, oogarts te Tilburg. Hij bepleit een fundamentele benadering van de relatie tussen eerste en tweede lijn: geen eenzijdige experimenten, maar gezamenlijke actie.

In 1980 startte het instituut voor sociaal-wetenschappelijk onderzoek van de Katholieke Universiteit Brabant te Tilburg in opdracht van WVC een onderzoek naar de problemen die zich voordoen bij de substitutie van klinisch handelen door dagbehandeling en poliklinisch handelen. De econometrist Drs. M. H. L. van Tits doet in drie artikelen verslag van de onderzoekresultaten. In de eerste aflevering gaat hij in op de ontwikkelingen tussen 1974 en 1984; hij doet dat met behulp van landelijk cijfermateriaal.

Er dient in de gezondheidszorg een nieuw ordeningsprincipe te worden gehanteerd, wil de medische lijn niet helemaal ombuigen in de richting van het ziekenhuis; de huisartsgeneeskunde zal afbrokkelen, indien men niet intensief gaat werken aan het verbeteren van de samenwerking tussen huisarts en specialist in een gestructureerd verband: Dr. D. Post geeft zijn opinie en zijn optie.

Dat het aantrekken van een coördinator patiëntenvoorlichting een manier is om de voorlichting aan patiënten in ziekenhuizen te verbeteren, mag men van WVC drie jaar lang proberen te bewijzen in een zestal instellingen, waaronder het Merwedeziekenhuis te Dordrecht en Sliedrecht. Over voorlichten over voorlichten.

De toepassing van in vitro fertilisatie kan voor de betrokken paren een behoorlijke belasting betekenen, naast de spanningen die zij al ervaren door de jarenlange infertiliteit. Dit blijkt uit een literatuurstudie die deel uitmaakt van een evaluatieonderzoek inzake IVF in Nederland, ondernomen in opdracht van de Ziekenfondsraad.

INHOUD

De relatie tussen eerste en tweede lijn is niet gediend met bepaalde experimenten
Dr. K. Hoefnagels – 583

Substitutie 1: Ontwikkelingen in de (poli)klinische zorg in Nederland tussen 1974 en 1984
Drs. M. H. L. van Tits – 585

Toename benodigd aantal specialisten
Drs. P. J. M. van Zijl, Drs. C. D. Nienoord-Buré en Ir. J. R. Storm – 588

Heffen we de eerste lijn op? Huisarts en specialist in een nieuwe 'orde'
Dr. D. Post – 591

Coördinatie patiëntenvoorlichting. Fictie, feit of facilitéit?
Drs. K. P. van Ballekom-van de Ven en Drs. F. J. Grauenkamp – 593

Huisarts in het no-nonsense tijdperk. Een betere weg
P. J. G. van Diggelen – 595

In vitro fertilisatie: hoop op leven. 1: Belastende factoren
H. A. M. Zalmstra, G. Haan en A. Ph. Visser – 597

Uitspraken Medisch Tuchtcollege Groningen – 599

Colofon 578 – Colofon officieel 578 – Hoofdre-dactioneel commentaar 579 – Voorzittersko-lom LVSG 580 – Brieven 581 – Boeken 603 – Uit de Verenigingen 605

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 Küpperstraat 3, 1068 KL Amsterdam
Mw. G. A. E. Kreek-Wels
R. Bekendam
Dr. J. L. A. Boelen

Redactie Medisch Contact

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

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

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

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

Abonnementen

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

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

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

Advertenties

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

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

Bij de voorplaat:

'De zieke'. Miniatuur uit 'Theatrum Sanitatis' begin XVde eeuw.
Biblioteca Casanatense, Rome.

KNMG LHV LSV LAD LVSG KNMG

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

Dagelijks bestuur

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

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneskundigen (LVSG)

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

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

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

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

Bibliotheek

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

Stichting Dienstverlening Medici

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

Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen

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

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

Knelpunten in de thuiszorg

Onlangs heeft de LHV voor haar leden de brochure 'De huisarts en de thuiszorg; een handreiking' uitgebracht. Thuiszorg is een terrein waarop particuliere verpleegbureaus, verzekeraars, het kruiswerk, de gezinsverzorging, ziekenhuizen en verpleeghuizen en organisaties van huisartsen staan te dringen om hun plaats te veroveren. Als we uitgaan van de f 200,— per dag die de Ziekenfondsraad in zijn experimenten met thuiszorg, bij het volstrekt ontbreken van zorgcapaciteit thuis, ter beschikking van kruiswerk en gezinszorg heeft gesteld, wordt duidelijk dat het hier om gigantische bedragen en belangen gaat en wordt begrijpelijk waarom iedereen probeert een graantje mee te pikken.

In de brochure worden de volgende knelpunten voor het opzetten en organiseren van intensieve thuiszorg opgesomd: de participatie en de rol van de huisarts, de organisatie van de beroepsgroep huisartsen, de financiering, de relatie tussen huisarts en andere disciplines, en het gebrek aan informatie van huisartsen.

Van der Steur heeft ons onlangs laten zien welke problemen er nu al uit een onderzoek naar behoefte aan thuisverpleging, de belemmeringen voor een goed functioneren daarvan en de mogelijke substitutie-effecten zijn gebleken¹. Er moet duidelijkheid worden geschapen over de vraag wat tot de reguliere en wat tot de aanvullende zorg moet worden gerekend. Beantwoording hiervan is nodig om de financiële consequenties van thuiszorg te kunnen bepalen.

Verschil van mening bestaat er over het punt wie de eindverantwoordelijkheid voor de thuiszorg heeft. De integratie van kruisorganisatie en gezinsverzorging heeft dit toegespitst tot de vraag of die eindverantwoordelijkheid bij de huisarts dan wel bij de kruisorganisatie ligt. De LHV claimt in haar brochure dat de huisarts de eindverantwoordelijkheid voor het zorg- en behandelplan draagt — maar geschiedt dat ook terecht, als het accent van de behoefte op de verzorging en niet of nauwelijks op het medisch handelen ligt? Al eerder werd gesteld dat de huisarts primair de medische aspecten en de wijkverpleegkundige de zorginhoudelijke aspecten dient te coördineren². Het is onzinnig het primaat op dit moment vast te leggen. Het is heel begrijpelijk dat de huisarts niet onder de kruisorganisatie wil ressorteren en dat de wijkverpleegkundige niet onder een huisarts wil staan. Hier

wreekt zich het gebrek aan organisatie van de eerste lijn.

Terecht signaleert Van der Steur het gevaar dat de *thuiszorgfunctie*, bij gebrek aan wil of vermogen van de huidige eerstelijnsorganisaties hun organisatorische problemen op te lossen, door anderen (zoals ziekenhuizen: zie plannen in Almelo en Zwolle) zal worden uitgeoefend. Directies van verschillende ziekenhuizen zijn, gestimuleerd door de komende budgettering op basis van functies, op zoek naar expansiemogelijkheden buiten hun geijkte territorium. Zij beschikken meestal over voldoende financiële reserves om aanloopverliezen te kunnen opvangen en zijn in de gelegenheid een organisatorisch kader te bieden. De cruciale vraag, of mensen die in het ziekenhuis werken wel geschikt zijn om functies binnen de eerste lijn te vervullen, wordt (te) gemakkelijk weggewimpeld. Ook uit verpleeghuizen wordt naar de *thuiszorgfunctie* gekeken. Qua filosofie sluit het verpleeg-

antwoordelijkheid in een organisatie-model tot uitdrukking te brengen. Lukt dit niet op landelijk niveau, dan moet men het op lokaal niveau zien te regelen. Een plaatselijke organisatie is beter in staat de samenwerking met specialisten, ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen en vrijwilligersorganisaties te regelen en het 'case-management' te organiseren.

Naar mijn mening, welke die van Post niet blijkt te zijn³, verkeert van het koppel huisarts-specialist de eerstgenoemde in de gunstigste positie om de eerste verantwoordelijke te zijn ten aanzien van de medische aspecten van de thuiszorg. 'Eerste' is hier echter niet synoniem met 'enige': voor een kwalitatief goede thuiszorg is een gestructureerde samenwerking met de medisch specialist noodzakelijk. Dit past in de ideeën van Hoefnagels⁴, die de huisarts meer wil betrekken bij de ziekenhuiszorg en de specialist meer bij de eerstelijnszorg.

De oplossing van de door de LHV genoemde knelpunten ligt voor een groot deel in handen van de beroepsgroep zelf. Het valt op dat scholing en kwaliteitsbewaking niet zijn genoemd. Op dit moment ontbreekt het de meeste huisartsen aan voldoende kennis en vaardigheden om de geclaimde functie ten aanzien van de intensieve thuiszorg waar te maken. Nodig is het opstellen van gerichten cursussen, met theorie en praktische oefeningen, die door alle huisartsen, inclusief de stafleden van de huisartseninstituten, worden gevolgd. Voor de beroepsopleiding moet een programma worden ontworpen waarin niet alleen over samenwerking wordt gesproken, maar waarin specialisten, verpleeghuisartsen en wijkverpleegkundigen toekomstige huisartsen leren om te gaan met de medische problemen die inherent zijn aan langdurige verzorging thuis. Het spreekt tenslotte vanzelf dat de arts-assistenten de praktijk in verpleeghuizen en algemene ziekenhuizen onder de knie moeten krijgen en daarvan ook blij moeten geven. □

Dr. C. Spreeuwenberg

huis beter aan bij de eerste lijn; betwijfeld kan echter worden of het verpleeghuis in staat is de organisatieproblemen voldoende op te lossen.

De LHV tracht greep op de markt te houden met haar voorstel het management van de thuiszorg onder te brengen bij een nieuwe Stichting Huisartsgeneeskunde, de al bestaande Verenigingen Ondersteuning Huisartsenzorg (VOH) of anderszins. Dat de huisartsen op inhoudelijk gebied hun organisatie versterken, is, gezien alle veranderingen in het gezondheidszorgstelsel die op hen afkomen, toe te juichen. Het adagium: 'Schoenmaker houd je bij je leest' indachtig, lijkt het echter verstandig de aandacht eerst te richten op de eigen kerntaken en niet direct verantwoordelijkheid te nemen voor taken die traditioneel bij anderen thuishoren en waarvan nog lang niet vaststaat dat een huisartsenorganisatie in staat is ze de eerste jaren naar behoren uit te voeren.

Naar mijn stellige indruk hangt de toekomstige plaats van de huidige eerstelijnsorganisaties in de functie 'thuiszorg' af van het vermogen van de huisartsen- en de kruisorganisaties de gedeelde ver-

1. Steur JB van der. Thuisverpleging; taak en uitdaging voor de eerste lijn. Medisch Contact 1988; 43: 423-5.

2. Spreeuwenberg C. Thuiszorg. Medisch Contact 1987; 42: 1591.

3. Post D. Heffen we de eerste lijn op? Medisch Contact 1988; 43: 591-3.

4. Hoefnagels K. De relatie tussen eerste en tweede lijn is niet gediend met bepaalde experimenten. Medisch Contact 1988; 43: 583-5.

LVSG-voorzitter Mw. Dr. C. Hermann:

Gezonde levensstijl, een prikkel voor de LVSG

Het zal voor de meeste lezers geen nieuws zijn als wordt gemeld dat de LVSG zoekt naar een eigen identiteit waarin meer herkenbaar is dan de som van de zes takken van sociale geneeskunde. De LVSG ziet dan ook een taak voor zich weggelegd bij problematiek rond de gezondheidszorg tussen de verschillende takken.

Sommige problemen doen zich aanvanke-lijk voor binnen een afzonderlijke tak van sociale geneeskunde, maar blijken bij nadere beschouwing ook andere takken te raken. Zodra duidelijk wordt dat de problematiek zich uitstrekt over meer dan één tak, zal er geleidelijk een dialoog ontstaan tussen deze takken c.q. de binnen deze takken actieve wetenschappelijke verenigingen. De LVSG wil het ontstaan en de voortgang van deze dialoog stimuleren.

Nieuw, zo nieuw dat er nog geen sprake is van problematiek, zal de rol zijn die de LVSG kan gaan spelen bij het in banen leiden van de zorg rond de bedrijfsfitness. Als paddestoelen springen ook buiten de reguliere gezondheidszorg organisaties uit de grond die menen hieraan een belangrijke bijdrage te kunnen leveren. Het is niet denkbeeldig dat bedrijfsgezondheidszorg en sportgezondheidszorg zich over 'employee fitness' op soortgelijke wijze met elkaar zullen verstaan als de bedrijfsarts met de verzekeringsgeneeskundige waar het gaat om de begeleiding van langdurig zieken. Het is ook niet denkbeeldig dat, naarmate het accent van bedrijfsfitness meer op bewegen ligt en dit bewegen buiten het bedrijf gestalte krijgt, de sportarts er met zijn specifieke kennis over 'verstandig'

bewegen een rol bij gaat spelen. Binnen het bedrijf en daar waar het accent meer op de gehele levensstijl ligt, zal de rol van de bedrijfsarts mogelijk groter zijn. Doel van deze positieve gezondheidszorg is niet het kweken van topsporters. Wel zal veel energie worden gestopt in het stimuleren tot en aankweken van een gezonde levensstijl, waarin verstandig bewegen een rol speelt. 'Verstandig', omdat bewegen c.q. sport helaas een niet te verwaarlozen negatieve zijde heeft, onder andere in de vorm van blessures.

Ook de jeugdgezondheidszorg kan een belangrijke bijdrage leveren aan het positief beïnvloeden van het bewegingsge-

vormen, een belangrijke rol kunnen gaan spelen. Het ministerie van WVC heeft in haar nota 'Sportmedische begeleiding en sportgezondheidszorg' (1987) het beleidsvoornemen (nr. 4.9) kenbaar gemaakt, dat op experimentele basis ondersteunende sportmedische taken van basisgezondheidsdiensten nader zullen worden verkend; gedacht wordt onder meer aan een half-time sportarts per 200.000 inwoners. In Eindhoven en Kennemerland vinden door WVC gesubsidi-eerde experimenten plaats. Een fraaie taak zou het in dit kader zijn, als de aan basisgezondheidsdiensten te verbinden sportartsen regionaal activiteiten gingen ontplooiën om bedrijfsfitness te ontwikkelen.

De stimulering en begeleiding van bedrijfsfitness, maar liever nog van fitheid in het algemeen, een leven lang, zou een nieuwe gemeenschappelijke opgave kunnen worden voor verschillende takken van de sociale geneeskunde. Voorwaar een positieve zaak, waarbij de LVSG zich betrokken voelt en haar 'eigen' fitheid kan testen.



drag. De jeugdgezondheidszorg adviseert immers vrijwel elke scholier ten aanzien van de beoefening van sport. Schoolartsen treffen de scholieren echter in toenemende mate aan in een situatie waarin de les lichamelijke opvoeding geheel of ten dele ontbreekt.

De basisgezondheidsdiensten zouden in samenwerking met sportmedische adviescentra (SMA's) bij het stimuleren van genoemde 'life-style', waarvan verstandig bewegen een onderdeel kan

Mw. Dr. C. Hermann,
voorzitter LVSG

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.

WIE MOET HET CONSULTATIEBUREAU LEIDEN? (1)

Bovengenoemd opschrift is een mooie blikvanger voor een artikel in MC nr. 5/1988, blz. 143, dat de samenvatting beoogt te zijn van een onderzoeksrapport, getiteld: 'De zorg voor zuigelingen en kleuters', uitgevoerd door het NIVEL, betreffende het functioneren van de consultatiebureaus voor 0-4 jarigen in de verschillende varianten en organisatievormen waarin deze voorkomen in Nederland. Deze vondst is de onderzoekers graag gegund, ware het niet dat de lezer hiermee op het verkeerde been dreigt te worden gezet. Vandaar enkele kritische kanttekeningen.

Het rapport had niet tot doel na te gaan wie het consultatiebureau zou moeten leiden. Ware dit wél het geval geweest, dan had het onderzoek primair moeten zijn gericht op inhoud en kwaliteit van deze zorg, zoals die door de diverse disciplines wordt geboden. Het was echter gericht op inventarisatie van werkwijzen; van de bij uitvoering ondervonden knelpunten; van meningen over communicatie tussen de diverse hulpverleners; tevredenheidservaringen van consumenten. De conclusies die de onderzoekers uiteindelijk trekken, suggereren echter wel degelijk een kwaliteitsoordeel.

In de onderzoekopzet bedroeg de grootte van de steekproef: 160 wijkverpleegkundigen; 80 huisartsen, CB-leidend; 80 huisartsen, niet CB-leidend; en 80 (specifieke) CB-artsen. Bij het onderzoek werden echter uiteindelijk betrokken: 220 wijkverpleegkundigen; 106 huisartsen, CB-leidend; 84 huisartsen, niet CB-leidend; en 56 CB-artsen. Deze laatste blijken dus sterk te zijn ondervertegenwoordigd. Daarnaast is een CB-arts in het algemeen werkzaam binnen meer dan één CB-team, terwijl de huisarts meestal in één teamverband werkt. Bij conclusies dient hiervoor dus gecorrigeerd te worden. Dit is niet gebeurd.

In het artikel is niet vermeld (zoals in het rapport wel werd gedaan) dat de samenstelling van de diverse steekproeven *niet* representatief te noemen is voor de consultatiebureaus in Nederland, terwijl het artikel die suggestie wel wekt. Ten aanzien van de consumentensteekproef bijvoorbeeld geldt, dat ouders die een consultatiebureau bezoeken dat door een huisarts wordt geleid, zijn oververtegenwoordigd, in cijfers:

	onderzoek Nivel	landelijk
bezoek aan door huisarts geleid zuigelingen-CB	68,6%	32,3%
bezoek aan door huisarts geleid kleuter-CB	50,4%	18,1%

BRIEVEN

Deze oververtegenwoordiging beïnvloedt op storende wijze de conclusie met betrekking tot de voorkeur voor een huisarts op het consultatiebureau. Ten aanzien van de tevredenheid van de consument worden de volgende cijfers gegeven.

	zuigelingen-	kleuter-
tevreden en tamelijk tevreden over eigen huisarts	CB 90%	CB 89%
over andere huisarts	85%	84%
over CB-arts	87%	87%

De conclusie dat ouders tevredener zijn wanneer zij een bureau bezoeken dat door een huisarts wordt geleid dan wanneer zij een bureau bezoeken dat door een CB-arts wordt geleid, valt uit bovenstaande cijfers dus niet te trekken. Het lijkt er meer op dat ouders *over het algemeen* tevreden zijn over hun eigen consultatiebureau, ongeacht welke arts het leidt.

Bovengenoemde steken die de onderzoekers hebben laten vallen doen ons uitermate kritisch staan tegenover de resultaten van hun onderzoek.

Overigens: de slotconclusie van de onderzoekers in het artikel, dat 'duidelijke criteria (moeten) worden opgesteld over wat wordt vereist om goed consultatiebureau te kunnen doen', onderschrijven wij graag. De Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg heeft daartoe in 1985 een aanzet gedaan met haar brochure: 'Functie- en taakomschrijving voor een jeugdarts werkzaam in een jeugdgezondheidszorgteam'.

Utrecht, april 1988

Mw. L. J. Meijer-Spijker, voorzitter
Commissie Moederschapzorg
en Kinderhygiëne NVJG

WIE MOET HET CONSULTATIEBUREAU LEIDEN? (2)

Met belangstelling hebben wij het verslag van het NIVEL-onderzoek met betrekking tot het leiden van het consultatiebureau gelezen. Aanvankelijk hebben wij geaarzeld of het wel verstandig zou zijn te reageren, omdat wij menen dat niemand is gebaat bij het accentueren van mogelijke verschillen in achtergrond en benadering van huisartsen en CB-artsen. Wij onderschrijven dan ook de conclusie van het

rapport, dat er duidelijke criteria moeten worden opgesteld voor 'wat wordt vereist om goed een consultatiebureau te kunnen leiden'. (De Provinciale Kruisvereniging Noord-Holland heeft degelijke normen al opgesteld.)

De reden waarom wij toch reageren is de volgende: Naast een aantal vragen waarop exacte antwoorden mogelijk zijn – zoals het volgen van opleiding en bijscholing, en de voorkeur van de consumenten – worden ook uitspraken van de diverse werkers over zichzelf en over elkaar weergegeven. Wij vragen ons af in hoeverre men waarde kan hechten aan de mening die één beroepsgroep heeft over het eigen functioneren en over dat van een andere beroepsgroep. Zou er geen objectieve maat te vinden zijn om kwaliteit te meten? Ook de vragen aan de ouders maken weinig duidelijk over de manier en kwaliteit van werken.

Graag zijn wij bereid om ten behoeve van een eventueel vervolgonderzoek het bovenstaande nader uit te werken.

Assendelft, april 1988

Namens de consultatiebureau-artsen in de IJmond, C. M. van de Werd-Molenaar

WIE MOET HET CONSULTATIEBUREAU LEIDEN? (3)

Mede door het artikel 'Wie moet het consultatiebureau leiden?' van Dr. A. Kerkstra en Drs. T. M. L. Vorst-Thijssen in MC nr. 5/1988, blz. 143, werd onze aandacht gevestigd op het NIVEL-onderzoek naar de zorg voor zuigelingen en kleuters. Doel van het onderzoek is – zo blijkt uit de verslaglegging – te inventariseren wie, in welke mate en in welke vorm deze zorg verlenen en welke knelpunten zorgverleners daarbij ervaren. Speciale aandacht wordt in dit verband gegeven aan verschillen in functioneren van twee grote groepen artsen: huisartsen en speciaal opgeleide CB-artsen. Ook oordeel en verlangens van de ouders van gebruikers van deze zorg worden geïnventariseerd. Leden van de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen (VNVA), voor zoverre zij als CB-arts, huisarts, jeugdarts of kinderarts in deze tak van jeugdgezondheidszorg werkzaam zijn, zullen zeker via hun wetenschappelijke verenigingen deelnemen aan de komende discussies naar aanleiding van dit rapport. Als vereniging nemen wij vanzelfsprekend niet aan deze discussie deel. De VNVA stelt echter wel vragen van methodologische aard bij genoemd onderzoek, vragen met name over de verschillen in redactie van de enquêteformulieren, die respectievelijk aan CB-artsen en huisartsen zijn gezonden, omdat deze ver-

schillen tenderen naar discriminatie van vrouwelijke artsen.

Zoals bekend – en in het onderzoekverslag wordt dat ook op blz. 42 e.v. vermeld – is van de huisartsen ruim 90% man en zijn de CB-artsen bijna allen vrouw. Uit paragraaf 5.6: 'De reden om wel of niet CB te doen', uit de daarbij behorende tabel 5.3 en uit de bijlagen 'Enquête CB-artsen' (blz. 155 e.v.) en 'Enquête huisartsen' (blz. 169 e.v.) blijkt dat niet alleen aan CB-artsen en aan huisartsen verschillende enquêteformulieren zijn gezonden, maar dat ook bij een aantal gelijklopende vragen verschillende antwoordcategorieën zijn aangeboden. Zo is aan de huisartsen niet gevraagd of zij het leiden van een consultatiebureau goed te combineren achten met hun taak in het gezin of dat zij geen ander werk konden krijgen, en dergelijke. Aan de CB-artsen is niet gevraagd of zij het CB-werk zinvol vinden, of dat zij van mening zijn dat er een preventieve werking van het CB uitgaat (N.B. Van de CB-artsen heeft 15% dit spontaan als reden opgegeven!). Ook bij de vraag naar de genoten c.q. gevolgde opleiding zijn onnodige verschillen te constateren; bijvoorbeeld: zowel CB-arts als huisarts heeft het artsexamen gedaan en artsen van beide categorieën hebben een oordeel over de artsopleiding.

De geschetste verschillen in de enquêteformulieren zijn naar onze mening onnodig en onterecht en discriminerend tegenover onze vrouwelijke collegae. Wij hopen dat bij een mogelijk vervolgonderzoek met onze bezwaren rekening zal worden gehouden.

Zwolle, april 1988

P. C. v.d. Burg-Beijk, secretaris VNVA

Naschrift

Mw. Meyer stelt in haar brief dat het bovengenoemde artikel een *samenvatting* beoogt te zijn van het onderzoeksrapport 'De zorg voor zuigelingen en kleuters' dat in 1987 bij het NIVEL is verschenen. Dit is echter niet het geval. Het onderzoek is breder opgezet; bijvoorbeeld: resultaten met betrekking tot het aandeel van wijkverpleegkundigen tijdens de CB-zittingen en verschillen tussen bureaus 'oude stijl' en 'nieuwe stijl' worden in het artikel niet besproken. In het artikel zijn, zoals overigens vermeld, slechts die resultaten gepresenteerd welke betrekking hebben op verschillen tussen huisartsen die consultatiebureau houden en CB-artsen, met als doel aan te geven dat de discussie over welk type arts het consultatiebureau dient te leiden vrij uitzichtloos is zolang de verschillende groepen artsen voor eigen parochie preken, hetgeen door onze resultaten wordt bevestigd. Naar onze mening is het zinvoller de blik te verruimen en te proberen duidelijke criteria op te stellen over wat wordt vereist om goed consultatiebureau te kunnen doen.

Mw. Van de Werd-Molenaar brengt dan ook terecht naar voren dat de mening die de ene

beroepsgroep heeft over het eigen functioneren en over dat van een andere beroepsgroep, op zich géén indicatie hoeft te zijn voor de kwaliteit van zorg die op het consultatiebureau wordt geboden. Hetzelfde geldt overigens voor de mate van tevredenheid van de consumenten.

Verder is Mw. Meyer van mening dat het aantal CB-artsen in ons onderzoek sterk is ondervetegenwoordigd. Wij willen erop wijzen dat van de *CB-teams* die hun medewerking aan ons onderzoek hebben verleend er 45% door een huisarts wordt geleid en 55% door een CB-arts; in die zin is er géén sprake van ondervetegenwoordiging. Dit stemt overeen met de realiteit dat CB-artsen meestal in meerdere CB-teams werkzaam zijn, hetgeen samenhangt met het feit dat ze gemiddeld aanzienlijk meer uren per jaar consultatiebureau houden dan huisartsen en wijkverpleegkundigen. De reden waarom er bij de conclusies zou moeten worden gecorrigeerd voor het feit dat CB-artsen in het algemeen binnen meerdere CB-teams werkzaam zijn, zoals Mw. Meyer wil, is ons niet duidelijk. Tevens is het onduidelijk op welke wijze dit eventueel zou dienen te geschieden.

Wat de representativiteit van de steekproef aangaat het volgende: Het onderzoek had als doel na te gaan in hoeverre de consultatiebureaus voor 0-4-jarigen in de verschillende varianten en organisatievormen waarin ze voorkomen in Nederland op een verschillende wijze functioneren. Voor de opzet van het onderzoek betekent dit dat de belangrijkste varianten in de teamstelling van de bureaus (bureaus geleid door CB-artsen respectievelijk door huisartsen) en de belangrijkste organisatievormen ('oude stijl' respectievelijk 'nieuwe stijl') in voldoende mate in de steekproef moeten zijn vertegenwoordigd om vergelijkingen te kunnen maken tussen de verschillende bureaus. Tevens dienden ten behoeve van de vraagstelling: 'Hoe verloopt de samenwerking en communicatie (bijvoorbeeld in de vorm van verwijzing, rapportage en terugrapportage) tussen de consultatiebureau-medewerkers en de huisarts van het kind?', de huisartsen die géén consultatiebureau doen in hetzelfde gebied ter vergelijking te worden ondervraagd. Om deze redenen was een a-selecte steekproef binnen alle consultatiebureaus in Nederland weinig zinvol en werd ervoor gekozen het onderzoek in een zestal regio's uit te voeren, waarin alle door ons te onderzoeken organisatievormen en team-samenstellingen zijn vertegenwoordigd. Binnen deze regio's werden alle leden van de consultatiebureau-teams en huisartsen die géén consultatiebureau houden benaderd. Daarnaast is er in drie gemeenten uit de desbetreffende regio's een a-selecte steekproef uit het bevolkingsregister van zuigelingen en kleuters getrokken. Op grond van deze selectie van regio's is de samenstelling van de *totale* steekproef niet representatief te noemen voor alle consultatiebureaus in Nederland. Dit geldt bijvoorbeeld voor de *verdeling* van de bureaus 'oude' en 'nieuwe stijl' en van de consumenten die hun huisarts respectievelijk een CB-arts op het consultatiebureau zien.

Dit was ook niet de bedoeling van het onderzoek. Wel kunnen echter de onderzoekgegevens per onderscheiden subgroep, bijvoorbeeld de mening van de consumenten die een bureau 'oude stijl' bezoeken of die van de consumenten die een bureau met een CB-arts bezoeken, als referentie dienen voor dezelfde soorten bureaus elders in Nederland. Deze subgroepen zijn immers stuk voor stuk samengesteld uit personen uit de verschillende regio's, waardoor typisch plaatselijke kenmerken niet kunnen overheersen; bovendien zijn de subgroepen voldoende groot.

De conclusie dat meer ouders van 0-4-jarigen echt tevreden zijn over het consultatiebureau indien ze een bureau met hun eigen huisarts bezoeken, is niet alleen gebaseerd op de in het artikel genoemde percentages, maar op een totaal-indruk van het onderzoek onder de consumenten. De significante verschillen die zijn gevonden tussen de ouders die hun huisarts respectievelijk een CB-arts op het consultatiebureau zien, vallen namelijk systematisch in het voordeel van de eigen huisarts uit. Deze verschillen hebben betrekking op de mening van de consumenten over het afsprakensysteem, de wachttijden (normaal, aan de lange kant, hinderlijk lang), het contact met de arts (ondersteunend, vertrouwelijk, prettig, oppervlakkig), of de arts voldoende tijd voor hen heeft en of het duidelijk is voor welke zaken ze terecht kunnen bij de arts of de wijkverpleegkundige. Deze verschillen zijn uiteraard niet groot genoeg om alleen op grond daarvan voor veranderingen te pleiten. De kanttekening van Mw. Meyer is in zoverre terecht, dat dit in ons artikel niet duidelijk is aangegeven.

Tot slot willen wij ingaan op de opmerking van Mw. Van der Burg-Beijk, dat enkele verschillen in de enquêteformulieren die aan huisartsen en CB-artsen zijn toegezonden onnodig en discriminerend zouden zijn voor vrouwelijke artsen.

De vragenlijsten voor huisartsen, CB-artsen en wijkverpleegkundigen zijn zoveel mogelijk identiek gehouden. De reden dat sommige vragen verschillend zijn is naar onze mening niet gebonden aan man-vrouwverschillen, maar hangt samen met de relevantie van de vragen voor de verschillende functies die de deelnemers aan ons onderzoek uitoefenen. Zo is bijvoorbeeld aan huisartsen gevraagd of ze consultatiebureau doen omdat 'het gewoon bij het werk van de huisarts hoort', terwijl aan CB-artsen deze vraag niet is gesteld, omdat ze geen huisarts zijn; derhalve kan: 'Omdat het bij het werk van de huisarts hoort', voor hen geen argument zijn om consultatiebureau te doen. Omgekeerd is het weinig relevant aan huisartsen te vragen of ze naast hun praktijk tevens consultatiebureau doen omdat dit goed te combineren valt met de zorg voor hun gezin, terwijl dit voor een part-time werkende CB-arts naar onze mening een legitieme reden kan zijn om consultatiebureauwerk te verrichten.

Utrecht, april 1988

Mw. Dr. A. Kerkstra,

Mw. Dr. T. M. L. Vorst-Thijssen

De relatie tussen eerste en tweede lijn is niet gediend met bepaalde experimenten

De aandacht van de redactie van Medisch Contact voor het verwijssysteem (ref. MC nr. 10/1988, blz. 291) is terecht. De wijze waarop verwijzingen van huisarts naar specialist tot stand komen en de uiteenlopende opvattingen hierover vormen namelijk een van de belangrijkste handicaps voor een goede relatie tussen de eerste en de tweede lijn.

Dat een oogarts zich aanmatigt een bijdrage te kunnen leveren aan de hopelijk op gang komende discussie over dit probleem wordt gerechtvaardigd door het feit dat 20% tot 25% van het totaal aantal verwijskaarten voor de oogarts is bestemd. Ruim 35% is gericht aan de algemene chirurgie. Dit betekent dat 60% van de verwijskaarten op deze twee specialismen betrekking heeft en dat bijgevolg de inbreng van de oogarts en de chirurg bij de beoordeling van het verwijssysteem nauwelijks kan worden gemist.

EXPERIMENTEN

In Brabant zijn een paar experimenten verricht om het verwijsgedrag van huisartsen te beïnvloeden.

Het bonus-malusexperiment, waarover werd bericht in MC 9/1987, blz. 276, laboreert aan een aantal essentiële tekortkomingen. In dit experiment krijgen de deelnemende huisartsen een bonusuitkering van de ziekenfondsen naar gelang zij minder verwijzen naar de specialist. Toestemming van de patiënten voor dit experiment ontbreekt. Een evaluatie van de kwaliteitseffecten van een dergelijk financieel gestuurd verwijspatroon wordt blijkbaar niet verricht. Is de KNMG niet gehouden haar oordeel over de medische ethische merites van een dergelijk experiment duidelijk uit te spreken en bekend te maken?

In MC nr. 10/1988, blz. 301, wordt gerapporteerd over een ander Brabants experiment. Hierbij coderen de deelnemende huisartsen voor zich zelf wat hun bedoeling is bij het uitschrijven van een verwijskaart: ging het om een 'echte' verwijskaart (onderzoek of behandeling langer dan een maand gewenst), een 'consultkaart' (onderzoek en/of behandeling gedurende maximaal één maand) of een 'afgedwongen' verwijskaart (verwijzing op aandringen van patiënt en/of specialist)? Bij dit laatste experiment valt op te

Dr. K. Hoefnagels

De talrijke experimenten met verwijzingen in de eerste lijn – hoe zinvol ook met het oog op de gewenste en actuele discussie over de wijze waarop aan het verwijssysteem vorm moet worden gegeven – missen een noodzakelijke evaluatie van de kwaliteitsaspecten. Aldus Dr. K. Hoefnagels, oogarts te Tilburg. Hij bepleit een fundamentele benadering van de relatie tussen eerste en tweede lijn: geen eenzijdige experimenten, maar gezamenlijke actie.

merken dat de ervaring in Tilburg leert, dat bij de verwijzingen naar de oogarts een omschrijving van de bedoeling van de verwijzing in zeer veel gevallen geheel ontbreekt en dat duidelijkheid over de gewenstheid van een specifiek consult of een verdere behandeling nog minder vaak wordt aangegeven, ook tijdens de duur van het experiment. Dit experiment roept dus vragen op met betrekking tot de waarde die men aan de uitkomsten mag toekennen. In elk geval lijkt het noodzakelijk bij de evaluatie van dit soort 'experimenten' gegevens uit de tweede lijn te betrekken.

In toenemende mate sturen huisartsen patiënten met oogklachten voor een refractieonderzoek en/of oogdrukonderzoek naar de opticien. In veel gevallen volgt daarop de verkoop van een bril en in een aantal gevallen een bericht naar de huisarts over de bevindingen van de opticien. Blijkbaar is onvoldoende bekend, dat een eenmalige oogdrukmeting weinig zegt over het bestaan of de ontwikkeling van een glaucoom en net zo min dat een normale gezichtsscherpte met correctie enige zekerheid geeft over het al of niet bestaan van oogheelkundige pathologie. Nu is er weliswaar veel te zeggen voor een beperkt oogonderzoek door de opticien bij patiënten tussen 14 jaar en 40 jaar, omdat de waarschijnlijkheid van een oogheelkundige afwijking in deze leeftijdsgroep relatief klein is. Patiënten jonger dan 14 jaar en ouder dan 40 jaar behoren echter tot de reële risicogroep

en horen voor een onderzoek niet thuis bij de opticien.

De achterliggende intentie, op deze manier een verwijzing naar de oogarts te voorkomen en daarmee de verwijsfrequentie te verminderen, is ook om een andere reden aanvechtbaar. Waarom bekwaamt de huisarts zich niet zelf in het corrigeren van een eenvoudige refractiefwijking en het opmeten van de oogdruk? Hij kan een globale beoordeling van de fundus hier nog aan toevoegen. Het is toch allermerkwaardigst dat aan oogpatiënten, die 25% van het verwijsbestand vormen, tijdens de artsopleiding twee weken co-assistentenschap wordt besteed. Een niet gering deel van de huidige oogpathologie is toe te schrijven aan het geruststellend advies: 'Ga maar naar de opticien' en daardoor een te kort schietende oogheelkundige controle, speciaal van de oudere leeftijdsgroepen. Als excuus voor het doorsturen van hun patiënten naar de opticien voeren huisartsen nogal eens aan, dat de wachttijden voor een consult bij de oogarts zo lang zijn. Die constatering mag de LHV best aan staatssecretaris Dees doorgeven: die vindt namelijk dat er op het ogenblik te veel oogartsen werkzaam zijn in ons land en dat er een aantal van hen moet verdwijnen!

Hoewel de beschreven Brabantse experimenten wel een uitzonderlijk duidelijke insufficiëntie vertonen, zijn in de loop der jaren ook ontelbare publikaties verschenen van onderzoeken elders in het land naar het verwijsgedrag en de daarbij al of niet bereikte winst aan minder verwijskaarten of verpleegdagen. Zonder uitzondering vertonen ook deze onderzoeken het onvergeeflijk manco dat een onderzoek naar de kwaliteitseffecten ontbreekt.

FUNDAMENTELE BENADERING

De objectiviteit van de beoordeling van de relatie tussen eerste en tweede lijn zou zijn gediend met – als tegenhanger van al die eerstelijnsstudies – een paar onderzoeken naar de consequenties van bepaalde opvattingen over de versterking van de eerste lijn voor de gezondheids-toestand van de patiënten die tenslotte de tweede lijn bereiken.

Niettemin lijkt de waarde van al dit soort onderzoeken interessanter voor gezond-

heidspolitici en verzekeraars dan voor de patiënt. Het gaat namelijk voorbij aan het onbetwistbaar adagium, dat voor medici de behartiging van de gezondheidsbelangen van de patiënten een gemeenschappelijke opgave betekent, een opgave welke slechts in onderlinge samenwerking kan worden uitgevoerd. Een fundamentele benadering van de problematiek met betrekking tot de relatie tussen eerste en tweede lijn is daarom beslist noodzakelijk. Men kan daarbij de volgende *principes* als uitgangspunten kiezen:

1. Iedere medicus is persoonlijk verantwoordelijk voor het gezondheidsbelang van de patiënt die zich aan zijn zorg toevertrouwt.
2. Alle medici zijn in gelijke mate verantwoordelijk voor een doelmatig en effectief gebruik van de beschikbare middelen en ipso facto voor een optimale kwaliteit van hun medisch handelen.
3. De medici dienen gezamenlijk alles in het werk te stellen om de organisatie van de gezondheidszorg af te stemmen op het belang van de patiënt en het belang van politieke doelstellingen hieraan ondergeschikt te maken.

ad 1. De *persoonlijke verantwoordelijkheid voor de patiënt* houdt in, dat indien een patiënt zich zonder tussenkomst van de huisarts bij een specialist voor behandeling meldt – dit komt voor bij particuliere patiënten en vaak bij spoedgevallen – de specialist, evenals bij een overgedragen behandeling, persoonlijk verantwoordelijk is voor het gezondheidsbelang van de betrokken patiënt. Dat de ziektekostenverzekeraars en overheid het niet eens zijn met een dergelijke primaire (specialist) arts-patiëntrelatie, ontslaat de specialist niet van zijn of haar verantwoordelijkheid in zulke gevallen. Dit betekent overigens niet dat de specialist, indien dit verantwoord is, in bepaalde gevallen niet kan proberen zijn of haar patiënt ervan te overtuigen dat de noodzakelijke behandeling even goed in handen van de huisarts kan worden gelegd. Essentieel is, dat er bij een discussie over de taken van de huisarts en de taken van de specialist over en weer begrip dient te bestaan voor de persoonlijke verantwoordelijkheid van de huisarts als medicus en de persoonlijke verantwoordelijkheid van de specialist als medicus. Een en ander kan in de volgende dubbele gedragsregel voldoende tot uiting komen:

Iedere medicus dient:

- a. zijn of haar eigen specifieke deskun-

digheid bij de behandeling van de patiënt optimaal aan te wenden; en

- b. zo het belang van de gezondheidstoestand van de patiënt dit vereist, de specifieke deskundigheid van anderen in te schakelen.

Over het eerste gedeelte van deze gedragsregel zullen weinig interpretatieverschillen bestaan.

Over de toepassing van de tweede gedragsregel: het inschakelen van de deskundigheid van anderen, liggen de opvattingen – met name tussen de eerste en tweede lijn – niet altijd op dezelfde lijn. Weliswaar is er een groot aantal aandoeeningen of ziektebeelden welke door ieder worden erkend als te behoren tot de competentie van de huisarts respectievelijk van de specialist. Daartussen ligt echter een brede grijze band van ziektebeelden waarover verschil van opvatting bestaat. Welnu, voor een verbetering van de samenwerking tussen de huisarts en de specialist is het van groot belang dat juist in dit grijze gebied de medische communicatie wordt geïntensiveerd. Het is het gebied waar de competentie van de eerste lijn en die van de tweede lijn met elkaar samenvallen of elkaar overlappen en bijgevolg de bevoegdheid van beide partijen zich niet lijnvormig laat begrenzen. Gelukkig maar, want er blijft zodoende een arbeidsterrein over waar huisarts en specialist elkaar moeten ontmoeten en gezamenlijk de beste geneeskundige zorg kunnen uitoefenen. Uit het voorgaande is het duidelijk dat de gezondheidszorg zich niet zomaar laat verdelen in een eerste lijn en een tweede lijn. Huisarts en specialist moeten een dergelijke scheidslijn ook niet aanvaarden. Er liggen taken voor de specialist in wat men kunstmatig beschouwt als de eerste lijn, evengoed als er taken voor de huisarts liggen in de zogeheten tweede lijn.

ad 2. Een *doelmatig en effectief gebruik van de beschikbare middelen* betekent:

- a. dat het medisch handelen niet mag worden ingegeven door eigen financiële baat of praktijkvoordelen, maar dat richtsnoer moet zijn: optimale zorg voor zo weinig mogelijk kosten;
- b. dat het individueel medisch handelen en de doelmatigheid daarvan moeten worden getoetst aan de opvattingen van het medisch collectief.

Beide gevolgtrekkingen hangen met elkaar samen en zijn feitelijk als volgt onder één noemer te brengen: het oordeel over de doelmatigheid en effectiviteit

van het medisch handelen is niet langer een zaak van de individuele medicus, maar ook van het medisch collectief. Wetenschappelijke organisaties van specialisten en huisartsen zijn bij uitstek het forum dat uitspraken moet doen over deze kwaliteiten van het medisch functioneren. Men kan zelfs een stap verder gaan en de beoordeling van het medisch handelen van de specialist ook onderwerpen aan een toetsing door de huisartsengemeenschap en de beoordeling van het medisch handelen van de huisarts aan een toetsing door de specialistenorganisaties.

Er valt nog heel wat te verbeteren aan de doelmatigheid en doeltreffendheid van het geneeskundig handelen, zowel in de specialistensector als in de huisartsensector. Beide sectoren moeten dit beschouwen als een gezamenlijke taak en zich eindelijk eens *samen* keren tegen de strategie van de overheid en de ziektekostenverzekeraars, die alles in het werk stellen om specialisten en huisartsen tegen elkaar uit te spelen. Meedoen aan deze 'divide et impera'-strategie zal uiteindelijk voor het medisch beroep slechts verliezers opleveren en geen winnaars. En de patiënt zal tenslotte de tol moeten betalen.

ad 3. De *organisatie van de gezondheidszorg moet het belang van de patiënt dienen* en niet het belang van de politiek. Het patiëntencircuit wordt tegenwoordig door de politiek zoveel mogelijk uitgezet in twee van elkaar gescheiden trajecten, de eerste en de tweede lijn. Het is de taak van de medische beroepsgroep:

- a. het gezondheidscircuit te richten op de patiënt en niet op structuursystemen;
- b. daartoe de geneeskunde in teamverband te bedrijven, intradisciplinair, interdisciplinair, maar vooral interlineair (over de lijnen heen) in de ruimste zin van het woord.

De huisarts behoort een plaats te hebben in de ziekenhuisgezondheidszorg, de specialist een plaats in de zogenoemde eerstelijnsgezondheidszorg. De vorming van een dergelijke gemeenschappelijke werkvloer biedt huisartsen en specialisten de mogelijkheid beter in teamverband te functioneren en de patiënten een geïntegreerder gezondheidszorg aan te bieden. Het is zaak deze mogelijkheid te benutten en zoveel mogelijk uit te breiden.

Welke wegen staan hiertoe open?

Allereerst moet de huisarts een coördinerende rol voor de zorg voor zijn patiënt

niet alleen buiten het ziekenhuis, maar ook *binnen* het ziekenhuis vervullen. In het moderne ziekenhuis is de behandeling van de patiënt in veel gevallen zo orgaanspecialistisch geworden dat de bewaking van zijn of haar fysieke en psychische entiteit als geheel vaak te kort schiet. Door bedrijfsblindheid is er vaak weinig aandacht voor de algemene gezondheidstoestand van de patiënt en voor de achtergronden van de verstoring van zijn of haar welzijnsbevindingen. Veel specialisten zullen een teambehandeling in het ziekenhuis, waarin de huisarts de coördinerende rol vervult, niet afwijzen. Een ander voorbeeld: laat het ziekenhuis zijn eerstehulpfaciliteiten aanbieden aan de huisarts en zijn 'minor surgery'-voorzieningen voor hem openstellen. Een organisatie van de behandeling waarbij de huisarts een functie heeft bij de eerste-hulpdienst van het zieken-

huis zou een oplossing kunnen zijn voor de competentieproblemen welke zich bij spoedgevallen voordoen.

Omgekeerd moeten de specialisten hun arbeidsveld uitbreiden buiten de muren van het ziekenhuis. Poliklinische stadspraktijken, al of niet in groepsverband met huisartsen, kunnen de deskundigheid van de eerstelijnszorg versterken en bieden de mogelijkheid de integratie van de zorg ook buiten het ziekenhuis te verbeteren. Zeker bij de waarneembare intensivering van de poliklinische specialistische hulpverlening is het alleszins gewenst, dat huisarts en specialist gezamenlijk staan voor een goede nazorg van de patiënten, zeker als het gaat om steeds ingrijpendere operaties welke in toenemende mate poliklinisch kunnen worden uitgevoerd en de nazorg zullen intensiveren. In het ideale geval zou de huisarts een paar maal dit soort operaties moeten

bijwonen, of erbij moeten assisteren, om aldus een goed inzicht te krijgen in de aard van de ingreep en daardoor in de mogelijke post-operatieve complicaties en de beoordeling daarvan.

De dagbehandeling is in ons land nog niet echt vergevorderd. De verschuiving van klinische naar poliklinische behandeling geschiedt nog aarzelend. Voor een belangrijk deel is dit te wijten aan het in dit opzicht gebrekkig overheidsbeleid en een als gevolg daarvan te kort schietend voorwaardenscheppend beleid van de ziekenhuisorganisaties en de organisaties in de eerste lijn. Reden te meer om onze verantwoordelijkheid als medici ook op dit punt gezamenlijk op ons te nemen. Niet door middel van eenzijdige experimenten, maar door gecombineerde acties. □

Substitutie

1: Ontwikkelingen in de (poli)klinische zorg in Nederland tussen 1974 en 1984

Substitutie is de sleutel tot een kwalitatief uitstekende en doelmatige gezondheidszorg, zo luidt de belangrijkste stelling van de commissie-Dekker. Substitutie tussen intra- en extramurale zorg krijgt daarom de nodige aandacht in het rapport 'Bereidheid tot verandering'. Substitutie kent echter vele facetten, zoals: substitutie tussen beroepsbeoefenaars (medisch, paramedisch, verpleegkundig, technisch, sociaal-wetenschappelijk, enz.); substitutie tussen soorten van zorg (preventieve en curatieve zorg, zelfzorg en mantelzorg, medische en maatschappelijke dienstverlening, specialistische en huisartsenzorg, enz.); substitutie tussen arbeid en kapitaal (automatisering, nieuwe diagnostische en therapeutische technieken, kunst- en hulpmiddelen, arbeidsbesparende voorzieningen, enz.). De reeks rapporten die inmiddels door het IVA in het kader van het substitutie-onderzoek is uitgebracht¹, behandelt één onderdeel, namelijk de vervanging van klinische door po-

Drs. M. H. L. van Tits

Vooruitlopend op het advies van de commissie-Dekker, waarin grote nadruk wordt gelegd op het begrip 'substitutie', startte in 1980 het instituut voor sociaal-wetenschappelijk onderzoek van de Katholieke Universiteit Brabant te Tilburg (IVA) in opdracht van WVC een onderzoek naar de problemen die zich voordoen bij de substitutie van klinisch handelen door dagbehandeling en poliklinisch handelen. De econometrist Drs. M. H. L. van Tits, verbonden aan het IVA, doet in drie artikelen verslag van de onderzoekresultaten. In dit eerste artikel gaat hij met behulp van landelijk cijfermateriaal in op de ontwikkelingen tussen de jaren 1974 en 1984.

liklinische verrichtingen en door verrichtingen in dagbehandeling/dagverpleging. In dit artikel zal een aantal ontwikkelingen in de klinische en poliklinische zorg worden gesignaleerd. Daarbij wordt gebruik gemaakt van gegevensmateriaal van de ziekenfondsen zoals dat door het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen (LISZ) van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) is gepubliceerd in de zogeheten LISZ-jaarboeken.

Ofschoon het in de bedoeling lag ook de ontwikkelingen in de dagverpleging in beeld te brengen kan hieraan slechts ten dele worden voldaan. Het LISZ geeft namelijk wel een overzicht van de aantallen verrichtingen volgens de door de ziekenfondsen gehanteerde ontslagcode 7 (= klinische behandeling korter dan 24 uur) maar niet de aantallen verrichtingen waarop het zogenoemde M-10-tarief (= dagtarief volgens het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg) van toepas-

sing is. In de ontslagcode 7 bevinden zich geplande en niet-geplande kort-klinische opnamen en deze voldoen niet aan de door de Ziekenfondsraad gehanteerde definitie van dagverpleging, waarbij sprake is van 'een aantal uren durende vorm van verpleging in een ziekenhuis die voorzienbaar en noodzakelijk is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een medisch specialist'².

ALGEMENE ONTWIKKELINGEN

Tussen 1974 en 1984 is de ziekenfondspopulatie met 3% gestegen. Het aantal bejaarden binnen de ziekenfondspopulatie is in deze periode gestegen met 15%. De totale Nederlandse bevolking nam met 7% toe, terwijl dit voor het aantal bejaarden 20% bedroeg. Relatief gezien vergrijsde de ziekenfondspopulatie minder snel dan de totale Nederlandse bevolking. In de capaciteit van klinische voorzieningen hebben zich wat het aantal bedden betreft de volgende veranderingen voorgedaan in de periode 1974-1984: In de algemene ziekenhuizen is een daling van 5% opgetreden, in de academische ziekenhuizen is de beddenscapaciteit met 3% gedaald, in de categoriale ziekenhuizen is een daling van 27% opgetreden en het aantal bedden in psychiatrische ziekenhuizen is met 14% gedaald. De totale beddenscapaciteit in Nederland is daardoor met 9% gedaald in de periode 1974-1984.

Het aantal medisch specialisten is met 17% toegenomen en het aantal huisartsen steeg in deze periode met 25%. In het genoemde decennium is het aantal opnamen per 1.000 ziekenfondsverzekerden gestegen met 10%, terwijl het aantal verpleegdagen (eveneens per 1.000 verzekerden) daalde met 15%. De gemiddelde verpleegduur daalde met 23% van 18,5 dagen naar 14,2 dagen.

Omdat in het onderzoek het vervangen van klinische zorg door poliklinische zorg en dagbehandeling centraal staat, is het van belang allereerst wat uitgebreider in te gaan op de ontwikkelingen per specialisme, met name op de veranderingen in het percentage (poli)klinisch uitgevoerde verrichtingen. Voor de periode 1974-1984 is daartoe in tabel 1 per specialisme het percentage klinisch en poliklinisch uitgevoerde verrichtingen bij de ziekenfondsverzekerden weergegeven. Ook bevat de tabel het percentage klinisch uitgevoerde verrichtingen met een behandeling korter dan 24 uur. In de

Tabel 1. Percentage (poli)klinisch uitgevoerde verrichtingen (ziekenfondspopulatie).

Specialisme	klinisch		klinisch <24 uur		poliklinisch	
	1974	1984	1974	1984	1974	1984
Chirurgie	46,0%	27,3%	0,1%	0,2%	53,9%	72,5%
Urologie	38,3%	52,7%	0,3%	0,3%	61,4%	47,0%
Orthopedie	65,9%	64,7%	0,0%	0,5%	34,1%	34,8%
KNO	61,1%	19,8%	0,8%	2,8%	38,1%	77,4%
Oogheelkunde	16,9%	9,1%	0,0%	0,1%	83,1%	90,8%
Verloskunde en Gynaecologie	84,6%	43,4%	0,4%	1,2%	15,0%	55,4%
Inwendige Geneeskunde	30,1%	20,0%	0,0%	0,1%	69,9%	79,9%
Plastische Chirurgie	70,8%	54,1%	0,0%	0,5%	29,2%	45,4%
Neurochirurgie	91,1%	85,5%	0,0%	1,1%	8,9%	13,4%
Zenuw- en zielsziekten	21,8%	23,5%	0,0%	0,0%	78,2%	76,5%
Dermatologie	0,6%	0,2%	0,0%	0,0%	99,4%	99,8%
Kindergeneeskunde	38,2%	43,8%	0,0%	0,2%	61,8%	56,0%
Cardiologie	20,1%	24,1%	0,0%	0,1%	79,9%	75,8%
Longziekten en Tuberculose	10,3%	8,0%	0,0%	0,1%	89,7%	91,9%
Mondziekten en Kaakchirurgie	7,9%	5,4%	0,0%	0,2%	92,1%	94,4%
Totaal	40,1%	24,3%	0,2%	0,5%	59,7%	75,2%

Bron: LISZ.

Tabel 2. De ontwikkeling in de behoefte aan medische zorg op basis van de omvang en samenstelling van de ziekenfondspopulatie.

jaar	Ziekenfondspopulatie					
	jonger dan 65	65 en ouder	absoluut	index	absoluut	index
	A	B	A + 3B	A + 3B	A + 4B	A + 4B
1974	8.182.076	1.125.047	11.557.217	100	12.682.264	100
1984	8.312.565	1.282.110	12.158.895	105	13.441.005	106

Bron: LISZ.

Tabel 3. Relatieve veranderingen in het aantal verrichtingen in de periode 1974-1984 (index 1974 = 100).

Specialisme	verrichtingen					aantal verrichtingen per specialist
	klinisch	klinisch <24 uur	poli-klinisch	totaal	specialisten	
Chirurgie	107	477	242	180	113	160
Urologie	166	132	92	121	145	83
Orthopedie	247	—	257	251	155	162
KNO	63	668	395	194	110	177
Oogheelkunde	140	—	284	260	99	263
Verloskunde en Gynaecologie	122	781	880	238	128	187
Inwendige Geneeskunde	440	—	755	660	116	571
Plastische Chirurgie	220	—	448	288	133	216
Neurochirurgie	122	—	194	129	112	116
Zenuw- en zielsziekten	201	—	182	186	123	152
Dermatologie	88	—	264	263	97	271
Kindergeneeskunde	415	—	329	362	85	409
Cardiologie	947	—	752	792	180	440
Longziekten en Tuberculose	126	—	166	162	115	140
Mondziekten en Kaakchirurgie	306	—	455	444	—	—
Totaal	143	685	297	236	117	194

Bron: LISZ.

inleiding is reeds uiteengezet dat de laatst genoemde verrichtingensoort niet identiek is aan een verrichting uitgevoerd in dagbehandeling/dagverpleging.

Als we de cijfers van 1984 vergelijken met die van 1974, dan blijkt bij alle specialismen, met uitzondering van urologie, zenuw- en zielsziekten, kindergeneeskunde en cardiologie, het percentage poliklinisch uitgevoerde verrichtingen

te zijn toegenomen. De hoogste score wordt in 1984 gehaald door dermatologie (99,8%) en de laagste door neurochirurgie (13,4%). In 1984 is alleen bij het specialisme KNO-heelkunde het percentage klinisch uitgevoerde verrichtingen met een opname korter dan 24 uur van enige betekenis (2,8%). Als we alle door de specialismen uitgevoerde verrichtingen bij elkaar optellen dan blijkt het percen-

tage dat poliklinisch is uitgevoerd te zijn gestegen van 59,7% in 1974 naar 75,2% in 1984. De poliklinische percentages stegen in tien jaar tijd het sterkst bij de specialismen chirurgie (van 53,9% naar 72,5%), KNO-heelkunde (van 38,1% naar 77,4%) en verloskunde en gynaecologie (van 15,0% naar 55,4%). Uit de cijfers van de drie laatstgenoemde specialismen kan men niet automatisch de conclusie trekken dat van verschuiving of substitutie van zorg sprake is, omdat in de beschouwde periode enerzijds de behoefte aan medische zorg kan zijn toegenomen en anderzijds de groei van het aantal poliklinische verrichtingen aanmerkelijk sterker kan zijn geweest dan die van het aantal klinische verrichtingen.

BEHOEFTE AAN MEDISCHE ZORG

De ontwikkeling in de behoefte aan medische zorg in het tijdvak 1974-1984 die we hier zullen behandelen is gebaseerd op de omvang en samenstelling van de ziekenfondspopulatie. Andere factoren, zoals veranderende technologie en medische opvattingen, wijzigingen in de gezondheidstoestand van de ziekenfondsverzekerden en veranderingen in het ziekenfondspakket die gevolgen kunnen hebben voor het aantal uitgevoerde en gedeclareerde verrichtingen, worden buiten beschouwing gelaten.

Wat de samenstelling betreft is onderscheid gemaakt in de leeftijdscategorieën 'jonger dan 65 jaar' en '65 jaar en ouder'. De belangrijkste gegevens zijn te vinden in tabel 2. In kolom A staan respectievelijk de aantallen ziekenfondsverzekerden jonger dan 65 jaar in 1974 en in 1984. In kolom B is het aantal ziekenfondsverzekerden in de leeftijdscategorie 65 jaar en ouder te vinden. Indien we uitgaan van de veronderstelling dat 65-plussers driemaal zo veel medische zorg behoeven dan personen die jonger zijn dan 65 jaar kunnen we de zorgbehoefte uitdrukken in het aantal personen jonger dan 65 jaar plus driemaal het aantal personen van 65 jaar en ouder. Dit is voor de jaren 1974 en 1984 geschied in de kolom A + 3B (absoluut). In kolom A + 3B (index) is deze zorgbehoefte voor 1984 als index gerelateerd aan het jaar 1974 (= index 100). De zorgbehoefte blijkt in 1984 met 5% te zijn toegenomen ten opzichte van 1974.

Indien we uitgaan van de veronderstelling dat 65-plussers viermaal zo veel medische zorg behoeven als personen die jonger zijn dan 65 jaar, dan kunnen we

analoog aan de zojuist beschreven methode berekenen dat de zorgbehoefte in 1984 6% hoger is dan in 1974. Deze veronderstellingen zijn gebaseerd op het feit dat in 1984 het aantal opnamen c.q. het aantal verpleegdagen respectievelijk 2,2 en 3,8 keer zo hoog waren bij 65-plussers in vergelijking met personen jonger dan 65 jaar. Het aantal uitgevoerde verrichtingen bij 65-plussers was in 1984 1,3 keer zo hoog als bij ziekenfondsverzekerden jonger dan 65 jaar.

De volgende conclusie kan nu worden getrokken: indien de behoefte aan medische zorg alleen wordt gerelateerd aan de omvang en samenstelling van het aantal personen dat een beroep kan doen op de verleners van medische zorg, waarbij ervan wordt uitgegaan dat 65-plussers driemaal respectievelijk viermaal zoveel zorg behoeven als personen jonger dan 65 jaar, dan is de behoefte aan medische zorg door de ziekenfondspopulatie in 1984 met 5% respectievelijk 6% autonoom toegenomen ten opzichte van 1974.

Vanwege het ontbreken in het LISZ-materiaal van adequate gegevens betreffende dagverpleging, verstaan we onder substitutie het verschijnsel dat intensivering van de omvang van poliklinische zorg en kortdurende klinische zorg (met een opname korter dan 24 uur) leidt tot een afname van de omvang van de klinische zorg, daarbij rekening houdend met een toename van de behoefte aan medische zorg in de periode 1974-1984 van circa 6%, gebaseerd op de mutaties in omvang en samenstelling van de ziekenfondspopulatie.

VERRICHTINGEN

De relatieve veranderingen in het aantal poliklinische en klinische verrichtingen met een opname korter dan 24 uur staan vermeld in tabel 3. Per specialisme wordt een overzicht gegeven van de veranderingen in het aantal verrichtingen, het aantal specialisten en het aantal verrichtingen per specialist. Zo zien we dat binnen het specialisme chirurgie in de periode 1974-1984 het aantal klinische verrichtingen is toegenomen met 7% (index 107) en het aantal poliklinische verrichtingen met 142% (index 242). Het aantal klinische verrichtingen met een opname korter dan 24 uur is toegenomen met 377% (index 477). Deze laatste toename lijkt erg hoog, maar het gaat om relatief kleine aantallen (318 in 1974 en 1518 in 1984), zoals ook al bleek uit tabel 1 waaruit valt af te lezen dat het percentage klinische

verrichtingen met een opname korter dan 24 uur is toegenomen van 0,1% in 1974 naar 0,2% in 1984.

Het aantal chirurgen in deze perioden is toegenomen met 13% (index 113) en het totaal aantal verrichtingen met 80% (index 180). Hierdoor is het totaal aantal verrichtingen per specialist toegenomen met 60% (index 160). Rekening houdend met een autonome toename van 5% à 6% van de zorgbehoefte door de ziekenfondsverzekerden, menen we te mogen stellen dat voor het specialisme chirurgie de klinische activiteiten tussen 1974 en 1984 nagenoeg constant zijn gebleven, terwijl het aantal poliklinische activiteiten is uitgebreid.

Voor het specialisme als totaal is er dus geen sprake van substitutie van klinische zorg door poliklinische zorg. Met nadruk stellen we dat dit voor het totale specialisme geldt en niet voor de afzonderlijke verrichtingen. In het volgende artikel wordt per specialisme aandacht besteed aan een beperkt aantal (geselecteerde) verrichtingen, die elk afzonderlijk worden behandeld. Specialismen waarbij wel sprake zou kunnen zijn van substitutie voor het totale specialisme zijn KNO-heelkunde waarbij een afname wordt geconstateerd van 37% (index 63) in het aantal klinische verrichtingen tussen 1974 en 1984 en dermatologie. Bij dat laatste specialisme is het aantal klinisch uitgevoerde verrichtingen in de beschouwde periode met 12% (index 88) afgenomen.

Specialismen met een grote toename van het aantal klinische verrichtingen zijn mondziekten en kaakchirurgie (206%), kindergeneeskunde (315%), inwendige geneeskunde (340%) en cardiologie (847%). Bij KNO-heelkunde en verloskunde en gynaecologie valt een toename van de klinische verrichtingen met een opname korter dan 24 uur waar te nemen, ofschoon het om relatief kleine aantallen gaat.

Alleen bij urologie is het aantal poliklinische verrichtingen afgenomen. Deze afname kan bijna geheel worden verklaard door het wegvallen van de verrichting 'chromocystoscopie' (in 1980 38.000 keer gedeclareerd en in 1981 nog maar 5.000 keer) die voornamelijk poliklinisch wordt uitgevoerd. Het aantal poliklinisch uitgevoerde verrichtingen is tussen 1974 en 1984 sterk gestegen bij de specialismen plastische chirurgie (348%), mondziekten en kaakchirurgie (355%), cardiologie (652%), inwendige geneeskunde (655%) en verloskunde en gynaecologie (780%).

Tenslotte is het *totaal* aantal uitgevoerde verrichtingen flink toegenomen in de periode 1974-1984 bij de specialismen mondziekten en kaakchirurgie (344%), inwendige geneeskunde (560%) en cardiologie (692%). Ofschoon in het onderzoek geen aandacht is geschonken aan de veranderende technologie c.q. de wijzigingen in de gezondheidstoestand van de ziekenfondspopulatie spelen deze factoren ongetwijfeld een grote rol bij de stijging van de aantallen verrichtingen. De grootste wijzigingen in het aantal ver-

richtingen per specialist zijn opgetreden bij cardiologie en inwendige geneeskunde, waar respectievelijk een toename van 340% en 471% is geconstateerd.

Als we alle verrichtingen van alle specialismen tezamen nemen dan blijkt dat tussen 1974 en 1984 het aantal klinisch uitgevoerde verrichtingen met 43% is toegenomen, het aantal poliklinisch uitgevoerde met 197% en het totaal aantal met 136%. Het aantal verrichtingen per specialist is in 1984 94% hoger dan in 1974. □

Noten

1. De totale verslaglegging omvat de volgende vijf rapporten: Substitutie Kliniek-Polikliniek, fase I, december 1981 (algemeen onderzoek landelijk cijfermateriaal); Substitutie Kliniek-Polikliniek, fase II: Deel I. Kwalitatief onderzoek in Twente, juni 1986; Deel II. Kwalitatief onderzoek in Friesland, juli 1986; Deel III. Kwalitatief onderzoek in Tilburg, november 1986; Deel IV. Twente, Tilburg en Friesland vergeleken, september 1987 (kwantitatief onderzoek en samenvatting kwalitatieve onderzoeken). Belangstellenden kunnen de rapporten telefonisch bestellen bij het IVA-secretariaat, tel. 013-662011.

2. Voorlopige indicatielijsten verrichtingen dagverpleging. Uitgave 146/85 van de Ziekenfondsraad. Amstelveen, mei 1985.

Adviescommissie Behoeftelanning Artsen raamt:

Toename benodigd aantal specialisten

In oktober 1986 heeft de subcommissie Specialisten (commissie-Hoefnagels) van de Adviescommissie Behoeftelanning Artsen haar eindrapport aangeboden aan de staatssecretaris van WVC¹. De subcommissie, die bij haar raming nauw heeft samengewerkt met de professie, concludeert dat er in het jaar 2000 12.700 specialisten nodig zullen zijn; dit betekent, in vergelijking tot 1985, een toename van 34%. Dit aantal kan worden gerealiseerd door jaarlijks circa 440 basisartsen toe te laten tot de specialistenopleidingen.

Deze visie op de toekomstige situatie bevindt zich tussen die van enerzijds de werkzoekende artsen en anderzijds de overheid. Verwacht mag worden dat de staatssecretaris in zijn komende (vierde) 'Nota Beroepskrachtenplanning Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening' aandacht zal besteden aan de ramingen van de subcommissie.

ACHTERGROND

De afgelopen jaren hebben een aantal onevenwichtigheden te zien gegeven op de arbeidsmarkt voor specialisten. Enerzijds zijn sommige beroepsgroepen, zoals oogartsen en medisch microbiologen, geconfronteerd met een chronisch tekort aan beroepsbeoefenaren. Anderzijds is er een overschot aan bijvoorbeeld gynaecologen. Het is duidelijk dat op de arbeidsmarkt zowel tekort- als overschotsituaties onwenselijke aspecten hebben. Bij een tekort aan specialisten kunnen

Drs. P. J. M. van Zijl,
Drs. C. D. Nienoord-Buré en
Ir. J. R. Storm

In het jaar 2000 zullen in ons land 12.700 specialisten nodig zijn, dat wil zeggen 34% meer dan in 1985. Dit heeft de subcommissie Specialisten van de Adviescommissie Behoeftelanning Artsen de staatssecretaris van WVC laten weten. Drie leden van de subcommissie rekenen ons voor, dat het opvolgen van hun advies inhoudt dat ieder jaar zo'n 440 artsen die de basisopleiding hebben voltooid zouden moeten worden toegelaten tot de specialistenopleiding. De numerus fixus voor Geneeskunde zou dan op ongeveer 1.260 (nu: 1.485) plaatsen moeten komen.

wachttijden voor de patiënt ontstaan. Bij een overschot worden tijd en middelen geïnvesteerd in opleidingen van specialisten die na vijf jaar hun bevoegdheid verliezen wanneer zij niet in hun vak werkzaam kunnen zijn.

Vooraf door het reguleren van de opleidingscapaciteit kan het aanbod van specialisten worden beïnvloed. De beschikbaarheid van gegevens is daarbij een voorwaarde. Men dient inzicht te hebben in de te verwachten ontwikkeling van de vraag naar artsen en het te verwachten

aanbod. Daarnaast is het van belang te weten wat het effect zal zijn van ingrepen in de opleidingscapaciteit. Met dit doel riep op 25 maart 1982 de toenmalige minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Mw. M. H. M. F. Gardeniers, een commissie in het leven die haar van advies zou moeten dienen over de behoefte aan artsen. Deze Adviescommissie Behoeftelanning Artsen, naar haar voorzitter Prof. Dr. F. A. Vorst de commissie-Vorst genoemd, kende vier subcommissies: Huisartsen, Specialisten, Sociaal-Geneskundigen en Algemene Themata. In juli 1985 bracht zij een eindrapport uit², waarin de verslagen van de subcommissies Huisartsen, Sociaal-Geneskundigen en Algemene Themata waren opgenomen. Het verslag van de subcommissie Specialisten verscheen als een op zichzelf staand rapport in oktober 1986¹.

UITGANGSPUNTEN

Bij het vaststellen van de toekomstige behoefte aan specialisten heeft de subcommissie zich gebaseerd op de in de toekomst te verwachten specialistische produktie. Ze is daarbij zowel uitgegaan van demografische als van medisch-functionele ontwikkelingen. De subcommissie heeft zich een beeld gevormd van de in de toekomst te verwachten omvang en samenstelling van de bevolking, van mogelijke veranderingen van behoeftepatronen, van medisch-technologische ontwikkelingen en van ontwikkelingen in

de praktijkvoering. In de ramingen zijn wijzigingen in de organisatie en financiering van de gezondheidszorg, zoals die in de afgelopen jaren zijn doorgevoerd, zoveel mogelijk meegenomen.

Een van de belangrijkste vooronderstellingen die de subcommissie hanteert omtrent de praktijkvoering heeft betrekking op de normpraktijk. De subcommissie is er bij haar berekeningen van uitgegaan dat in 1995 de 50-urige normpraktijkweek zal zijn gerealiseerd. Zij ontleent haar definitie van de normpraktijk aan de omschrijving van de LSV uit 1980. In de situatie van de normpraktijk besteedt de specialist 30 uur aan direct patiëntgebonden activiteiten en 20 uur aan overige zaken.

De subcommissie heeft ervoor gekozen de veronderstellingen van haar ramingen te bepalen in nauw overleg met de afzonderlijke specialistische beroepsgroepen. Deze beschikken immers over de meeste vakinhoudelijke informatie. Bovendien worden beslissingen omtrent de omvang van specialistische vervolgoopleidingen in de eerste plaats binnen de beroepsgroepen zelf genomen. Behoudens een enkele uitzondering hebben alle wetenschappelijke verenigingen aan de ramingen meegewerkt.

RAMING

Ten behoeve van de ramingen door de subcommissie heeft het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZI) een model ontwikkeld waarbinnen per specialisme het aanbod van specialistische hulp door middel van aanpassingen van de opleidingscapaciteit wordt afgestemd op de te verwachten ontwikkeling van de medisch-specialistische produktie.

Bij het vaststellen van de toekomstige produktie is uitgegaan van de ontwikkeling in recente jaren. Met behulp van trendanalyse en in samenspraak met de wetenschappelijke verenigingen zijn de te verwachten ontwikkelingen in kaart gebracht. De subcommissie heeft daarbij alleen gekeken naar direct patiëntgebonden activiteiten. Voor de meeste erkende spreekuurhoudende en opnemende specialismen betreft het werkzaamheden die declarabel zijn en derhalve relatief goed worden geregistreerd, te weten; eerste polikliniekbezoeken, herhalingsbezoeken, opnemingen, verpleegdagen, intercollegiale consulten, medebehandelingen en klinische en poliklinische verrichtingen. Afhankelijk van de beschikbaarheid van gegevens heeft de subcommissie bij de specialismen Allergologie, Kli-

Tabel 1. Ontwikkeling aantal specialistenplaatsen in de jaren 1985-2000 en invloed van de invoering van de normpraktijk daarop.

specialisme	aantal specialistenplaatsen (FTE's)		bij invoering normpraktijk
	1985 aantal	2000 index	1985 index*
Interne geneeskunde	1.248	118	98
Longziekten	253	141	130
Cardiologie	386	153	145
Reumatologie	88	117	93
Gastro-enterologie	37	130	111
Allergologie	11	287	•
Kindergeneeskunde	578	109	93
Klinische Geriatrie	18	249	•
Algemene Chirurgie	929	133	129
Orthopedie	305	155	151
Urologie	202	144	129
Plastische Chirurgie	80	162	145
Neurochirurgie	68	127	122
Cardiolum. Chir.	57	202	•
Gynaecologie	627	116	118
Oogheelkunde	355	123	116
KNO	374	120	111
Dermatologie	256	107	89
Neurologie	547	112	93
Psychiatrie	1.334	130	•
Anesthesiologie	755	114	•
Revalidatie	180	147	•
Radiodiagnostiek	686	135	•
Radiotherapie	99	169	•
Path. Anatomie	248	116	•
Medische Microbiol.	127	143	•
Nucleaire Geneesk.	26	257	•
totaal	9.873	128	113

* De invloed van de normpraktijk is voor de specialismen die staan aangegeven met een punt (•) niet uit het rapport afleidbaar. Bij de berekening van het gemiddelde effect over alle specialismen zijn ze buiten beschouwing gelaten.

nische Geriatrie, Cardiopulmonale Chirurgie, de zenuw- en zielsziekten en de ondersteunende specialismen andere gegevens gehanteerd.

Volgens de subcommissie zal het totale aantal eerste polikliniekbezoeken en het totale aantal opnemingen per 1.000 inwoners constant blijven. Dit geldt niet voor alle specialismen. Uit het rapport blijkt zowel bij de interne als bij de chirurgische vakken een lichte accentverschuiving van de moeder- naar de deelspecialismen. Als gevolg van de zich voortzettende daling van de verpleegduur neemt bij alle specialismen het aantal verpleegdagen af. De afname per 1.000 inwoners bedraagt gemiddeld 8%. Het aantal intercollegiale consulten en de medebehandelingen zal nog een groei van 20% doormaken. Ook in de sfeer van de verrichtingen is een toename te zien. Opvallend is de te verwachten groei van 30% van het aantal poliklinische verrichtingen per 1.000 inwoners.

De in de toekomst benodigde specialistische produktie is vertaald in het beno-

digd aantal specialisten. Daartoe is, in nauw overleg met de wetenschappelijke verenigingen van de betrokken beroepsgroepen, per specialisme nagegaan hoeveel tijd elk van de genoemde direct patiëntgebonden activiteiten de specialist kost. Uitgaande van de normpraktijk, waarin een full-time specialist gemiddeld 30 uur per week besteedt aan deze activiteiten, kan worden berekend hoeveel specialisten er nodig zijn.

In tabel 1, die is afgeleid van de in het rapport gepubliceerde gegevens, staan de resultaten weergegeven. Het geeft voor alle specialismen aan hoeveel specialistenplaatsen (of full-time equivalenten = FTE's) in 1985 beschikbaar waren. De indexcijfers in de tweede kolom geven de ontwikkeling van het aantal full-time equivalenten tot het jaar 2000 weer. In de derde kolom wordt weergegeven wat de invloed is van de door de subcommissie gehanteerde vooronderstelling omtrent de normpraktijk. De detaillering van de gegevens is het gevolg van het gehanteerde model; ze moet worden gezien als indicatie voor de te verwachten ontwikkeling.

Het totale aantal full-time specialistenplaatsen zal tot aan het jaar 2000 toenemen met 28%. Volgens de subcommissie maken de recentelijk erkende specialismen de sterkste groei door. Bij Allergologie, Klinische Geriatrie, Cardiopulmonale Chirurgie en Nucleaire Geneeskunde is sprake van een verdubbeling van het aantal plaatsen. Geringe groei doet zich voor bij Interne Geneeskunde, Reumatologie, Kindergeneeskunde, Gynaecologie, Dermatologie, Neurologie, Anesthesiologie en Pathologische Anatomie. De subcommissie gaat ervan uit dat in verband met deeltijdarbeid één specialistenplaats wordt bezet door gemiddeld 1,06 specialisten. Omdat de hoeveelheid werk die door assistent-geneeskundigen wordt verricht afneemt, wordt de toename van het aantal benodigde specialisten geschat op 34%. In het jaar 2000 zullen er circa 12.700 specialisten nodig zijn.

Vanzelfsprekend heeft de vooronderstelling over de normpraktijk invloed op de resultaten. Uitgedrukt in specialistenplaatsen, leidt de invoering van de normpraktijk tot een gemiddelde, autonome stijging van 13%; ze verklaart een belangrijk deel van de totale stijging van het aantal specialistenplaatsen tot aan 2000. Bij de bepaling van het aantal op te leiden specialisten is uitgegaan van de berekende toename van het aantal specialisten. Daarnaast is gekeken naar de te verwachten in- en uitstroom van specialis-

ten. Behalve de omvang en de leeftijdssamenstelling van de zittende beroepsgroepen zijn de aantallen thans in opleiding zijnde assistenten in deze beschouwing betrokken. De produktiviteit van assistenten in opleiding wordt verondersteld gelijk te zijn aan de helft van die van een full-time werkend specialist.

In tabel 2 worden de resultaten van de berekening weergegeven. Om te grote schommelingen in de totale opleidingscapaciteit te voorkomen, prefereert de subcommissie een constante instroom tot aan 2000.

Volgens de subcommissie Specialisten dient de opleidingscapaciteit in het jaar 2000 2.172 plaatsen te omvatten. Dit is 9% minder dan in 1985. Tussen de specialismen bestaan aanzienlijke verschillen, variërend van een halvering van de capaciteit bij Kindergeneeskunde en Reumatologie tot een verviervoudiging bij Klinische Geriatrie. De aanpassingen moeten op korte termijn worden doorgevoerd en zijn nodig om het aanbod van specialistische hulp dusdanig te beïnvloeden dat vraag en aanbod in overeenstemming zijn. Het aantal jaarlijks in te stromen assistenten komt volgens de subcommissie neer op circa 440.

BEROEPSKRACHTENPLANNING

De staatssecretaris van WVC brengt naar verwachting in 1988 een nieuwe nota 'Beroepskrachtenplanning' uit. Waarschijnlijk zal hij daarin aandacht geven aan de gegevens uit het rapport van de subcommissie Specialisten. In de nota uit 1986 is hij terughoudend bij het doen van uitspraken over de in de toekomst benodigde aantallen specialisten en de daartoe benodigde bijstellingen van de opleidingscapaciteit³. Hij geeft er de voorkeur aan het aantal specialisten niet verder te laten toenemen; hij hoopt daarmee een verdere toename van het gebruik van specialistische hulp in te dammen. Voorgesteld wordt de numerus fixus voor geneeskunde te handhaven op 1.485 plaatsen. De bewindsman baseert zich daarbij op voorlopige gegevens van eerdere ramingen van de Adviescommissie Behoeftelanning Artsen¹. Met het verschijnen van de rapportage van de subcommissie Specialisten in oktober 1986 zijn gegevens beschikbaar gekomen, gebaseerd op de visie van de beroepsgroep. De subcommissie komt op een groei van het benodigd aantal werkzame specialisten tot het jaar 2000 van 34%. Door demografische ontwikkelingen en ontwikkelingen in praktijkvoe-

Tabel 2. Opleidingscapaciteit in 1985 en 2000 en jaarlijkse instroom van assistenten in de opleiding.

specialisme	aantal assistenten		instroom
	1985 aantal	2000 index	per jaar 1987-2000 aantal
Interne Geneeskunde ...	442	59	39(+13)*
Longziekten	50	130	16
Cardiologie	91	76	23
Reumatologie	13	46	3
Gastro-enterologie	14	36	2
Allergologie	1	400	2
Kindergeneeskunde	127	54	14
Klinische Geriatrie	2	450	3
Algemene Chirurgie	222	163	60(+14)
Orthopedie	67	119	20
Urologie	36	122	11
Plastische Chirurgie	11	164	6
Neurochirurgie	22	55	3
Cardiopulm. Chir.	19	89	4
Gynaecologie	126	81	20
Oogheelkunde	73	88	16
KNO	62	119	15
Dermatologie	47	70	8
Neurologie	137	46	13
Psychiatrie	320	103	73
Anesthesiologie	173	64	24
Revalidatie	43	88	10
Radiodiagnostiek	138	128	35
Radiotherapie	22	164	9
Path. Anatomie	47	83	8
Medische Microbiol.	33	124	10
Nucleaire Geneesk.	0	-	3
Totaal	2.374	91	436(+27)

* Tussen haakjes staan de aantallen assistenten genoemd die in opleiding zijn genomen ten behoeve van andere specialismen.

ring en behoeftepatronen zou volgens haar het aantal specialisten moeten toenemen van 9.437 in 1985 tot circa 12.700 in 2000.

Deze verwachting wijkt sterk af van de door het ministerie (en de financiers) wenselijk geachte nulgroei. De raming van de subcommissie is ook aanmerkelijk hoger dan bijvoorbeeld de raming van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen op basis van uitsluitend demografische ontwikkelingen^{4,5}. De groei die de subcommissie wenselijk acht is anderszins lager dan die van de eerdere raming van de Adviescommissie Behoeftelanning Artsen en dan bijvoorbeeld de Landelijke Belangenvereniging voor Basisartsen voorstaat^{1,6}. De subcommissie Specialisten pleit voor een kleiner aantal op te leiden assistenten dan in de 'Beroepskrachtennota' (Tweede Kamer, 1986) wordt voorgesteld³: tot het jaar 2000 zullen jaarlijks circa 440 basisartsen een specialistenopleiding moeten gaan volgen, wil er een evenwicht worden geschapen. Dit correspondeert met een numerus fixus voor de studie geneeskunde van circa 1.260 plaatsen.

In de maanden sinds het verschijnen van

het rapport hebben zich ontwikkelingen voorgedaan die mogelijk tot wijzigingen in het Nederlandse stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen aanleiding kunnen geven. Vooral de ideeën van de commissie-Kastelein en -Dekker en de invloed die deze mogelijk op het beleid zullen krijgen, kunnen voor het benodigde aantal specialisten grote gevolgen hebben. De voorstellen in het rapport van de commissie-Dekker zouden bijvoorbeeld volgens de berekeningen kunnen leiden tot een beperking van de groei van de medisch specialistische hulp tot hooguit 1% à 2% tot aan 2000. Dit is aanzienlijk minder dan door de subcommissie Specialisten wordt verondersteld. Welke maatregelen uiteindelijk zullen worden doorgevoerd en in hoeverre dit daadwerkelijk zal leiden tot een beperking van de productie, is echter vooralsnog niet duidelijk. De ontwikkelingen moeten nauwlettend worden gevolgd. □

Literatuur

1. Adviescommissie Behoeftelanning Artsen, subcommissie Specialisten. Eindadvies, behoefte- en raming medische specialisten. Rijswijk: ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, november 1986.
2. Adviescommissie Behoeftelanning Artsen. Eindadvies. Leidschendam: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, augustus 1985.
3. Nota Beroepskrachtenplanning Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening 1986 Tweede Kamer 19388 nrs 1 en 2, januari 1986.
4. College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Advies inzake richtgetallen verzorgingsbereik per functie-eenheid. Utrecht, juni 1986.
5. College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Advies inzake herwaardering richtgetallen verzorgingsbereik per functie-eenheid. Utrecht, december 1986.
6. Dam A van. Specialist worden, een toekomst voor een enkeling? Basis juli 1987, 8-9.

Het advies van de subcommissie Specialisten is voor f 15,— te bestellen bij het Dienstencentrum Overheidspublicaties (DOP) te Den Haag, gironummer 751.

Heffen we de eerste lijn op?

Huisarts en specialist in een nieuwe 'orde'

De structuren binnen, alsmede de organisatie van de gezondheidszorg staan voortdurend in de belangstelling. Niet alleen economen of organisatiedeskundigen houden zich ermee bezig, ook voor sociaal-geneeskundigen uit de categorie van de algemene gezondheidszorg vormen ze een object voor studie. Juist sociaal-geneeskundigen – werkend in het veld van de gezondheidszorg – doen ervaring op met problemen in de huidige structuur en organisatie van de gezondheidszorg. Artsen uit de categorie algemene gezondheidszorg zijn te vinden bij de Inspectie voor de Volksgezondheid, de Provinciale Raden voor de Volksgezondheid, de medische diensten van ziekenfondsen, het kruiswerk, etc. Zij hebben dagelijks contact met de praktijk van de gezondheidszorg; zij observeren en ervaren problematische situaties en zij signaleren manco's.

Als sociaal-geneeskundige, werkend bij de Medische Dienst van het Regionaal Ziekenfonds Zwolle, wil ik mijn visie geven op de huidige ordening van de gezondheidszorg. Omdat veel problemen te maken hebben met het ordeningsprincipe van dit moment geef ik in dit artikel suggesties om te komen tot een herordening van de gezondheidszorg.

HISTORISCHE ONTWIKKELING

Centraal in de gezondheidszorg staat het hulpverleningsproces. De geneeskunde als onderdeel van de gezondheidszorg vervult een essentiële rol. Naast verpleging, verzorging en sociale hulpverlening heeft de zieke primair de hulp van de arts nodig. Binnen de artsenstand is sinds het begin van deze eeuw de specialisatie op gang gekomen. De algemeen arts verdween en er kwamen artsen die zich met onderdelen bezighielden. Iets van de ouderwetse algemeen arts vinden we terug in de huisarts.

De specialisaties hebben sinds de Tweede Wereldoorlog een grote vlucht genomen en zich steeds verder afgebogen van de huisartsgeneeskunde. Steeds meer ook zijn specialisten gaan werken in ziekenhuizen. Het ziekenhuis heeft zich ontwikkeld tot het centrum van de gezondheidszorg, het bolwerk van medische kennis en deskundigheid. Hiermee

Dr. D. Post

Er dient in de gezondheidszorg een nieuw ordeningsprincipe te worden gehanteerd, wil de medische lijn niet helemaal ombuigen in de richting van het ziekenhuis. De huisartsgeneeskunde zal afbrokkelen, indien men niet intensief gaat werken aan het verbeteren van de samenwerking tussen huisarts en specialist in een gestructureerd verband. Dr. D. Post geeft zijn opinie en zijn optie.

is in de hiërarchie de specialist op een hoger plan gekomen dan de huisarts. Niet alleen in de ogen van de patiënt maar ook in de ogen van beleidsmakers is dit nogal eens een feit. Alleen al het gegeven dat norminkomens van specialisten hoger liggen dan die van huisartsen wijst op die hiërarchie.

De huisartsgeneeskunde – eens door Querido het specialisme van de integrale geneeskunde genoemd¹ – zette zich al vanaf de jaren vijftig af tegen de specialistische geneeskunde. Om ook tot een betere wetenschappelijke onderbouwing te komen ontstond het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Men ontwikkelde vervolgens het idee van de huisarts als hulpverlener bij wie de psychosociale aspecten van het ziek-zijn zeer sterk in de belangstelling staan. In diezelfde tijd, zo eind jaren zestig, beginnend al bij de 'Nota Volksgezondheid' van Veldkamp van 1966, begon de overheid zich uitgebreider te bemoeien met de volksgezondheid; ze wilde komen tot een structurering en ordening om meer greep te krijgen op de enorme expansie van de zorg en vooral om de financiële consequenties daarvan in te dammen. Dit leidde tot het *echelonneringsprincipe*: er ontstond eerste- en tweedelijns geneeskunde. Hendriks' 'Structuurnota' (1974) gaf hiervan een duidelijke bouwtekening. Dit sloot precies aan bij de ontwikkelingen die gaande waren. De specialist ontwikkelde zich steeds meer tot medisch deskundige, de huisarts tot hulpverlener met een medische achtergrond. Deze laatste ontwikkeling sloot

goed aan bij de steeds verdergaande uitbreiding van het maatschappelijk werk. Ook de verpleegkundige kreeg steeds meer taken die psychosociale aspecten vertoonden. Niets stond in de weg om de eerste lijn te construeren: huisarts, verpleegkundige en maatschappelijk werker.

De medische deskundigheid kwam in die tijd wat op de achtergrond te staan. Er vond vooral een verwijdering plaats tussen huisarts en specialist. Dit proces voltrok zich in de jaren zeventig in steeds grotere mate. Meer en meer huisartsen trokken de witte jas uit.

Sinds de beginjaren tachtig zien we een kentering. Huisartsen voelen zich minder thuis in de eerste lijn op het moment dat men hierover met nadruk spreekt als over een sociale-hulpverleningslijn. De specialistische geneeskunde ontwikkelt zich steeds verder en de huisarts staat wat buiten die ontwikkeling. Op dit moment zien we een sterke tweede lijn en een huisartsgeneeskunde die haar centrale positie wil heroveren. Het recente LHV-rapport getuigt van zeer goede ideeën met behulp waarvan het produkt huisartsgeneeskunde opnieuw kan worden geformuleerd, geprofileerd en ook gegarandeerd².

SAMENWERKING NOODZAAK

Er ontstaat steeds meer behoefte aan samenwerking tussen huisarts en specialist. Van Es heeft deze samenwerking uitgebreid gepropageerd³. Hij vindt dat huisarts en specialist een complementaire taak hebben, die helaas nog niet altijd als zodanig wordt gevoeld; meestal is de relatie concurrerend.

Zeer belangrijk is, dat samenwerking pas kan ontstaan wanneer beide partijen een *gemeenschappelijk doel* hebben, maar ook beide van de samenwerking voordeel ondervinden. Greve en Vrakking noemen dit het ruilfenomeen⁴. Men wisselt status, kennis, macht etc. onderling uit. Financieel moet men er ook beide beter van worden.

De *belemmeringen* die de samenwerking thans nog heeft dienen te worden opgeheven. Ik som er een aantal op:

1. verschil in opvatting over gezondheid en ziekte;

2. verschil in taakopvatting⁵⁻⁷;

3. verschil in honoreringsstructuren.

Wat dit laatste betreft: bij de specialist zou een honorering met een abonnement-achtig karakter dienen te ontstaan; vooral het terugbestellen van de patiënt is in het abonnement ingebouwd, alsmede een groot aantal diagnostische verrichtingen. Heel belangrijk is het instellen van een honorering voor het geven van een advies aan de huisarts (advieskaart) of het honoreren van een eenmalig consult (consultkaart). Bij de huisarts dient ook voor ziekenfondspatiënten een gedifferentieerd abonnementsstelsel ingang te vinden: abonnement plus honorering van groepen verrichtingen, bijvoorbeeld kleine chirurgie en diabetescontrole.

Uit de literatuur is bekend dat in een aantal gebieden in ons land ervaring is opgedaan met een intensievere samenwerking tussen huisarts en specialist⁸. Aan de Vrije Universiteit is men bezig *samenwerkingsmodellen* te ontwikkelen⁹. Heel aardig is het onderzoek van Van Hall c.s.¹⁰, die in een consultatieproject in Noordwijk een aanzienlijke verandering in verwijzen maar ook in kwaliteit van handelen hebben geconstateerd. De specialist ging extramuraal werken. Casparie heeft hier op grond van eigen ervaring ook uitgebreid voor gepleit¹¹.

Van Es meent dat de grondvoorwaarde van de samenwerking bestaat uit het *kennen van elkaars werkwijze en deskundigheid*³. Dit kan op verschillende manieren gebeuren:

- onderlinge observatie in elkaars praktijk;
- samenkomsten organiseren en elkaars werkwijze belichten;
- elkaars produktiegegevens bespreken.

Bij het laatste kunnen de ziekenfondsen behulpzaam zijn. Uit onderzoekingen van Mekkink is bekend dat ziekenfondscijfers iets zeggen omtrent de werkwijze van specialisten¹²; verschillen tussen specialisten zeggen iets over hun wijzen van werken. De produktiegegevens zoals ziekenfondsen ze verzamelen zouden door huisartsen en specialisten moeten worden besproken. Huisartsen kunnen uit de produktiegegevens van specialisten iets te weten komen over de wijze van werken van de laatstgenoemden, terwijl omgekeerd een specialist bij een verwijzing iets weet over de verwijzende huisarts¹³. Deze wetenschap kan zowel het verwijzingspatroon van de huisarts beïnvloeden, alsook de mate van handelen bij de

specialist. Als deze laatste weet dat hij te maken heeft met een huisarts die geneigd is veel te doen, dus ook veel te verwijzen, en hij is bekend met het feit dat veel verwijzen betekent dat er meer 'self-limiting diseases' worden verwezen, dan hoeft hij misschien niet zijn hele batterij onderzoeken te openen; hij zou alerter kunnen reageren. Veel belangrijker is het, over de produktieverschillen een gesprek op gang te brengen tussen huisarts en specialist, waardoor de werkwijze van ieder kan worden toegelicht en daardoor worden gekend.

NAAR EEN NIEUWE ORDENING

De intensievere samenwerking tussen huisarts en specialist zal het begin kunnen zijn van een nieuwe ordening in de gezondheidszorg. Huisarts en specialist kunnen van elkaars deskundigheid gebruik maken en zullen samen de patiënt moeten behandelen. Hieruit zou kunnen volgen dat er een medisch hulpverleningscircuit ontstaat: een *medische orde*. Naast deze medische orde zou een *verpleegkundige orde* als nieuwe structuur kunnen worden gevormd. De zorgfunctie, zowel intra- als extramuraal, zou continu zijn wanneer er een betere aansluiting en samenwerking op verpleegkundig gebied zou ontstaan. Verpleegkundigen zouden eveneens van elkaars deskundigheid gebruik dienen te maken, hetgeen bijvoorbeeld heel goed kan in het geval van een diabetesverpleegkundige: deze werkt in principe in de polikliniek van het ziekenhuis, maar brengt ook haar kennis naar het veld door patiënten samen met de wijkverpleegkundige thuis te begeleiden.

De derde orde is de *sociale orde*. Hiertoehoren het maatschappelijk werk en de gezinszorg. Ook hier is de intramurale sociale hulpverlening een onderdeel van de ordening.

Tussen de ordes dienen dwarsverbanden te bestaan, geen structurele samenwerkingsverbanden: de medische orde werkt samen met de andere ordes, men maakt gebruik van elkaars diensten.

De eerste lijn dient dus te worden opgeheven als een structuur waarin samengang dient te zijn. Zo langzamerhand is immers ook wel duidelijk dat er geen lijn is te ontdekken in de eerste lijn: de huisarts heeft te weinig patiënten gemeenschappelijk met wijkverpleging en maatschappelijk werk om structurele samenwerking hiervoor aan te geven.

Veel meer gemeenschappelijke patiënten vinden we in de medische orde. Om deze

medische orde gestalte te geven zou ik er, met Casparie¹¹, voor willen pleiten dat de specialist extramuraal gaat werken. In Engeland en ook in Australië zag ik in een huisartsengroepspraktijk een spreekkamer voor de 'consultant'. Huisarts en specialist onderzochten daar samen patiënten en ook de specialist zag daar verwezen patiënten, die via een advies verder door de huisarts konden worden behandeld. In ons land zouden huisartsengroepen met een aantal specialisten op die wijze kunnen gaan samenwerken.

Wil dit zeggen dat huisartsen louter medisch-technisch moeten gaan werken? Zeker niet. De specifieke deskundigheid van de huisarts blijft, dat hij gezinsarts is en dat hij de omstandigheden waarin een patiënt verkeert beter kan inschatten dan de specialist. Het tweesporenbeleid, met aandacht voor de medische en de psychosociale aspecten van het klagegedrag, zal in handen van de huisarts blijven. Echter meer en meer zal hij ook weer medisch deskundige moeten worden en handelingen moeten verrichten die, thans door de specialist van hem zijn overgenomen.

TOT BESLUIT

Een nieuwe ordening van de gezondheidszorg vergt een verandering in denken en mentaliteit. Het zal een grote stap zijn de eerste lijn op te heffen. Immers, alle verworvenheden in de gezondheidszorg laten zich nauwelijks weer opheffen. Ik meen dat de kwaliteit van het geneeskundig handelen zal toenemen, wanneer huisarts en specialist intensief samenwerken in één samenhangend verband. De specialist zal alleen dat dienen te doen wat de huisarts niet zelf afkan. De huisarts zal zich dienen te beperken tot dat wat hij kan en dient hulp in te roepen voor zaken waarvoor hij niet toegerust is. Beiden, huisarts en specialist, moeten gelijkwaardig zijn. Dit houdt ook in dat het norminkomen niet mag verschillen.

Heeft de huisarts dan een centrale positie, zoals de LHV blijken haar discussierapport voorstaat? In bepaalde opzichten wel, in andere opzichten niet. De huisarts is meestal de eerste die de patiënt ziet in geval van ziekte. Hij heeft dus een bepalende, sturende functie en kan wel of niet gebruik maken van de verpleegkundige orde en de sociale orde; hij kan ook binnen de medische orde meer hulp vragen. Echter, *binnen de medische orde* kan hij niet de centrale posi-

tie oppakken: specialist en huisarts zijn daar *complementair* aan elkaar; daar kunnen we niet van een centrale positie, noch van de één, noch van de ander, spreken. In het LHV-rapport komt de samenwerking met de specialist er wat magertjes af: het lijkt nog wat op een zich afzetten tegen het specialistisch bolwerk! Ik pleit ervoor dat in het vervolg op de LHV-nota een nieuwe gedachtenvorming plaatsvindt over de invulling van de samenwerking in de medische orde. □

Literatuur

1. Querido A. Inleiding tot een integrale geneeskunde. Leiden: Stenfert Kroese, 1955.

2. LHV-discussienota. De positie van de huisarts in de toekomst. Utrecht, 1987.

3. Es JC van. Grondvoorwaarde samenwerking. Medisch Contact 1984; 39: 199.

4. Greve WB, Vrakking WJ. Samenwerking tussen ziekenhuis en eerste lijn. Medisch Contact 1982; 37: 823-4.

5. Swinkels MAA, Dopheide JP. Vervagende grenzen tussen eerste en tweede lijn. Medisch Contact 1983; 38: 512-4.

6. Beek M, Eijk J van, Rutten G. Huisartsen en specialisten over hun onderlinge taakafbakening. Medisch Contact 1984; 39: 1247-51.

7. Rutten G, Eijk J van, Beek M. Huisartsen en gynaecologen over taakafbakening en zelfzorg. Medisch Contact 1985; 40: 432-4.

8. Swinkels M, Lodewick L. Samenwerking huisartsen en specialisten. Medisch Contact 1985; 40: 1283.

9. Streefkerk JG, Wittenberg V, Schreurs J. Samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Medisch Contact 1986; 41: 1173-6.

10. Hall EV van, Gill K, Trimbo JB. Gynaecologische consultaties in de huisartspraktijk. Medisch Contact 1987; 42: 105-6.

11. Casparie AF. Gestructureerde samenwerking. Medisch Contact 1985; 40: 97-100.

12. Mokkink H. Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen. Dissertatie Nijmegen. Nijmegen: NUHI, 1986.

13. Post D. Het ziekenfonds als bron van regionale informatievoorziening. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1987; 65: 644.

Coördinatie patiëntenvoorlichting

Fictie, feit of faciliteit?

Het geven van informatie is al langer een wezenlijk deel van de zorg voor de patiënt. Systematische aandacht voor het belang van goed gegeven informatie en wetenschappelijke studie naar het zo goed mogelijk maken van die informatieoverdracht, zijn betrekkelijk nieuw. Het vertalen van allerlei gegevens naar de praktijk van elke dag levert nogal eens problemen op; een coördinator patiëntenvoorlichting kan hierbij een rol van betekenis spelen.

Dit artikel is gebaseerd op ervaringen die een van de auteurs (v.B-v.d.V) als coördinator van de patiëntenvoorlichting heeft opgedaan in een middelgroot ziekenhuis, hetgeen stellig gevolgen heeft voor de representativiteit. De beschreven gang van zaken kan daarom niet zonder meer worden gegeneraliseerd naar andere ziekenhuizen met een coördinator patiëntenvoorlichting. Op dit moment hebben zes ziekenhuizen op experimentele basis, voor de duur van drie jaar, zo'n coördinator kunnen aantrekken dankzij een subsidie van het ministerie van WVC. Het Merwedeziekenhuis te Dordrecht en Sliedrecht is één van die ziekenhuizen. Het doel van de experimenten is te onderzoeken of een dergelijke functie zinvol is. Een voorwaarde voor subsidie is onder meer dat

**Drs. K. P. van Ballekom-van de Ven en
Drs. F. J. Grauenkamp**

Eén manier om de voorlichting aan patiënten in ziekenhuizen te verbeteren, is het aantrekken van een coördinator patiëntenvoorlichting. Die stelling mag men bij wijze van proef drie jaar lang proberen te bewijzen in een zestel instellingen, waaronder het Merwedeziekenhuis te Dordrecht en Sliedrecht. De coördinator daar is Mw. Drs. K. P. van Ballekom-van de Ven. Samen met Drs. F. J. Grauenkamp van de vakgroep Toegepaste Sociale Psychologie in Tilburg gaat zij in op de functie en, voor zover nu al mogelijk, het functioneren van een coördinator patiëntenvoorlichting. Over voorlichten over voorlichten.

het experiment door een externe wetenschappelijke begeleider wordt geëvalueerd. Een andere voorwaarde is dat de coördinator direct onder de medische directie ressorteert. Een vereiste is voorts de aanwezigheid van een Commissie Pa-

tiëntenvoorlichting waarmee intensief kan worden samengewerkt.

FUNCTIE EN METHODIEK

De coördinator patiëntenvoorlichting heeft geen direct contact met de patiënt. Hij of zij moet alle hulpverleners die dit directe contact wel hebben, ondersteunen bij hun voorlichtingstaak. Het gaat eigenlijk om *voorlichting over voorlichting*. De directe doelgroep van de coördinator bestaat daarmee uit de verpleegkundigen, de artsen, de fysiotherapeuten, de laboranten, etc. In indirecte zin is de doelgroep de patiënt.

Ook in de praktijk van de patiëntenvoorlichting is zonder onderzoek en diagnosestelling geen therapievoorstel te maken. Daarom is gestart met een oriëntatie en een uitgebreide inventarisatie. Uitgangspunt bij de inventarisatie was, dat we positieve en negatieve ontwikkelingen op het terrein van patiëntenvoorlichting in beeld wilden brengen. Uiteraard moesten we bekend worden met de knelpunten, in verband met mogelijke hulp bij het oplossen van die knelpunten. Positieve en op de afdeling zelf ontwikkelde methoden van voorlichting aan patiënten moesten elders in het ziekenhuis

op hun bruikbaarheid worden gescreend. Een ander uitgangspunt was, dat duidelijk moest worden welke behoeften en wensen er bij de hulpverleners leefden ten aanzien van het verbeteren van de patiëntenvoorlichting. Dit met het oog op hun motivatie tot verandering. Uit deze inventarisatie vloeide een rij aandachtspunten voort, waarin aan de hand van criteria prioriteit werd aangebracht. Van deze punten worden nu successievelijk voorlichtingsprojecten gemaakt. Hieruit ontstaan modellen, die ook voor andere terreinen van de voorlichting aan patiënten bruikbaar zijn. De coördinator organiseert en begeleidt de projecten, met de bedoeling zich er steeds meer uit terug te trekken; alleen controle op de voortgang, evaluatie en eventuele bijsturing van de activiteiten zullen overblijven.

De kunst is, niet verstrikt te raken in het net van het korte-termijnsucces, zoals het maken van een folder. Want hoe zit het met het moment van uitreiken en de persoon die de folder uitreikt? Hoe is het met de eenduidigheid en de te verwachten veranderlijkheid van de informatie in de folder en de elders verkregen voorlichting?

'En waar komen de wensen van de patiënt ten aanzien van de voorlichting in beeld?', zo vraagt u zich wellicht af. In het beschreven experiment gebeurt dit per project, op het moment dat voor de voorlichting op een specifiek terrein een nieuw programma in de maak is.

Een duidelijke diagnose, gevolgd door een goed overwogen therapie, is ook in de coördinatie van de patiëntenvoorlichting de beste aanpak.

COÖRDINATOR EN SPECIALIST

Wat heeft de intramuraal werkzame medisch specialist in concreto aan een coördinator patiëntenvoorlichting? De specialist geeft belangrijke voorlichting, zowel qua kwantiteit als intensiteit. Daarom een schets van de functionele relatie tussen de medisch specialist en de coördinator patiëntenvoorlichting. In de praktijk van het hier beschreven ziekenhuis werkten de volgende zaken positief uit op deze relatie:

- de introductie in en het lidmaatschap van de medische staf;
- een bepaalde mate van acceptatie van de noodzaak tot patiëntenvoorlichting door alle specialisten en enthousiasme voor het onderwerp van een groep specialisten, met als minimum-

eis de bereidheid tot argumenteren over patiëntenvoorlichting.

- ervaring en bijscholing op het gebied van patiëntenvoorlichting bij de specialisten;
- het niet reduceren van de patiëntenvoorlichting tot de persoonlijke zending van de coördinator;
- deskundigheid en ervaring van die coördinator.

Uiteraard geven ook andere hulpverleners belangrijke voorlichting. Met de verpleegkundigen wordt regelmatig overlegd; ervaringen met deze groep hulpverleners zijn elders beschreven.

WETENSCHAP EN PRAKTIJK

De coördinator tracht de wetenschappelijke inzichten bruikbaar te maken voor de praktijk. Wie meer weet van de uitwerking van voorlichting op verschillende groepen mensen kan effectiever met hen communiceren. Een voorbeeld hiervan is het inzicht dat realistische voorlichting, ook over belastende onderzoeken, de angst bij de patiënt niet doet toenemen, zoals vroeger werd gedacht: realistische en goed gedoseerde voorlichting geeft de patiënt juist de kans zich mentaal in te stellen op de eventuele belasting en beter bij te dragen aan het slagen van het onderzoek.

De wetenschappelijke literatuur biedt ons wel een kader, maar geen diagnose-receptmodel; de voorlichting aan de individuele patiënt blijft maatwerk.

STRUCTUUR EN AFSTEMMING

De coördinator brengt ook structuur aan in het voorlichtingscontact met de patiënt. Dit proces wordt bewuster en daarmee vaak effectiever gehanteerd. Het werk van de coördinator bestaat vooral uit het analyseren van wie welke voorlichting, wanneer, waar en met welk voorlichtingsmiddel het best kan geven. Vrees bij hulpverleners met hun patiëntenvoorlichting op het terrein van een andere hulpverlener te komen zorgt er nogal eens voor dat de patiënt wat de voorlichting betreft in een vacuüm belandt.

In het team van hulpverleners moet consensus bestaan over de voorlichting. Er moeten afspraken worden gemaakt over wie welke voorlichting waarmee gaat geven en op welk moment, zodat de continuïteit en de eenduidigheid van de voorlichting zijn gewaarborgd. Om consensus te bereiken en afspraken te maken is een

overlegsituatie nodig. Meestal was er al een vaag plan om er als team toch eens over te overleggen, iets wat er door de activiteiten van alledag niet van komt; de patiëntenvoorlichting is ook niemand's specifieke verantwoordelijkheid. De coördinator patiëntenvoorlichting *organiseert* en begeleidt het overleg.

In het hier beschreven ziekenhuis is men begonnen met te praten over de voorlichting rond de chemotherapie. Eerst heeft onder hulpverleners en patiënten een inventarisatie plaatsgevonden van de huidige voorlichting aan patiënten over cytostatica-kuren. Getracht wordt afstemmingsproblemen tussen de vele hulpverleners die hierbij zijn betrokken met behulp van een gestructureerd voorlichtingsplan te ondervangen. Daarnaast worden voorwaarden geschapen om de complexe informatie over kuren in een psychisch belastende situatie zo goed mogelijk te laten overkomen.

Deze andere aanpak van de voorlichting wordt uitgetest, eventueel bijgestuurd, en op korte en lange termijn geëvalueerd bij patiënten en hulpverleners.

PERSOONLIJKE ADVIEZEN

Een ander terrein waar de arts hulp kan verwachten van de coördinator patiëntenvoorlichting, is dat van het *individuele contact tussen arts en patiënt op de polikliniek*.

Bij voorlichting aan de individuele patiënt ligt het accent op mondeling overgebrachte informatie. In deze gesprekken wordt belangrijke informatie uitgewisseld. In die situatie is de hartslag van de voorlichting het best te horen.

Elke arts heeft via ervaring en soms door zijn of haar opleiding een bepaalde modus voor de communicatie met de patiënt gevonden. De manier waarop hij of zij informatie geeft is meestal ingesleten in het totale handelingenpakket. Anders dan bij het medisch-technisch gedeelte is er tijdens de co-assistentenopleiding en gedurende de arts-assistentperiode van oudsher weinig supervisie op dit onderdeel van het handelen. Hierdoor kunnen blinde vlekken ontstaan, die niet dan door al of niet waargenomen reacties van de patiënt zelf worden bijgestuurd.

In ons ziekenhuis kan elke arts persoonlijke adviezen krijgen over een optimaal individueel contact met patiënten. De coördinator loopt dan een volledig dagdeel in de polikliniek mee en doet suggesties over de manier waarop de betrokken arts zijn of haar voorlichting aan patiënten kan verbeteren. Uiteraard ge-

schiedt dit louter op basis van vrijwilligheid. Van de betrokken arts wordt wel wat moed gevraagd: een houding van 'wat niet weet, wat niet deert' is gemakkelijker. Tijdens de observaties wordt niet alleen kritiek geleverd; ook worden positieve elementen bekrachtigd.

Deze aanpak werpt inmiddels zijn vruchten af. Artsen geven te kennen anders over voorlichting als instrument te zijn gaan denken. Hun eerste inzicht is, dat bewust gegeven voorlichting vaak betere voorlichting is. Er wordt in gesprekken met patiënten beter geanticipeerd en bijgestuurd. Door een effectievere communicatie worden wederzijdse verwachtingen sneller duidelijk. Op dit moment wordt getracht de terugkoppeling naar de arts over zijn voorlichting ook te laten verlopen via de meningen van patiënten. Vooroordelen als: 'Voorlichting kost alleen maar meer tijd' en 'Sommige therapieën en onderzoeken zijn te moeilijk om uit te leggen' worden via deze praktijkgerichte aanpak uit de wereld geholpen. Ook hier blijft de voorlichting maatwerk, maar de te gebruiken meetlat is bijgeleverd. De coördinator krijgt al doende inzicht in de werksituatie en de persoon van de arts en kan daar in zijn of haar adviezen op inspelen; deze voorlichting over voorlichting is immers ook maatwerk.

GROEPSVOORLICHTING

De coördinator kan ook behulpzaam zijn wanneer er *grotere groepen patiënten* moeten worden voorgelicht. Het ontwikkelen en evalueren van cursussen of andere voorlichtende bijeenkomsten valt onder die activiteit. Verder is de hulp van de coördinator gewenst bij het vervaardigen van schriftelijk of audiovisueel voorlichtingsmateriaal. Hij of zij zal niet alleen adviseren over de kwaliteit van deze voorlichtingsmiddelen, maar ook aandacht vragen voor de continuïteit en het op elkaar afstemmen van de voorlichtingsactiviteiten rond de folder of de vertoning van de vidoband. Op de lange termijn zal zoveel deskundigheid op artsen, verpleegkundigen en anderen zijn overgebracht, dat de coördinator zich kan terugtrekken.

SAMENVATTING EN CONCLUSIES

Een manier om de patiëntenvoorlichting in de intramurale sector te verbeteren, is het aantrekken van een coördinator voor die patiëntenvoorlichting. Experimenten

die nu lopen moeten de waarheid van deze stelling gaan bewijzen.

Tot dusver is duidelijk geworden dat aan een aantal *voorwaarden* moet worden voldaan, wil een coördinator patiëntenvoorlichting in het ziekenhuis kunnen functioneren, te weten:

- enthousiasme en motivatie bij het management;
- motivatie bij medische staf en medewerkers;
- een duidelijk beeld van wat de coördinator moet gaan doen;
- een aanzet tot een beleid voor patiëntenvoorlichting;
- de aanwezigheid van een multidisciplinair samengestelde Commissie Patiëntenvoorlichting; en
- doorzettingsvermogen, ervaring en contactuele vaardigheden van de coördinator.

Punten waarop artsen in ziekenhuizen met 'hun' coördinator patiëntenvoorlichting kunnen samenwerken zijn:

- het projectgewijs tot stand brengen van afstemming en continuïteit in de voorlichting aan bepaalde groepen patiënten;
- een verbetering van de mondelinge individuele voorlichting aan patiënten; en
- het vervaardigen en inpassen van schriftelijke en audiovisuele voorlichting.

Een coördinator patiëntenvoorlichting in elk ziekenhuis is nog fictie. Op experimentele basis functionerende coördinatoren zijn inmiddels wel een feit. De eerste ervaringen maken duidelijk dat deze medewerkers artsen belangrijke faciliteiten ter verbetering van de zorg voor hun patiënten te bieden hebben. □

Met dank aan verscheidene leden van de medische staf van het Merwedeziekenhuis voor hun commentaar.

Literatuur

Ballekom-van de Ven KP van, Grauenkamp FJ. Patiëntenvoorlichting: zo kan het! Tijdschrift voor Ziekenverpleging 1987; 41: 536-9.

Damoiseaux V. Patiëntenvoorlichting per definitie. Metamedica 1987; 66: 140-7.

Duuren G van. Patiëntenvoorlichting is in! Antoniusziekenhuis Nieuwegein, 1985 (voordracht).

Fahrenfort M. De rol van de coördinator patiëntenvoorlichting. Het Ziekenhuis 1986; 18: 704-7.

Jonkers R. Patiëntenvoorlichting in de USA. Utrecht: Landelijk Centrum Dienstverlening GVO, 1983.

Maris N. Questions which should be raised for the further development and implementation of patient health education in Dutch hospitals. Wageningen: Agricultural University, 1985.

Westberg J. Gaining physician support for effective patient education. Patient Education and Counseling 1986; 8: 407-14.

Huisarts in het no-nonsense tijdperk

Een betere weg

P. J. G. van Diggelen

Een kritisch commentaar op de LHV-discussienota 'De positie van de huisarts in de toekomst'.

Vooraf onder invloed van de economische situatie van het land en de vergrijzing van de natie zijn velen over de gezondheidszorg na gaan denken. De overheid vindt dat zij de zaak beheersbaarder en vooral goedkoper moet

maken. Ondanks strategisch perfect uitgevoerde achterhoedegevechten van enkele vakbonden van beroepsbeoefenaars begint het mes nu toch overal voelbaar te snijden.

AANGEVRETEN

Wat de positie van de huisarts betreft probeert de LHV hier actief-anticiperend op in te spelen. De belangrijkste troefkaarten die zij in handen heeft, zijn een brede medische deskundigheid en een relatieve goedkoopte. Helemaal in het recente verleden een aantal cultuurtendensen werkzaam geweest dat de posi-

tie van het huisartsenambacht heeft aangevreten.

– *Erosie.* De ontwikkeling van de specifieke beroepsopleiding heeft de huisartsen weliswaar meer bewust van hun eigen functioneren gemaakt, maar van een degelijke medisch-technische opleiding is op vele plaatsen nog maar weinig terechtgekomen. Uiteraard zijn begrippen als vraagverheldering en tweesporenbeleid waardevolle bijdragen aan de ontwikkeling van het eigene van de huisartsgeeneeskunde, maar het publiek van aspirant-consumenten wendt zich tot ons met klachten en wil mijns inziens primair dat eventuele ziekte zo vakkundig mogelijk wordt behandeld of uitgesloten. Ongetwijfeld betekent de incorporatie van zeer veel gedragwetenschappelijke kennis een noodzakelijke verdieping voor het meer bewuste huisartsenhandelen, maar het totale medische kennen en kunnen van de huidige jonge huisartsen is er de laatste tien jaar zeker niet op vooruitgegaan. Immers, met name de kwantitatief belangrijke kleine specialismen als dermatologie en oogheelkunde zijn in feite steeds verder in de hoek der verwaarlozing en onkunde geraakt. Met een degelijke opleiding van ongeveer vier maanden zou iedere Nederlandse huisarts ongeveer 80% van het dermatologische ziekteaanbod zelf kunnen behandelen, maar nu moet dit helaas worden geleerd van een huisartsopleider die het zelf niet weet!

– *Afgoden.* Technologische afgoden in plaats van religie: De onweerlegbare successen van de natuurwetenschappelijke geneeskunde werden door het grote publiek gretig begroet als een teken dat weldra alle lijden de wereld uit zou zijn en dat er voor iedere kwaal een oplossing moest zijn. De moderne massapsychologische beïnvloeding via de media versterkte dit driftig en in tijden van hoogconjunctuur ontdekte het industriële gezondheidszorgcomplex de ziekenhuizen als tempels waar gouden dukaten te verdienen vielen.

– *Economie.* De huisartsen waren in het algemeen tegen deze druk van de gemanipuleerde massa niet opgewassen en vonden troost in de wereld der zachte hulpverleners zonder medische achtergrond. Via het schrijven van steeds meer verwijskaarten, die hen zelf geen geld kosten, bleven zij mensen ten onrechte de tweede lijn insturen. Een subtiel samenspel van verzekeringsregels en honoreringswijzen van huisartsen en specialisten maakte de ontwikkelingslijn steeds giftiger.

– *Politiek.* De toegenomen kennis van gedragswetenschappen en sociale psychologie deed de huisartsen beseffen dat ziektegedrag een grotendeels in de gezinnen geleerd repertoire is.

De goede geneesheer van het gezin behoort als generalistisch vakman dit niet te stimuleren, doch te inhiberen. Helaas maakt de overspoeling van de markt met weinig assertieve en gedemocratiseerde collega's de toepassing van deze kennis in de praktijk onmogelijk.

Immers, (nog) meer dan vroeger maakte de ongebreidelde concurrentie het nodig primair de nu consumentistisch ingestelde clientèle te bevredigen. Een overhaast ingevoerd wettelijk vestigingsbeleid was nodig om grenzeloze wildgroei met nog meer kosten te beteugelen, maar men moest zich hiervoor – tijdelijk? – uitleveren aan de nukken van ondeskundige lagere politici.

TOEKOMSTPERSPECTIEF

1. Allerwegen ziet men in dat, wil men voor de huisarts de centrale rol in de gezondheidszorg kunnen claimen, de *beroepsopleiding de hoogste prioriteit* geniet. De dokter moet weer 'doctus' zijn, dat wil zeggen een generale geleerde die met inschakeling van moderne middelen, laboratoria en paramedische hulpkrachten weet wat goed is voor de zich aan hem toevertrouwende mensen met hun ziekten en problemen. Voldoende theoretische en praktische kennis op een zo breed mogelijk vlak is hierbij obligaat. Vooral de klinische kunde en technische vaardigheid zal hierbij meer aandacht nodig hebben dan nu het geval is. Ook de kennis van psychodiagnostiek, klinische psychiatrie en eenvoudige psychotherapie zal systematischer moeten worden gevormd, opdat de allerwegen solliciterende eerstelijnspsycholoog kan wegblijven: diens geïnstitutionaliseerde komst zou een verdere uitholling van het huisartsenberoep betekenen en de moeilijke indicatiestelling en behandeling is bij een pluriform bemand RIAGG per definitie in betere handen. Het is echter niet relevant daar hier dieper op in te gaan.

2. De *standaard-uitrusting* van de praktijk moet dwingend worden voorgeschreven. Voorbeelden: behoorlijk chirurgisch instrumentarium; een witte jas, een donkere kamer met oogspiegel, een oogdrukmeter, een electrocardiograaf, een eenvoudige rectoscoop, een expiratoir longfunctieapparaat, een hyfrecator, elektronische Hb- en bloedsuikermeters moeten verplicht zijn. Basismiddelen naast basistaken!

3) Wat de toetsing betreft heb ik weinig vertrouwen in het door de LHV uitgezette traject van verplichte nascholingen en herregistratie. Dit zou een geweldige hoop bureaucratische rompslomp veroorzaken en nieuwe ongewenste machtsstructuren in het leven roepen. Overigens verwacht ik geheel niet dat de zittende beroepsgroep zich deze regelwoede zal laten welgevalen. Het geheel doet me denken aan het improductieve masochisme waarmee de huisartsenwereld zich begin jaren zeventig op het zogeheten samenwerken met niet-medische disciplines heeft gestort. De mensen die het werken met deze standaarden achter hun bureaus bedenken hebben veelal zelf nauwelijks ervaring in het praktijkveld van de kleine ondernemer die de huisarts is. Daarnaast is het doornemen van enkele modieuze syllabi geen enkele garantie voor het werkelijk beter werken met meer kennis en een andere attitude in de eigen spreekkamer. Helaas lijkt in de huidige praktijk van alledag, met het

overschot van aanbieders van zorg, het tevendstellen van de clientèle de belangrijkste determinant van veler handelen. De huisartsengroep heeft dit besef altijd krampachtig verdrongen, maar alvorens allerlei dure en ingewikkelde langetermijnplanning op de rails te zetten moet hier reflecterend bij worden stilgestaan. De zelfkastijding met herregistratie en de puntenjacht via een nieuw honoringssysteem lossen dit niet principieel op, maar maken de angstige vrije-beroeper, die beseft dat hij in zwakke marktpositie zit, nog kwetsbaarder voor bureaucratienmacht van buitenaf.

NIEUW ALTERNATIEF

Soms moet men, na zijn eigen positie te hebben ingeschat, mijns inziens totaal nieuwe wegen in het denken durven inslaan. Veel vruchtbaarder dan een krampachtig achterhoedegevecht te voeren over de laatste resten van een totaal ontmanteld vrij beroep, is het na te denken over een verstandige vorm van *dienstverband*. De tempels van de kennis in de vorm van de universitaire huisartseninstituten zouden hierbij de rollen van opleider, kwaliteitsbewakers en werkgever kunnen combineren. Voor de huisartsen zou een hiërarchische carrièreopbouw mogelijk worden en aan allerlei geldingsdrang van burgerlijke overheden en verzekeraars is geen behoefte meer. De huidige totale onbestuurbaarheid van de huisartsenperiferie, waar men elkaar als neringzieke kruideniers blijft beloeren, zou dan ook tot een einde komen. Er kan dan ook een andere kijk komen op de geamibieerde medische loopbaan in het algemeen.

Het brede generalisme spreekt velen die kunnen denken aan. Het op deze wijze aantrekkelijker maken van het huisartsenberoep zal de universiteit reeds de kans geven de breed beoefenden voor het echte doktersvak te selecteren. Via de instelling van continue begeleiding, visitatie, nascholing en 'feed-back' zal er een schat aan wetenschappelijke gegevens beschikbaar komen. De universitaire instituten kunnen dan waarlijk uitgroeien tot wetenschappelijke bastions met uitvoerende macht. Dit is mijns inziens de beste weg om de professionele onafhankelijkheid van de huisarts veilig te stellen. □

In vitro fertilisatie: hoop op leven

1. Belastende factoren

Fertiliteit lijkt de uitkomst te zijn van een samenspel van biologische, psychosociale en andere (toevallige) factoren. Waarom worden sommige vrouwen direct zwanger, terwijl andere paren in de loop der tijd met een fertiliteitsprobleem worden geconfronteerd? Deze factoren kunnen ook een rol spelen bij het tot stand komen van een zwangerschap via de methode van in vitro fertilisatie (IVF). Ook kan deze methode invloed hebben op het psychosociale welzijn van de betrokken paren. Het min of meer voldongen feit van blijvende infertiliteit wordt afgewisseld met nieuwe hoop. De mythes over fertiliteit en behandelings(on)mogelijkheden worden sterk opgerakeld. De IVF-behandeling lijkt aldus gezien niet zozeer lichamelijk als wel psychisch belastend te zijn.

In dit artikel worden de bevindingen weergegeven van een literatuurstudie in het kader van een evaluatieonderzoek naar in vitro fertilisatie in Nederland. De vraagstellingen voor deze literatuurstudie luiden:

- Wat is de psychosociale belasting van de IVF-behandeling?
- Welke psychosociale factoren zijn van invloed op de succeskans van in vitro fertilisatie (determinant)?

Eerst zal worden aangegeven op welke wijze infertiliteit en psychosociale factoren met elkaar in verband staan, zowel bij infertiliteit in het algemeen als bij in vitro fertilisatie in het bijzonder. Daarna wordt ingegaan op de psychosociale belasting van de IVF-behandeling. In een artikel in het volgende nummer van Medisch Contact zal eerder onderzoek naar de mogelijke betekenis van psychosociale factoren als determinant voor de succeskans van in vitro fertilisatie worden besproken, terwijl tevens zal worden aangegeven op welke wijze de literatuurbevindingen hun weerslag hebben gekregen in een vragenlijst die momenteel wordt gebruikt in een evaluatiestudie bij vijf IVF-centra in Nederland.

PSYCHOSOCIALE FACTOREN

Over de relatie tussen psychosociale factoren en (in)fertiliteit bestaan verschillende zienswijzen.

Eenzijds gaat men er tegenwoordig veelal van uit, dat psycho-emotionele

H. A. M. Zalmstra,
G. Haan en A. Ph. Visser

De toepassing van in vitro fertilisatie (IVF) kan voor de betrokken paren een behoorlijke belasting betekenen, naast de spanningen die zij al ervaren door de jarenlange infertiliteit. Dit blijkt uit een literatuurstudie die deel uitmaakt van een evaluatieonderzoek inzake IVF in Nederland, ondernomen in opdracht van de Ziekenfondsraad. Een verslag uit de vakgroep Economie van de Gezondheidszorg aan de Rijksuniversiteit Limburg, van de sociaal-psycholoog Mw. Drs. H. A. M. Zalmstra (thans: IVF-team Academisch Ziekenhuis Leiden), G. Haan en Drs. A. Ph. Visser.

problemen (spanning, angst, depressie en dergelijke), een gevolg kunnen zijn van de infertiliteit en de jarenlange onderzoeken en behandelingen¹⁻⁵. Sociale factoren, zoals maatschappelijke normen en waarden ten aanzien van kinderloosheid, negatieve reacties uit de omgeving van het paar en spanningen in de relatie kunnen de psycho-emotionele problemen van een of beide partners versterken^{6,7}.

Anderzijds wordt, vooral bij onbegrepen infertiliteit, dikwijls gesteld dat psychosociale factoren een rol kunnen spelen bij ongewenste infertiliteit^{1,8-12}. Bij de vrouw zou de produktie van onder meer LH en prolactine door psychosociale factoren kunnen worden verstoord, hetgeen invloed zou kunnen hebben op de follikelmaturatie, de conceptie, de implantatie en de vroege ontwikkeling van een eventuele zwangerschap. Bij de man zouden potentie en mogelijk ook de spermaproduktie negatief kunnen worden beïnvloed door psychosociale factoren. Ook kan de bevruchtungskans dalen door een verminderde libido van één of van beide partners, bijvoorbeeld door emotionele problemen of door spanningen in de relatie.

Parén die voor in vitro fertilisatie in aanmerking komen zijn in de regel al jaren

wegens infertiliteit in behandeling. In de meeste gevallen is er een duidelijk medische oorzaak voor de infertiliteit (bijvoorbeeld ernstige tubapathologie). De aanwezigheid van een duidelijk medische oorzaak sluit echter andere (secundaire) factoren niet uit, zoals andere medische en psychosociale factoren. Deze andere factoren komen dikwijls pas naar voren na het opheffen (of omzeilen, zoals bij in vitro fertilisatie) van de primaire oorzaak van infertiliteit. De potentiële invloed van psychosociale factoren wordt dikwijls pas erkend als de biologisch-medische oorzaak voor langdurig ongewenste infertiliteit minder duidelijk aanwijsbaar is.

De jarenlange, ongewenste infertiliteit kan voor IVF-paren psychosociale gevolgen hebben gekregen. Dit betekent dat de wisselwerking tussen oorzaak en gevolg van infertiliteit en angst, depressie, sociale isolatie, schuldgevoel en dergelijke bij deze paren reeds tot meerdere omwentelingen in een spiraal kan hebben geleid. De vraag wat oorzaak is en wat gevolg, is voor paren die aan het begin van de IVF-behandeling staan minder relevant dan de constatering van de aanwezigheid van beide polen: de signalering van de aanwezigheid van de kip mét het ei is belangrijker dan de vraag wat er eerder was.

ROUWPROCES

Het proces dat men doormaakt bij infertiliteit wordt door verschillende auteurs beschreven als een levenscrisis, vergelijkbaar met het rouwproces na een sterfgeval^{1-5,13}. Menning beschrijft de emoties die partners achtereenvolgens ervaren bij het proces van infertiliteit als volgt: verbazing, ontkenning, woede, isolatie, schuldgevoel, verdriet en ontkenning. Hoewel niet ieder dit proces precies zo zal doorlopen, lijkt het een goede schematische aanduiding. Er zijn evenwel ook verschillen: terwijl de dood een definitief eindpunt is, geldt voor infertiliteit dat er altijd nog onzekerheid blijft. De diagnose 'infertiel' kan niet echt definitief worden gesteld. In het algemeen flakert de hoop op een kind voor paren met fertiliteitsproblemen maandelijks op, maar bij in vitro fertilisatie spitst deze hoop zich sterk toe op de cyclus waarin

men wordt behandeld (dit geldt overigens ook bij sommige andere therapieën, zoals kunstmatige inseminatie en GIFT). Bovendien is er bij infertiliteit geen sprake van één gebeurtenis, maar van een opeenstapeling van gebeurtenissen: weer menstrueren, weer een onderzoek, weer een behandeling, weer menstrueren, etcetera. De onderzoeken en behandelingen, op zichzelf al belastend voor het sociale en seksuele leven van het paar, geven steeds weer nieuwe hoop en helaas dikwijls nieuwe teleurstellingen⁷. De reacties van de omgeving en de eigen normen en waarden met betrekking tot het moederschap/vaderschap kunnen leiden tot schuldgevoelens en minderwaardigheidsgevoelens, vooral bij degenen bij wie een duidelijk organische oorzaak voor de infertiliteit is gevonden⁷. De huwelijksrelatie kan sterk onder druk komen te staan, vooral als de beide partners het rouwproces niet op dezelfde wijze en met dezelfde snelheid doorlopen of een verschillend belang hechten aan het krijgen van een kind¹⁻³.

BELASTING IVF-BEHANDELING

Naast de spanning van de infertiliteit zelf en de reeks fertiliteitsonderzoeken die het paar al achter de rug heeft, kan de IVF-behandeling een nieuwe belasting betekenen voor het paar. Dit geldt zeker als het paar de infertiliteit min of meer had geaccepteerd, zodat – door de mogelijkheid van in vitro fertilisatie – de gevoelens rond de infertiliteit opnieuw worden opgerakeld¹⁴. Uit de praktijk (zoals beschreven door IVF-behandelaars) en uit beschrijvende onderzoeken blijkt, dat de psychosociale belasting voornamelijk is terug te voeren op de volgende drie karakteristieken:

Discrepancie tussen verwachting en werkelijkheid. Bij paren die aan een IVF-behandeling beginnen blijkt er een grote discrepantie te zijn tussen verwachting en werkelijkheid. Een gezonde dosis optimisme voor de start van de behandeling is zeer gewenst, maar veelal blijkt het verschil tussen verwachting en werkelijkheid een verschil van uitersten te zijn. Ook na goede voorlichting blijken veel IVF-paren zich onvoldoende te realiseren dat de kansen klein zijn, omdat ze alle hoop op deze, veelal laatste mogelijkheid hebben gevestigd: het zogeheten eindstationeffect¹⁵⁻¹⁶. Het feit dat men veelal lange tijd op de wachtlijst heeft gestaan en dat een gedeelte van de paren de behandeling zelf moet betalen, zal de fixatie

NIET ROKEN

Onderzoek heeft aangetoond dat passief roken schadelijk is voor de gezondheid, alsmede dat de voorbeeldfunctie van de arts in verband met niet roken grote invloed heeft op het (niet)rookgedrag van patiënten. Derhalve is het roken door artsen en door onder hun verantwoordelijkheid werkend personeel in het bijzijn van patiënten geen gezondheidsbevorderend gedrag.

De Algemene Vergadering van de KNMG heeft dan ook besloten de volgende gedragsregel in de 'Gedragsregels voor artsen' op te nemen onder het hoofd 'Gedragsregels in relatie tot patiënten', punt 41A:

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

op een succesvolle afloop van de IVF-behandeling waarschijnlijk nog versterken. Uit een (retrospectief) onderzoek onder vrouwen die met behulp van in vitro fertilisatie in het Dijkzigtziekenhuis zijn behandeld, blijkt dat circa 60% van hen (N=29) achteraf verklaart er vooraf van overtuigd te zijn geweest dat de IVF-behandeling bij haar een succesvolle afloop zou hebben¹⁷. Niet geheel duidelijk is wat hierbij onder een IVF-behandeling wordt verstaan: één of meer pogingen. In werkelijkheid bedraagt de kans op een voldragen zwangerschap op basis van één gestarte IVF-behandeling in Nederland circa 10%. Als men rekening houdt met meer dan één poging wordt het verschil tussen verwachting en werkelijkheid uiteraard geringer.

Acute spanningen. Door diverse auteurs is beschreven dat de IVF-behandeling met haar gedetailleerde behandelings-schema op diverse momenten acute spanning oproept¹⁶⁻¹³⁻¹⁷. In het begin van de behandeling moet de vrouw zich veelvuldig 's ochtends melden voor urine- en/of serumonderzoek en echoscopisch onderzoek, terwijl ze veelal dagelijks hormooninjecties krijgt. Dat kan een aanzienlijke ontregeling van haar dagelijkse activiteiten betekenen. De spanning groeit naarmate het tijdstip van de ovulatie nadert. De follikelpunctie moet goed getimed zijn om het resultaat te optimaliseren. De ingreep zelf is lichamelijk meestal niet erg belastend meer, aangezien deze veelal echoscopisch onder lokale anesthesie plaatsvindt. De man moet in een kort tijdsbestek, veelal ter plaatse, het sperma produceren. De vraag is dan of er conceptie optreedt: een essentiële stap voor paren die dit station

zonder in vitro fertilisatie vaak nog nooit hebben bereikt. De embryotransfer is op zichzelf meestal een kleine ingreep. Vervolgens moet men afwachten of één of meer embryo's implanteren. De overgang van de fase van het zeer regelmatige ziekenhuisbezoek, waarin men het gevoel heeft te worden behandeld, naar de fase van het afwachten van de hopelijk uitblijvende menstruatie wordt vaak als erg rigoreus ervaren.

Vervreemding. Een belangrijk deel van het natuurlijke proces wordt door het IVF-team overgenomen. IVF-paren geven de controle over hun lichaam, hun oöcyten en spermatozoa en hun embryo's min of meer uit handen. Deze medicalisering van de voortplanting leidt tot gevoelens van vervreemding en machteloosheid⁶⁻¹⁴. Hoe paren daarmee omgaan hangt af van hun eigen stressbestendigheid en van de begeleiding die ze ontvangen.

CONCLUSIE

Uit het bovenstaande blijkt dat de IVF-behandeling een behoorlijke psychische belasting kan betekenen voor de betrokkenen, naast de spanningen die ze al ervaren door de jarenlange infertiliteit. Het is aannemelijk dat deze spanningen invloed kunnen hebben op onder andere het delicate implantatiemechanisme en daarmee op het succes van de IVF-behandeling¹⁴. Hierop zal in het vervolgartikel nader worden ingegaan. □

Het onderzoek waarvan in dit artikel verslag wordt uitgebracht werd mogelijk gemaakt door financiering van de Ziekenfondsraad.

Literatuur bij het tweede artikel.

Uitspraken Medisch Tuchtcollege Groningen

Waarnemer had zich ter plaatse op de hoogte moeten stellen

Het Medisch Tuchtcollege te Groningen heeft de volgende beslissing gegeven inzake de klacht, ingediend door de heer A te B, gericht tegen de arts C, huisarts te D.

1. PROCEDURE

Met een brief d.d. 16 december 1986, ontvangen op 19 december 1986, heeft de heer A te B – hierna: klager – aandacht gevraagd voor gebleken grove nalatigheid c.q. onzorgvuldigheid van de zijde van onder anderen de in de nacht van 29 op 30 mei 1986 dienstdoende huisarts C te D – nader te noemen: de aangeklaagde arts.

De aangeklaagde arts heeft zich verweerd in een schrijven d.d. 31 maart 1987, ingezonden door zijn advocaat.

De klacht is behandeld ter zitting van het college te Groningen, gehouden op 7 oktober 1987. Klager is daar in persoon verschenen, vergezeld door onder anderen zijn echtgenote. De aangeklaagde arts is eveneens verschenen, bijgestaan door zijn advocaat.

2. FEITEN

De volgende feiten zijn voor het college genoegzaam komen vast te staan:

In de nacht van 29 op 30 mei 1986 logeerde klagers echtgenote bij haar zoon te D. Zij is te circa 3.30 uur in de morgen van de trap gevallen en liep daarbij twee flink bloedende hoofd-wonden op, alsmede kneuzingen; ook had zij erge nekpijn en kon haar hoofd niet meer bewegen.

De zoon heeft toen het ziekenhuis te D opgebeld, doch werd verwezen naar de dienstdoende huisarts. Omdat de zoon als dienstplichtig militair geen huisarts te D had, heeft hij de huisarts van zijn hospita gebeld en vernam dat de nachtdienst werd waargenomen door de aangeklaagde arts. De zoon heeft vervolgens meteen deze arts gebeld en heeft de situatie zo goed mogelijk uiteengezet. Naar zeggen van klager is daarbij de nadruk gelegd op de – volgens de zoon, die een Mensendieck-studie volgde – ernstige situatie van de nek. Volgens klager weigerde de aangeklaagde te komen, ook na herhaald aandringen, waarbij kennelijk de doorslag gaf het bevestigend antwoord op de vraag of klagers echtgenote nog gevoel in armen en benen had. Klager meldt: 'Hoezeer mijn zoon ook probeerde te bewerkstelligen dat hij zou komen, dokter C bleef bij zijn standpunt dat mijn vrouw naderhand maar op het spreekuur moest komen.'

Na enige – volgens klager: verschrikkelijke – uren te hebben gewacht, is klagers zoon met zijn moeder naar het ziekenhuis gegaan. Daar is na onderzoek de diagnose gesteld op een 'flinke opdonder' van de nekspieren en is de eerst 's avonds te B – waarheen klagers echtgenote per openbaar vervoer was teruggereisd – alsnog geconstateerde breuk van de tweede nekwerfvel (een zogeheten 'hangman's fracture') gemist.

Van de zijde van de aangeklaagde arts is gesteld:

- dat hij in de nacht van 29 op 30 mei 1986 waarnam voor drie collega's en tussen 3.30 en 4.00 uur is gebeld door de heer A jr.;
- dat hem werd meegedeeld dat de moeder van de trap was gevallen en enige verwondingen aan het hoofd had opgelopen en dat op zijn vraag of een directe behandeling waaronder het hechten van de betreffende wonden nodig leek, ontkennend werd geantwoord, omdat er geen ernstige bloedingen bestonden;
- dat hem vervolgens werd meegedeeld dat mevrouw A last had van haar nek en pijn had in het hoofd en dat hij daarop heeft gevraagd of patiënte het normaal gevoel in armen en benen had, waarop bevestigend werd geantwoord;
- dat hij daarop heeft meegedeeld dat hij om 8 uur spreekuur had en heeft gevraagd of de patiënt dan kon komen;
- dat hij daarnaast heeft opgemerkt dat de heer A jr. natuurlijk vóór die tijd nog terug kon bellen als zich de klachten verergerden, doch dat hij zich niet meer precies kan herinneren in welke vorm dit laatste deel van het gesprek is geweest;
- dat hij wel weet dat A jr. verder op geen enkele wijze heeft aangedrongen op zijn komst op dat moment en dat hij niet nader is gebeld;
- dat hij niet heeft geweigerd te komen en dat mevrouw A nadien niet op het spreekuur is verschenen;
- dat hij enige dagen later het hele verhaal heeft vernomen van klager en dat eerst toen de ernst van de ongevalsgevolgen aan hem is duidelijk geworden.

De aangeklaagde arts heeft doen betogen dat en waarom hem zijns inziens geen nalatigheid of onzorgvuldigheid kan worden verweten. Subsidiar is gevraagd de klacht af te doen zonder het opleggen van een maatregel als bedoeld in artikel 5 van de Medische Tuchtwet.

Ter zitting is nader verklaard c.q. betoogd:

- door klager: dat zijn zoon wel degelijk sterk heeft aangedrongen op de komst van de aange-

klaagde arts en dat daarbij ook over de hals is gepraat; dat hij dit ook daarom nog zo goed weet omdat zijn zoon, voordat hij met zijn moeder naar het ziekenhuis ging, met hem – klager – nog telefonisch contact heeft gehad en bij die gelegenheid zijn zorg heeft uitgesproken over de klacht van klagers echtgenote dat zij zo'n pijn had bij het draaien van haar hoofd;

- door de aangeklaagde arts: dat hij toen hij werd gebeld begreep dat zijn komst op prijs werd gesteld, doch dat niet expliciet is gesteld dat men wilde dat hij kwam, in welk geval hij – volgens zijn gewoonte – zeker was gekomen; dat hij merkte dat sprake was van ongerustheid; dat uit het gesprek bleek dat hechtingen niet nodig waren en dat het gevoel in armen en benen in orde was; dat er toen voor hem geen dringende reden aanwezig was om te komen en hij op grond van de gegevens waarover hij toen beschikte mevrouw heeft verwezen naar het spreekuur dat over enkele uren zou beginnen en ervan overtuigd was dat hij door aldus te handelen geen onnodig risico nam, en bovendien heeft gezegd dat men hem altijd weer kon bellen; dat zijn echtgenote, die wakker was geworden door het vrij langdurige gesprek, hem later heeft bevestigd dat hij zo'n mededeling (weer kunnen bellen bij verergering) heeft gedaan; dat hij later de poli Chirurgie heeft opgebeld, omdat hij vermoedde dat mevrouw daarheen was gegaan, en geruststellende inlichtingen kreeg; dat hij volledigheidshalve opmerkt dat mevrouw klaagde over pijn in hoofd en nek, maar niet klaagde over pijn bij het draaien van het hoofd; dat hij daarnaar ook niet heeft geïnformeerd; dat hij achteraf, op grond van wat hij nu weet, vindt dat hij had moeten komen en dat sprake is van een taxatiefout; dat het hem spijt hoe alles is gelopen, maar anderzijds niet het gevoel heeft iets te hebben nagelaten en blijft ontkennen dat op zijn komst is aangedrongen; dat hij meende dat wel tot 8 uur kon worden gewacht en dat hij dan althans de verwondingen wilde zien.

3. BEOORDELING

In het schriftelijk verweer is namens de aangeklaagde arts onder meer naar voren gebracht dat hij, gezien de betrekkelijk korte duur gelegen tussen het telefoongesprek en de aanvang van het spreekuur, meende aan betrokkene te kunnen vragen op het spreekuur te komen en dat daarbij een rol speelde dat hij als waarnemer (van drie collegae) zoveel mogelijk bereikbaar moest blijven.

Ter zitting heeft de aangeklaagde ter zake nader gesteld dat hij tijdens een dergelijke

waarneming vermijdt onnodige bezoeken te maken, doch dat dit natuurlijk niet betekent dat hij om die reden nooit gehoor mag geven aan een verzoek om te komen. Hij heeft verklaard in de betreffende nacht vijfmaal te zijn opgebeld en in drie gevallen een visite te hebben afgelegd, waaronder een geval van een psychiatrische opname. Hij is onderweg per semafoon bereikbaar.

Het college meent, dat het argument van het thuis bereikbaar moeten zijn als vermeld, dat door de aangeklaagde al goeddeels is teruggenomen, inderdaad geen hout snijdt: als tijdens waarneming een arts telefonisch wordt benaderd en zijn komst lijkt aangewezen, dan is in beginsel alleen dát aspect bepalend bij de beantwoording van de vraag of een visite dient te worden afgelegd.

De lezingen van partijen lopen uiteen waar het gaat om de vraag of aan de aangeklaagde arts gevraagd is te komen. Volgens klager is door zijn zoon sterk aangedrongen op de komst van de aangeklaagde en is daarbij met name ook gepraat over de hals c.q. de nek. De aangeklaagde heeft een en andermaal verklaard dat op zijn komst niet is aangedrongen, zodat ook van een weigering geen sprake is geweest. Wel begreep de arts toen hij werd gebeld dat het op prijs werd gesteld dat hij kwam; het zou alleen niet expliciet zijn geuit.

Het college acht de volgende aspecten maatgevend voor zijn beoordeling:

- Toen de aangeklaagde arts tijdens waarneming telefonisch werd benaderd tussen 3.30 en 4.00 uur, is hem meegedeeld dat de echtgenote van klager van de trap was gevallen; dat zij daarbij verwondingen had opgelopen en last had van haar nek (zij kon het hoofd niet bewegen) en pijn in het hoofd. Duidelijk werd kenmerkend dat de verwondingen geen directe behandeling behoeften omdat geen ernstige bloedingen bestonden.

- Tijdens het vervolg van het gesprek is de toestand van de nek aan de orde geweest. Waar de arts heeft gesteld te hebben begrepen dat zijn komst op prijs werd gesteld, moet dat vanwege de toestand van de nek van de patiënt zijn geweest.

- Het gesprek duurde vrij lang. De aangeklaagde heeft het feit dat het gevoel in armen en benen in orde was, maatgevend laten zijn bij het bepalen van de indicatie om te komen.

- Waar klager heeft gesteld dat zijn zoon - die een Mensendieck-studie volgde - begreep dat de toestand van de nek waarschijnlijk het grootste probleem vormde, wat ook is geuit in een telefoongesprek wat later die ochtend tussen klager en zijn zoon, mag worden aangenomen dat de zoon zijn zorgen ter zake tegenover de arts heeft verwoord.

Zelfs indien aan de arts niet expliciet zou zijn gevraagd te komen (hetgeen het college niet zonder meer wil aannemen), dan nog is aan de arts duidelijk geworden dat zijn komst werd gewenst bij een patiënte die van de trap was gevallen, verwondingen had opgelopen (hoofdwonden) en erge nekkachten had. Er

bestond duidelijke ongerustheid. In zo'n situatie mocht de arts niet volstaan met te informeren naar manifeste uitvalsverschijnselen en het antwoord daarop - van iemand die voor de aangeklaagde een leek was - bepalend te laten zijn voor de beslissing of hij zou komen. De arts had zich ter plaatse op de hoogte dienen te stellen van de situatie, en had dus toen dienen te komen; hij mocht niet volstaan met een andere benadering. Voordeel van de twijfel of de arts ter plaatse een juiste diagnose had kunnen stellen, komt hem niet toe. Hij is zelf de oorzaak van die twijfel, doordat hij heeft nagelaten te komen en op grond van directe waarneming te beoordelen wat te doen stond. Zijn medische hulp is ingeroepen en die is niet adequaat gegeven.

Het college acht de klacht gegrond en is van oordeel dat de maatregel van waarschuwing dient te worden opgelegd. Aldus wordt met inachtneming van de betreffende wetsartikelen, beslist.

Het college acht het van algemeen belang dat deze beslissing in bredere kring aandacht krijgt, zodat publikatie als na te noemen wenselijk is.

4. BESLISSING

Het Medisch Tuchtcollege te Groningen.
Rechtsdoende in naam der Koningin!
Gezien de betreffende wetsartikelen.

Verklaart de klacht gegrond en *legt de arts de maatregel van waarschuwing op*;

Bepaalt dat deze beslissing op de wijze als voorgeschreven in artikel 13b van de Medische Tuchtwet wordt bekend gemaakt door plaatsing in de Nederlandse Staatscourant en door toezending met verzoek tot plaatsing aan Medisch Contact en het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht.

Aldus gedaan in raadkamer van 25 november 1987 door: Mr. T. Duursma, voorzitter, P. Heun, lid-geneeskundige, F. A. Griffioen, lid-geneeskundige, F. G. H. de Noord, lid-geneeskundige, J. B. Schneider, plv. lid-geneeskundige, bijgestaan door Mr. H. F. Wolgen, plv. secretaris.

Specialist en ziekenhuis mogen arts-assistent niet laten 'zwemmen'

Het Medisch Tuchtcollege te Groningen heeft de volgende beslissing gegeven inzake de klacht, ingediend door de heer A te B, gericht tegen de arts F wonende te D.

1. PROCEDURE

Met een brief d.d. 16 december 1986, ontvangen op 19 december 1986, heeft de heer A te B - hierna: klager - aandacht gevraagd voor gebleken grove nalatigheid c.q. onzorgvuldigheid van de zijde van een huisarts te D en van het ziekenhuis aldaar, bij de medische opvang en behandeling van zijn echtgenote.

Na nader onderzoek bleek dat de klacht onder meer was gericht tegen de in mei 1986 in het desbetreffende ziekenhuis als arts-assistent op de chirurgische polikliniek werkzame arts - hierna te noemen: de aangeklaagde arts.

De geneeskundig inspecteur van de Volksgezondheid voor Groningen en Drenthe heeft desverzocht op 10 april 1987 verslag gedaan van zijn bevindingen.

Vervolgens is de aangeklaagde arts om verweer gevraagd, welk verweer is neergelegd in een brief d.d. 26 mei 1987.

De klacht is behandeld ter zitting van het college te Groningen op 7 oktober 1987 gehouden. Klager is daar in persoon verschenen, vergezeld door onder anderen zijn echtgenote. De aangeklaagde arts is eveneens verschenen.

2. FEITEN

De volgende feiten zijn voor het college genoegzaam komen vast te staan:

In de nacht van 29 op 30 mei 1986 logeerde klagers echtgenote bij haar zoon te D. Zij is te circa 3.30 uur in de morgen van de trap gevallen en liep daarbij twee flink bloedende hoofdwonden en kneuzingen op. Ook had zij erge nekpijn en kon haar hoofd niet bewegen. De zoon heeft toen het ziekenhuis opgebeld, doch werd verwezen naar de dienstdoende huisarts. Deze is vervolgens opgebeld, doch meende te kunnen volstaan met een telefonisch consult. Enige uren later is de zoon met zijn moeder per taxi naar het ziekenhuis gegaan en is daar op de chirurgische polikliniek (eerste-hulp)post gezien door de aangeklaagde arts, die daar als arts-assistent werkzaam was.

Ter zake meldt deze in zijn verweerschrift: 'Als arts-assistent van het ziekenhuis in D zag ik mevrouw A op de ochtend van 30 mei 1986 op de chirurgische polikliniek. Zij bezocht deze in verband met de pijnklachten van haar nek, nadat zij de nacht daarvoor van de trap was gevallen. Bij onderzoek bleek de nek musculatuur beiderzijds drukpijnlijk en was draaien van het hoofd eveneens pijnlijk. Er bleek geen sprake van motorische of sensibele uitval, evenmin klaagde zij over paraesthesieën. Er werd een röntgenfoto in twee richtingen van de cervicale wervelkolom gemaakt welke door mij ter beoordeling aan C, röntgenoloog werd voorgeleid. Hierop werden geen fracturen gezien waarop ik de diagnose contusie heb gesteld met als behandelingsadvies warmte en zonodig pijnstilling. Mevrouw A heeft hierop het ziekenhuis weer verlaten.'

Desgevraagd heeft de aangeklaagde arts ter zitting meegedeeld dat hij bij het onderzoek

van klagers echtgenote geen duidelijke lichamelijke c.q. neurologische afwijkingen heeft geconstateerd; dat hij mevrouw alleen heeft gevraagd of zij haar hoofd wilde draaien, maar zelf het hoofd niet heeft gedraaid, en dat hij voor de verdere behandeling een standaardserie foto's van de nek heeft laten maken, waarbij de indicatie is: het uitsluiten van een fractuur, zonder dat hij echter zelf dacht aan de aanwezigheid van een fractuur. Hij heeft de foto's op de lichtkast gezien, samen met een röntgenoloog, op wiens bevindingen hij vervolgens is afgegaan; naar opgave van de aangeklaagde acht hij zichzelf niet voldoende deskundige om foto's te beoordelen. De röntgenoloog, aan wie bij die gelegenheid geen nadere inlichtingen zijn verstrekt door de aangeklaagde arts, zag geen bijzonderheden. Om die reden heeft de aangeklaagde arts afgezien van het raadplegen van een chirurg of van opname van klagers echtgenote voor observatie. Wegens ontbreken van neurologische verschijnselen is ook niet een neuroloog in consult geroepen. Het ziekenhuis kende toen volgens de aangeklaagde geen richtlijnen onder welke omstandigheden arts-assistenten in elk geval de uiteindelijk verantwoordelijke specialist dienden te raadplegen.

Klager meldt dat zijn echtgenote vernam dat de spieren een flinke opzwellen hadden gehad, doch dat er verder niets aan de hand was, en dat werd geadviseerd: natte compressen. Klagers echtgenote heeft zich vervolgens per trein naar huis begeven en heeft zich wegens aanhoudende klachten dezelfde avond vervoegd bij een ziekenhuis te B. Daar is geconstateerd dat de tweede nekswervel was gebroken en is alsnog adequate behandeling toegepast.

De desbetreffende röntgenoloog te D, tegen wie eveneens is geklaagd, heeft onder meer verklaard de desbetreffende fractuur niet te hebben onderkend – deze 'te hebben gemist' – en heeft het college in zijn verweer en ter zitting uitvoerig opening van zaken gegeven ter zake van de omstandigheden en de gang van zaken in casu.

In zijn brief aan het college d.d. 10 april 1987 meldt genoemde geneeskundig inspecteur onder meer:

'1. De eerste opvang is verricht door de arts-assistent F. Het is gebruikelijk dat op de eerste-hulp post van ziekenhuizen arts-assistenten dit werk doen. Afhankelijk van de aard en de ernst van de bevindingen wordt door de arts-assistenten met een bevoegd specialist overleg gepleegd, c.q. wordt deze specialist gevraagd om zelf te komen kijken.

'2. In het onderhavige geval heeft de heer F een röntgenfoto laten maken om daarna de verdere behandeling te bepalen. Er werden op dat moment geen duidelijke lichamelijke of neurologische afwijkingen gevonden. Het verslag van Röntgenoloog C doe ik hierbij in copie toekomen. Het verslag was bestemd voor de arts F op de polikliniek.

'3. Op grond van de bevindingen heeft de arts F geen aanleiding gehad om een bevoegd chirurg te vragen om patiënt en foto's te bekijken.

Het advies van natte compressen te gebruiken is dus ook afkomstig van de heer F.'

Zijn slotsom luidt: 'Hoewel het niet ongebruikelijk is dat de polikliniek-arts ook zelf de foto's beoordeelt, is het m.i. begrijpelijk dat de arts-assistent heeft vertrouwd op het oordeel van de (deskundige) röntgenoloog.'

3. BEOORDELING

Bij zijn oordeel over het handelen van de aangeklaagde arts wil het college twee aspecten laten meewegen:

– De arts moest in beginsel zelfstandig beoordelen en behandelen in een poliklinische situatie (eerste-hulp post van een ziekenhuis), hetgeen een niet ongebruikelijke situatie is (al kunnen er bedenkingen bestaan tegen een dergelijke structurele situatie, indien de eindverantwoordelijke bevoegde specialist de arts-assistent te zeer laat 'zwemmen').

– Naar op grond van de verklaring van de aangeklaagde wordt aangenomen, ontbraken richtlijnen met betrekking tot de omstandigheden waaronder arts-assistenten in elk geval een bevoegde specialist dienden te raadplegen.

Klager heeft er zijn verbazing over uitgesproken dat in een geval als dit het eindoordeel is overgelaten aan iemand die pas driekwart jaar was afgestudeerd. Het college wil volstaan met de opmerking, dat de aangeklaagde gekwalificeerd was om als arts-assistent werkzaam te zijn en in eerste instantie en afhankelijk van aard en ernst der bevindingen te beslissen over de verdere behandeling en het al of niet geïndiceerd zijn van nadere beoordeling c.q. specialistisch consult of advies.

Door de aangeklaagde is om protocollaire redenen, routinematig, gevraagd om een standaardserie röntgenfoto's van de nek; de bevindingen bij onderzoek gaven hem geen aanleiding om een andere dan deze weg te volgen. Het college heeft geen aanleiding gevonden om de arts hiervan een verwijt te maken. Aan te nemen valt dat zich toen niet zodanige verschijnselen voordeden dat het reeds aanstonds in consult roepen van een chirurg of neuroloog had behoren plaats te vinden.

Dat de aangeklaagde arts vervolgens is afge-

gaan op de bevindingen van de röntgenoloog, is hem niet euvel te duiden. Het college volgt hier de opvatting van de geneeskundig inspecteur als eerder weergegeven.

Het college wil – zij het ten overvloede – niet nalaten op te merken dat de nu bekende feiten en omstandigheden zijns inziens aanleiding geven tot de vraag of de procedure waaronder, c.q. structuur waarbinnen, de aangeklaagde arts als arts-assistent heeft moeten werken niet zou behoren te worden verbeterd en of de van de eindverantwoordelijke chirurg en/of van de ziekenhuisorganisatie te vergen zorg en begeleiding niet méér gestalte had dienen te krijgen.

In het vorenstaande ligt het eindoordeel besloten dat de aangeklaagde arts naar het oordeel van het college niet te kort is geschoten in enige voor de toepassing van artikel 1 van de Medische Tuchtwet relevante zin. De klacht wordt daarom afgewezen.

Het college acht het van algemeen belang dat deze beslissing in bredere kring aandacht krijgt, zodat publikatie als na te noemen wenselijk is.

4. BESLISSING

Het Medisch Tuchtcollege te Groningen.
Rechtsdoende in naam der Koningin!
Gezien de betreffende wetsartikelen.

Wijst de klacht af;

Bepaalt dat deze beslissing op de wijze als voorgeschreven in artikel 13b van de Medische Tuchtwet wordt bekend gemaakt door plaatsing in de Nederlandse Staatscourant en door toezending met verzoek tot plaatsing aan Medisch Contact en het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht.

Aldus gedaan in raadkamer van 25 november 1987 door: Mr. T. Duursma, voorzitter, P. Heun, lid-geneeskundige, F. A. Griffioen, lid-geneeskundige, F. G. H. de Noord, lid-geneeskundige, J. B. Schneider, plv. lid-geneeskundige, bijgestaan door Mr. H. F. Wolgen, plv. secretaris. □

Te grote drukte geen excuus voor missen diagnose

Het Medisch Tuchtcollege te Groningen heeft de volgende beslissing gegeven inzake de klacht, ingediend door de heer A te B, gericht tegen de arts E, röntgenoloog te D.

1. PROCEDURE

Met een brief d.d. 16 december 1986 – ontvangen op 19 december 1986 – heeft de heer A te B

– hierna: klager – aandacht gevraagd voor gebleken grove nalatigheid c.q. onzorgvuldigheid van de zijde van een huisarts te D en van het ziekenhuis aldaar, bij de medische opvang en behandeling van zijn echtgenote. Na nader onderzoek bleek dat de klacht onder meer was gericht tegen de in het desbetreffende ziekenhuis werkzame röntgenoloog E – hierna: de aangeklaagde arts.

De geneeskundig inspecteur van de Volksgezondheid voor Groningen en Drenthe heeft desverzocht op 10 april 1987 verslag gedaan van zijn bevindingen. Vervolgens is de aangeklaagde arts om verweer gevraagd, welk verweer is neergelegd in een brief d.d. 10 mei 1987. In zijn verweer heeft de aangeklaagde arts onder andere verklaard een fractuur van de tweede nekzwervel bij klagers echtgenote niet te hebben onderkend – te hebben 'gemist' – en heeft hij getracht deze misser te verklaren en een zo goed mogelijk beeld te geven van de omstandigheden en de gang van zaken in casu. De klacht is behandeld ter zitting van het College te Groningen, gehouden op 7 oktober 1987. Klager is daar in persoon verschenen, onder anderen vergezeld door zijn echtgenote. De aangeklaagde arts is eveneens in persoon verschenen.

2. FEITEN

De volgende feiten zijn voor het College genoegzaam komen vast te staan:

In de nacht van 29 op 30 mei 1986 logeerde klagers echtgenote bij haar zoon te D. Zij is te circa 3.30 uur in de morgen van de trap gevallen en liep daarbij twee flink bloedende hoofdwonden en kneuzingen op. Ook had zij erge nekpijn en kon haar hoofd niet meer bewegen. De zoon heeft toen het ziekenhuis opgebeld, doch werd verwezen naar de dienstdoende huisarts. Deze is vervolgens opgebeld, doch meende te kunnen volstaan met een telefonisch consult. Enige uren later is de zoon met zijn moeder per taxi naar het ziekenhuis gegaan en op de eerste-hulp post opgevangen. De aldaar dienstdoende arts-assistent heeft een röntgenfoto in twee richtingen (standaardserie) van de nek laten maken, met daarbij de mededeling: 'Van de trap gevallen, kan hoofd niet draaien'.

Op de desbetreffende foto's is een fractuur van de tweede nekzwervel niet onderkend. De aangeklaagde arts heeft de halswervelkolom op de voor hem gebruikelijke wijze beschreven en daarvan verslag gedaan aan de betrokken arts-assistent, die bij veronderstelde afwezigheid van een fractuur de diagnose 'contusie' heeft gesteld en warme, zo nodig natte compressen en pijnstillers heeft geadviseerd. Klagers echtgenote is vervolgens per trein naar huis gereisd en heeft zich wegens aanhoudende klachten diezelfde avond vervoegd in een ziekenhuis te B. Daar is geconstateerd dat de tweede nekzwervel was gebroken en alsnog adequate behandeling toegepast.

De gang van zaken op de röntgenafdeling van het ziekenhuis is door de aangeklaagde arts als volgt beschreven: wanneer de afdeling Chirurgie een röntgenonderzoek vraagt, komt de aanvraag bij een laborant, die de foto's maakt en deze op technische kwaliteit beoordeelt. Indien de afwijkingen duidelijk zijn, wordt de foto getoond aan het hoofd van de afdeling en gaat de patiënt direct met de foto terug naar de aanvragende arts/clinicus. Is de pathologie niet duidelijk zichtbaar, dan worden de opna-

men aan een der röntgenologen getoond en worden eventueel moeilijk te diagnostiseren afwijkingen met een pijltje gemarkeerd en daarna naar de aanvragende chirurg gebracht. Na behandeling komen de foto's nog dezelfde of de volgende dag (of na het weekend) bij de röntgenoloog terug ter beschrijving en schriftelijke vastlegging van het officiële verslag.

Het door de aangeklaagde arts opgestelde verslag luidt aldus: 'C W K: V.a-waarts verloopt de cwk iets van re boven naar li onder, doch zien wij overigens g.b. OP de la. opname is er enige osteoporose en een anteropositie van C-2 t.o.v. c-3. C'3 t.o.v. C-4 en c-4 t.o.v. C-5. Tevens zien wij in het distale deel enige spondylarthrosis met spondylotische apposities van C-3, -4, -5 en -6. Op de 3/4 opnamen zien wij re een versmalling van het foramen intervertebrale t.p.v. C-4-c-5, C-5-c-6 en C-6-C-7 en li t.p.v. C-5-C-6 en C-6-c-7 door kleine dorsolat. botapposities.'

De aangeklaagde arts heeft meegedeeld dat 'waarschijnlijk' op de desbetreffende vrijdagmorgen de foto's aan hem zijn getoond en dat hij deze toen heeft beoordeeld. De betreffende arts-assistent heeft bevestigd dat de beoordeling der foto's inderdaad door de aangeklaagde arts heeft plaatsgevonden en dat zij samen de foto's op de lichtkast hebben bekeken. Vervolgens is op het oordeel van de aangeklaagde arts afgegaan.

In zijn verweer heeft de aangeklaagde arts ook de volgende aspecten aangeroerd:

- Per jaar doen de drie in het betrokken ziekenhuis werkzame röntgenologen circa 45.000 verrichtingen, hetwelk neerkomt op een internationaal aanvaarde normpraktijk voor ruim vier röntgendiagnosen.

- Indertijd was er vanwege de introductie van nieuwe diagnostische methoden sprake van extra belasting en was ook vaak één der röntgenologen afwezig met het oog op besprekingen elders vanwege dit voor de afdeling nieuw soort onderzoekingen;

- Door een cumulatie van door diverse specialisten gevraagde onderzoekingen in de ochtenduren, waaraan zoveel mogelijk wordt voldaan teneinde de patiënten die uit een ruime regio komen een tweede reis naar het ziekenhuis te besparen, heersen in de eerste ochtenduren vaak hectische toestanden.

- Onbewust heeft het feit meegespeeld dat op grond van het klinisch beeld door de chirurgische afdeling geen nader onderzoek was aangevraagd als bijvoorbeeld een planigrafie; dat er sprake was van een niet opgenomen, maar poliklinisch behandelde patiënt en dat een neuroloog niet was ingeschakeld.

Aan het verweer wordt voorts ontleend: 'Hier komt bij dat wij na de onverklikkelijke affaire van de . . . röntgenologen en in het kader van de budgettering uitermate terughoudend zijn bij het op eigen initiatief doen van aanvullende, meer geavanceerde onderzoekingen die niet aangevraagd worden, vooral wanneer het een kostbaar onderzoek betreft. Ik heb toen deze halswervelkolomfoto's beschreven, me-

de met het idee dat na een trauma bij een patiënt met degeneratieve afwijkingen aan het skelet de pijnklachten meestal heviger aangegeven worden. Bovendien waren mij de alarmerende klinische verschijnselen als de dwangstand en de ernst van het trauma op dat moment niet bekend en vernam ik deze eerst enkele dagen later doen wij opgeschrikt door de berichten uit . . . de aldaar vervaardigde foto's opvroegen.'

'Ofschoon het nu volgende eigenlijk niet thuis hoort in deze brief welke verondersteld wordt een verweer te zijn kan ik toch niet nalaten op te merken dat deze fout mij al deze tijd niet losgelaten heeft. Om hem domweg als een 'black-out' te beschouwen komt mij te simpel voor en ook niet voldoende om in ieder geval een eventuele herhaling te voorkomen. Bij het beschrijven van je foto's probeer je onbewust toch op één lijn te komen met het klinische beeld en het geheel dekkend te maken. Het feit dat op de chirurgische poli het gehele beeld niet behandeld werd als een ernstige fractuur heeft mij er kennelijk toe gebracht de boogonderbreking van cervicale 2 (welke zoals reeds gezegd dodelijk kan zijn en hier zelfs geen neurologische verschijnselen veroorzaakt had) onbewust te trachten onder een andere noemer te brengen nl. 'een oude zaak' in de zin van een congenitale cervicale spondylolisthesis. Alweer onbewust moet ik hierbij deze uiterst zeldzame afwijking zozeer in mijn geest verdrongen hebben, dat ik hem zelfs niet in mijn verslag vermeld heb. Deze gehele geestelijke procedure heeft zich niet, zoals nu, uitvoerig en in alle rust nabeschouwend, afgespeeld maar in een snelle bijna reflexmatige volgorde. Wat ik in ieder geval geleerd heb, is de röntgenfoto meer als een zelfstandig onderzoek te beschouwen en niet meer zo sterk aan te hangen het motto in de oudere drukken van een van onze standaardwerken, de Köhler, nl dat ieder röntgenverslag zo gelezen moet worden alsof het eindigt met 'als niet de anamnese en de kliniek daartegen spreken.'

Desgevraagd heeft de aangeklaagde arts ter zitting meegedeeld, dat de aanwezigheid van drie röntgenologen – en niet méér – samenhangt met de opstelling ter zake bij het betreffende ziekenfonds.

3. BEOORDELING

Voor het college is voldoende komen vast te staan:

- dat de aangeklaagde arts op vrijdagmorgen 30 mei 1986 de van de nek van klagers echtgenote gemaakte foto's heeft beoordeeld;
- dat hij daarbij een – zeker onder de zich voordoende omstandigheden extreem zeldzaam te achten – fractuur van de tweede nekzwervel (een zogeheten 'hangman's fracture', waarvan de aangeklaagde ook zelf heeft verklaard dat deze nauwelijks met het leven – en met het ontbreken van neurologische verschijnselen – verenigbaar is) heeft gemist;
- dat de aangeklaagde arts na zijn waarneming niet heeft gevraagd om betere, met name anamnestic gegevens, doch nagenoeg al-

leen op grond van het fotografisch beeld tot een diagnose is gekomen, waarbij vermoedelijk te zeer de klinische aanpak c.q. het klinische beeld heeft meegewogen.

Onverlet het feit dat de aangeklaagde arts door de wijze waarop door de klinicus de zaak is ingeschat en voorgelegd niet op het spoor is gezet van de aanwezigheid van een mogelijk ernstige aandoening, geldt dat naar het oordeel van het college de volgende bemerkingen kunnen en dienen (te) worden gemaakt:

– de aangeklaagde arts heeft nagelaten zich van nadere gegevens te (doen) voorzien teneinde het beeld dat de foto's gaven beter te kunnen beoordelen; met name ontbraken behoorlijke anamnestiche gegevens. In casu was sprake van een slechts minimaal ingerichte aanvraag; de röntgenoloog die de patiënt niet ziet 'moet dan maar wat'.

Zeker nu de aanvraag was gedaan door een arts-assistent, had de aangeklaagde arts niet mogen volstaan met het stellen van een diagnose alleen op grond van de foto's op de lichtbak. Hij had zich naar behoren moeten doen informeren.

– De aangeklaagde arts heeft een – zij het zeer zeldzame – fractuur gemist. Niet zozeer is verwijtbaar dat hij de fractuur heeft gemist – hoewel die, naar op grond van de beschikbare gegevens wordt aangenomen, voldoende zichtbaar is geweest – maar dat hij onder de zoëven genoemde omstandigheden zich van

een juiste diagnose heeft laten afleiden door een veel te summier klinisch beeld.

– De aangeklaagde arts heeft gewerkt onder omstandigheden die kennelijk belastend zijn geweest bij het onderzoek; deze omstandigheden, als daar zijn een te zware werklast als gevolg van onderbezetting, als door de aangeklaagde geschetst, en de aanwezigheid van 'een hectische toestand' in de ochtenduren (welke omschrijving van een praktijksituatie het college helaas – te – vaak verneemt) en mogelijk ook kostenaspecten welke de omvang van het onderzoek mede bepalen, disculperen de aangeklaagde arts echter geenszins. Deze is ten volle verantwoordelijk te achten voor zijn medisch handelen.

Indien de arts meent dat hij moet werken onder omstandigheden die een verantwoorde praktijkuitoefening frusteren, dan zal hij daaruit zo nodig de consequenties dienen te trekken. Personeelsgebrek, grote drukte en dergelijke doen aan de verantwoordelijkheid van de arts niet af en vormen geen excuus voor eventueel gemaakte fouten.

Het college is van oordeel dat de klacht gegrond is en dat een maatregel als bedoeld in artikel 5 van de Medische Tuchtwet dient te worden opgelegd.

Gelet op de verklaring en houding van de aangeklaagde arts terzake van de klacht, is het college te rade geworden dat thans met een waarschuwing kan worden volstaan.

Aldus wordt, met inachtneming van de betrekkelijke wetsartikelen, beslist.

Het college acht het van algemeen belang dat deze beslissing in bredere kring aandacht krijgt, zodat publikatie als na te noemen wenselijk is.

4. DICTUM

Het Medisch Tuchtcollege te Groningen.

Rechtdoende in naam der Koningin!

Gezien de betrekkelijke wetsartikelen.

Verklaart de klacht gegrond en *legt de aangeklaagde arts de maatregel van een waarschuwing op;*

Bepaalt dat deze beslissing op de wijze als voorgeschreven in artikel 13b van de Medische Tuchtwet bekend wordt gemaakt door plaatsing in de Nederlandse Staatscourant en door toezending met verzoek tot plaatsing aan Medisch Contact en het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht.

Aldus gedaan in raadkamer van 25 november 1987 door: Mr. T. Duursma, voorzitter, P. Heun, lid-geneeskundige, F. A. Griffioen, lid-geneeskundige, F. G. H. de Noord, lid-geneeskundige, J. B. Schneider, plv. lid-geneeskundige, bijgestaan door Mr. H. F. Woigen, plv. secretaris.

M. J. van Ditmars, *Morbus Besnier Boeck Schaumann – Ziekte van Boeck – Sarcoidosis*. Gianotten Tilburg 1987. ISBN 90 6663 012 4. Prijs: f 129,—.

De longarts M. J. van Ditmars heeft de resultaten van de bestudering van de gegevens van 7.000 patiënten lijdende aan sarcoidose in boekvorm samengevat. Het boek bestaat uit 20 pagina's tekst, 222 literatuurverwijzingen en 85 pagina's afbeeldingen van tekeningen en deskundig uitgezochte en zeer goed afgedrukte röntgenfoto's. Bij de röntgenfoto's is een verklaring in het Engels vermeld, terwijl degenen die zich daar onvoldoende vertrouwd mee voelen op de pagina's 39 t/m 44 een in het Nederlands gestelde verklaring kunnen binden.

Het tekstgedeelte is compact, doch geeft desondanks een goed overzicht over de ziekte sarcoidose. De stadium-indeling, zoals gebruikt door Van Ditmars, is origineel en lijkt mij goed bruikbaar. Wat de medicamenteuze behandeling betreft blijkt de heer Ditmars nog steeds een voorstander van beginnen met een hoge dosis corticosteroïden, deze aanvankelijk snel, later juist heel langzaam afbouwen en laat overgaan tot toediening om de dag; hij wijkt hiermee af van de praktijk van de Europese arts, blijkens een door de Europese Longarts Vereniging (SEP) en de werkgroep Fijnvlekkige Longafwijkingen van de



Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) gehouden enquête.

Gezien de grote hoeveelheid duidelijke afbeeldingen van röntgenfoto's, neig ik ertoe het boek een atlas te noemen. Het kan aan iedere specialist met interesse in de sarcoidose worden aanbevolen. Een dergelijke fraaie serie foto's, die vrijwel het gehele beeld van de sarcoidose omvat, heb ik nog niet eerder gezien. Het van een weinig duurzame omslag voorziene boek zou nog aan waarde kunnen winnen door het toevoegen van enkele foto's in kleur van sarcoidose van de huid en van het oog.

Prof. Dr. J. Stam, longarts

C. Spreeuwenberg (redactie), *Het leven omgekeerd. Dementie: wat is het en hoe kunnen we ermee omgaan?* Meinema, Delft, 1987. ISBN 90 211 3142 2. 59 blz. Prijs f 9,80

Het boekje is uitgegeven in de reeks Ter Sprake (nummer 41). De boekjes in deze reeks

worden omschreven als gebruikboekjes bij ontwikkelingen in samenleving, kerk, pastoraat en theologie. Het is verheugend dat in deze reeks nu ook het dementieprobleem aan de orde wordt gesteld. De aandacht voor dit probleem is de laatste jaren in een stroomversnelling geraakt. Er is een nog steeds aanzwellende stroom van publikaties op dit gebied, welke bestemd zijn voor een breed publiek.

In het licht van het laatstgenoemde kan men zich afvragen of er aan dit boekje behoefte bestaat. Ik durf deze vraag volmondig positief te beantwoorden. De redacteur en vier zeer deskundige auteurs zijn erin geslaagd in nog geen zestig bladzijden de diverse medische, psychologische, maatschappelijke en pastorale aspecten grondig en helder te belichten. Dit is een zware opgave, hetgeen ik uit eigen ervaring weet. De eigen ervaring met het dementieprobleem van redacteur en auteurs blijkt op elke bladzijde.

In zijn inleiding wijst de redacteur erop dat dementie ons confronteert met vragen betreffende humaniteit, lijden, autonomie en solidariteit. Hij wijst op de onmacht bij partners en familieleden en vaak ook bij de huisarts; hij kent dat als zoon en als huisart.

Collega C. Jonker van de neuro-psychiatrische afdeling van de Valeriuskliniek beschrijft zeer compact en toch helder wat dementie is en wat het niet is.

De verpleegkundige Ilse Warners heeft een poging gedaan zich in te leven in de wisselval-

lige werkelijkheid van de demente patiënt. Zij is daarin voortreffelijk geslaagd door de woordeloze verwarring van de patiënt in woorden weer te geven.

Collega A. Hoogerwerf, verpleeghuisdirecteur te Zutphen, heeft twee hoofdstukjes geschreven. In het eerste hoofdstuk beschrijft hij de belangrijkste adviezen voor het thuis omgaan met dementie, onder verwijzing naar de gelijknamige brochure van de Alzheimer Stichting. In het tweede hoofdstuk bespreekt hij systematisch alle personen en instanties die zijn betrokken bij de hulpverlening aan demente ouderen.

Het laatste hoofdstuk is geschreven door Drs. A. G. Honig, gereformeerd predikant te Amsterdam. Het is een warm pleidooi om de demente oudere en diens familie in het wijk-pastoraat niet te vergeten; zijn uitgangspunt is, dat ook de dementerende mens ten volle mens van God blijft en een waardige benadering verdient.

Kortom, een boekje dat ik van harte kan aanbevelen aan een ieder die op enigerlei wijze met dementie te maken heeft of krijgt, artsen daarbij niet uitgezonderd.

D. H. Sipsma

Iet van de Craats, *Vrouwen en het gebruik van kalmerende middelen en slaapmiddelen. Verslag van een preventieproject*. Landelijk Ondersteuningspunt Preventie, Postbus 8400, 3503 RK Utrecht, 1987. ISBN 90 5118 007 1. 127 blz. Prijs f 15,-.

Het dagelijks gebruik van kalmeermiddelen en slaapmiddelen onder vrouwen is aanzienlijk. Uit een onderzoek in Rotterdam bleek dat 7,9% van de vrouwen in die stad dagelijks dergelijke middelen gebruikt, tegenover 5,4% van de mannen. Van de huisvrouwen slikt 11,6% en in de leeftijd van 40 tot 60 jaar zelfs 17,5% dagelijks deze medicijnen. Ongeveer 80% hiervan zou door huisartsen worden voorgeschreven.

Deze gegevens vormden voor de RIAGG Centrum West in Rotterdam de aanleiding tot het opzetten van een preventieproject met als doel de kans te verminderen dat vrouwen afhankelijk zouden worden van benzodiazepinen. Men richtte zich met de voorlichting daarbij zowel op de (huis)vrouwen als op de huisartsen. Er werden 85 huisartsen uit de buurt aangeschreven; er waren er 44 bereid tot een gesprek met de RIAGG en tot het registreren van de uitgeschreven recepten en de achterliggende klachten van de vrouwen; uiteindelijk hebben slechts 11 huisartsen registratieformulieren ingeleverd over 29 recepten. Bij de RIAGG was men inmiddels gestart met een gespreksgroep voor vrouwen die kort of langdurig benzodiazepinen gebruikten, onder het motto: 'Slik je problemen niet weg'. Hieraan namen 24 vrouwen voor kortere of langere tijd deel; 3 van hen waren door de huisarts verwe-

zen; 5 vrouwen slaagden er niet in hun medicijngebruik te verminderen. Een preventiewerkster van de RIAGG begeleidde tevens het opzetten van een soortgelijke praatgroep voor vrouwen in het buurthuis. Omdat hier weinig belangstelling voor was, is later vanuit hetzelfde buurthuis een 'slaapcursus' opgezet, die beter liep. Ook hier kwam het gebruik van kalmeermiddelen en slaapmiddelen ter sprake.

De resultaten van alle inspanningen die in dit project zijn gestoken zijn vrij mager. Wel werden de meewerkende huisartsen zich meer bewust van hun voorschrijfgedrag en van het klachtenpatroon van de vrouwen. Ook werd uit de gespreksgroepen duidelijker waarom vrouwen deze middelen nodig (denken te) hebben.

In juni 1987 is in Rotterdam een studiedag gehouden over vrouwen en verslaving. Deze dag resulteerde in veel verzoeken tot nascholing van huisartsen, apothekersassistenten en van de kant van de farmaceutische industrie (?). Deze belangstelling leidde ertoe dat men besloot het verslag van het preventieproject te herschrijven, zodat het voor een bredere lezersgroep toegankelijk zou worden. In dat laatste is men naar mijn mening niet geslaagd. Dit boek is onoverzichtelijk, het bevat ontelbaar veel herhalingen en het heeft mij de grootste moeite gekost de essentie van het project eruit te destilleren. Een goed geredigeerde, sterk verkorte uitgave zou wenselijk zijn, wanneer men wil dat bijvoorbeeld huisartsen inzicht krijgen in deze problematiek.

D. M. Dukkens van Emden

Nancy L. Mace en Peter V. Rabins. *Een dag van 36 uur. Een leidraad voor familie en verzorgenden bij de omgang met demente mensen*. Bunge, Utrecht 1987. 280 blz. ISBN 90 6348 194 2. Prijs: f 29,50.

Het betreft hier een uit het Engels vertaald boek, dat geschreven is door medewerkers van de afdeling psychiatrie van de Johns Hopkins Universiteit in Baltimore (USA). Het boek is bedoeld om voorlichting te geven aan hen die belast zijn met de niet-professionele zorg voor dementerende mensen; in vele gevallen zullen dat partners, kinderen of overige familieleden zijn.

Het boek heeft zich in de Anglosaksische wereld in korte tijd al een duidelijke plaats veroverd en behoeft als zodanig geen aanbeveling meer. De auteurs belichten een aantal facetten van het dementeringsproces, die in de voor (toekomstige) professionals bedoelde literatuur vaak onderbelicht blijven en zij doen dit op een zorgvuldige, nagenoeg complete wijze. Het boek wordt daarom ook al gebruikt bij diverse opleidingen (bijvoorbeeld voor medisch studenten). Het is eigenlijk meer dan een populair-wetenschappelijk werk in de goede zin van het woord: het kan, door zijn volledigheid, vele professionals de ogen openen voor de typische belasting van het gezin waarin de

dementerende leeft. Het is duidelijk dat dit probleemgebied zich alleen maar zal uitbreiden in de nabije toekomst. Professionele hulpverlening zal zich daarom moeten gaan richten op het ontwikkelen van methodieken om de niet-professionele steunsystemen van de demente patiënt zo effectief mogelijk te begeleiden. Kennisname van dit boek kan daarbij helpen. Het is vlot leesbaar vertaald, men kan het zeer goed als voorlichtingsmateriaal gebruiken voor hen die er zich in willen verdiepen. Het is, waar nodig, aangepast aan de Nederlandse situatie. Tijdens het lezen herhaalde mij nog op, dat de auteurs de lezer herhaaldelijk aansporen tot mondig gedrag inzake de keuze van professionele deskundigen. Zij leggen er terecht de nadruk op dat niet iedere 'deskundige' voldoende interesse en bekwaamheid heeft om de diagnose dementie te stellen. Dat is in Nederland vermoedelijk niet anders dan in de Verenigde Staten.

Wat ik miste in dit toch zo complete boek is expliciete aandacht voor het probleem hoe je als familieleden met de patiënt zelf moet praten over de dementie. Dat probleem doet zich in de beginstadia van dementieën zeker voor. Hoe zit het met de voorlichting aan de patiënt? Die kan niet los gezien worden van de voorlichting van zijn verzorgers.

Bij het nadenken over deze, voor mij onopgeloste vraag, realiseert men zich pas goed wat de existentiële betekenis van dementie voor iemand is en voor degenen die met haar/hem het meest verbonden zijn.

Prof. Dr. W. van Tilburg

UIT DE VERENIGINGEN

LHV

Medische zorg voor arrestanten

LVSG

Gezamenlijke verantwoordelijkheid basisgezondheidsdiensten en huisartsen

In oktober 1987 verscheen een GHI-bulletin 'Richtlijnen met betrekking tot de behandeling van zich onder de zorg van de politie bevindende personen'. Het betreft een herziening van de 'Richtlijnen inzake de behandeling van geïntoxiceerden in politiecellen' uit 1979.

De herziening is gebaseerd op het onderscheid tussen het functioneren als adviserend arts voor politie en justitie en het optreden als behandelend arts ten behoeve van de patiënt. Het bulletin is onlangs besproken in een bestuurlijk overleg tussen LHV en LVSG. In dit overleg is met name aan de orde geweest het belang van goede afspraken tussen de direct betrokkenen.

LHV en LVSG doen dan ook een beroep op alle betrokkenen op plaatselijk en regionaal niveau te komen tot goede afspraken met betrekking tot bovenstaande zorgverlening. Adviserende artsen zullen in het algemeen bij of door de Basisgezondheidsdiensten worden aangewezen als onderdeel van het Forensisch-geneeskundig takenpakket van deze diensten. Deze zullen dan ook 24 uur per dag, gedurende 7 dagen per week, voor de politie bereikbaar moeten zijn. Naast de beschikbaarheid voor de eigen adviserende taken zal de basisgezondheidsdienst eveneens de coördinatie van de eerstelijnsgezondheidszorg voor arrestanten en in verzekeringsgestelden op zich dienen te nemen. Dit impliceert dat de BAGD'en op de hoogte moeten zijn van de beschikbaarheid van de plaatselijke huisartsen op dit punt.

Voor de behandeling van arrestanten en in verzekeringsgestelden zijn de plaatselijke huisartsen de meest geëigende personen. Sociaal-geneeskundigen worden immers niet geacht volledige huisartsenhulp te geven. Doorgaans kan het voortzetten van het gebruik van een geneesmiddel op recept van de eigen huisarts of specialist door de sociaal-geneeskundige geregeld worden. Als echter voor behandeling van de patiënt de hulp van een huisarts noodzakelijk is zal dit één der gevestigde huisartsen dienen te zijn (ongeacht de herkomst van de patiënt, dat wil zeggen ook behandeling van patiënten van buiten de stand).

De consequentie van het bovenstaande is dat wanneer de arrestant om een dokter vraagt de politie allereerst de vraag moet

beantwoorden of medische hulp noodzakelijk is. Bij twijfel van de politie zal de arts van de basisgezondheidsdienst gevraagd worden de situatie te beoordelen. Wanneer het voor de politie duidelijk is dat medische hulp vereist is verzoekt de politie de eigen huisarts of diens waarnemer een visite te maken.

Als het een persoon betreft uit een andere gemeente dan wendt de politie zich tot één van de dienstdoende huisartsen. In dat geval declareert de huisarts de visite bij de politie op basis van het particulier tarief.

Enkele bijzondere situaties verdienen aparte vermelding:

- de arrestant heeft wellicht EHBO-hulp nodig: de politie vraagt in dat geval het oordeel van de BAGD-arts, die zonodig verwijst naar de huisarts (zie boven) of naar de EHBO-post van een ziekenhuis;
- de politie vraagt zich af of psychiatrische hulp aangewezen is; de basisgezondheidsdienst wordt om advies gevraagd, zo nodig schakelt deze de RIAGG 24-uurs dienst in;
- het betreft een (bekende) hard-druggebruiker; de arts van de basisgezondheidsdienst schrijft, indien van toepassing na overleg met het CAD, (genees)middelen ter bestrijding van onthoudingsverschijnselen.

Het zou een goede zaak zijn indien de basisgezondheidsdienst er zorg voor zou kunnen dragen dat er op het politiebureau een apart afsluitbare kast komt met daarin een klapper met persoonskaarten waarin adviserende en behandelende artsen notities kunnen maken van hun bevindingen en voorschriften. Deze notities kunnen beperkt blijven tot hetgeen voor de continuïteit van de medische zorg noodzakelijk is. Na vertrek van de arrestant kunnen de kaarten worden bewaard bij de basisgezondheidsdienst en na 5 jaar worden vernietigd.

De betreffende artsen van de basisgezondheidsdienst zouden altijd per semafoon bereikbaar moeten zijn voor overleg, onder kantoor tijd via de basisgezondheidsdienst, daarbuiten via de politie.

Centraal Bestuur LHV
Centraal Bestuur LVSG

LVSG

Onderzoek Cara bij jeugdigen

De LVSG ontving van de Vakgroep Sociale Geneeskunde en Epidemiologie van de Rijksuniversiteit te Groningen het eindrapport van de Regio's studie. Het rapport is opgesteld door de Werkgroep CARA bij Jeugdigen en betreft een inventariserend onderzoek naar het voorkomen van respiratoire symptomen bij 6.764 schoolkinderen in de regio's Noordoost Friesland, Flevoland

en Midden-Holland, alsmede naar de maatschappelijke gevolgen daarvan in termen van schoolverzuim, huisartsbezoek en geneesmiddelengebruik. Het onderzoek is uitgevoerd door de afdelingen jeugdgezondheidszorg van de betreffende Districts c.q. Gemeentelijke Gezondheidsdiensten samen met de Vakgroep Sociale Geneeskunde en Epidemiologie van de RU Groningen.

LHV

Informatie automatisering

Sinds enige tijd biedt het bureau van de LHV extra service aan huisartsen die geïnteresseerd zijn in automatisering: de zogenaamde informatie- en adviestelefoondienst.

Informatrice José den Bode, te bereiken via de centrale informatielijn: 030-823881, kan u de nodige inlichtingen verschaffen.

UIT DE VERENIGINGEN

KNMG

Contactgroep Nieuwe Leden

Een initiatief van de KNMG-afdeling Leiden en omgeving

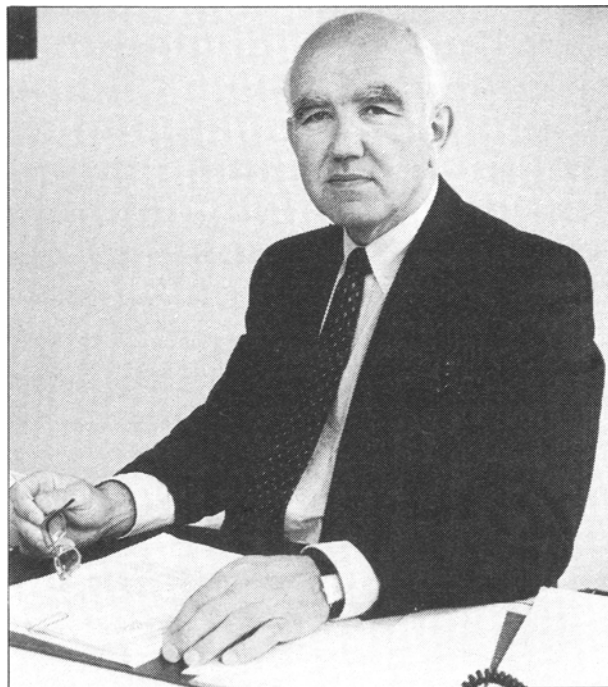
Met ruim 800 leden is de afdeling Leiden en omgeving een van de omvangrijkste regionale steunpunten van de KNMG. Het gebied kent een grote artsendichtheid, wat vooral het gevolg is van de vele opleidingsziekenhuizen in de streek. Maar dit gegeven impliceert tevens een vrij forse doorstroom van jongere medici, waardoor hun binding met de lokale medisch/sociale aspecten doorgaans nihil is. Om ook deze artsen meer te betrekken bij de KNMG, heeft het plaatselijk bestuur van Leiden de Contactgroep Nieuwe Leden in het leven geroepen. 'Gezien de structuur waarvoor is gekozen een tamelijk uniek initiatief! Een gesprek hierover met Dr. M. P. Hennink, voorzitter van de KNMG-afdeling Leiden en omgeving. 'De KNMG heeft nog nooit zo'n groot ledental gehad als nu. Dat betekent dat de waarde van het lidmaatschap volop wordt erkend. Toch hebben de jongere medici in de doorstroom over het algemeen de neiging om het lid worden nog uit te stellen. Dat risico is als het ware ingebakken, wat echt jammer is omdat de KNMG voor hen vooral als sociaal ontmoetingspunt erg belangrijk is. Met name in de huidige specialiserende geneeskunde is onderling sociaal contact met collegae juist erg waardevol. Want je kijkt daarmee wat makkelijker over de grenzen van wat ik noem 'de eigen cel' heen, omdat je regelmatig andere medici spreekt die in andere omstandigheden en stadia verkeren. Dat is goed voor het interdisciplinair contact. Maar naast de persoonlijke motieven die hier een rol bij kunnen spelen is ook het verbeteren van de contacten ten behoeve van de patientenzorg een belangrijk punt van aandacht. Samenwerking valt en staat immers met persoonlijke relaties, met mensen kennen en met toegankelijkheid,' aldus de heer Hennink.

Solidariteit

Ook ten aanzien van de vele KNMG-activiteiten 'achter de schermen' – de belangenbehartiging, maatschappelijke verenigingen, overlegstructuren met Den Haag, standpuntbepaling in ethische vraagstukken – meent Dr. Hennink dat de solidariteitsgedachte van individuele (aspirant) leden gestimuleerd kan worden door hen meer bij de afdelingen te betrekken. Essentieel is volgens hem de integratie van jong en oud, zodat de generatieverschillen vervagen. Kort samengevat luidt zijn boodschap aan de jongere artsen: 'Laat je niet door het establishment de wet voorschrijven, maar werk wel goed samen met je collegae en blijf bij elkaar'.

Begeleiding en opvang nieuwe leden

Vanuit deze optiek is in Leiden al zo'n zeven keer in september een jaarlijkse kennismakingsavond georganiseerd voor nieuwe (overigens niet alleen jonge) leden en aspirant-leden met hun partners. De heer Hennink: 'Daar wordt allereerst uitgebreide voorlichting gegeven over wat de KNMG is en doet, wat de functie is van de maatschappelijke verenigingen, enzovoort. En vervolgens gaan de deelnemers in groepjes om de tafel, teneinde de behandelde onderwerpen verder uit te diepen. Dit is een heel intensieve methode gebleken om nieuwe leden meer te betrekken bij de bestuurlijke activiteiten van de KNMG. We hebben dat verder uitgebouwd door juist die nieuwe leden zelf om advies en begeleiding te vragen bij de opvang van de volgende nieuwe leden. Hieruit is de zeer actieve en enthousiaste Contactgroep Nieuwe Leden ontstaan,' schetst Dr. Hennink.



Verfrissend

De Contactgroep bestaat uit een klein groepje artsen, waarvan er twee de bestuursvergaderingen van de afdeling meemaken. Zij hebben het bestuur geadviseerd speciale informatie-avonden te organiseren voor nieuwe en aspirant-leden. 'Anderhalf jaar geleden hebben wij de Contactgroep de gelegenheid geboden zo'n avond zelf en naar eigen invulling te verzorgen. Dat is voor het eerst gerealiseerd in het voorjaar van 1987. De Contactgroep heeft een aantal jonge collegae gevraagd te spreken over de posities waarin ze terecht zijn gekomen. Dat bleek soms in totaal andere branches te zijn, zoals automatisering en elders in het bedrijfsleven! Het effect was heel verfrissend: er zijn veel meer mogelijkheden om een volwaardige plaats in het arbeidsproces te vinden dan je op het eerste oog zou denken. Ook de andere – zeer uiteenlopende – onderwerpen bleken interessant te zijn voor jong en oud,' vertelt Dr. Hennink.

De eerstvolgende bijeenkomst die de Contactgroep Nieuwe Leden uit Leiden organiseert, is een regionaal congres op 10 mei 1988 over de positie van de arts, belicht in de loop van de tijd. 'Een heel leuk initiatief, ook voor oudere artsen en niet-leden. Het draait er allemaal om hoe je je functie als arts ziet. Tussen vroeger en nu heeft dat een hele evolutie doorgemaakt. En dat is in feite de bron van een aantal conflicten tussen de verschillende generaties artsen, namelijk de veranderende normen en opvattingen over de taakstelling. Om de integratie van jongeren in de KNMG te stimuleren, is het een goede zaak dit ingebakken spanningsveld bespreekbaar te maken. In Leiden trekken de enthousiaste mensen van de Contractgroep die kar graag, en de afdeling kijkt daarbij vaderlijk over de schouder toe.'

UIT DE VERENIGINGEN

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.

82. Basisarts, examen dec. '88, 42 jr. Ruime werkervaring in bedrijfsleven. Interesse: wisselassistentchap of andere klinische werkzaamheden. Direct beschikbaar. Reacties: tel. 020-717902.

83. Basisarts, 30 jr. Ervaring: 1 jr. bedrijfsgeneeskunde. Zoekt per 1-9-1988 min. 50% bedrijfsgeneeskundig werk om tot opleiding te kunnen worden toegelaten. Reacties: tel. 020-938613 na 18.00 uur.

84. Huisarts, 29 jr., gehuwd, 2 kinderen, Emmen. Ervaring: 1 jr. astmacentrum, 1½ jr. wisselassistentchap (interne, chirurgie en verloskunde), diverse waarnemingen. Interesse: waarneming, overname of associatie in huisartspraktijk in het oosten v.h. land. Reacties: tel. 05910-26213.

85. Basisarts, 26 jr., klinische ervaring in Lepra, traumatologische ervaring opgedaan bij motorraces. Interesse: sociale geneeskunde, algemene gezondheidszorg, chirurgie. Voorkeur: westen v.h. land. Reacties: tel. 080-238058.

86. Huisarts, 31 jr., met waarnemerservaring zoekt waarnemingen, evt. assistentschap in huisartspraktijk in Zwolle en wijde omgeving. Reacties: tel. 038-214658.

87. Huisarts, 29 jr., Enschede. Huisartsgeneeskundige ervaring, EHBO, verloskunde. Interesse: waarneming als huisarts of assistentschap c.q. associatie in oost/midden Nederland. Reacties: tel. 053-769865 (na 19.00 uur).

88. Basisarts, 33 jr., Nijmegen. Ervaring: bedrijfsgezondheidszorg, wetenschappelijk onderzoek, onderwijs A-verpleegkundigen. Interesse: bedrijfsgezondheidszorg, wetenschappelijk onderzoek, onderwijsfunctie. Reacties: tel. 080-558381.

89. Basisarts, 25 jr. Recent afgestudeerd. Interesse: opdoen van klinische ervaring in chirurgie, gynaecologie/obstetrie of interne geneeskunde, maar ook consultatiebureauwerk e.d. Reacties: tel. 03417-57098.

90. Huisarts, 32 jr. zoekt waarneming vanaf 1 juli a.s. Klinische ervaring (assistentenschappen chirurgie en interne), waarnemerservaring. Reacties: tel. 020-854172 ('s avonds), tel. 035-250511 (overdag).

91. KNO-arts, zoekt werk op basis van waarneming, voor twee dagen per week, voor onbepaalde tijd. Zuiden des lands.

92. Huisarts, 30 jr., gehuwd, 1 kind, geïnteresseerd in waarnemingen. Echtgenote zonnodig achterwacht. Ervaring: militair arts, apotheekhoudende plattelandspraktijk. Tel. 020-647113 (m.i.v. 1 mei 1988: 6647113).

93. Basisarts, 33 jr., Groningen. Ervaring: zaalarts oogheelkunde. Interesse: (vakantie-)assistentchap of onderzoek in oogheelkunde. Geheel Nederland. Tel. 050-144375.

KNMG

Prijsvraag: opstel over bevordering geneeskunst

Ter gelegenheid van het KNMG-congres te Nijmegen (1986) is een prijsvraag uitgeschreven onder jonge en aankomende artsen. Dit als uitvloeisel van de hoofdstaakstelling van de KNMG: het bevorderen der geneeskunst in de meest ruime betekenis. Deze draad wordt nu opgepakt met een nieuwe prijsvraag. En wel als volgt.

Belangstellende artsen en studenten in opleiding tot artsen worden uitgenodigd een opstel te maken met als basisthema: 'bevordering der geneeskunst'. Het is de bedoeling binnen dit thema één aspect uit te werken uit de volgende drie: 1. (sociaal-) economisch; 2. medisch-inhoudelijk; 3. relationeel.

In dat opstel van maximaal 2500 woorden dienen vernieuwende gedachten te zijn verwoord tot bevordering van de geneeskunst. De inzendingen dienen voor 1 september 1988 op het KNMG-secretariaat ontvangen te zijn. Een deskundige jury, onder voorzitterschap van Prof. Dr. W. J. Schudel, beoordeelt de inzendingen. Voor elk der drie best uitgewerkte aspecten stelt de KNMG een geldprijs van f 1.000,— beschikbaar, alsmede een stijlvolle herinneringstrofee. Voorts is het de bedoeling de bekroonde inzendingen in Medisch Contact te publiceren.

Voor meer informatie kunt u terecht bij de secretaris public relations der KNMG, tel. 030-823911.

OFFICIEEL

KNMG

Besluiten 193ste Algemene Vergadering

Overzicht van de besluiten van de 193ste Algemene Vergadering, gehouden op vrijdag 22 april 1988 te Utrecht (Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum, aanvang 17.30 uur).

1. Benoeming van een commissie van redactie van het verhandelde ter Algemene Vergadering (punt II van de beschrijvingsbrief). Aangewezen worden de voorzitter, de secretaris-generaal en M. Hefting, District XVIII, Assen.

2. De Algemene Vergadering benoemt F. N. M. Bierens, huisarts te Wehl en C. F. A. Heijen, medisch microbioloog te Tilburg tot erelid van de KNMG.

3. Structuur KNMG 2000 (punt VIII van de beschrijvingsbrief). Ingekomen is een amendement van de Afdeling Zwolle, luidende:

'De Afdeling Zwolle, er niet van overtuigd zijnde dat de door de Commissie KNMG 2000 voorgestelde wijziging van de structuur van de KNMG, ook niet in de door het hoofdbestuur geamendeerde versie, de juiste invulling is van het gevraagde in de motie-Zecha e.a. in de Algemene Vergadering van 25 april 1986, stelt voor om de volgorde van de procedure in die zin te wijzigen dat eerst een raadpleging van alle leden, eventueel van alle Nederlandse artsen zal plaatsvinden over de voorgestelde uitgangspunten en de daaruitvolgende structuurwijziging van de KNMG, met dien verstande dat ook alternatieven in de zin van stroomlijnen van de organisatie binnen de bestaande structuur ter beoordeling wordt aangeboden.

Eventuele verdere stappen dienen slechts na het bekend worden van de uitslag van een dergelijke opiniepeiling en na bespreking hiervan door de Algemene Vergadering te worden genomen, indien het accoord van de Algemene Vergadering hiervoor wordt verkregen.'

Dit amendement wordt met 6 stemmen voor en 8 onthoudingen met meerderheid van stemmen verworpen.

Hierna spreekt de Algemene Vergadering zich uit over een tweetal intentievoorstellen van het hoofdbestuur.

a. Het voorstel waarin de intentie wordt uitgesproken om te komen tot een federatieve opbouw van de KNMG op regionaal niveau, in de geest van de nota 'Structuur KNMG 2000' wordt met 3 stemmen tegen en 6 onthoudingen met meerderheid van stemmen aangenomen.

b. Het voorstel waarin de intentie wordt uitgesproken ook op landelijk niveau de KNMG een federatie van verenigingen te doen zijn met dien verstande dat hardere garanties tot stand dienen te komen dan in de nota 'Structuur KNMG 2000' genoemd zijn, om de behartiging van immateriële zaken ook voor de toekomst veilig te stellen, wordt met 6 stemmen tegen en 4 onthoudingen met meerderheid van stemmen aangenomen.

4. Wijziging van statuten en huishoudelijk reglement der KNMG (punt IX van de beschrijvingsbrief). De wijziging van de statuten wordt met 2/3 meerderheid van stemmen aanvaard; ook de wijzigingen in het huishoudelijk reglement worden aanvaard met dien verstande dat artikel 103 lid 1 nieuw wordt aangevuld met het criterium 'vermeerdering of vermindering van werktijd'.

5. Onder punt X van de beschrijvingsbrief worden de richtlijnen tot opnemings- en respectievelijk uitsluiting van waarnemingsregelingen aan de orde gesteld. De Algemene Vergadering gaat accoord met een verlenging met een half jaar van de tijdelijke bepalingen ten behoeve van het LHV-vestigingsbeleid. In de eerstvolgende Algemene Vergadering zal een concreet voorstel worden voorgelegd waardoor de tijdelijke wijziging uit 1985 ongedaan kan worden gemaakt.

Tenslotte bekrachtigt de Algemene Vergadering unaniem de benoeming van W. van Hof tot secretaris-generaal der KNMG per 16 mei 1988.

Sluiting van de Algemene Vergadering te 21.45 uur.

**Rechtsbijstand
LAD-bureau**

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

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

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

De juristen van het bureau zijn dagelijks telefonisch bereikbaar van 10.00 uur tot 12.30 uur.
Telefoon: 030-823911.