medisch contact

Nr. 33 – 17 augustus 1979
34ste jaargang

redactioneel

- **Voorlichting en instructie aan diabetes-patiënten is noodzakelijk omdat bij deze groep patiënten de eigen behandeling zo'n belangrijke rol speelt. De kennis van diabetici omtrent hun eigen ziekte blijkt vaak onvoldoende te zijn. Aldus de conclusie van een verslag van een onderzoek in het kader van een keuzeproject co-assistentschap interne geneeskunde, indertijd verricht vanuit de interne afdeling van het ziekenhuis 'De Weezenlanden' te Zwolle.**

- **Inzicht in de bestaande besluitvorming met betrekking tot de financiële middelen is gewenst, wil het komen tot een beheersing van de kosten van de gezondheidszorg en tot een betere democratisering. Met een bijdrage vanuit het Instituut voor Ziekenhuiswetenschappen van de Rijksuniversiteit Utrecht wordt getracht inzicht te bieden met betrekking tot deze problematiek ten aanzien van intramurale instellingen.**

- **De discussie naar aanleiding van de MC-publikaties van Dr. G. J. Bos' beschouwingen over de vraag 'Kankersurveillance in geheel Nederland of bevolkingsonderzoek in Dodewaard?' gaat in volle hevigheid voort. Thans een kritische bijdrage van Ir. Bert Brunekreef en Ir. Sandra Bausch-Goldbohm, leden van de Vakgroep Gezondheidsleer van de Landbouwhogeschool Wageningen, waarmee de auteurs het probleem van de relatie tussen kanker en milieu allerminst willen bagatelliseren, maar: '. . . andere dan de door Bos aangewezen wegen zullen echter bewandeld moeten worden teneinde dit probleem dichter bij een oplossing te brengen'. Uiteraard dient Dr. Bos zijn opponenten weer van repliek.**

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven **1038**
Inzenders: H. v. Beek, J. D. Kaan, Dr. S. Bouma, J. Stork, D. W. Oppedijk, J. H. J. M. van der Avoort c.s., R. Schüchner

Voorlichting en instructie diabetes-patiënten. Verslag van een onderzoek in het kader van een keuzeproject co-assistentschap interne geneeskunde, door *G. R. Veldhuis, J. Klein-Eising en Dr. A. F. Casparie* **1043**

Kostenbeheersing en democratisering in ziekenhuizen, door *Cobie de Klein, Leo ter Heyne en Drs. Guus Schrijvers* **1047**

Uitspraak Raad van Beroep: Samenvatting in de zaak RvB – KNMG 265/78/07 ..... **1050**

Discussie – Kankersurveillance moeilijker dan U denkt. De bomen van Dr. Bos, door *Ir. Bert Brunekreef en Ir. Sandra Bausch-Goldbohm* **1051**
Naschrift Dr. G. J. Bos **1055**

Tweede apotheker in opmars **1057**

Kamervragen over medische basisopleiding **1057**

Uitspraak Medisch Tuchtcollege in Eerste Aanleg te 's-Gravenhage: Klacht tegen Medisch Centrum voor Geboortenregeling afgewezen **1059**

OFFICIEEL **1061**

Inhoudsopgave officieel **1068**

MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

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

Bestuur Medisch Contact

F. Moerman, voorzitter;
Dr. J. A. Stoop, secretaris (J. M. Kemperstraat 5, Utrecht);
G. A. C. Bosch, penningmeester;
Dr. R. A. de Melker;
Dr. P. van Rosevelt.

Redactie Medisch Contact

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

De redactie is gevestigd Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon 030-885411.

Uitgave

Tijl Periodieken BV, P.B. 737, Texelstraat 80, 1180 AS Amstelveen, telefoon: 020-434346, telex 15230.
advertentie-acquisitie
telefoon 020-433851.

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG *f* 86,40, losse nummers *f* 2,45, excl. portokosten (inclusief BTW); buitenland *f* 154,10.
Opgave van abonnementen uitsluitend bij de uitgever.

Advertenties

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

Adreswijziging

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

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Koninklijke Tijl, Zwolle

BRIEVEN

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

BEROEPSPENSIOEN VOOR ARTSEN EN MEDISCHE SPECIALISTEN

Een 'follow-up'?

Onder bovenstaande titel (wat merkwaardig: zijn medische specialisten geen artsen?) verscheen een ingekomen stuk in MC van 1 juni l.l. van de hand van collega W. J. H. Schmidt (MC nr. 22/1979, blz. 694). Hij pleit daarin om de nu sinds een aantal jaren draaiende pensioenregeling eens te bekijken, mede omdat er nogal wat onvrede bestaat over deze regeling zoals die nu reilt en zeilt. Daarop is als enige reactie een dooddoener gekomen van een der betrokken pensioenfondsen en dat was dat. Collega Schmidt stelde in zijn stuk, dat de bovengenoemde onvrede toch ook wel zou zijn doorgedrongen tot de Maatschappij, de LHV en de LSV. Van die kant echter in MC geen reactie.
Waarom, een bestaande regeling hoeft toch niet sacrosanct te zijn omdat die nu eenmaal bestaat? Temeer als er inderdaad onvrede over bestaat en die bestaat, onder huisartsen zeker. Het is overigens een van de redenen dat het voor een aankomende huisarts vrijwel onmogelijk is een kleine of middelgrote praktijk over te nemen. Maar dat is een andere zaak.
De gedachte dat een gemaakte nieuwe regeling als die een tijd loopt eens op zijn praktische consequenties wordt bekeken om te zien of er geen verbeteringen mogelijk zijn is een te goed idee om niet serieus genomen te worden en verdient niet onder de tafel te worden geschoven. Of is men in Utrecht bang voor wat er uit de bus zou komen?

Zaandam, 18 juli 1979

H. van Beek, huisarts

OOGARTSEN VERSUS OPTICIENS

In het bezit van het witte zwartboek van het Nederlands Oogheelkundig Genootschap waarin de standpunten van oogartsen en opticiens tegenover elkaar komen te staan, mis ik node het standpunt van de 'consument'. Deze voelt zich niet of nauwelijks patiënt en als hij aan een nieuwe bril toe is – onverschillig of dit nu is vanwege glas- of frame-breuk, de behoefte om zich met een meer modieus geval te tooien, dan wel omdat men van mening is dat de glassterkte niet meer up-to-date is – vindt hij het maar een omslachtige methode om eerst bij de huisarts een verwijskaart te halen, vervolgens bij de oogarts een afspraak te gaan maken om dan tenslotte met zijn brilrecept naar de opticien te gaan. Het belang van fundoscopie en tonometrie ontgaat de leek: het is hem om een brilrecept te doen en anders niet.
Wanneer elke patiënt bij een bezoek aan de oogarts fundoscopisch en tonometrisch zou worden onderzocht en wanneer elke patiënt binnen een acceptabele tijd door de oogarts zou kunnen worden geholpen, dan zou ik geneigd zijn te zeggen: allemaal naar de oogarts.
Maar dan zouden ook al die mensen die geen bril nodig hebben periodiek naar de oogarts moeten worden gestuurd en dan zou, zeker met het tegenwoordige aantal oogartsen, de wachttijd weer onaanvaardbaar lang worden, wat dan weer zou resulteren in een witboek getiteld: 'Vermijdbare oogaandoeningen tengevolge van het zogenaamde doctor's delay'. En dan naderen we de door Huxley geschetste toestand: het medisch onderzoek is thans zover gevorderd dat men bijna geen normaal mens meer aantreft.

Aalsmeer, juli 1979

J. D. Kaan

METHODE-MOERMAN (I)

Gaarne reageer ik op de ingezonden stukken over de methode-Moerman van Jhr. H. de Ranitz en Ir. C. F. A. van Kampen in Medisch Contact nr. 29/1979-blz. 918, naar aanleiding van mijn ingezonden stuk in Medisch Contact nr. 23/1979-blz. 725.
Het is mij nu duidelijk geworden waar een belangrijk misverstand ligt naar aanleiding van de toepassing van deze diëet-methode. Natuurlijk zou er geen enkel bezwaar zijn tegen een diëet dat aanvullend bij welke therapie dan ook, gebruikt zou worden.

(doorlezen naar pag. 1040)

HALCION

Ongewenste bijwerkingen van het slaapmiddel Halcion hebben in de media veel aandacht gekregen. Aanleiding was de publikatie van C. van der Kroef, psychiater, in het NTvG van 7 juli 1979. In deze publikatie werd melding gemaakt van bijwerkingen als onrust, angst, abnormaal gedrag, paraesthesieën, overgevoeligheid voor geluid, bijwerkingen die vrijwel zeker zouden moeten worden toegeschreven aan het gebruik van bovengenoemde slaappil.

Het departementale Bureau bijwerkingen geneesmiddelen ontving naar aanleiding van deze publikatie ongeveer twintig reacties. Het bureau besloot een schrijven te doen uitgaan aan alle artsen en daarin melding te maken van de mogelijke bijwerkingen van Halcion. Het bureau ontving – wat in deze omvang nog nooit was gebeurd – binnen twee à drie weken ongeveer zevenhonderd meldingen, voornamelijk van huisartsen, over geconstateerde bijwerkingen, waaronder zeer ernstige.

Het College ter beoordeling van verpakte geneesmiddelen heeft aan de hand van deze zevenhonderd meldingen van haar wettelijke bevoegdheid gebruik gemaakt om Halcion te schorsen, en wel voor de maximaal toegestane termijn van zes maanden. Tot zover de feitelijke gang van zaken.

Het is ongetwijfeld een lichtpuntje in deze treurige geschiedenis, dat zoveel (huis)artsen zo snel gereageerd hebben op het bericht van het Bureau bijwerkingen geneesmiddelen. Dit heeft er in belangrijke mate toe bijgedragen dat het college snel een besluit kon nemen. Halcion oftewel triazolam behoort chemisch gezien tot de reeks van de benzodiazepinen, waartoe ook preparaten als Valium en Librium behoren. Van de benzodiazepinen zijn twee paradoxale werkingen beschreven: verhoogde agressiviteit en toegenomen angst en opwinding. Deze op casuïstiek berustende bijwerkingen zijn zeldzaam. Het is denkbaar dat het geen echte bijwerkingen zijn, maar dat het verband tussen psychische verschijnselen en medicatie indirect is, aldus Van Praag in zijn boek 'Psychopharmaca'. Het ziet er naar uit dat dit bij triazolam niet het geval is. Het lijkt onbegrijpelijk, dat een firma als Upjohn tijdens de researchperiode niet of vrijwel niet op deze bijwerkingen is gestuit. In de bijsluiter wordt van deze bijwerkingen niet expliciet melding gemaakt. De waarde van de research, waar de farmaceutische industrie gewoonlijk hoog van opgeeft en die voor een belangrijk deel de hoge kosten van de geneesmiddelen moet rechtvaardigen, heeft door deze gang van zaken toch wel een gevoelige deuk gekregen. Het is wederom een waarschuwing om de reclamefolders die een nieuw middel gewoonlijk begeleiden maar niet al te serieus te nemen. Kreten bij deze reclame als: 'Een significante vooruitgang bij de behandeling van slaapstoornissen' komen door deze gang van zaken wel in een merkwaardig daglicht te staan. Dat het preparaat Halcion toch op vrij grote schaal blijkt te zijn voorgeschreven moet liggen aan enkele goede eigenschappen van dit middel, namelijk de korte halfwaardetijd, de verlengde slaapduur en het snel inslapen.

Men dient grote terughoudendheid te betrachten bij het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen

Het is uiteraard nog te vroeg om een definitief oordeel te vellen. Afgewacht moet worden welke conclusie het College ter beoordeling van verpakte geneesmiddelen uiteindelijk zal trekken uit het vele materiaal dat haar ter beschikking is gesteld. Eén ding is in ieder geval weer eens duidelijk geworden: men dient grote terughoudendheid te betrachten bij het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen, zeker op een terrein waar reeds zovele en lang beproefde middelen ter beschikking staan. Het laatst verschenen middel is voor de zoveelste maal niet het beste gebleken.

Het College ter beoordeling van verpakte geneesmiddelen schrijft een nieuw farmaceutisch specialité slechts in, indien uit onderzoek van de door de aanvrager overgelegde gegevens blijkt dat het middel de gestelde werking bezit en niet schadelijk is voor de gezondheid. De vraag moet zeker gesteld en beantwoord worden, of de door de aanvrager overgelegde gegevens door het college voldoende kritisch zijn bekeken. Er zou immers – naar onze mening ten onrechte – een smet kunnen worden geworpen op de werkzaamheden van het college.

Overigens, ernstige bijwerkingen op zich rechtvaardigen geen verbod; dat hangt onder meer af van hetgeen men met de betrokken geneesmiddelen kan bereiken. Een eventueel verbod van triazolam op grond van de evaluatie van de schadelijkheid die het middel in zich bergt kan zelfs tot negatieve effecten leiden. Zo'n verbod zou bij de leek ten onrechte de indruk kunnen wekken dat, na correctie van deze misser, in het algemeen de in Nederland verkrijgbare medicijnen veilig zijn – en niets is minder waar.

B.

Zolang dit diëet een volwaardige voeding inhoudt, zijn hiertegen weinig bezwaren in te brengen (hoogstens kan men zeggen dat het Moerman-diëet wat veel cholesterol bevat).
Moerman stelt echter expliciet dat zijn diëet bij voorkeur *in de plaats van andere therapieën* moet worden gebruikt, stelt zelfs dat zijn therapie niet goed kan werken als er andere therapieën worden of werden toegepast. (Zie o.a. blz. 84 in 'Kanker (. . .) kan (. . .) genezen', C. Moerman, uitg. Ankh-Hermes B.V.-Deventer). Hier ligt dan ook het essentiële probleem waar wij ons voor geplaatst zien. Patiënten worden ervan weerhouden om op tijd adequate therapieën te zoeken, therapieën die gelukkig in een vrij groot aantal gevallen, soms zelfs in een zeer groot aantal gevallen, tot radicale genezing kunnen leiden. Er ontstaat zodoende een 'delay' en aangezien bekend is dat de kansen om kanker radicaal te genezen met sprongen achteruit gaan naarmate de tijd verstrijkt, ligt hier de oorzaak van onze ongerustheid. Het is toch minstens ernstig te noemen dat in een tijd, waarin grote bedragen worden besteed aan vroege diagnostiek ('screening') om daarmee de genezingskansen van kanker te vergroten, door dit soort therapieën veel werk teniet wordt gedaan!
Het is om deze reden dan ook dat ik als chirurg een dergelijk emotioneel getint ingezonden stukje schreef. Daarbij komt nog dat Moerman patiënten, die inoperabel zijn, valse hoop geeft, gebaseerd op casuïstiek die veelal, zo niet altijd, op onbewezen feiten steunt. De Commissie Delprat heeft hiernaar reeds serieus onderzoek verricht. Toch vind ik dit de minst ernstige kant van de zaak, alhoewel het geven van valse hoop ethisch aanvechtbaar is.
Tenslotte zou ik Ir. Van Kampen willen aanraden het boekje: 'Kanker (. . .) kan (. . .) genezen' eens echt kritisch te lezen. Ik voel er niets voor om over een dergelijk boek met wie dan ook in discussie te treden, aangezien het wetenschappelijk gezien zo slecht is dat discussie niet mogelijk is. Inderdaad moet men erin 'geloven'. Zeer lezenswaardig echter zijn het artikel van Dr. A. J. Dunning in 'Elseviers Magazine' 17.2.'79, en een ingezonden stuk van D. W. van Bekkum, directeur Radiobiologisch Instituut TNO in 'Intermediair', nr. 19.11.5.'79.

Zaandam, 20 juli 1979

Dr. S. Bouma, chirurg.

METHODE-MOERMAN (II)

Het dieet van Moerman is al 40 jaar oud en in die tijd is door geen enkele onderzoeker aangetoond dat het van belang is voor kankerpatiënten, terwijl ook de door Moerman geclaimde preventieve werking nimmer is aangetoond. Boekjes over de methodiek en geschriften van voorstanders van de methode hebben niets te maken met iets dat op een wetenschappelijke publikatie lijkt. Het onderzoek van de commissie Delprat heeft ook niets positiefs over de mogelijk nuttige werking bij kankerpatiënten kunnen aantonen.
Mensen met kanker die niet met operatie, bestraling, chemotherapie of een combinatie daarvan zijn te helpen nemen gaarne een laatste strohalm, ook al omdat de 'wonderen de wereld nog niet uit zijn'. Dit is hun goed recht en het is de taak van de behandelende artsen en van de begeleidende artsen om hen duidelijk te maken dat geen enkel wetenschappelijk argument een advies in die richting kan steunen. Het is puur een kwestie van geloof en ieder heeft recht op zijn eigen geloof. Het verschil met godsdienst is dat daar het geloof niet een materie is, die met het al dan niet wetenschappelijk bewijs staat of valt.
Het geloof in de methode-Moerman valt natuurlijk wel met het wetenschappelijk bewijs, dat mijns inziens na 40 jaar toepassing wel is geleverd. Het is dan ook volstrekt onduidelijk op grond waarvan de gemeenschap gelden zou moeten uittrekken om opnieuw de waarde te gaan beoordelen. Als dat tot een definitieve uitroeiïng van iets onzaligs zou leiden zou ik daar nog vrede mee kunnen hebben, maar het schept precedenten die uiterst gevaarlijk zijn.
Thans is de laetrile in opkomst als kankergenezend middel en er zullen nog vele middelen volgen. Ik meen dat bij ieder middel, zoals te doen gebruikelijk, eerst een wetenschappelijk onderzoek moet uitwijzen of er een werking is en als dat niet het geval is dient het middel niet te worden toegelaten op welke markt dan ook.
Overigens begrijp ik niet dat middelen als gerovital, KH3, die dan wel een minder ingrijpend doel nastreven, wel mogen worden verkocht.
Ik ben mij ervan bewust dat hier een onoplosbaar probleem ligt, waarbij geloof van de arts en de patiënt belangrijker wordt geacht dan wetenschappelijk werk door sommigen. Het is de taak van de normaal praktizerende medici om de patiënt dat verschil tussen geloof en wetenschap goed en duidelijk en vooral eerlijk uiteen te zetten.
Ik troost mij altijd met de gedachte dat 'normale patiënten' vaak 'normale artsen' zoeken en realiseer me altijd dat 'normale artsen' ook erg veel 'gevaarlijke spullen' voorschrijven, die vaak later uiterst gevaarlijk blijken te zijn zoals eraldin, entero-vioform en nu waarschijnlijk weer halcion.
Eerlijke voorlichting aan de patiënt is nog altijd het krachtigste medicijn van de dokter.

Amsterdam, 22 juli 1979

J. Stork

KOSTENONTWIKKELING GEZONDHEIDSZORG

In MC nr. 16/1979 werd de nota kostenontwikkeling van Mw. Mr. E. Veder-Smit uitvoerig geciteerd. Onlangs, in MC nr. 27/1979, reageerden de KNMG, LAD, LHV en LSV op deze nota. Beide stukken riepen bij mij enkele vragen op.

1. In de nota kostenontwikkeling gaat het er om de kosten in de gezondheidszorg minder snel te doen stijgen, waarbij moet worden bedacht dat in de laatste drie jaar er al een afname is van de stijging. Welhaast alle beleidsterreinen passeren in de nota de revue, zóveel veranderingen worden er gepland. Als enig motief voor al deze geplande veranderingen komt de geldschaarste naar voren. Men zou boosaardig kunnen denken dat het bezuinigingsstreven in feite als hefboom wordt gehanteerd om politiek goed in de markt liggende items zo verwezenlijkt te krijgen. Maar dat is m.i. te veel eer voor de nota (zie verderop).
Toch had de KNMG in haar commentaar m.i. nadrukkelijk moeten stellen dat gewenste ontwikkelingen in de gezondheidszorg mede door andere dan louter financiële motieven worden bepaald. Bijvoorbeeld: de wil om de integrale geneeskunde te bevorderen zou ook een motief kunnen zijn om te streven naar een versterking van de eerste lijn. Ander voorbeeld: de behoefte om tegemoet te komen aan de roep om meer mondigheid en de vraag naar een grotere eigen verantwoordelijkheid vormt ook een motief voor het stimuleren van GVO.
Mw. Veder-Smit spreekt zelf van een

Inzending kopij

Met de inzending van kopij wordt, indien publikatie volgt, het auteursrecht aan de redactie van Medisch Contact overgedragen, die er daarbij vanuit gaat dat deze kopij niet tevens elders ter publikatie wordt aangeboden.
Kopij gaarne in tweevoud, op eenzijdig betypte vellen, regelafstand 1½, ruime marges.
Te publiceren artikelen dienen voorzien te zijn van een korte samenvatting en een korte beschrijving van de functie van de auteur.
Tabellen en illustraties, voorzien van opschrift, gaarne op een apart vel.

'staalkaart' (MC nr. 20/1979) als ze het in een interview heeft over de vele onderwerpen in de nota. Dat is treffend uitgedrukt want de 'bonte rij' (Van Dale) van beleidsvoornemens biedt voor elk wat wils, hoe verschillend de politieke ideologie die men aanhangt ook is. Bijvoorbeeld inkrimping van het verstrekkingenpakket en invoering van een eigen bijdrage voor de rechts-georiënteerden, en dienstverband en vestigingsbeleid voor de links-georiënteerden.
De KNMG merkt in dit verband op dat ze mee wil werken aan een kostenbeheersing, maar dat een kostenverschuiving de verantwoordelijkheid is van regering en parlement. Op zich is deze stellingname juist maar impliciet zegt de KNMG dan dat herallocatie van financiën op louter financiële gronden mag gebeuren. Eigenlijk heeft de KNMG zich laten verleiden ook uitsluitend economisch te gaan denken, getuige bijvoorbeeld de vraag/aanbod-interactie zoals die geschetst wordt in het algemene gedeelte.

2. De nota schildert verder een dirigistisch en centralistisch streven bij de overheid, louter gebaseerd op het efficiencymotief. Ook hier zou een discussie over andere zaken op zijn plaats zijn. Bijvoorbeeld een stilstaan bij de massaliteit en anonimiteit met als tegenhanger de vertrouwdheid en kleinschaligheid. Een veelbetekenend voorproefje van dirigisme levert de nota door een 'betere' rubricering van de geneesmiddelen in de Regeling en Klapper voor te stellen: in plaats van de huidige tweedeling van de geneesmiddelen in wel/niet voor rekening van het ziekenfonds moet er een (nog meer) arbitraire driedeling komen om de Regeling en Klapper 'hanteerbaarder' te maken.
Verder staat in de nota dat sinds kort alle door adviescommissies toegestuurde rapporten een financiële paragraaf moeten bevatten. Dit staat er met een zekere trots. Helaas is de staatssecretaris in haar eigen nota erg zuinig met cijfertjes, want bij lezing over activiteiten als: opstellen van richtlijnen, vaststellen van criteria, toetsen, het in het leven roepen van centrale organen, het ontwikkelen van regulerende instrumenten en het uitvoeren van experimenten, rijst de vraag hoeveel arbeidskrachten daarvoor nodig zijn en hoeveel geld dat kost. Ook ontbreekt een schatting van de kosten die een verkleining van de normpraktijk met zich brengt (meer personeelskosten, meer inventarissen, etc.)

3. De KNMG schrijft dat de ontwikkeling van nieuwe technieken en methoden door de hulpverleners in de geneeskunst en gezondheidszorg relatief autonoom gaat. Hier klinkt iets door van waardevrije wetenschapsbeoefening en de vraag is, of dat nog te verdedigen is en of niet reeds bij het opstellen van een wetenschappelijk onderzoeksprogramma meer aandacht moet worden besteed aan de eventuele maatschappelijke relevantie daarvan.
Verder schrijft de KNMG dat gelet zal worden op het behoud van de kwaliteit van de gezondheidszorg bij elke door de overheid doorgevoerde verandering. Ook in het memorandum van de KNMG over de Structuurnota (MC nr. 43/1974) stond de kwaliteitsbewaking al centraal: 'De kostenbewaking mag aan de kwaliteit niet tekort doen'. In het memorandum over het wetsontwerp Voorzieningen (MC nr. 8/1977) werd ook het handhaven van de kwaliteit als punt één genoemd. De KNMG hamert blijkbaar voortdurend op hetzelfde aambeeld en het verbaast mij dan ook niet dat de staatssecretaris in haar nota het ook voortdurend heeft over de noodzaak van het behoud van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Het lijkt er op dat het begrip 'kwaliteitshandhaving' zo langzamerhand een versleten cliché is geworden.
Achteraf gezien is het daarom jammer dat de KNMG het niet eerder over een andere boeg heeft gegooid: het maken van een eigen nota met daarin een visie op de gewenste ontwikkelingen in de gezondheidszorg, en deze nota dan verspreiden in ruime kring. Dit dus in de plaats van het leveren van blijkbaar geen zoden aan de dijk zettende kritische commentaren op overheidsnota's. Niet alleen worden de rollen zo eens verwisseld, wat de gelijkwaardigheid verbetert, maar het is in zekere zin ook een opbloei van het particulier initiatief.

De bovenstaande opmerkingen komen voort uit de wens dat het beeld van de toekomstige gezondheidszorg niet bepaald wordt door een visieloze en verlammende bureaucratie.

Groningen, 23 juli 1979

D. W. Oppedijk

HUISARTS EN VERLOSKUNDE IN NEDERLAND

Naar aanleiding van het artikel Huisarts en verloskunde in Nederland' van Prof. Huijgen e.m. (MC nrs. 29 en 30/1979) willen wij gaarne enkele opmerkingen maken. Vooropgesteld zij dat naar onze mening in de huidige verloskunde in Nederland zeker een plaats is voor de thuisbevalling onder leiding van een verloskundige en een in verloskunde geïnteresseerde huisarts, indien de voorgeschiedenis en de zwangerschap van de aanstaande moeder aan strenge selectiecriteria voldoen.
De auteurs gaan ervan uit, dat de perinatale sterfte de beste maatstaf is voor de beoordeling van de kwaliteit van verloskundig handelen. Het ware wellicht beter, wanneer in verloskundige overzichten de nadruk werd gelegd op die gevallen van perinatale mortaliteit (zowel niet als wel representatief) waarin *vermijdbare factoren* aanwezig zijn. Voorts vinden wij, dat de perinatale *morbiditeit* een betere parameter is in de beoordeling van verloskundig bezig zijn, maar helaas is dit gegeven moeilijk als graadmeter te gebruiken. Als men toch aan de hand van de perinatale sterfte iets wil zeggen over verschil in verloskundig handelen thuis en in het ziekenhuis, dan dient men deze parameter met verstand en inzicht te interpreteren.
Men zal – om maar een voorbeeld te noemen – niet vergeten, dat in bijna alle gevallen van intra-uteriene vruchtdood, die in een door huisarts of verloskundige begeleide zwangerschap optreden, verwijzing naar het ziekenhuis plaatsvindt voor een klinische partus. In feite zijn dit gevallen van perinatale mortaliteit thuis, maar door de verwijzing wordt de perinatale sterfte in het ziekenhuis hierdoor ten onrechte 'belast'. Voor ons ziekenhuis geldt, dat in de periode 1 januari 1975 tot 1 juli 1979 ruim 25% van de perinatale sterfte wordt veroorzaakt door de patiënten, die met een IUVD worden ingestuurd, zoals men uit bijgaande *tabel* kan lezen!
De toeneming van het percentage klinische partus kan men moeilijk zonder meer een 'verdunning' van de obstetrische pathologie noemen, zonder te bedenken, dat de primipariteitsfactor nagenoeg evenredig is toegenomen (*Vademecum*, Gezondheidsstatistiek Nederland, 1978).
Het door de schrijvers zogenoemde te vlot 'labelen' van een gravida met het etiket 'diabetes' of 'toxicose' kan de toets der kritiek ruimschoots doorstaan, als men bedenkt dat bijvoorbeeld wat betreft de dreiging van macrosomie en

Perinatale sterfte St. Josephziekenhuis Eindhoven

	1975	1976	1977	1978	1979 tot 1/7	totaal
Aantal geboren kinderen	713	757	735	808	446	
Aantal overleden kinderen	20	21	15	13	10	79
Perinatale sterfte WHO‰	27,4	27,4	20,6	16,0	22,9	
Perinatale sterfte FIGO‰	24,7	24,9	18,0	14,8	20,6	
Waarvan IUVD	11	10	9	7	7	44
Waarvan als IUVD verwezen	4	6	4	3	3	20

onderontwikkeling met de daaraan verbonden risico's (bijvoorbeeld foetale hypoxie en neonatale hypoglycaemie) slechts een vroegtijdige herkenning en adequate behandeling hun vruchten kunnen afwerpen.
Dat er sprake is van oneigenlijk gebruik van ziekenfondsgelden en/of overschatting van risico's in de regio Nijmegen kan waar zijn, maar blijkt geenszins uit de aangehaalde cijfers. Feit is wel, dat 'Nijmegen' met 11,6‰ (in 1974) de laagste perinatale sterfte kent in Nederland (Treffers, 1978). Gezien echter onze eerder genoemde bezwaren ten aanzien van cijfers over perinatale sterfte dient een en ander met omzichtigheid te worden beoordeeld.
Ten aanzien van de meningen van de betrokken groeperingen zoals vermeld in het artikel kunnen wij slechts opmerken, dat wij een praktisch samenwerkingsverband tussen obstetrici, verloskundigen en huisartsen toejuichen. In onze kliniek is er met een aantal 'verloskundigen van buiten' steeds een – zij het nog niet geïnstitutionaliseerde – vorm van wederzijds gewaardeerde samenwerking aanwezig.
Wat betreft de opleiding van assistent-huisartsen achten wij het van grote betekenis, dat in de obstetrische scholing met name de tijdige herkenning van obstetrische ziektebeelden en van pathologische situaties, die zich bij een gravida of parturiënte kunnen voordoen, een ruime plaats krijgt. Daarnaast lijkt het van belang, dat degene die bevallingen begeleidt op de hoogte blijft van nieuwe inzichten en mogelijkheden in dienst van moeder en kind, en zijn ervaring en handvaardigheid in verloskundig bezig zijn op peil houdt. Eerst dan zal de verloskundige zorg in Nederland op de tweesprong verantwoord een keuze kunnen maken.

Eindhoven, 26 juli 1979

J. H. J. M. van der Avoort,
D. Boer,
W. N. de Laat,
M. E. Pol,
arts-assistenten gynaecologie
St. Josephziekenhuis

Literatuur
Huijgen, F. J. A. et al. (1979), Medisch Contact, nr. 29, pag. 925-928.
Treffers, P. E., (1978), Ned. T.v. Geneesk., 122, nr. 9, pag. 291-295.
Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland, 1978, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, pag. 43.

INFORMATIEOVERDRACHT VG-HUISARTS

De uitspraak van het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam, MC 1979/28, 'Misplaatste informatieoverdracht huisarts – verzekeringsgeneeskundige', heeft althans voor mij duidelijk gemaakt, dat elke informatieoverdracht van de 'behandelende sector' aan een verzekeringsgeneeskundige deze kwalificatie kan verdienen.
Natuurlijk wordt een huisarts of medisch specialist, indien telefonisch, meestal tijdens een spreekuur benaderd, min of meer overvallen. Je kunt ook stellen, dat ondervraagde op zo'n moment spontaan reageert en dat de medicus, die op dat ogenblik informatie wil hebben, dit zou moeten beseffen en gepast gebruik zou moeten maken van 'collegiaal' toevertrouwde informatie.
Merkwaardigerwijs werd het de huisarts niet kwalijk genomen, dat hij stelde, dat het een volkomen gezonde man betrof, terwijl 'uitvoerig' onderzoek toch maar even een arthrosis cervicalis met discopathie vaststelde. Het lijkt me niet ondenkbaar dat komende, misschien kritischer ingestelde collegae onder het laatste een syndroom zullen verstaan als gevolg van de tegenwoordige discorage. Wel werd hem kwalijk genomen dat het hem toevallig tijdens het telefonisch onderhoud te binnen schoot dat kandidaat WAO'er (tijdens een ziektewetperiode) drie maanden op de Canarische eilanden mocht vertoeven.
De behandelende sector mag zich dus voortaan niet meer uitspreken over het al dan niet bestaan van arbeidsgeschiktheid.
Merkwaardigerwijs heb ik de laatste jaren van vg's van een grote bedrijfsvereniging formulieren ontvangen, waarop de hoofdvraag was wat ik, als huisarts, dacht van de prognose van zijn/haar arbeidsgeschiktheid. Deze vraag blijkt nu dus volkomen misplaatst te zijn.
Het is mij de laatste tijd ook opgevallen, dat als een vg behoefte heeft aan een rapport van een 'onafhankelijk specialist' en als deze specialist van oordeel blijkt te zijn dat 'onderzochte' arbeidsgeschikt is, hij zijn rapport eindigt met de 'bede' dat hij het op *medische* gronden ongewenst acht dat zijn rapport ter inzage komt van de patiënt. Waarom zou hij dit doen? Omdat hij kan vermoeden dat 'onderzochte' het niet met hem eens zal zijn?
De betreffende huisarts heeft nu 'slechts' te horen gekregen dat hij onjuist gehandeld zou hebben, hetgeen nog geen tuchtmaatregel is. Die is hem bespaard gebleven, voornamelijk 'omdat de onwenselijkheid van zijn gedrag niet in ruime kring is doorgedrongen'.
Ik zal beslist niet de enige zijn in Nederland, die twijfelt aan het begrip 'arbeidsgeschiktheid'.
Arbeidsgeschiktheid lijkt me in democratische, welvarende landen een volkomen achterhaald begrip. Onder totalitaire regimes zijn medici waarschijnlijk wel de meest aangewezen individuen die arbeidsgeschiktheid kunnen bepalen, weliswaar met geringe, maar toch wel aanwezige foutenmarges.
'Arbeidsbereidheid' lijkt me een op den duur toch wel hanteerbaarder begrip, je hebt hiervoor ook geen medici of psychologen nodig.
Wat mij in de onderhavige uitspraak nog wel het meest heeft getroffen is het feit, dat de enige die voor mijn gevoel veroordeeld had moeten worden, namelijk de 'medische portrettist', alleen een aanmerking heeft gekregen op het feit dat hij aan een niet-deskundige een oordeel heeft gevraagd over een aangelegenheid (arbeidsgeschiktheid) waarover alleen hij, volgens dit college en dankzij enige cursussen, een oordeel mag hebben.

's Gravenhage, 26 juli 1979

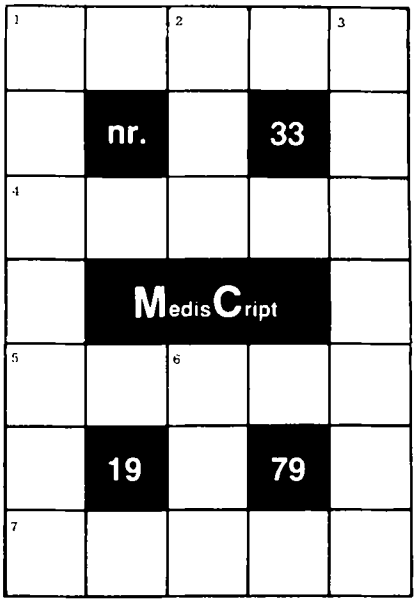
R. Schüchner

Horizontaal

1. Hij beweerde zonder er een eed op te doen alles van dat verlammingssyndroom te weten.
4. Die fantast is geen heilige; hij zit in de aardolie.
5. Als geneesmiddel grote pil van conserven, poeders en stroop; als kwab iets anders.
7. Zie 'k geel en heb ik een stinkende adem?

Verticaal

1. Is er drank gemorst of woekeren er bloedvaten?
2. Parotitis epidemica, een buitenkansje?
3. Achteraf is daar dit MedisCript een les voor.
6. Tenslotte deze nog en het varkentje is gewassen.



Onder de inzenders van de juiste oplossing van dit MedisCript wordt een boekenbon verloot; die van nr. 31 gaat naar H. G. Werkman, Smalle Streek 1, Hoevelaken.

Oplossing MedisCript nr. 32

Horizontaal: 1. Pipet; 4. Pilus; 5. Vendu; 7. Rondo.
Verticaal: 1. Papaver; 2. Pil; 3. Testudo; 6. Non.

Voorlichting en instructie diabetes-patiënten

Verslag van een onderzoek in het kader van een keuzeproject co-assistentschap interne geneeskunde

door *G. R. Veldhuis, J. Klein-Eising* en *Dr. A. F. Casparie*

De heer Veldhuis en mevrouw Klein-Eising waren destijds als co-assistenten werkzaam op de interne afdeling van het ziekenhuis 'De Weezenlanden' te Zwolle. Dr. Casparie is als internist aan bovengenoemd ziekenhuis verbonden.

Inleiding

Het geven van voorlichting aan patiënten over hun aandoening staat de laatste jaren in het middelpuunt van de belangstelling. Het gaat er daarbij vooral om informatie te verstrekken aan patiënten met een chronische aandoening als diabetes mellitus, reuma, CARA en hypertensie. De informatie betreft dan vooral de aard van de ziekte en de verschillende mogelijkheden van behandeling. Er is dan ook veel informatiemateriaal voor deze patiënten op de markt verkrijgbaar. De vraag is of al deze voorlichting wel zo zinvol is.
Uiteraard heeft iedere patiënt recht op informatie over zijn ziekte. De opzet van de bedoelde voorlichting zal naast gerichte instructie echter vooral gericht moeten zijn op een betere motivatie van de patiënt, waardoor de behandeling van de aandoening, naar verwacht mag worden, meer succes zal hebben.
Voor patiënten met diabetes mellitus die met insuline worden behandeld, is voorlichting en vooral praktische instructie van groot belang en dient zelfs een onderdeel van de therapie te zijn. Bij deze groep patiënten valt het accent immers veel meer op eigen behandeling door middel van het zichzelf toedienen van insuline, het opvolgen van dieetadviezen en het zelf bepalen van het glucosegehalte van het bloed en de urine. Bovendien hoort een diabeticus de gevolgen of bijwerkingen van zijn eigen behandeling, zoals hypoglycemie of ontregeling bij plotselinge inspanning, in eerste instantie zelf op te kunnen vangen. Tot slot zal een diabeticus door het krijgen van goede voorlichting een beter inzicht in zijn aandoening moeten krijgen, waardoor hij zich meer gemotiveerd aan het te volgen dieet en de voorgeschreven leefregels zal houden. Voor diabetici is dit van bijzonder belang omdat de complicaties op langere termijn de ergste bedreiging vormen. Het geven van instructie aan diabetici moet dan ook niet vrijblijvend gebeuren. Nagegaan moet worden wat het resultaat van de voorlichting is. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren door de kennis van de patiënt voor en na de gegeven instructie te meten.
In het kader van een keuzeproject co-assistentschap interne geneeskunde werd literatuuronderzoek verricht naar bestaande methoden van voorlichting en instructie aan diabetes-patiënten. Daarnaast werd eigen onderzoek gedaan naar de kennis van diabetes-patiënten aangaande hun aandoening en naar het nuttige effect van informatie aan deze groep patiënten.

Literatuuroverzicht

De kennis van de diabeticus over zijn aandoening blijkt vaak op belangrijke punten te kort te schieten. Williams e.a. (1967[a]) vermelden dat van de 86 door hen geënquêteerde patiënten van een universiteits diabetes-polikliniek uit North-Carolina 65% niet wist dat bij inspanning minder insuline nodig is en dat 36% onvoldoende op de hoogte was van hypoglycemische verschijnselen.
Loebert (1972) vond dat driekwart van de door hem behandelde diabetici uit Hamburg niet in staat was twee verschijnselen van een hypoglycemie op te noemen. De helft van de 100 ondervraagde diabetes-patiënten wist niet dat bij koorts of inspanning de insulinebehoefte verandert. Meer recent onderzoek, verricht door Cluett e.a. (1977) uit Southampton leverde gelijke bevindingen op: een derde van de 190 door hen ondervraagde diabetes-patiënten wist niet dat bij intercurrente ziekten meer insuline nodig is en een bijna even groot aantal was van mening dat de behoefte aan insuline bij inspanning groter is. Er is eigenlijk in de afgelopen twee decennia weinig veranderd, wanneer we weten dat Beason in 1956 opmerkt: 'the results showed that all diabetics were distinctly deficient in knowledge of their disease'.
Ook de manier waarop de diabeticus zich houdt aan de dieet-voorschriften en zich de insuline-injecties toedient is vaak niet in overeenstemming met wat verwacht zou mogen worden. Watkins e.a. (1967[a]) gingen bij 115 patiënten die insuline gebruikten thuis kijken. Meer dan de helft van deze patiënten injiceerden, óf een andere hoeveelheid insuline dan hen was voorgeschreven, óf bleken een andere hoeveelheid insuline te spuiten dan zij dachten. Opvallend was dat hoe langer de diabetes bestond hoe meer fouten bij de insuline-toediening werden gemaakt. Eenzelfde bevinding deed deze groep (Williams e.a. 1967[b]) bij het onderzoek naar de

dieet-voorschriften. Driekwart van de patiënten die thuis bezocht werden, maakten dagelijks fouten in de samenstelling van de voeding of bleken de maaltijden onvoldoende over de dag te spreiden.
Deze onderzoekers vonden wel een correlatie tussen de kennis van de patiënten en de mate waarin zij zich aan de voorschriften hielden. Er was echter een omgekeerde correlatie tussen de kennis en de mate van instelling van de diabetes (Watkins 1967[a]).
Een verklaring zou kunnen zijn dat de moeilijk in te stellen patiënten er meer behoefte aan hebben goed op de hoogte te zijn van hun aandoening.
Hoewel deze onderzoekingen niet geheel vergelijkbaar zijn, omdat de ondervraagde patiëntengroepen verschillend waren, mag toch wel worden vastgesteld dat de instructie aan diabetici vaak onvoldoende is of niet voldoende overkomt. De continuïteit schiet eveneens tekort.
Voorlichting aan diabetici zal er vooral op gericht moeten zijn de patiënt in staat te stellen zichzelf te behandelen. De volgende onderwerpen dienen daarbij aan de orde te komen:

- het verkrijgen van inzicht in de aandoening;
- de reden van de dieet-maatregelen;
- de wijze van insuline-toediening;
- de aanpassing van de dosering op wisselende omstandigheden als koorts en inspanning;
- de bijwerkingen van insuline-toediening;
- de eigen controle;
- de complicaties op lange termijn.

Deze informatie is een deel van de behandeling en zij dient dan ook door de behandelend arts te worden gegeven. Uit verschillende publikaties blijkt echter dat vaak een belangrijke plaats is ingeruimd voor een aparte instructie-verpleegkundige (Garber 1977; Kyner e.a. 1977).
De wijze waarop informatie aan diabetici wordt gegeven is uiteenlopend. In het algemeen komt het neer op mondelinge overdracht, schriftelijke instructies, al dan niet verduidelijkt met simpele tekeningen, en voorlichting door middel van film of diaserie. Vaak wordt een combinatie van deze drie mogelijkheden toegepast. Vooral in de laatste jaren zijn systematisch opgezette programma's voor diabetes-voorlichting ontwikkeld (Graber e.a. 1977). Het voordeel van zo'n gestructureerde aanpak is dat het onderwijs door meerdere personen kan worden gegeven. Er moet wel onderscheid worden gemaakt tussen de instructie aan patiënten die beginnen met insuline-therapie, en herhaal-instructies aan diabetici die al veel langer insuline gebruiken.
De instructie tijdens de opname heeft het voordeel dat de continuïteit beter wordt gewaarborgd, maar de ervaring leert dat klinici door tijdgebrek dit onderricht vaak uitstellen. Een ander bezwaar van het geven van instructie tijdens de opname alleen is, dat patiënten die een recent bestaande diabetes mellitus hebben vaak onvoldoende open staan voor uitvoerige informatie. Bij poliklinische instructie is klassikaal onderwijs mogelijk waardoor onderlinge discussies kunnen worden bevorderd.
Bij het geven van informatie thuis kan worden ingegaan op praktische problemen en dit onderricht zal bij sommige patiënten beter overkomen omdat het in een vertrouwde omgeving plaats vindt, waarbij ook de familieleden kunnen worden betrokken. Vooral dit laatste onderdeel van de informatie kan door een aparte instructie-verpleegkundige worden verricht en zo kan de noodzakelijke continuïteit van het onderwijs gehandhaafd blijven.
In enkele publikaties die informatie aan diabetici tot onderwerp hebben wordt gesproken over het effect van de instructies (Graber e.a. 1977). Zij menen dat de basiskennis van de patiënt het uitgangspunt moet zijn voor het onderwijs en dat de aldus verworven kennis kan worden gemeten. Tribble en Hollenberg (1977) hanteren in het kader van een 'nursing audit'-studie een vragenlijst na de instructie en geven op grond van het resultaat daarop gericht onderwijs.
Boninger (1977) meet voor en na instructie de kennis van de patiënt. Hij drukt het resultaat uit in een wiskundige formule om de verschillende onderwijsmethoden met elkaar te vergelijken. Uit zijn onderzoek bleek dat patiënten met een 1 tot 2 jaar bestaande diabetes mellitus de meeste kennis tijdens de instructie hadden opgedaan. In het geval van recent vastgestelde diabetes was mondeling onderricht de belangrijkste weg waarmee informatie werd verkregen.
Uit de literatuur zijn overigens geen gegevens bekend over de relatie tussen de kennis of de praktische toepassing van de voorschriften en de uitkomst van de zorg, uitgedrukt bijvoorbeeld in het aantal acute complicaties, ziekenhuisopnemingen of complicaties op lange termijn. Een onderzoek naar deze relatie zal het antwoord moeten geven op de vraag in hoeverre informatie en instructie van werkelijk belang zijn voor diabetici.

Eigen onderzoek

In het onderzoek waren drie verschillende patiëntengroepen betrokken (*tabel 1*). De eerste groep, die uit 50 poliklinisch behandelde diabetici bestond, werd door middel van een vragenformulier getest op hun kennis aangaande de eigen medicatie, hypoglycemische verschijnselen, noodzaak tot aanpassing van insulinedosering e.d. De patiënten uit deze groep waren at random gekozen: van alle diabetes-patiënten die zichzelf insuline injiceerden en op het spreekuur werden gecontroleerd, werd iedere vierde patiënt gevraagd aan het onderzoek mee te doen. Dit deel van het onderzoek was in eerste instantie opgezet in het kader van een medical audit studie over voorlichting aan patiënten.
De tweede groep bestond uit 20 patiënten die allen in een periode van drie maanden klinisch werden ingesteld op insuline of voor een

Tabel 1. Samenstelling onderzochte patiëntengroepen

	groep 1	*groep 2*	*groep 3*
aantal patiënten	50	20	20
mannen	27	9	7
vrouwen	23	11	13
gemiddelde leeftijd in jaren	48,1 ± 20,7	48,1 ± 17,3	48,5 + 14,9
Opgenomen voor: intercurrente aandoening	—	6	3
instelling op insuline bij recent ontdekte diabetes	—	6	5
instelling op insuline in verband met ontregeling op orale medicatie	—	8	12

intercurrente aandoening waren opgenomen. Tijdens de opnameperiode kregen zij uitvoerige voorlichting. Na ontslag werd aan deze patiënten bij de eerste poliklinische controle dezelfde vragenlijst ter invulling voorgelegd als aan de eerste groep.
De derde groep bestond eveneens uit 20 patiënten. Tussen de opnameperiode van groep 2 en groep 3 lagen zes maanden. In dit tijdvak was het onderricht aan de patiënten aangepast op grond van de ervaringen die met de tweede groep waren opgedaan. De derde groep kreeg een vragenlijst te beantwoorden, zowel direct bij opname als bij de eerste poliklinische controle na ontslag.
Deze lijst bestond uit multiple choice vragen en was ook gericht op de meer uitgebreide instructie die deze groep had ontvangen. Deze patiënten kregen later tijdens de poliklinische controles gerichte instructie op grond van het resultaat van de tweede vragenlijst.
De informatie en instructie tijdens de opname werd gegeven door de behandelend internist, de co-assistent van het keuzevak of de zaalassistent, een diëtiste en een verpleegkundige.
Op de eerste opnamedag kregen de patiënten verschillende stencils uitgereikt, één met algemene informatie, opgesteld in overleg met een huisarts en een wijkverpleegkundige, één over voetverzorging en één over de injectie-techniek. De derde groep kreeg tevens nader informatiemateriaal over vakanties en het vrije weekend, glucagon-toediening, de invloed van de menstruële cyclus en zwangerschap op diabetes mellitus en instructies over het zelf bloed afnemen voor glucosebepalingen.
Dagelijks werd gedurende 10 minuten een deel van de geschreven instructies mondeling doorgenomen: de patiënten werden aangespoord de stencils verschillende malen zelf te lezen.
Tweemaal tijdens de opname werd een instructiefilm ('Diabetes mellitus' van Fons Dekkers, uitgegeven door Exerpta Medica) gedraaid.
Dit gebeurde meestal voor enkele patiënten tegelijk, waarna gezamenlijk werd gediscussieerd. De diëtiste bezocht de patiënten om de dag. Een verpleegkundige nam iedere dag de spuitinstructies met de patiënten individueel door.
In *tabel 2* staan enkele resultaten afkomstig van de vragenformulieren.

Tabel 2. Resultaten enquêteformulieren van de drie onderzochte patiëntengroepen. Aangegeven is het percentage patiënten dat het goede antwoord had.

	Groep 1	*Groep 2*	*Groep 3*
Aantal patiënten	N=50	N=20	N=20
Welk soort insuline gebruikt u?	80	85	95
Hoeveel eenheden insuline gebruikt u?	94	100	100
Noem 2 verschijnselen van een 'hypo'	56	90	90
Noem 2 verschijnselen van te hoog bloedsuikergehalte	40	45	85
Noem 3 omstandigheden die aanleiding kunnen geven tot een 'hypo'	24	35	65
Moet u bij plotselinge inspanning extra eten of meer insuline spuiten?	50	70	95
Heeft u suikerklontjes bij u?	80	95	95
Waarom moeten de maaltijden over de dag verdeeld worden?	26	20	85

Hoewel de samenstelling van de drie groepen niet helemaal vergelijkbaar is, springt wel een aantal zaken in het oog. Uit de enquête van de eerste groep blijkt dat diabetici over het algemeen wel weten welke soort en welke dosering insuline zij gebruiken. Zij weten echter zelden hoe te handelen bij dreigende ontregelingen, zoals tijdens ziekte of na inspanning, en kunnen onvoldoende inspelen op onverwachte situaties. Ook de omstandigheden die aanleiding kunnen geven tot hypoglycemieën en de verschijnselen van een dergelijke ontregeling kennen deze patiënten onvoldoende. Deze gegevens zijn in overeenstemming met de literatuur.
Het is niet waarschijnlijk dat in ons geval een lagere score is verkregen doordat de vragen niet goed waren gesteld: de patiënten konden meestal met een eenvoudig ja of nee beantwoorden; bovendien ging het om een voor hen bekende materie.
Teleurstellend is echter te constateren dat, na de ons inziens vrij intensieve instructies, weinig verbetering is opgetreden. De kennis van de tweede groep diabetes-patiënten was niet veel beter. Alleen het begrip 'hypo' bleek duidelijker te zijn geworden. Pas na de aangepaste instructies, opgesteld na onze ervaringen met de eerste twee groepen werd het effect beter.
Toch zijn er nog enkele patiënten die op essentiële punten nog steeds over te weinig kennis blijken te beschikken. Aan deze patiënten kan nu tijdens de verdere poliklinische controles gerichte instructie worden gegeven.

Samenvatting en conclusie

Voorlichting en instructie aan diabetes-patiënten is noodzakelijk omdat bij deze groep patiënten de eigen behandeling zo'n belangrijke rol speelt. De kennis van diabetici omtrent hun eigen ziekte blijkt, zowel uit literatuurgegevens als uit eigen onderzoek, vaak onvoldoende te zijn. De kennis schiet vooral tekort wanneer het gaat om de vraag hoe zij plotselinge situaties die een verandering inhouden van de dagelijkse gang van zaken en die invloed hebben op de insulinebehoefte het hoofd moeten bieden.
Aanbevolen wordt om patiënten, nadat zij de relevante informatie hebben ontvangen, te testen op hun kennis. Op grond van het resultaat van dit onderzoek dient vervolgens gerichte instructie te worden gegeven. Daarnaast moet ook aandacht worden geschonken aan het onderricht geven aan patiënten samen met hun familieleden onder huiselijke omstandigheden. Bij dit meer continue onderdeel van de instructie moet ook de praktische toepassing van het dieet en de insuline-therapie worden getest. Voor dit aspect lijkt het raadzaam een aparte verpleegkundige in te schakelen in het kader van een diabetes-thuiszorgdienst.

Literatuur

1. Beaser, S. B. Teaching the Diabetic Patient. Diabetes 1956, 5:146.

2. Boninger, C. Evaluation of a set of Programmed Textbooks. Mededeling op symposion 'Patient Education methods and teaching aids in Diabetes Mellitus' September 1977, Geneve.

3. Cluett, B. E., W. A. Stubbs, K. G. M. M. Alberti. A Study in Ignorance: A Random Study in Knowledge of Diabetes in two Diabetic Clinics. Mededeling op symposion 'Patient Education methods and teaching aids in Diabetes Mellitus' September 1977, Geneve.

4. Garber, R. The use of a Standardized Teaching Program in Diabetes Education.

Nursing Clinics of North America 1977, 12:375.

5. Graber, A. L., B. G. Christman, M. T. Alogna, J. K. Davidson. Evaluation of Diabetes Patient-education Programs. Diabetes 1977, 26:61.

6. Kyner, J. L., G. A. Eaks, R. E. Bolinger, S. F. Johnson. Diabetes Outpatient Management. The J. of the Kansas Medical Society, 1977, 20:115.

7. Loebert, L. Kenntnisse des Diabetikers über seine Krankheit. Dtsch. med. Wschr. 1972, 97:1055.

8. Tribble, N. M. E. E. Hollenberg. The impact of a Quality Assurance Program on Diabetes Education. Nursing Clinics of North America 1977, 12:365.

9. Watkins, J. D., D. E. Roberts, T. F. Williams, D. A. Martin, V. Coyle. Observation of Medication Errors made by Diabetic Patients in the Home. Diabetes 1967a, 16:882.

10. Watkins, J. D., T. F. Williams, D. A. Martin, M. D. Hogan, E. Anderson. A study of Diabetic Patients at Home. Am. J. Public Health 1967b, 57:452.

11. Williams, T. F., D. A. Martin, M. D. Hogan, J. D. Watkins, E. V. Ellis. The Clinical Picture of Diabetic Control, studied in four settings. Am. J. Public Health 1967a, 57:441.

12. Williams, T. F., E. Anderson, J. D. Watkins, V. Coyle. Dietary errors made at Home by Patients with Diabetes. J. of Am. Dietetic Association 1967b, 51:19.

VERTROUWENSARTSEN KINDERMISHANDELING

- **Amsterdam:** *Provincie Noord-Holland.* Postbus 5180, 1007 AD Amsterdam, tel. 020-713417;
- **Arnhem:** *Provincie Gelderland.* Postbus 467, 6800 AL Arnhem, tel. 085-210857;
- **Breda:** *Provincie Noord-Brabant.* Postbus 2231, 4800 CE Breda, tel. 076-146323;
- **'s-Gravenhage:** *Provincie Zuid-Holland, benoorden de lijn Delft-Gouda, met inbegrip van Delft.* Postbus 17160, 2502 CD 's-Gravenhage, tel. 070-551224;
- **Groningen:** *Provincies Groningen en Drente.* Postbus 145, 9700 AC Groningen, tel. 050-232003;
- **Leeuwarden:** *Provincie Friesland.* Postbus 2204, 8901 BP Leeuwarden, tel. 05100-33393;
- **Maastricht:** *Provincie Limburg.* Postbus 46, 6200 AA Maastricht, tel. 043-14772;
- **Rotterdam:** *Provincie Zuid-Holland bezuiden de lijn Delft-Gouda, met inbegrip van Gouda en de provincie Zeeland.* Postbus 2525, 3000 CM Rotterdam, tel. 010-128110;
- **Utrecht:** *Provincie Utrecht.* Postbus 14042, 3583 JD Utrecht, tel. 030-516098;
- **Zwolle:** *Provincie Overijssel en Oostelijk Flevoland.* Postbus 418, 8000 AK Zwolle, tel. 05200-19828.

PRAKTIJKPERIKELEN

In de weg

Een 65-jarige patiënte heeft sinds jaren een in ernst toenemende rheumatoïde arthritis. Ze heeft erg veel pijn en kan zich nog slechts in huis met behulp van een rolstoel voortbewegen. Anderhalf jaar na de aanvraag voor een aangepast bed mocht zij dit bed in ontvangst nemen. Alras bleek dat het bed niet aan de verwachtingen voldeed. Ten gevolge van de ernst van haar handicap had ze er eigenlijk niets aan. Ze verzocht de verstrekkende instantie het bed weer weg te halen: er zou elders in Nederland wellicht iemand mee geholpen kunnen worden; tenslotte had zij er toch ook anderhalf jaar op moeten wachten.
Ruim een half jaar staat daar nu een fraai glimmend bed met allerlei voorzieningen, onbeslapen en in de weg. Zou zij dan toch de enige persoon in Nederland zijn geweest, die zo'n bed nodig had?

Aan het werk

Komt een dame van middelbare leeftijd op het spreekuur met een recept voor 25 ampullen Vasolastine en 25 ampullen Rheumajecta. De vraag is of ik een stempel en een handtekening op het recept wil zetten, opdat het ziekenfonds een en ander vergoede!
In een begeleidend briefje vraagt de voorschrijvend arts zich af of er mogelijk een plexusneuralgie aan de orde is 'of een neurose'. Verder staat er op het briefje voorgedrukt (!) of ik even een briefje voor de wijkzuster wil geven en dat de verantwoording geheel bij hem ligt. Mevrouw is helaas geen lid van de kruisvereniging, omdat dit haar een paar tientjes per jaar bespaart. Of ik hier gedurende 8 weken 3 × per week van beide ampullen ieder één intramusculair wil spuiten. Na deze kuur volgt er nog één!
Wordt dit werkverschaffing of is dit kostenbesparing?

Korte door artsen geschreven signalementen. Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht door de redactie van Medisch Contact.

Kostenbeheersing en democratisering in ziekenhuizen

Inzicht in de bestaande besluitvorming met betrekking tot de financiële middelen is gewenst, wil het komen tot een beheersing van de kosten van de gezondheidszorg en tot een grotere democratisering. In bijgaand artikel wordt getracht bij te dragen aan het verwerven van dit inzicht waar het gaat over de intramurale instellingen.
Cobie de Klein, doctoraalstudente organisatiepsychologie, en *Leo ter Heyne*, doctoraalstudent economie, deden het veldonderzoek voor 'Zorg om prijs II; besluitvorming ten aanzien van de verdeling en toewijzing van beschikbare financiële middelen binnen instellingen van intramurale gezondheidszorg' (zie ook noot 4 bij dit artikel) als verplicht onderdeel van hun bijvakstudie aan het Instituut voor Ziekenhuiswetenschappen van de Rijksuniversiteit Utrecht. Het totale 'Zorg om prijs'-project staat onder leiding van *Drs. Guus Schrijvers*, econoom.

door ***Cobie de Klein,***
Leo ter Heyne
en *Drs. Guus Schrijvers*

Aan alle kanten wordt momenteel geroepen om beheersing van de te snel stijgende kosten in de gezondheidszorg[1]. Ook wordt er gepleit voor meer medezeggenschap voor medewerkers in de gezondheidszorg[2]. Om tot beheersing van de kosten en een grotere democratisering te kunnen komen, is het onder andere gewenst inzicht te krijgen in de huidige besluitvormingsprocessen met betrekking tot de financiële middelen. Dit artikel wil een bijdrage leveren aan het verwerven van dit inzicht.
Gepoogd wordt antwoorden te geven op de volgende vragen, welke betrekking hebben op intramurale instellingen:

1. Wanneer komt het jaarverslag gereed?
2. Welke leden van de instelling krijgen financiële informatie en de mogelijkheid tot communicatie erover?
3. Wat is de kwaliteit van de verstrekte informatie?
4. Wat zijn de – formele – communicatiemogelijkheden bij de begrotingsvoorbereiding?
5. Is er behoefte aan veranderingen ten aanzien van het proces van financiële besluitvorming?
6. Wat is het financiële resultaat van een instelling? Is het resultaat te beïnvloeden door een vergroting van het kostenbewustzijn?

Op 2 en 3 november 1978 organiseerde de Vereniging van Hoofden van Economische en/of Administratieve Diensten in Ziekeninrichtingen voor haar leden een congres. Dit bood de mogelijkheid de bovenstaande vragen nader uitgewerkt voor te leggen aan een groot aantal administratieve functionarissen uit instellingen voor intramurale gezondheidszorg door middel van een vragenlijst.
Het aantal uitgereikte vragenlijsten bedroeg circa 150, waarvan er 136 geretourneerd werden. Deze hoge respons is vooral te danken aan de organisatoren en de voorzitter van het congres, die alle mogelijke medewerking verleenden. De geretourneerde vragenlijsten werden gegroepeerd naar soort instelling. Er werden 129 vragenlijsten verder verwerkt; 7 vragenlijsten kwamen daar niet voor in aanmerking.

De volgende soorten *instellingen* voor intramurale gezondsheidszorg waren in het onderzoek vertegenwoordigd (tussen haakjes het percentage voor het totaal aantal instellingen per soort in ons land):

73 algemene ziekenhuizen	(40,3%)
3 academische ziekenhuizen	(47,5%)
5 categorale ziekenhuizen	(9,4%)
22 psychiatrische ziekenhuizen	(30,5%)
17 verpleeghuizen	(5,6%)
9 zwakzinnigeninrichtingen	(6,5%)

Bij de beschrijving van de resultaten zullen we ons vooral richten op de algemene ziekenhuizen, omdat de resultaten daarvan het meest betrouwbaar zijn (maximale relatieve fout 15%)[3]. Een geringe vertekening van de resultaten kan ontstaan, doordat de grotere instellingen iets beter zijn vertegenwoordigd dan de kleinere.
Hieronder volgt een samenvatting van de belangrijkste resultaten per vraag. Wie het onderzoek volledig wil

1. Het beleid terzake van de gezondheidszorg met het oog op de kostenontwikkeling. Tweede Kamer, witte stukken, zitting 1978-1979, 15.540, nrs. 1-2.
2. Van Gorp, Hattinga Verschure en Zuidberg, Heel het ziekenhuis. Utrecht, 1977.
3. Wanneer een bepaald kenmerk bij 30% van de algemene ziekenhuizen uit onze steekproef voorkomt, kunnen we stellen dat het kenmerk bij 30% van de algemene ziekenhuizen in Nederland voorkomt met een afwijking van 4,5% (15% van 30%).

beoordelen, wordt verwezen naar het eigenlijke onderzoekverslag 'Zorg om prijs II'[4].

Wanneer komt het jaarverslag gereed?
(probleemstelling 1)

Ruim de helft van de algemene en psychiatrische ziekenhuizen is op tijd met het jaarverslag. Dat wil zeggen dat het gereed is binnen vier maanden na afsluiting van het boekjaar. Wanneer instellingen erg laat zijn, dat wil zeggen zeven maanden of meer na afsluiting van het boekjaar (hetgeen het geval is bij 14 algemene ziekenhuizen of wel 19% en bij 3 psychiatrische inrichtingen of wel 14%), wordt nogal eens als reden het betrokken zijn bij fusies aangevoerd.

Informatie en communicatie
(probleemstelling 2)

Onderzocht is in hoeverre groeperingen binnen een instelling de beschikking hebben over goede informatie en communicatiemogelijkheden. Op basis hiervan kunnen ze deelnemen aan de besluitvorming. We hebben twee situaties gecreëerd, waarbinnen de informatie en de communicatie zodanig zijn dat op basis daarvan functioneren in besluitvormingsprocessen redelijk respectievelijk uitstekend mogelijk is. De *redelijke* situatie houdt in dat er minimaal informatie wordt verstrekt over bezettingsgraad, personeelsbezetting en verrichtingscijfers van de nevenafdelingen, en dat de betreffende groepering betrokken wordt bij de voorbereiding van de exploitatiebegroting. Bij een *uitstekende* situatie worden daaraan toegevoegd informatie over de kosten van de afdeling, een formele overlegmogelijkheid met directie c.q. administrateur en de mogelijkheid een wensenlijst voor de exploitatiebegroting in te dienen. Om een betrouwbaar overzicht te krijgen zijn eerst de gegevens voor de algemene ziekenhuizen verwerkt en daarnaast nog eens de gegevens voor het totaal van de instellingen.

73 algemene ziekenhuizen	redelijke situatie	uitstekende situatie
directies	89,0%	32,8%
hoofden van dienst	34,2%	28,7%
besturen	13,6%	2,7%
afdelingshoofden	15,0%	5,4%
medische staven	5,4%	0 %
ondernemingsraden	1,4%	0 %
129 instellingen		
directies	65,8%	26,3%
hoofden van dienst	24,3%	20,1%
besturen	17,8%	2,3%
afdelingshoofden	11,6%	3,1%
medische staven	7,7%	0,8%
ondernemingsraden	2,3%	0 %

Redelijk functioneren in het besluitvormingsproces in algemene ziekenhuizen is voor bijna negen op de tien directies (89%) mogelijk. De groep die daarna volgt, de hoofden van dienst, heeft het aanzienlijk moeilijker: in 34% van de algemene ziekenhuizen hebben de hoofden van dienst redelijke functioneringsmogelijkheden. De minste mogelijkheden zijn aanwezig voor de medische staf en de ondernemingsraad: respectievelijk 5,4 en 1,4% van deze groepen kan redelijk functioneren.
Het zal duidelijk zijn dat het met *uitstekende* mogelijkheden tot functioneren slechter is gesteld. Eén op de drie directies kan uitstekend functioneren in het besluitvormingsproces. De mogelijkheden voor hoofden van dienst komen daar aardig dichtbij (28,7%), in tegenstelling tot de redelijke situatie, waar het verschil veel groter was. Geen enkele medische staf of ondernemingsraad in algemene ziekenhuizen heeft de mogelijkheid op basis van informatie en communicatie uitstekend te functioneren.
De cijfers voor het totaal aantal instellingen wijken enigszins af, hetgeen mede wordt veroorzaakt door het feit dat verrichtingscijfers, welke door ons als criterium zijn opgenomen, voor bepaalde instellingen minder of niet relevant zijn.

Kwaliteit van de verstrekte informatie
(probleemstelling 3)

De verstrekte informatie dient te voldoen aan een aantal kwaliteitscriteria ten aanzien van frequentie, opleveringstermijn en vergelijking met andere cijfers (van vorig jaar en uit de begroting).
De meest relevante kosteninformatie vanuit een bedrijfseconomische optiek is informatie met betrekking tot de afdelingskosten *(directe kosten)*. Slechts drie algemene ziekenhuizen (4,1%) en in totaal vijf instellingen voor intramurale gezondheidszorg (3,8%) voldoen aan de door ons gestelde eisen ten aanzien van frequentie (éénmaal per maand), de opleveringstermijn (maximaal twee weken) en de vergelijking met cijfers uit de begroting en van vorig jaar.
Wat betreft de *bezettingsgraad* voldeden 11 algemene ziekenhuizen (15%) en 21 instellingen van het totale aantal (16,2%) aan de door ons gestelde eisen ten aanzien van frequentie (éénmaal per maand of per week), opleveringstermijn (respectievelijk één week of één à twee dagen) en vergelijking met de begroting en cijfers van het vorig jaar.
Kwalitatief goede informatie over de *personeelsbezetting* (frequentie van éénmaal per maand, opleveringstermijn van een week en vergelijkingen) werd verstrekt door 8 algemene ziekenhuizen (10,9%) en 13 van het totaal aantal instellingen (10%).
Zeven algemene ziekenhuizen (9,5%) verstrekten kwalitatief goede informatie over de *verrichtingscijfers*, waarbij dezelfde eisen werden gesteld als bij informatie over de personeelsbezetting.

Communicatiemogelijkheden bij de begrotingsvoorbereiding
(probleemstelling 4)

Onder – formele – communicatiemogelijkheden zijn te verstaan: een overlegmogelijkheid met de directie c.q. de administrateur, het betrokken worden bij de voorbereiding van de exploitatie- en de investeringsbegroting en de mogelijkheid tot het indienen van wensenlijsten voor de begrotingen. De communicatiemogelijkheden worden hieronder besproken voor achtereenvolgens de directie, het bestuur, de hoofden van dienst, de

4. 'Zorg om prijs II' is het tweede rapport uit een serie, waarvan inmiddels ook het derde rapport is verschenen. Het eerste rapport betrof het kostenbewustzijn van medewerkers in een algemeen ziekenhuis. 'Zorg om prijs III' onderzoekt de relatie tussen kostenbewustzijn van en informatieverschaffing aan ziekenhuismedewerkers. 'Zorg om prijs IV' bespreekt het financiële management in Amerikaanse ziekenhuizen.
De rapporten zijn te bestellen bij het Instituut voor Ziekenhuiswetenschappen, Catharijnesingel 123 te Utrecht, tel. 030-313854.

afdelingshoofden, de ondernemingsraad en de medische staf. De vermelde percentages hebben betrekking op algemene ziekenhuizen. De uitkomsten voor alle instellingen leveren geen afwijkend beeld op.
Alle *directies* zijn betrokken bij de voorbereiding van de exploitatiebegroting en de investeringsbegroting. In meer dan de helft van de ziekenhuizen wordt de directieleden verzocht wensenlijsten in te dienen.
Periodiek overleg met de directie is voor 63% van de *besturen* mogelijk. In twee op de tien algemene ziekenhuizen (19%) is het bestuur betrokken bij de voorbereiding van de exploitatiebegroting. Bij de investeringsbegroting is dat het geval voor 33% van de besturen. Van verzoeken aan het bestuur om wensenlijsten bij beide begrotingen is bij minder dan één op de tien ziekenhuizen sprake.
De *hoofden van dienst* worden na de directie het vaakst (81%) bij de voorbereiding van de exploitatiebegroting betrokken. Voor de investeringsbegroting is dit percentage 95%. In twee van de drie ziekenhuizen (66%) dienen ze wensenlijsten in voor de exploitatiebegroting. Ze doen dit bijna altijd (96%) bij de investeringsbegroting. In 70% van de ziekenhuizen is er periodiek overleg tussen de hoofden van dienst en de directie.
Periodiek overleg met de directie door de *afdelingshoofden* vindt in 29% van de ziekenhuizen plaats. In circa één op de twee ziekenhuizen draaien de afdelingshoofden mee bij de voorbereiding van de exploitatiebegroting (49%) en de investeringsbegroting (58%). Dit gebeurt eveneens door het indienen van wensenlijsten.
De *ondernemingsraad* is in één op de tien ziekenhuizen een van de groeperingen die een rol spelen bij de voorbereiding van de exploitatiebegroting (10%) en de investeringsbegroting (14%). In de helft van deze gevallen gebeurt dat ook door het indienen van wensenlijsten. In 36% van de ziekenhuizen is er regelmatig overleg tussen de ondernemingsraad en de directie.
De *medische staf* wordt in twee à drie van de ziekenhuizen (23%) betrokken bij de voorbereiding van de exploitatiebegroting. Bij de investeringsbegroting ligt dit percentage op 82%. Bij beide begrotingen krijgt de betrokkenheid in even grote percentages vorm door het indienen van wensenlijsten. De medische staf heeft in 14% van de algemene ziekenhuizen periodiek overleg met de directie.

Gewenste veranderingen
(probleemstelling 5)

Bijna de helft van de administrateurs (48%) had de indruk dat er bij de medewerkers behoefte bestaat om *vaker kostenoverzichten* te ontvangen. Dit is significant vaker het geval in algemene ziekenhuizen dan in psychiatrische ziekenhuizen. Deze laatste geven thans evenwel vaker 'redelijke' en 'uitstekende' informatie.
Meer dan de helft van de administrateurs (55%) dacht dat er behoefte bestaat de *kostenoverzichten onder meer medewerkers* te verspreiden. Ook hier is er verschil tussen de algemene en de psychiatrische ziekenhuizen, maar dit is niet significant.
Bij beide vragen bleek, dat administrateurs van instellingen met meer dan 250 bedden significant vaker de indruk hadden dat deze behoeften bestonden dan administrateurs van kleinere instellingen.
Ongeveer drie op de vijf administrateurs (61%) gaven een negatief antwoord op de vraag of zij *meer medewerkers bij de voorbereiding van de begroting* zouden willen betrekken. Vooral de psychiatrische inrichtingen reageerden negatief; slechts 5% zou wel meer medewerkers bij de voorbereiding van de begroting willen betrekken. Instellingen kleiner dan 250 óf groter dan 400 bedden gaven vaker een negatief antwoord dan instellingen tussen de 250 en 400 bedden.
Eén op de vijf instellingen (19%) heeft concrete plannen om de *begrotingsprocedure* te veranderen. Daarbij nemen de algemene ziekenhuizen een hoge plaats in (24%) en de psychiatrische inrichtingen een veel lagere (14%).

Financieel resultaat
(Probleemstelling 6)

In aanmerking genomen dat we hier te maken hebben met 'non-profit' instellingen, zijn de verwachte financiële resultaten opvallend.
Van de 73 algemene ziekenhuizen verwachten er 13 een positief resultaat, 32 denken quitte te spelen (gedefinieerd als een financieel resultaat – positief of negatief – kleiner dan 1% van de totale kosten) en 28 verwachten een negatief resultaat.
Van de in totaal 129 instellingen verwachten er 29 een positief en 35 een negatief resultaat, 63 denken er quitte te spelen. Bij het totaal aantal instellingen valt op, dat de positieve en negatieve resultaten elkaar bijna in evenwicht houden.

Tot slot hebben we gevraagd of het financiële resultaat, naar de mening van de respondenten, te beïnvloeden is door het vaker verspreiden van meer kostenoverzichten. Onze veronderstelling bij deze vraag is, dat kostenoverzichten het kostenbewustzijn van de medewerkers kunnen verhogen. Een verhoging van het kostenbewustzijn kan medewerkers motiveren efficiënter met de beschikbare middelen om te springen, hetgeen het financiële resultaat ten goede kan komen.
59% van de administrateurs was van mening dat het financiële resultaat inderdaad te beïnvloeden is door het vaker verspreiden van meer kostenoverzichten. Een bloemlezing uit de toelichtingen die bij het beantwoorden van deze vraag gegeven werden: 'De betrokkenheid zal groter zijn'; 'Ja, indien samen met taakstelling', 'Meer motivatie; geheimzinnige sfeer wordt opgeheven'; en: 'De consument

NIET ROKEN

Het hoofdbestuur der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst spreekt als zijn mening uit dat roken, in het bijzonder van sigaretten, schadelijk is voor de gezondheid. Het hoofdbestuur beveelt de leden der Maatschappij aan niet te roken, zeker niet tijdens de uitoefening van de praktijk. Het hoofdbestuur beveelt tevens dringend aan dat in instellingen van gezondheidszorg (met name ziekenhuizen en poliklinieken) niet wordt gerookt.

betrekken in het geheel van de gezondheidszorg en zijn mondigheid vergroten' (toelichtingen bij positieve antwoorden). Voorts: 'Specialisten bepalen de bedrijfsdrukte'; 'Wellicht de kosten van enige kleine materiële zaken door informatie en overleg over deze informatie, maar zolang wij specialisten niet in de hand hebben en met hen weinig overleg mogelijk is over kostenaspecten, zal vooralsnog weinig bereikt kunnen worden'; en: 'Het voornaamste negatief resultaat – bij ons – is de daling van het aantal verpleegdagen, hetgeen door informatieve overzichten niet te beïnvloeden is' (toelichtingen bij negatieve antwoorden).

Nabeschouwing

Democratisering en kostenbeheersing kunnen met elkaar in strijd zijn, als de kosten van de besluitvorming door democratisering gaan stijgen. Ze kunnen elkaar echter ook positief beïnvloeden. Moderne managementopvattingen stellen immers, dat een vrijwillig door de medewerkers uitgevoerd beleid effectiever is dan een door de top afgedwongen beleid. Wanneer de directie van een instelling wil overgaan tot een betere interne kostenbeheersing, kan een dergelijk beleid effectiever zijn naarmate de medewerkers meer betrokken zijn bij beslissingen op financieel gebied.
Op grond van de resultaten van dit onderzoek lijkt het zinvol, indien instellingen hun informatieverschaffing en begrotingsvoorbereiding onder de loep nemen. Indien bij beide meer medewerkers worden betrokken, zullen te verwachten extra kosten hiervoor moeten worden afgewogen tegen te verwachten positieve effecten.

Binnen het Instituut voor Ziekenhuiswetenschappen te Utrecht wil men een standaardprocedure ontwerpen voor het opstellen van begrotingen in instellingen waarbij medici, middenkader en – voor zover aanwezig – patiëntengroepen zijn betrokken. Men wil hiertoe graag contacten leggen met instellingen die hun wijze van begroten nader willen laten onderzoeken en die als 'proefkonijn' voor de standaardprocedure willen fungeren.
Geïnteresseerden kunnen zich in verbinding stellen met Drs. Guus Schrijvers, Instituut voor Ziekenhuiswetenschappen, Catharijnesingel 123, Utrecht, tel. 030-313854.

Uitspraak Raad van Beroep

Samenvatting in de zaak RvB-KNMG 265/78/07

Klaagster had zich op zeker ogenblik tot de beklaagde oogarts – van wie zij reeds jaren patiënt was – gewend in verband met hoofdpijnklachten, welke zij weet aan het niet meer voldoen van de bril welke zij droeg. Na een onderzoek adviseerde de beklaagde oogarts, mede met het oog op beklaagdes leeftijd en werkkring, een bril met een ingeslepen leesgedeelte, waarvoor zij aan klaagster een recept voorschreef. Daarbij wees zij klaagster erop dat er een zekere gewenningsperiode van circa zes weken nodig was om aan de bril te wennen. Klaagster wendde zich met het brilrecept tot een opticien, die overeenkomstig het recept voor haar een bril vervaardigde. Ongeveer een maand na het eerste consult consulteerde klaagster de beklaagde oogarts opnieuw, omdat haar klachten ernstig waren toegenomen en bovendien nieuwe klachten waren opgetreden nadat zij de nieuw voorgeschreven bril was gaan dragen. De beklaagde arts controleerde vervolgens de brilleglazen aan de hand van het door haar voorgeschreven recept en controleerde bovendien de brilleglazen op hun juistheid door middel van toepassing van een overcorrectie met 0,5 D. Bij dit onderzoek kwam de beklaagde oogarts tot de slotsom dat de brilleglazen overeenkwamen met het recept en dat het recept juist was. Terzake van de ernstige klachten van klaagster verwees zij klaagster naar haar huisarts. Deze huisarts verwees klaagster vervolgens naar een (andere) opticien, die op verzoek van klaagster een nieuwe bril voor haar vervaardigde, zonder ingeslepen leesgedeelte. Klaagster is deze bril vervolgens gaan dragen, waarna zij spoedig geen klachten meer had.
Klaagster wendde zich vervolgens tot de districtsraad met het verwijt dat de beklaagde oogarts haar tijdens het eerste consult een onjuist brilrecept zou hebben voorgeschreven en voorts met het verwijt dat de beklaagde oogarts tijdens het tweede consult aan haar (klaagsters) klachten onvoldoende aandacht had besteed en onvoldoende onderzocht had of de tijdens het eerste consult voorgeschreven bril juist was. Voorts vermeldde klaagster dat voor haar, als gevolg van een en ander, extra kosten waren ontstaan.
Het bureau van de districtsraad deelde klaagster mee dat niet duidelijk was of zij beoogde een klacht in te dienen dan wel een verschil aanhangig te maken, dan wel allebei. Het bureau wees er klaagster daarbij op dat zij een geschil aanhangig diende te maken door indiening van een gemotiveerde omschrijving van het geschil leidende tot een duidelijke en bepaalde conclusie. Klaagster antwoordde daarop dat zij zowel een klacht wenste in te dienen als een geschil aanhangig wenste te maken tegen de betrokken oogarts.
Enige tijd later legde klaagster aan het bureau van de districtsraad een duplicaatnota over van de kosten van de door de eerste opticien vervaardigde brilleglazen. De districtsraad besloot vervolgens de zaak uitsluitend als klacht te behandelen, omdat klaagster had nagelaten een gemotiveerde omschrijving van het geschil, leidende tot een duidelijke en bepaalde conclusie in te dienen.
De klacht werd door de districtsraad ongegrond verklaard, op grond van de overweging dat de districtsraad geen reden zag om aan te nemen dat er een onjuistheid zou schuilen in het door de beklaagde oogarts berekende voorschrift voor de nieuwe glazen. De districtsraad achtte aannemelijk dat de beklaagde arts enigszins tekort was geschoten op het punt van de begeleiding, doch zag daarin geen aanleiding om de klacht gegrond te verklaren.
Klaagster kwam in beroep, zowel van de beslissing ten aanzien van de klacht als van de beslissing ten aanzien van het geschil.
Op verzoek van de Raad van Beroep werd een deskundigenrapport uitgebracht door een daartoe door de Raad van Beroep aangezochte hoogleraar in de oogheelkunde, die in verband daarmee klaagster ook zelf heeft onderzocht.
Deze deskundige kwam in zijn rapport tot de conclusie dat de verschillen tussen zijn bevindingen en die van de beklaagde oogarts minimaal waren. Mede op grond daarvan kwam de Raad van Beroep tot de conclusie dat het brilrecept op zichzelf juist was geweest en achtte het oogheelkundig niet onjuist dat de beklaagde oogarts aan klaagster een bril met een ingeslepen leesgedeelte had voorgeschreven. Voorts kwam de Raad van Beroep tot het oordeel dat het onderzoek tijdens het tweede consult oogheelkundig juist was geweest. Op grond daarvan kwam de Raad van Beroep tot het oordeel dat de klacht in haar geheel ongegrond was.
Wat het geschil betreft, was de Raad van Beroep van oordeel dat in het oorspronkelijke klaagschrift op voldoende duidelijke wijze vergoeding was gevorderd van de extra kosten welke klaagster had moeten maken en dat de overlegging van de duplicaatnota kon worden beschouwd als een nadere specificatie van de vordering en tevens als een beperking van de vordering tot het bedrag van die nota.
Het door klaagster tegen de beslissing van de districtsraad omtrent het geschil ingestelde beroep werd daarom door de Raad van Beroep gegrond geacht. De vordering in het geschil werd vervolgens door de Raad van Beroep afgewezen, omdat de beklaagde oogarts geen fouten of verzuimen te verwijten vielen en deze derhalve ook niet aansprakelijk kon worden gesteld voor eventuele kosten.

Kankersurveillance moeilijker dan U denkt

De bomen van Dr. Bos

Samenvatting
Onlangs baarde Dr. G. J. Bos enig opzien met een tweetal publikaties over regionale kankersterfte in Nederland. In dit artikel wordt kritiek geuit op de door Bos gehanteerde methoden. De door hem gehanteerde 'proportionele kankersterfte' blijkt een goeddeels onbruikbare maat te zijn: statistische toetsing van de gevonden verschillen heeft niet plaatsgevonden, voorts is het verloop van de kankersterfte in de tijd niet in de beschouwingen betrokken, tot slot zijn de aangevoerde (milieu)oorzaken weinig plausibel. Het is niet de bedoeling het probleem van de relatie tussen kanker en milieu ook maar enigszins te bagatelliseren; andere dan de door Bos aangewezen wegen zullen echter bewandeld moeten worden teneinde dit probleem dichter bij een oplossing te brengen.

door *Ir. Bert Brunekreef*
en *Ir. Sandra Bausch-Goldbohm*

De auteurs zijn verbonden aan de Vakgroep Gezondheidsleer van de Landbouwhogeschool Wageningen.

Onlangs baarde Dr. G. J. Bos enig opzien met de publikatie van een tweetal artikelen over regionale kankersterfte in Nederland in dit blad (Bos, 1979 a en b). In deze bijdrage zullen wij proberen aan te tonen, dat Bos onjuiste methoden hanteert om verschillen in regionale kankersterfte in Nederland te signaleren en daardoor tot conclusies komt die vooralsnog niet houdbaar blijken. Bos beweert dat er in Nederland sprake is van systematische, regionale verschillen in kankersterfte. Er zouden in Nederland elf 'kankerhaarden' zijn, waaromheen de proportionele kankersterfte (PKS) afneemt met toenemende afstand tot de 'haard'. De oorzaak wordt in het milieu gezocht: benzpyreen verspreidende vliegtuigen in de Haarlemmermeer, een arsenicum verspreidende zinkfabriek in Budel, enz. Zijn deze beweringen plausibel? Wij menen van niet, en zullen in het navolgende ter argumentatie de nadruk op een viertal zaken leggen, te weten:

a. de bruikbaarheid van de 'proportionele kankersterfte' (PKS, door Bos ook proportionele sterfteverhouding genoemd) als meeteenheid;
b. statistische significantie van de gevonden verschillen;
c. het verloop van de kankersterfte in de tijd;
d. de aangevoerde oorzaken.

De 'proportionele kankersterfte'

Bos baseert zijn betoog op het vergelijken van 'proportionele sterftes'. De proportie van alle sterftegevallen die aan een bepaalde doodsoorzaak (i.c. kanker) kan worden toegeschreven, is dus de centrale meeteenheid. In heel Nederland bedroeg deze proportie in 1976: 0,249. In de afzonderlijke gemeentes varieerde deze van 0,169 (Heerhugowaard) tot 0,367 (Vlissingen). In sommige gemeenten overleden in 1976 *relatief* méér mensen aan kanker dan in andere. Wat zijn de mogelijke oorzaken voor een dergelijk verschil?

Een verschil in leeftijdsopbouw is een theoretisch mogelijke oorzaak. Het relatieve belang van kanker als doodsoorzaak neemt toe met de *leeftijd*, totdat in de categorie 55-59 jaar een piek wordt bereikt; daarna is er weer sprake van een afname (*tabel 1* op volg. blz.) Wanneer de leeftijdsopbouw van de bevolking van een gemeente zodanig is, dat de 'kritische' leeftijdscategorieën oververtegenwoordigd (of ondervertegenwoordigd) zijn, dan kan dat zich uiten in een hogere (respectievelijk lagere) PKS ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Er dient dus te worden gestandaardiseerd. Daarvoor zijn twee methoden bruikbaar:

1. Er kan worden uitgegaan van de waargenomen *kankersterfte* per leeftijdscategorie in een gemeente. Op basis van de landelijk waargenomen *proportionele* kankersterfte per leeftijdscategorie kan nu een verwachte *totale* sterfte per leeftijdscategorie worden berekend voor de gemeente in kwestie. Deze kan dan, eventueel na sommatie, worden vergeleken met de werkelijk waargenomen sterfte in de gemeente.
2. Er kan worden uitgegaan van de waargenomen *totale* sterfte per leeftijdscategorie in een gemeente. Op basis van de landelijk waargenomen proportionele kankersterfte per leeftijdscategorie kan nu een verwachte *kankersterfte* per leeftijdscategorie worden berekend voor de gemeente in kwestie. Deze

kan, eventueel na sommatie, worden vergeleken met de werkelijk waargenomen sterfte in de gemeente. Het jaaroverzicht 'Bevolking en volksgezondheid' van het CBS staat alleen deze tweede vorm van standaardiseren toe, en dan alleen na sommatie (vergelijking per leeftijdscategorie is dus op basis van de gegevens in het 'jaaroverzicht' niet mogelijk). Bos heeft deze tweede vorm van standaardiseren toegepast, en daarmee in principe de mogelijkheid uitgesloten dat een verschil in leeftijdsopbouw de waargenomen verschillen in proportionele kankersterfte zou kunnen verklaren.

Een tweede mogelijke oorzaak kan liggen in een ondervertegenwoordiging van het ene en (dus) een oververtegenwoordiging van het andere *geslacht*. De PKS is immers geslachtsspecifiek: zie tabel 1. De piek voor mannen valt in de leeftijdscategorie 65-69 jaar, die voor vrouwen in de categorie 50-54 jaar. Standaardiseren voor het geslacht is dus eveneens noodzakelijk.
Dit kan op de hiervoor beschreven wijze gebeuren, maar dan voor de geslachten afzonderlijk. Uit het artikel van Bos blijkt niet dat hij, behalve voor de leeftijd, óók voor het geslacht heeft gestandaardiseerd. Het door Bos aangehaalde jaaroverzicht van het CBS (1978) bevat in ieder geval niet de daartoe vereiste gegevens (te weten de leeftijdsspecifieke sterftecijfers voor de beide geslachten afzonderlijk voor alle gemeenten met méér dan 25.000 inwoners).

Een derde mogelijke oorzaak van de verschillen in proportionele kankersterfte kan zijn, dat de verhouding tussen kanker en andere doodsoorzaken in de ene *gemeente* daadwerkelijk afwijkt van die in de andere gemeente. De oorzaak hiervan kan een variatie in de kankersterfte zijn, maar ook een variatie in een of meer van de andere mogelijke doodsoorzaken. Waarom zou de kankersterfte immers wel regionaal variëren en die ten gevolge van andere doodsoorzaken niet? Het probleem met de PKS als meeteenheid is nu, dat discriminatie tussen beide soorten variatie niet mogelijk is.
Laten we eenvoudigheidshalve aannemen dat er twee doodsoorzaken zijn in Nederland: kanker en gribus (waarbij U voor 'gribus': 'alle overige

Tabel 1. Verband tussen leeftijd, absolute (kanker)sterfte en proportionele kankersterfte in 1976 in Nederland.

leeftijd (jaren)	sterfte per 100.000			AKS[1] per 100.000			PKS[2]		
	T	M	V	T	M	V	T	M	V
0- 4	243	269	217	6	6	6	0,025	0,022	0,028
5- 9	35	38	31	6	6	5	0,164	0,162	0,166
10-14	28	33	23	4	5	4	0,155	0,144	0,173
15-19	60	82	37	6	8	4	0,097	0,094	0,103
20-24	70	99	40	8	9	7	0,109	0,088	0,164
25-29	64	82	44	10	11	10	0,164	0,135	0,223
30-34	81	97	63	21	16	26	0,254	0,163	0,406
35-39	115	140	87	32	29	35	0,279	0,206	0,408
40-44	192	236	147	61	55	68	0,319	0,233	0,464
45-49	349	448	250	122	119	125	0,351	0,266	0,502
50-54	555	738	382	210	222	198	0,378	0,301	0,519
55-59	888	1.239	563	343	425	268	0,387	0,343	0,475
60-64	1.473	2.155	874	541	748	360	0,367	0,347	0,412
65-69	2.427	3.512	1.547	837	1.221	526	0,345	0,348	0,340
70-74	3.885	5.458	2.723	1.111	1.680	691	0,286	0,308	0,254
75-79	6.312	8.250	5.017	1.511	2.226	1.032	0,239	0,267	0,206
80-84	10.309	12.654	8.820	1.931	2.810	1.372	0,187	0,222	0,156
85+	19.382	21.458	18.067	2.410	3.207	1.904	0,124	0,150	0,105
totaal	831	933	730	207	246	167	0,249	0,264	0,229

1. AKS: absolute kankersterfte per 100.000 van de bevolking = kankersterftecijfer, per 100.000. Kanker is gedefinieerd als categorie B19 volgens de lijst van 50 doodsoorzaken (ICD, 8th revision, 1965).

2. PKS: proportionele kankersterfte = de aan kanker toegeschreven proportie van alle doodsoorzaken (= 1,000). PKS = AKS/sterfte.

T: mannen en vrouwen samen
M: mannen
V: vrouwen

Bron: CBS (1978)

doodsoorzaken' kunt lezen); 25% sterft aan kanker, 75% aan gribus. Wat bewijst nu het regionaal afwijken van deze verhouding: dat er meer (respectievelijk minder) kanker is of minder (respectievelijk meer) gribus? Wie het weet mag het zeggen.
Noord-Holland boven het Noordzeekanaal (één van Bos' 'natuurvriendelijke grensstreken' – whatever that may be) kan met evenveel recht een gribushaard worden genoemd! Op gelijke wijze redenerend kan vervolgens worden aangetoond dat men rond Vlissingen de gribus beduidend beter onder de knie heeft dan elders in Nederland. Bezie vervolgens het volgende hypothetische geval: Men neme een gemeente van 100.000 inwoners. Op een kwade dag sluipt een terrorist binnen die een krachtig carcinogeen in het waterleidingsysteem brengt. In één kalenderjaar tijd overlijden 12.450 inwoners ten gevolge van kanker. Het maatschappelijk gebeuren in deze gemeente raakt hierdoor dusdanig ontwricht dat 36.767 inwoners zichzelf in datzelfde jaar nog verhangen of tegen een boom te pletter rijden. Alle andere mogelijke doodsoorzaken nemen verder nog 783 sterfgevallen voor hun rekening, wat het totaal op 50.000 brengt. Wat is nu in deze gemeente de proportionele kankersterfte? U raadt het al: 0,249 oftewel het landelijk gemiddelde voor 1976. Geen enkele reden tot ongerustheid of surveillance dus, althans wanneer Bos zijn eigen rekenarij trouw zou willen blijven.
We kunnen een dergelijke beschouwing ook loslaten op één van Bos' zgn. 'haardgemeenten', te weten Veldhoven. De voor de leeftijd gestandaardiseerde kanker-index voor Veldhoven is volgens Bos gelijk aan 1,319. In 1976 gingen in Veldhoven 42 mensen dood aan kanker, op een totale sterfte van 117. Het inwoneraantal bedroeg 30.450. Dat betekent een *ruwe* absolute kankersterfte (AKS) van 138 per 100.000 en een *ruw* sterftecijfer van 384 per 100.000. De getallen voor heel Nederland luidden: 28.478 sterfgevallen ten gevolge van kanker, totale sterfte 114.454, bevolking 13.774.037. De AKS in Nederland was dus 207 per 100.000, het sterftecijfer

Tabel 2. Proportionele kankersterfte en kankersterftecijfer in een aantal hypothetische situaties.

	aantal sterfgevallen per 100.000				proportionele kankersterfte	verwachte aantallen volgens gemiddelde op basis van de totale sterfte per 100.000	verwachte aantallen volgens gemiddelde op basis van bevolkingsomvang
	kanker	IHZ[1]	overige	totaal			
gemiddeld	200	200	400	800	0,25	–	–
situatie 1[2]	300	200	400	900	0,33	225	200
situatie 2	300	300	400	1.000	0,30	250	200
situatie 3	300	300	600	1.200	0,25	300	200
situatie 4	200	150	350	700	0,29	175	200
situatie 5	200	100	300	600	0,33	150	200
situatie 6	150	200	400	750	0,20	182	200
situatie 7	150	150	300	600	0,25	150	200
situatie 8	150	100	250	500	0,30	125	200

1. Ischaemische hartziekten

2. **Omschrijving situaties**
gemiddeld: landelijk gemiddelde; hiermee worden de verwachte aantallen voor een situatie (c.q. gemeente) berekend;
situatie 1: er zijn, meer dan gemiddeld, factoren werkzaam die specifiek kankerverwekkend zijn en geen verhoging in de overige sterfte veroorzaken;
situatie 2: er zijn, meer dan gemiddeld, factoren werkzaam die zowel kanker als andere sterfte verhogen. Dit hoeven niet noodzakelijkerwijs dezelfde factoren te zijn;
situatie 3: een meer extreem geval van situatie 2: alle categorieën sterfte zijn evenveel toegenomen;
situatie 4: er zijn factoren werkzaam die geen invloed hebben op de kankersterfte;
situatie 5: een meer extreem geval van situatie 4;
situatie 6: er zijn, minder dan gemiddeld, factoren werkzaam die specifiek kankerverwekkend zijn. Overige sterfte blijft gelijk;
situatie 7: er zijn, minder dan gemiddeld, factoren werkzaam die kanker én overige sterfte veroorzaken. Dit hoeven niet dezelfde factoren te zijn.

831 per 100.000. Zo op het eerste gezicht lijkt het er dus op dat er in Veldhoven heel wat *minder* mensen aan kanker overleden dan men op grond van het landelijk gemiddelde zou verwachten*: een lijnrechte tegenspraak met Bos' bevindingen.

Voor de andere doodsoorzaken tezamen lijkt dit in nog sterker mate te gelden, met als gevolg dat de *proportionele* kankersterfte toch nog één der hoogste van Nederland kan zijn.

Tabel 2 zet nog eens een aantal hypothetische situaties op een rij, waarbij duidelijk wordt dat de proportionele kankersterfte zich anders gedraagt dan de werkelijke kankersterfte (AKS).
Merk op dat het verwachte aantal sterfgevallen ten gevolge van kanker op grond waarvan de PKS is berekend, gebaseerd is op de totale sterfte in de gemeente in kwestie. Deze totale sterfte wordt echter ook beïnvloed door de toe- of afname van de sterfte ten gevolge van kanker en andere doodsoorzaken. De PKS is dus een breuk waarvan zowel de teller (de waargenomen kankersterfte) als de noemer (de verwachte kankersterfte) worden beïnvloed door de variatie in kankersterfte in de gemeente in kwestie. De invloed op de noemer is alleen minder groot dan die op de teller.
Het zal duidelijk zijn, dat er een ander meetinstrument nodig is om regionale verschillen in kankersterfte op het spoor te komen. Als zodanig kan de voor de leeftijd gestandaardiseerde absolute kankersterfte per gemeente in aanzet functioneren. De PKS kan hierbij hooguit als aanvullende maat fungeren: bij een hoge AKS geeft de PKS aan, of alleen kankersterfte verhoogd is óf dat alle sterfte verhoogd is (vergelijk situatie 1 met situatie 2 en 3 in tabel 2). In het eerste geval zou aanleiding bestaan specifiek kankerverwekkende 'exogene' invloeden te vermoeden (Bos, persoonlijke mededeling). In het tweede geval zou er sprake kunnen zijn van 'endogene' invloeden die zowel kanker- als overige sterfte verhogen. Een voorbeeld hiervan: roken verhoogt de sterfte door longkanker én overige oorzaken (waaronder hartvaatziekten een belangrijke plaats innemen). Hierbij blijft echter het gevaar levensgroot aanwezig dat een specifieke kankerverwekkende factor de *kanker*sterfte verhoogt, terwijl *andere* factoren tegelijkertijd de sterfte door *overige* oorzaken verhogen (zie situatie 3 in tabel 2).
Op grond van al deze overwegingen concluderen wij dat het gebruik van de proportionele kankersterfte als enige centrale meeteenheid absoluut niet verantwoord is. Het is zelfs nog maar de vraag of de additionele informatie die uit de PKS kan worden verkregen, wanneer men als centrale meeteenheid de AKS hanteert, een eenduidige aanwijzing kan geven in welke richting de oorzaken van een regionaal verhoogde kankersterfte kunnen worden gezocht.

Verschillen die geen verschillen zijn

In een groot aantal van de door Bos

* Het ruwe sterftecijfer van een gemeente mag echter niet zonder meer met dat van Nederland als geheel worden vergeleken. Immers, als de gemeente in kwestie een relatief jonge bevolking heeft, dan zal het ruwe sterftecijfer er alleen al daardoor lager liggen dan in de rest van Nederland. De oorzaak van het verschil zit dan dus uitsluitend in het verschil in leeftijdsopbouw. Zoals vermeld heeft verder ook de relatieve vertegenwoordiging der geslachten een invloed. Standaardiseren is dus noodzakelijk, en dat kan weer op twee manieren: aan de hand van de geslachts- en leeftijdsspecifieke sterftecijfers van de gemeente kan berekend worden wat de *verwachte* sterfte in heel Nederland zou zijn, als de geslachts- en leeftijdsspecifieke sterftecijfers voor Nederland en de gemeente in kwestie aan elkaar gelijk zouden zijn; dit getal kan dan vergeleken worden met de werkelijk waargenomen sterfte in Nederland (zogenaamde *directe standaardisering*). Als alternatief kan aan de hand van de geslachts- en leeftijdsspecifieke sterftecijfers voor de Nederlandse bevolking wanneer de geslachts- en leeftijdsopbouw van de gemeente in kwestie bekend is, berekend worden wat de *verwachte* sterfte in deze gemeente in kwestie zal zijn; dit getal kan vervolgens met de werkelijk waargenomen sterfte worden vergeleken (zogenaamde *indirecte standaardisering*).

bestudeerde gemeenten is het aantal sterfgevallen ten gevolge van kanker zo klein, dat het verschil tussen de waargenomen en de verwachte kankersterfte tamelijk groot moet zijn om niet aan het toeval te kunnen worden toegeschreven.
Tabel 3 laat zien wat er gebeurt wanneer men de door Bos gevonden verschillen met behulp van de χ^2-toets op statistische significantie toetst: slechts in twee van de elf 'haardgemeenten' is het verschil tussen de verwachte en de waargenomen kankersterfte statistisch significant!
Interpretatie van de verschillen die wel significant zijn is voorts een moeilijke zaak. Het ligt voor de hand eerst naar eventuele verschillen in rookgewoonten te kijken, aangezien bekend is dat het roken van sigaretten verreweg de belangrijkste *individuele* oorzaak van kanker is. Daarna komen eventuele verschillen in beroep aan de orde: zoals Bos zelf al aangeeft varieert de kans aan kanker te overlijden in afhankelijkheid van het uitgeoefende beroep.

Alvorens over oorzaken te speculeren is het echter zaak de variatie van de kankersterfte in de tijd onder de loep te nemen. Zijn de 'kankerhaarden' van 1976 eendagsvlinders of blijvende fenomenen?

Het verloop van de kankersterfte in de tijd

Kanker is een aandoening die gewoonlijk (zeer) lange tijd nodig heeft om tot ontwikkeling te komen. De kankersterfte in één jaar tijd is een momentopname die betrekkelijk weinig zegt over de epidemiologie van kanker en kankersterfte in een regio. Het ligt dan ook voor de hand om de gegevens over meerdere jaren achtereen te analyseren.

Laten we nog even de PKS bij de kop nemen. Bos hanteert de PKS om gebieden aan te wijzen waar volgens hem 'surveillance' nodig is. Daarmee gaat hij er impliciet van uit dat de door hem over 1976 berekende regionale verschillen in kankersterfte blijvend of tenminste langdurig zijn. Zo niet, dan is een surveillance, werkend met statistische gegevens van enkele jaren terug, immers niet veel meer dan een brandweer die een week of wat na een uitslaande brand de zaak in ogenschouw komt nemen.
De variabiliteit van de kankersterfte in een gemeente kan worden geschat op basis van de *ruwe* (d.w.z. niet voor de leeftijd gestandaardiseerde) PKS. We gaan hierbij uit van de redelijke veronderstelling dat de leeftijdsopbouw van de meeste gemeenten zich in een korte periode van bijvoorbeeld vijf jaar niet ingrijpend zal wijzigen.
Tabel 4 bevat enige voorbeelden van deze variabiliteit. De tabel spreekt voor zich: de variabiliteit is in het algemeen tamelijk groot, en in enkele jaren tijd kunnen 'haarden' verschijnen en weer verdwijnen. Het is niet verwonderlijk dat juist in de kleinere gemeentes de variatie groot is (bijvoorbeeld Brunssum met 26.121 inwoners), zulks in verband met de kleine aantallen sterfgevallen ten gevolge van kanker die zich jaarlijks in kleine gemeentes voordoen. Het is dan ook evenmin verwonderlijk dat negen van de elf 'haardgemeenten' in

Tabel 3. Statistische toetsing van de door Bos gevonden verschillen tussen de waargenomen kankersterfte en de op basis van de voor de leeftijd gestandaardiseerde PKS verwachte kankersterfte.

'haard'-gemeente	bevolking × 10^3	verwacht	waargenomen	benodigd verschil voor significantie (χ^2, p=0,05)	significantie
Deventer	65	148	171	24	n.s.
Gorinchem	28	63	73	16	n.s.
Haarl. meer	73	114	140	21	p<0,05
Hoogez./S.	34	68	75	17	n.s.
Sneek	28	63	70	16	n.s.
Soest	40	75	86	17	n.s.
Veldhoven	30	32	42	11	n.s.
Vlissingen	44	89	131	19	p<0,05
Wassenaar	28	57	67	15	n.s.
Winterswijk	28	60	67	16	n.s.
Zevenaar	27	31	35	11	n.s.

Bron: CBS (1978)

Tabel 4. Verloop in de tijd van de ruwe proportionele kankersterfte.

	1972	1973	1974	1975	1976
Nederland	*0,232*	*0,250*	*0,252*	*0,249*	*0,249*
Alkmaar	0,287	0,259	0,267	0,229	0,194
Almelo	0,227	0,216	0,244	0,262	0,207
Amsterdam	0,243	0,264	0,259	0,256	0,252
Apeldoorn	0,210	0,221	0,275	0,226	0,237
Bergen op Zoom	0,209	0,260	0,296	0,274	0,247
Beverwijk	0,241	0,256	0,204	0,264	0,227
Brunssum	0,203	0,180	0,248	0,251	0,226
Capelle a/d IJssel	0,174	0,239	0,194	0,263	0,258
* Delft	0,225	0,281	0,270	0,240	0,277
Eindhoven	0,264	0,274	0,282	0,288	0,252
Geleen	0,201	0,275	0,220	0,223	0,277
Arnhem	0,255	0,244	0,255	0,264	0,262
* Deventer	0,224	0,262	0,288	0,275	0,287
* Gorinchem	0,201	0,238	0,295	0,263	0,293
* Haarlemmermeer	0,276	0,284	0,283	0,289	0,322
* Hoogezand/Sappemeer	0,258	0,207	0,251	0,269	0,278
* Sneek	0,223	0,198	0,263	0,262	0,268
* Soest	0,277	0,292	0,320	0,262	0,288
* Veldhoven	0,257	0,247	0,248	0,300	0,359
* Vlissingen	0,274	0,288	0,305	0,314	0,383
* Wassenaar	0,233	0,251	0,250	0,288	0,295
* Winterswijk	0,268	0,241	0,285	0,252	0,291
* Zevenaar			0,208	0,234	0,276

* 'Haardgemeente' van Bos.

Bronnen: CBS (1974 t/m 1978)

de categorie 25.000-50.000 inwoners zitten. In deze categorie is de variatie en daarmee de kans op uitschieters immers het grootst.
Let wel: de tabel is opgezet vanuit de denkwereld van Bos, niet die van ons. Het enige doel is aan te tonen dat Bos' rekenmethoden niet doen wat ze zouden moeten doen, en dat is het identificeren van regio's met een systematisch verhoogde kankersterfte. Slechts een longitudinale analyse van de gegevens kan duidelijkheid verschaffen over hoe het nu precies zit met die regionale verschillen in kankersterfte in Nederland, en dat dan nog alleen wanneer als maat de AKS gebruikt wordt, die zorgvuldig dient te zijn gestandaardiseerd.

Kanker en milieuverontreiniging

In het voorafgaande is aangegeven dat de verschillen in regionale kankersterfte in Nederland zoals berekend door Bos in hoge mate op drijfzand berusten. Bos laat het echter niet bij het signaleren van verschillen, maar reikt ook potentiële oorzaken aan: benzpyreen, afkomstig van het vliegverkeer op Schiphol, Soesterberg en Valkenburg ('haarden' Haarlemmermeer, Soest en Wassenaar), een arseen verspreidende zinkfabriek in Budel ('haard' Krimpen, Zwijndrecht en deels Vlissingen).
Het is uiterst twijfelachtig of dergelijke simpele, in feite monocausale redeneringen een regionaal verschil in kankerfrequentie, zo dit al op de door Bos geschetste manier aanwezig is, kunnen verklaren. De zinkfabriek in Budel die de verhoogde kankersterfte in de cluster 'Veldhoven' zou kunnen verklaren, ligt bijvoorbeeld op circa 20 km ten ZO van Veldhoven. Dat vandaaruit, tegen de overheersende windrichting in, een dusdanige hoeveelheid arsenicum in Veldhoven en omstreken terecht zou komen dat hieruit een oversterfte ten gevolge van kanker van ettelijke tientallen per jaar zou kunnen worden verklaard, is wel zeer onwaarschijnlijk.
Let wel: de relatie tussen kanker en milieuverontreiniging is in hoge mate nog een onopgelost probleem. Enerzijds is het waarschijnlijk dat een belangrijk deel van alle kankergevallen aan het milieu in de breedste zin – dus ook voeding – geweten kan worden (Albrecht, 1979), anderzijds is het nog maar zelden gelukt in epidemiologische studies eenduidige relaties te leggen tussen kankersterfte en de blootstelling aan gedefinieerde milieuverontreinigende componenten. In een dergelijke situatie is het maar al te makkelijk de beschuldigende vinger te wijzen naar een toevallig in de buurt (nou ja . . .) aanwezige bron waarvan bekend is dat er misschien wel eens kankerverwekkende stoffen uit zouden kunnen komen. Bewijzen dat de zinkfabriek in Budel niét de oorzaak is van de gesignaleerde kankergevallen is immers ook niet mogelijk. Zo weten wij ook nog wel een arsenicumfabriek en een vinylchloride-opslag in Arnhem, maar ja, daar wil de ruwe proportionele kankersterfte maar steeds hardnekkig niet afwijken van het landelijk gemiddelde (zie tabel 4).
In wezen zijn we met deze opmerkingen over 'kanker en milieuverontreiniging' intussen wel aangeland bij wat we als de 'rationele kern' van Bos' betoog zouden willen beschouwen: zoals we net al aangaven kan het milieu in de meest ruime zin worden gezien als de bron van een belangrijk deel der voorkomende kankers, en het is dan ook hoogst urgent uit te zoeken hoe de relatie tussen kanker en milieu precies in elkaar zit en ervoor te zorgen dat de lozing van carcinogenen in het milieu tot een minimum wordt beperkt.
De epidemiologie kan een bijdrage leveren aan het ophelderen van de relaties tussen kanker en milieu, maar het is goed de verwachtingen wat dat betreft niet te hoog te spannen: vaak is een decennia lange blootstelling nodig vóór een effect waarneembaar wordt, of verlopen er decennia tussen blootstelling en het waarneembaar worden van het effect (i.c. kanker); de incidentie van kanker ten gevolge van specifieke stoffen in het milieu is, bij de lage concentratie zoals die in het milieu gewoonlijk voorkomen, meestal relatief laag, wat het nodig maakt zeer grote groepen (bijvoorbeeld 100.000 of meer) te volgen om een zodanige incidentie te verkrijgen dat met enige mate van statistische betrouwbaarheid een dosis-effectrelatie kan worden gelegd. Een eerste begin zou inderdaad een analyse van de regionale verschillen in kankersterfte in Nederland kunnen zijn. Het is echter wenselijk de daartoe benodigde berekeningen volgens de regelen der epidemiologische kunst uit te voeren.

Literatuur

Albrecht, R. M. Trends and reliability of data on environmental cancer. *Journal of the Air Pollution Control Association* 29 (1979) 54.

Bos, G. J. Kankersurveillance in geheel Nederland of bevolkingsonderzoek in Dodewaard? I. Regionale kankersterfte in Nederland. *Medisch Contact* 34 (1979a) 800-804.

Bos, G. J. Kankersurveillance in geheel Nederland of bevolkingsonderzoek in Dodewaard? II. Een nationaal programma voor kankerbestrijding. *Medisch Contact* 34 (1979b) 857-862.

CBS Maandstatistiek van bevolking en volksgezondheid. Supplementen 1972 t/m 1976 (jaaroverzicht). 's Gravenhage, staatsuitgeverij, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978.

Naschrift Dr. G. J. Bos

Naar aanleiding van het artikel van Ir. B. Brunekreef en Ir. S. Bausch-Goldbohm het volgende:

1. In het door schrijvers omstreden artikel werd gepoogd tot een inventarisatie te geraken van eventuele regionale kankersterfte-verdichtingen, primair door observerend onderzoek. Van daaruit werd de verkregen pragmatische kankerdistributie in eerste instantie vergeleken met een kaart met de spreiding van kernreactoren. Het resultaat van deze vergelijking bleek negatief uit te vallen. In het commentaar wordt daarop met geen enkel woord gezinspeeld. Een negatief resultaat is echter even belangrijk als een positief. Het ontbreken van een vermelding daarvan is een omissie omdat het plaatsen van het artikel juist in Medisch Contact een bijdrage

betekend leek te hebben voor de brede maatschappelijke discussie over kernenergie.

2. In een volgend nummer van Medisch Contact wordt een artikel geplaatst over de methode om te geraken tot een uiterst nauwkeurig (ook weer proportioneel) instrument voor meting van de jaarlijkse regionale kankersterfte. Daarop vooruitlopend: de schrijvers lijken de meest elementaire beginselen van de kankerepidemiologie niet in acht te kunnen nemen. Ter verzachting zij gezegd dat elementaire zaken moeilijk te doordenken zijn. Omdat het bijna nooit vaststaat of kritiek hout snijdt, zij men omzichtig.

3. Het bestuderen van tabel 2 roept de associatie op van het spreekwoord: 'beter één vogel in de hand dan tien in de lucht'. Blijvend bij de handzame proportionele kankersterfte acht ik deze methodologisch zeer wel bruikbaar in mijn onderzoek. De schrijvers gaan voorbij aan het feit dat er een statistisch significante relatie bestaat tussen hun AKS en AS. Daardoor wordt in de breuk AKS/AS = de proportionele kankersterfte (bij mij uitgedrukt als Proportional Comparative Mortality Figure) de noemer niet aan zijn lot overgelaten. Over de mate van nauwkeurigheid van het ingebouwde bijsturings-mechanisme kan getwist worden. Een overeenkomstige twist zou overigens kunnen ontstaan over de door Brunekreef en Bausch aanbevolen AKS. In ieder geval geeft de bepaling van de ratio AKS/AS resultaten die eerder aan 'under-' dan aan 'overstatement' lijden, omdat de variatie in de teller voor 25% terugkeert in die van de noemer. De overblijvende 'willekeur' wordt getemd door het feit dat men mag uitgaan van de standaarddeviatie van het aandeel van de resterende variatie in de noemer bij het vervolgen van over-all-trends.

4. Genoemde over-all-trends zijn wel degelijk statistisch getoetst. Mij bewegend in de denkwereld van de schrijvers en hun statistische methode volgend in hun tabel 3, zouden zij het totale materiaal dienen te toetsen met de χ^2 met 109 vrijheidsgraden. In tabel 3 is maar een tiende daarvan weergegeven. Dit voorbeeld geeft een idee van het resultaat van een dergelijke vergelijkende statistische toetsing. Deze tabel geeft bijvoorbeeld een $\chi^2 = 40.24$ met 10 vrijheidsgraden ($p \ll 0.0005$). Voor het totale materiaal bedroeg de $\chi^2_{109} = 139{,}59$ ($p < 0{,}05$).

5. Het verloop in de tijd werd in het oorspronkelijk artikel zelf aangegeven als een belangrijk gegeven (blz. 861). In verband met het oorspronkelijk doel (invloed van kernreactoren, welke pas in 1969 begonnen te werken in ons land) diende de incubatietijd tot het maximum te worden opgevoerd. Brunekreef en Bausch komen met aanvullend ruw materiaal. Zij verzuimen het gemiddelde te berekenen in hun tabel 4, terwijl ook de vergelijking met het materiaal in discussie ontbreekt. Ter informatie diene dat er een zeer betekenisvolle samenhang is tussen de gegevens van tabel 4 en het oorspronkelijk materiaal (correlatie-coëfficiënt van Spearman $R = +0.73$; $p < 0{,}001$).
Opnieuw afgaande op genoemde coëfficiënt is de variatie in grootte van de gemeenten niet ten gunste uitgevallen van de grote gemeenten ($R = -0.29$; p.n.s.; $n = 22$ uit tabel 4). uitkomsten van de bepaling der Overigens werden door mij de proportionele kankersterfte uitdrukkelijk *niet* gehanteerd om prioriteitsgebieden aan te wijzen voor kankerpreventie. Dit zou moeten gebeuren 'uit de bepaling van de omvang van de totale kankerziekte per gebied' (blz. 860) met behulp van CBS- en SMR-gegevens.

6. Aangaande de relatie tussen (milieu)oorzaken en het beoefenen van de kankerepidemiologie ben ik het eens met de visie van de schrijvers. De epidemioloog dient zijn rol niet te overschatten. Wèl kan hij fungeren als 'aandrager'. De rol hierin wordt echter onderschat. Om in de buurt van Wageningen te blijven met een voorbeeld voor mogelijk hypothese-aandragend onderzoek: mededeling van de schrijvers van het bestaan van een arsenicumfabriek en een vinylchloride-opslag in Arnhem (welke gemeente overigens in hun tabel 4 *wèl* hardnekkig afwijkt van het Nederlandse gemiddelde nl. + 3,9%) zou hen kunnen aanzetten tot eigen onderzoek in een straal van 30 km rondom Arnhem. In mijn materiaal werd een betekenisvolle aanwijzing gevonden volgens welke Arnhem als een subkankerhaard zou kunnen fungeren.

7. Het begatelliseren van problemen ligt niet in de aard van Brunekreef en Bausch, afgaande op de nauwkeurige analyse van het verband tussen geslacht, leeftijd en proportionele kankersterfte (gedemonstreerd in hun tabel 1). De mogelijk minuscule deviatie van geslachtsopbouw-verhoudingen tussen gemeenten neemt in hun betoog nogal wat ruimte in. Dit veronderstelt dat zij mogelijke afwijkingen verdisconteerd hebben in hun berekening van de proportionele kankersterfte over 1976. Ter geruststelling zij vermeld dat bij onderlinge vergelijking der cijfers geen noemenswaardig verschil bleek te bestaan (Brunekreef, persoonlijke mededeling).

8. De schrijvers volstaan met een overwegend negatieve kritiek. Kritiek dient weliswaar zo hard mogelijk te zijn, maar dient gepaard te gaan met het aanbieden van alternatieve resultaten, zodat verschillende oplossingen van een probleem met elkaar kunnen competeren. De bepaling van de AKS versluiert niet alleen de werkelijkheid maar kan een gevaarlijk instrument betekenen voor de volksgezondheid. Het zou wel eens zo kunnen worden dat de schrijvers de 'proportionele' weg tussen de 'bomen van Dr. Bos' met gretigheid willen bewandelen. Dan echter dienen zij dieper ingewijd te zijn in de regelen der epidemiologische kunst.

Leiden, 7 augustus 1979

Dr. G. J. Bos.

'Tweede apotheker' in opmars

Het aantal openbare apotheken is de laatste jaren in Nederland in beperkte mate toegenomen, maar is nog wel voor uitbreiding vatbaar, omdat in de komende jaren het aantal doktersapotheken nog verder zal afnemen. Volgens de Algemene Bank Nederland ontstaat hierdoor de mogelijkheid tot vestiging van 200 nieuwe apotheken. Voor circa 2 miljoen Nederlanders zullen de resterende 500 à 600 doktersapotheken hun zeer nuttige functie in dunbevolkte gebieden kunnen blijven vervullen, zo meent de bank in een branchestudie over 'De apotheker en de geneesmiddelenvoorziening'.
De mogelijkheden tot vrije vestiging voor de circa 150 per jaar afstuderende apothekers zullen hierdoor zeer beperkt blijven. Daarom zullen apothekers volgens de studie in toenemende mate in dienst treden als tweede apotheker, tweede ziekenhuisapotheker en dergelijke. De aanstelling van een tweede apotheker zal in het algemeen de kwaliteit ten goede komen, terwijl meer tijd beschikbaar komt voor voorlichting, zo meent de ABN.
Pas sinds kort heeft een apotheker de mogelijkheid in dienst te treden van een gezondheidscentrum. In dergelijke centra, waarvan er in 1977 al 66 waren, zijn de mogelijkheden tot voorlichting geïnstitutionaliseerd. De komende jaren zullen meer apothekers tot een gezondheidscentrum toetreden, zo verwacht de ABN.
De geneesmiddelenvoorziening aan het publiek verloopt in ons land voor circa 90 procent via apothekers en artsen. Hierbij neemt de apotheker de belangrijkste positie in. Begin 1978 voorzagen de bijna 940 openbare apotheken, waarin 1139 apothekers werkzaam waren, bijna 10 miljoen Nederlanders van geneesmiddelen. De doktersapotheken overtroffen weliswaar met een aantal van ongeveer 1250 de openbare apotheken, maar zij voorzien 4 miljoen Nederlanders van geneesmiddelen. Doktersapotheken vindt men met name op het platteland. Hun aantal echter neemt de laatste jaren onder overheidsinvloed geleidelijk af, aldus de studie.

De bereiding van geneesmiddelen met de hand is vooral na de tweede wereldoorlog sterk afgenomen. Het aandeel van deze magistrale receptuur zou al minder dan 10 procent van de totale receptuur bedragen. In de ons omringende landen ligt dit aandeel, aldus de studie, overigens nog belangrijk lager.

Volgens de bank is het onjuist te stellen dat de apotheker, door de ontwikkeling naar industrieel bereide en verpakte geneesmiddelen, een vrijwel overbodige schakel in de distributieketen van geneesmiddelen is geworden. De huidige taak van een apotheker omvat veel meer dan alleen het bereiden van geneesmiddelen, namelijk controle, medicatiebewaking en voorlichting. De ABN verwacht dat met name de voorlichtende taak van de apotheker de komende jaren belangrijk zal toenemen. Voorlichting over een juist gebruik van geneesmiddelen wordt van groot belang geacht, niet alleen om een deel van de kostenstijging van de gezondheidszorg te beperken, maar ook om ziekenhuisopnamen te voorkomen. Daarbij zullen computersystemen de apotheker meer en meer behulpzaam kunnen zijn, aldus de ABN-rapporteurs.

Kamervragen over medische basisopleiding

Naar aanleiding van de nota 'De medische basisopleiding', vervaardigd door het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde en gepubliceerd in MC nr. 17/1979, blz. 541, hebben de Tweede Kamerleden Kolthoff, Haas-Berger en Drenth (allen van de PvdA) de volgende vragen gesteld aan de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en de minister van Onderwijs en Wetenschappen:

1. Hebben de bewindslieden kennis genomen van de nota van het Interfacultair Overleg Huisartsengeneeskunde (IOH) over ernstige inhoudelijke en onderwijskundige tekorten in de medische basisopleiding?

2. Delen de bewindslieden de mening, dat de geconstateerde ernstige feilen in de opleiding – zoals onvoldoende wetenschappelijke vorming, slechte voorbereiding op het zelfstandig onderhouden en uitbreiden van vakbekwaamheid, leemten in de kennis en onvoldoende sociale vaardigheden – moeten leiden tot een niveau van beroepsuitoefening door huisartsen, dat in het algemeen niet optimaal is?

3. Onderschrijven de bewindslieden de constatering in de nota, dat genoemde feilen in de basisopleiding ook nadelige gevolgen moeten hebben voor de opleiding tot medisch specialist en tot wetenschappelijk onderzoeker? Zo ja, zal dan ook de beroepsuitoefening van deze categorieën waarschijnlijk beneden optimaal zijn?

4. Moet, indien de antwoorden op de vragen 2 en 3 overwegend bevestigend luiden, vastgesteld worden dat de wijzigingen in de medische opleiding, zoals voorbereid in de tweede helft van de jaren '60 en vastgelegd in het Academisch Statuut in 1973, niet aan hun doel hebben beantwoord, ontoereikend of achterhaald zijn?

5. Zijn de bewindslieden bereid naar aanleiding van de IOH-nota besprekingen te openen met het IOH en de faculteiten der geneeskunde en de KNMG om zo snel mogelijk tot verbetering van de opleiding te komen?

Mede namens minister Pais (O&W) antwoordde staatssecretaris Veder-Smit (Volksgezondheid) hierop:

1. Deze vraag kan bevestigend beantwoord worden.

2, 3 en 4. De nota van het Interfacultair Overleg Huisartsengeneeskunde (IOH) is de neerslag van een aantal gesprekken van hoogleraren en lectoren in de huisartsgeneeskunde, gevoerd binnen het kader van IOH. De nota is opgesteld uit de behoefte aan een visie van het IOH ten behoeve van de discussie in de werkgroep huisartsen van de Adviescommissie Opleidingen Geneeskundigen (AOG). De AOG is door de staatssecretarissen Klein en Hendriks in 1977 ingesteld. De AOG heeft tot taak te adviseren met betrekking tot de gewenste onderlinge afstemming van:

- de initiële beroepsopleiding tot arts;
- de voortgezette, specifieke beroepsopleidingen;
- de postacademische na- en bijscholing.

De beraadslagingen van de AOG zijn nog in volle gang. De werkgroepenvan de AOG, waaronder de werkgroep huisartsen waarvoor de nota in de eerste plaats bedoeld was, zijn nog midden in hun werkzaamheden. Behalve aan de AOG is de nota ook toegezonden aan de medische faculteiten. De opstellers van de nota hebben het verder gewenst geacht, dat de nota in brede kring besproken zou worden; daarom is de nota ook ter publikatie aan Medisch Contact aangeboden.

5. Gezien het stadium waarin de werkzaamheden van de AOG waarin naast de KNMG en de medische factulteiten ook de overheid vertegenwoordigd is, zich thans bevinden – het eindadvies van de AOG wordt in 1980 verwacht – zou het prematuur zijn de in deze vraag voorgestelde besprekingen te openen.

Notities van een patiënt (VI)

Een betrekkelijk kleine ingreep

Een begin van muiterij

's Avonds na het bezoekuur – waarin mijn kleine Marie koppeltje heeft geduikeld op het wollen tapijt in de ziekenhuishal en oude bloemen uit de vaas thuis voor me heeft meegenomen, die weer mee terug moesten, want 'oude bloemen geven infectiegevaar', zegt het ziekenhuisinformatieboekje en 'ze waren nog best mooi', zei Marie – 's avonds dus zitten mijn drie medepatiënten en ik knus om de tafel in onze kamer thee te drinken.
De dove, oude mevrouw wordt met moeite in de groep getrokken. 'Ik ben doof, dus zeg ik maar niks, dan kan ik ook niks doms zeggen', treurt ze. De andere twee patiënten doen over haar hoofd heen mededelingen tegen mij, maar zijn anderszins toch wel zorgzaam. De vrouw is 80 en wil – terecht – niet in een verpleeghuis, maar kan ook niet voor zichzelf zorgen. Ze is nu hier om dat te leren. Niettemin haat ze de revalidatie en heeft voortdurend het gevoel op haar vingers getikt en enigszins belachelijk gemaakt te worden. Dat risico loopt ze inderdaad en niet alleen op de revalidatie. De enige eigenlijk die tegen haar en niet over haar hoofd heen praat, is een gezellige dikkerd van de huishoudelijke dienst, die – stofdoek in de hand – 's morgens en 's middags een praatje komt maken.
De jongste medepatiënte – die met de op elkaar gebonden kiezen – roept naar de gang: 'Zuster, steek je hoofd eens om de deur.' Er verschijnt een hoofd.
'Ja, dat is de goeie. Jij bent bij mijn operatie geweest, hè? Kom eens vertellen hoe het ging. Je had het beloofd.'
Een beeldschoon, bruingebrand meisje komt bij ons zitten. Ze richt haar grote reeënogen op de vrouw en vertelt met groeiend enthousiasme hoe het precies is gegaan: het tandvlees dat weggeduwd werd, de kleine gaatjes die in de kaak werden geboord, de zenuw die moest worden vermeden, het gebeitel om de kaak te splijten.
'En dan gingen ze wat op zij staan om het me goed te laten zien.' Ze had de operatie meegemaakt in haar vrije tijd uit belangstelling. 'Ze wezen alles precies aan en legden uit wat ze deden. Ze vinden het zelf prachtig, die twee.'
Ik zie de kaakchirurgen in gedachten bezig. Ze hebben iets identieks, iets handen-uit-de-mouwen-stekerigs, kort en stevig plus een manhaftige snor.
'Ik wou dat ik er zelf bij geweest was', zucht de vrouw. Ik kan me dat voorstellen; ik zou mijn eigen operatie het liefst op de video laten opnemen om naderhand te bekijken.
'Je kaak hing helemaal los', vertelt het reeënmeisje verder. 'Dat inkorten is moeilijk uit te leggen. Maar toen het gebeurd was, zetten ze de kaak terug en je zag er erg mooi uit. Niet zoals nu met zo'n opgezet gezicht. Maar dat trekt allemaal weg, hoor', troost ze.
De vrouw is stil en dan zegt ze plotseling opstandig: 'En toch ben ik het niet eens met de manier waarop het is gegaan. Zie je, ik kwam voor pijn in mijn bovenkaak en de chirurg zei, dat dat kwam door mijn te grote onderkaak. Hij wou die inkorten. Het probleem in mijn boven- en onderkaak zou dan in één operatie verholpen zijn. Maar nu heb ik nog steeds pijn in mijn bovenkaak. Het is een abces zegt hij nu. We moeten wachten tot het over is en dan zal hij het poliklinisch verhelpen. Maar ik ben bang voor een poliklinische behandeling', zegt ze met tranen in haar ogen.
'Ook heb ik gemerkt dat hij wat aan mijn kin gedaan heeft. Nietwaar?', vraagt ze het reeenmeisje.
'Ja', zegt deze beduusd. 'Ik vond het ook al zo raar. Ze beslissen gewoon voor je. Maar ja . . . ze kunnen je natuurlijk niet even wakker maken om te overleggen.'
'Ik vind het niet eerlijk. Niemand heeft mij achteraf wat gezegd. En dacht hij dat ik het niet zou merken? Ik ben toch niet achterlijk? Ik zie de hechtingen toch?'
'Ik vind wel, dat je er met je chirurg over moet praten', opper ik.
'Jé, dan denkt hij meteen dat ik het gezegd heb', schrikt het reeënmeisje. Ik leid haar af met vragen over haar opleiding en zij is de eerste die uitvoerig vertelt. Hoe lang het duurt en dat je je verslagen moet maken en je examens doen tussen de bedrijven door. 'Soms kom je pal uit een nachtdienst. Het is echt niet goed wijs, hoor. Ze houden er helemaal geen rekening mee, dat je je ook nog moet concentreren.'
Ze heeft het niettemin gehaald en werkt nu als part-timer alleen in de nachtdienst.
'Part-timers zijn prettiger, nietwaar?' vraag ik. 'Ze zijn meer uitgerust dan full-timers.'
'Maar je bent niet altijd goed op de hoogte, wat er met de patiënten aan de hand is', werpt ze tegen.
'Je kunt het hun toch vragen?' opper ik.
'Dat maakt zo'n slechte indruk', vindt ze. Maar mijn medepatiënten vertellen mij achteraf dat ze vaak merken dat de verpleging niet goed op de hoogte is. Zij zouden het in ieder geval wel prettig vinden af en toe geraadpleegd te worden.
'Artsen vertellen toch vaak weinig', overweegt het reeënmeisje. 'We maken patiënten mee die bijkomen uit een narcose en zich ellendig schrikken. Laatst was er iemand die een klos in haar mond moest houden en daardoor niet goed kon slikken. Ze was panisch, want niemand had haar verteld dat het zo zou zijn. Ze kon het natuurlijk ook niet zeggen. Maar we vroegen aan haar: ben je bang? Haar ogen werden groot van angst. Toen hebben we de hele nacht bij haar bed gewaakt.'
Ik denk dat de verpleging vaak de feilen van doktoren geruisloos opvangt.
's Avonds bij het naar bed gaan, blijkt de vrouw met de bloeduitstortingen ook opstandig geworden te zijn. Ze ziet op tegen de volgende operatie, vertelt ze in het halfdonker. Dit is pas de eerste van een duo. Bij haar is de kaak groter gemaakt door middel van een stuk bot uit het been. Ze loopt met een flesje, dat met een slangetje aan het been vast zit. Ze zou graag weten wanneer het flesje afgeschaft kan worden, maar de arts is er erg vaag over. Ze zou ook graag weten wanneer ze die bittere penicillinepil niet meer hoeft te slikken. (Ik ben er bij wanneer ze het de man vraagt, twee dagen later. 'Slikt U die nog?' zegt hij verbaasd. 'Nee, dat hoeft niet meer.')
Maar het meest maakt ze zich zorgen over haar gebit.
Moet ze een nieuw? 'Ik ben toch niet rijk!'

Het komt telkens neer op een gebrek aan communicatie. Artsen hebben teveel haast. Patiënten durven niet te vragen. En als ze het eindelijk doen, zijn ze zo gefrustreerd, dat het klinkt als gezeur.

M. M. van der Poel

Klacht tegen Medisch Centrum voor Geboortenregeling afgewezen

Het Medisch Tuchtcollege in Eerste Aanleg te 's-Gravenhage heeft op 31 januari 1979 de navolgende beslissing gegeven inzake de klacht van de Geneeskundig Inspecteur van de Volksgezondheid voor Zuid-Holland, klager, tegen a) X, wonende te A, en b) Y, wonende te B, beiden werkzaam in het Medisch Centrum voor Geboortenregeling te B, de personen over wie geklaagd is, hierna ook de artsen te noemen;
Het Medisch Tuchtcollege in Eerste Aanleg te 's-Gravenhage;
Gezien de stukken;
Gehoord ter zitting van het College van 31 januari 1979 klager en de beide artsen, bijgestaan door een raadsman;

Overwegende:
1. Eerst ter zitting is gebleken dat de arts X te A, en derhalve niet binnen het ambtsgebied van dit College, woonachtig is. Deze heeft echter verklaard geacht te willen worden in B woonachtig te zijn en derhalve dit College ook te zijnen aanzien bevoegd te willen achten.
Nu de klacht betrekking heeft op de werkwijze in het Medisch Centrum voor Geboortenregeling te B en nu de klacht aan beide artsen exact hetzelfde verwijt, acht het College het doelmatig de klacht tegen de beide artsen aan zich te houden. Het feit dat de klacht aan beide artsen, zonder onderscheid des persoons, hetzelfde verwijt brengt voorts met zich dat het College het juist acht op deze klacht één beslissing te geven.

2. De klacht behelst, kort en zakelijk samengevat, het navolgende: De beide artsen zijn werkzaam in de kliniek van de Stichting Medisch Centrum voor Geboortenregeling te B, hierna ook de kliniek te noemen. In deze kliniek verrichten de artsen poliklinische sterilisatie bij vrouwen door middel van een laparoscopische ingreep, onder plaatselijke anesthesie. Na de ingreep blijven de patiënten nog enige uren in de kliniek. De deskundigheid en ervaring van de artsen wordt niet betwist. De klager heeft echter bezwaar tegen het verrichten van de sterilisatie in de kliniek omdat bij ingrepen als de onderhavige een, weliswaar geringe doch niet uit te sluiten, kans op complicaties bestaat, in welk geval direct ingrijpen van een deskundige medische specialist noodzakelijk is, waartoe in de kliniek geen mogelijkheid bestaat. De klacht stelt voorts dat de gynaecologen te B de verantwoordelijkheid niet wensen te delen en dat er geen werkverband tussen de artsen en de gynaecologen te B bestaat. De klacht stelt verder nog dat sterilisaties op deugdelijke wijze kunnen worden verricht in algemene ziekenhuizen zodat er voor vrouwen die sterilisatie verlangen voldoende mogelijkheden zijn om die te verkrijgen zonder het door klager bij de behandeling in de kliniek aanwezig geachte risico te lopen. De klacht vermeldt nog dat de artsen in de kliniek reeds een zeer groot aantal sterilisaties hebben verricht zonder dat van ernstige complicaties is gebleken, doch dat dat niet wegneemt dat de kans daarop niet uitgesloten is. Tenslotte wordt in de klacht nog opgemerkt dat klager geen andere middelen dan het indienen van een klacht bij dit College ten dienste staan om te bereiken dat de sterilisaties in de kliniek worden gestaakt.

3. De artsen hebben in hun antwoord op de klacht onder meer, kort en zakelijk samengevat, het navolgende doen aanvoeren: De artsen passen sedert 1976 laagfrequente warmte coagulatie toe en werken met lachgas en plaatselijke verdoving, door welke combinatie van technieken een optimaal veilige en aanvaardbare methode wordt bereikt, terwijl de hospitalisatie slechts enkele uren behoeft te bedragen. De kliniek beschikt over een adequate outillage. De kennis en kunde van de beide artsen, die beiden als wetenschappelijk medewerker zijn verbonden aan de Rijksuniversiteit te C en aldaar anderen opleiden, wordt alom erkend. Door al deze factoren is de kans op complicaties te verwaarlozen klein. Indien zich al een complicatie zou voordoen, zou de arts A, die een jarenlange ervaring heeft en regelmatig bij buikoperaties assisteert, tot ingrijpen in staat zijn. Voorts kan in geval van een complicatie binnen zeer korte tijd een ziekenhuis worden bereikt.

4. Bij nadere brief van 10 juli 1978 heeft klager bij zijn klacht gepersisteerd, daartoe onder meer aanvoerend dat de kans op levensbedreigende complicaties, hoewel klein, niet uitgesloten is en in zo'n geval de mogelijkheden om doeltreffende maatregelen te treffen onvoldoende aanwezig zijn omdat:
- vervoer naar een algemeen ziekenhuis te lang kan duren,
- in de kliniek onvoldoende mogelijkheden zijn voor een buikoperatie, immers noch een gynaecoloog, noch een chirurg, noch een anesthesist aanwezig is,
- geen werkverband met specialisten van een algemeen ziekenhuis bestaat.

5. Bij nadere brief van 13 september 1978 hebben de artsen bij hun standpunt doen persisteren, nogmaals stellend dat de kans op ernstige

complicaties in de kliniek door de toegepaste technieken en dankzij de kennis en kunde van de artsen bijzonder gering is.
6. Bij brief van 24 januari 1977 heeft klager nog enige stukken overgelegd met betrekking tot de behandeling van een patiënte in de kliniek. Klager heeft ter zitting verklaard dat deze stukken ad informandum zijn overgelegd en dat hij te dier zake geen afzonderlijke klacht zal indienen.
7. Ter zitting van het College heeft klager nogmaals uitdrukkelijk gesteld dat de klacht zich niet richt tegen de wijze waarop de ingreep door de artsen wordt verricht en is door klager nogmaals verklaard dat de kennis, kunde en ervaring van de artsen niet in twijfel wordt getrokken. Waar het de klager om gaat is uitsluitend dat zich complicaties kunnen voordoen en dat de onderhavige kliniek onvoldoende is uitgerust om als dan in te grijpen nu noch een gynaecoloog, noch een chirurg, noch een anesthesist, noch een cardioloog aanwezig is. Voorts heeft klager er nogmaals op gewezen dat geen werkverband met een ziekenhuis bestaat. Door klager is ter zitting nog eens erkend dat de kans op complicaties gering is, en met name geringer is dan bij het verrichten van een abortus. Door klager is echter aangevoerd dat ingrepen waarbij het lichaam wordt geopend altijd in een algemeen ziekenhuis behoren te worden verricht.

8. Ter zitting van het College hebben de artsen nog overgelegd een verklaring, ondertekend door een drietal vrouwenartsen werkzaam bij het C. Ziekenhuis te B, waaruit blijkt dat deze vrouwenartsen te allen tijde bereid zijn om medische complicaties voortvloeiend uit ingrepen in de kliniek op te vangen. Door de artsen is ter zitting voorts overgelegd een brief van de Gemeentelijke Geneeskundige- en Gezondheidsdienst B met een daarbij gevoegd overzicht van rijtijden, waaruit blijkt dat bij diverse proefnemingen veelal minder dan vijf minuten en steeds minder dan zes minuten verliepen tussen het tijdstip van melding en de aankomst van een ambulance bij het C Ziekenhuis na van de standplaats via de kliniek daarheen te zijn gereden.

9. Ter zitting is door de artsen nog verklaard dat zij beiden de enigen zijn die in de kliniek sterilisatie verrichten en dat zij steeds beiden in de kliniek zijn indien deze ingrepen worden verricht. Zij hebben voorts aangevoerd dat zij sterilisaties uitsluitend in de ochtenduren doen zodat een, ingeval van een ernstige complicatie noodzakelijk, vervoer van een patiënte naar een ziekenhuis niet door een spitsuur kan worden vertraagd. Zij hebben voorts nog gesteld dat zij tot dusverre 566 sterilisaties op de door hen beschreven wijze hebben uitgevoerd zonder dat van een, ernstige, complicatie is gebleken. Zij hebben gemotiveerd betwist dat als vaststaand zou mogen worden aangenomen dat het door klager bedoelde defectje in de dunne darm bij een in de kliniek gesteriliseerde patiënte bij de sterilisatie is ontstaan.

10. Gelet op al het voorgaande is het College van oordeel dat onvoldoende grond aanwezig is om aan te nemen dat de artsen zich schuldig maken aan handelingen die het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnen. Het College neemt daarbij in aanmerking dat de kennis, kunde en ervaring van de beide artsen door klager niet in twijfel is getrokken. Op grond van de door de artsen verschafte, door klager niet betwiste, inlichtingen moet het College er van uitgaan dat de kans op ernstige, levensbedreigende, complicaties zeer gering moet worden geacht. Het College is voorts van oordeel dat de artsen passende voorzieningen hebben getroffen voor het geval van, blijkens het voorgaande sporadisch te verwachten, complicaties, in welk geval patiënten door de drie vrouwenartsen van het C Ziekenhuis in behandeling zullen worden genomen. Het College neemt op grond van de hiervoor in alinea 8 bedoelde brief van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst B aan dat patiënten in noodgevallen in enkele minuten in dit ziekenhuis kunnen zijn. Het College acht dit aanvaardbaar nu met de aanvang van de behandeling van een patiënte door de in consult te roepen specialist in een algemeen ziekenhuis nauwelijks minder tijd zal zijn gemoeid. In verband hiermede kan aan de kliniek in redelijkheid niet de eis gesteld worden dat een gynaecoloog, een chirurg, een anesthesist of een cardioloog steeds aanwezig is.

11. Het College merkt nog op dat het onvoldoende basis ziet voor het standpunt van klager dat sterilisatie, op de, als zodanig niet bestreden, hiervoor weergegeven wijze waarop, en de hiervoor vermelde omstandigheden waaronder, de artsen deze ingreep verrichten niet in een kliniek zou mogen geschieden, terwijl het verrichten van abortus – bij welke ingreep de kans op ernstige complicaties aanzienlijk groter is, zoals klager ter zitting heeft erkend en de artsen met cijfers hebben geadstrueerd – wel in een kliniek, en ook in de onderhavige kliniek, wordt toegestaan. Met name ziet het College onvoldoende aanknopingspunt voor het standpunt van klager dat beslissend is of het lichaam wordt geopend – hetgeen bij sterilisatie wèl het geval en bij abortus niet het geval is – in die zin dat ingrepen waarbij het lichaam wordt geopend slechts in algemene ziekenhuizen mogen worden verricht. In ieder geval is het College van oordeel dat zo dit standpunt van klager wenselijk zou worden geacht navolging van dit standpunt niet door toepassing van de Medische Tuchtwet kan worden afgedwongen doch dat daartoe ingrijpen van de Wetgever noodzakelijk zou zijn.

12. Gelet op al het voorgaande dient de klacht te worden afgewezen.

13. Het College is van oordeel dat het algemeen belang bekendmaking van deze beslissing vordert.

Rechtdoende in naam der Koningin!
Wijst de klacht af.
Bepaalt dat uit 's Rijks kas aan klager of de persoon over wie geklaagd is, geen kosten voor hen uit de behandeling van de zaak voortvloeiend zullen worden vergoed.
Gelast de bekendmaking van deze beslissing met inachtneming van het bepaalde in artikel 13b van de Medische Tuchtwet door toezending aan het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Afdeling Externe Betrekkingen, ter plaatsing in de Staatscourant en door toezending aan de redacties van het Nederlands Tijdschrift van Geneeskunde, Medisch Contact en het tijdschrift Gezondheidsrecht met het verzoek tot plaatsing.

Aldus gewezen op 31 januari 1979 door: Mr. B. Pronk, plv. voorzitter; N. P. M. van Wayenburg en Dr. Y. van der Wielen, leden-geneeskundigen; Dr. H. F. Heins en A. Hustinx, plv. leden-geneeskundigen; bijgestaan door Mr. H. P. Utermark, secretaris.

medisch contact

nr. 33 – 17 augustus 1979
34e jaargang

officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht. Telefoon 030-885411 (twaalf lijnen). Postgironummer 58083; AMRO-banknummer 45 64 48 969.

Dagelijks bestuur	H. Hoencamp, voorzitter; Dr. E. J. C. Lubbers, ondervoorzitter; D. B. Kagenaar, N. A. Meursing, Dr. J. G. Verhoeven, leden; J. W. Jacobze (voorzitter LHV), J. W. H. Garvelink (voorzitter LAD) en Dr. A. Kastelein (ondervoorzitter LSV), adviserende leden.
Secretariaat	J. Diepersloot, secretaris-generaal; secretarissen: Mr. W. B. van der Mijn, Dr. H. Roelink, Mr. B. Schultsz; N. G. Huetink, hoofd van de administratie. Onder het secretariaat ressorteren o.a.: De Afdeling Ledenbemiddeling (waaronder Het Bureau voor Waarneming en Vestiging), De Afdeling Comptabiliteit, Het Ledenregister, De Afdeling Buitenland, De Permanente Commissie Doktersassistenten, De Commissie Geneeskundige Verklaringen.
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)	Mr. N. de Graaff, directeur; Mw. J. de Graaf, informatrice.
Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)	Mr. H. J. Overbeek, directeur; Mw. G. A. C. Enzerink, secretaresse.
Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)	Mr. W. G. van der Putten, directeur; Mw. J. C. Steenbrink, secretaresse.
Specialisten Registratie Commissie (SRC)	Dr. D. Wolvius, secretaris; Mw. G. G. A. Brunger, chef de bureau.
Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)	Mw. Mr. P. Swenker, secretaris; Mw. A. v. Zwol-Oostveen, secretaresse. Bureautijden 8.30-12.30 uur.
Huisarts Registratie Commissie (HRC)	J. I. van der Leeuw, secretaris; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.
Stichting Nascholing Huisartsen (SNH)	J. I. van der Leeuw, centrale coördinator; Mw I. Koers, secretaresse.
Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (CC) **College voor Sociale Geneeskunde (CSG)** **College voor Huisartsgeneeskunde (CHG)**	Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris; Mw. E. M. Dekker-Meelker, secretaresse.
Stichting Ondersteuningsfonds (OF)	H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, 2861 CB Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.
Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)	Drs. S. Duursma, directeur; J. van Elzelingen Skabo-Brun, onderdirecteur; Mw. E. M. Schelema de Heere, secretaresse.
Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (SBA)	J. M. G. Hoes, directeur; Mw. Mr. H. J. M. van Boxtel, directiesecretaris; Ellen van der Woude, secretaresse. Telefoon 030-887021 en 885411.

LAD

van het centraal bestuur

Jaarverslag 1978

1. Inleiding

Terugkijkend naar het jaar 1978 kan worden geconstateerd dat het arbeidsvoorwaardenbeleid, dat het centraal bestuur sinds het bijzonder ledencongres van september 1975 is begonnen, zich heeft voortgezet in de richting van de belangenbehartiging door middel van collectieve arbeidscontracten.
Op het eind van het verslagjaar was de LAD overlegpartij bij drie CAO's in de gezondheidszorg. De tijd lijkt achter ons, dat de arts in dienstverband afzonderlijk op basis van vage normen of op basis van marktwaarde met zijn nieuwe werkgever moet onderhandelen over het gehele pakket van zijn arbeidsvoorwaarden. Terwijl het bedrijfsleven al tientallen jaren CAO'S kent, is dit verschijnsel nu pas doorgedrongen naar dat deel van de zogenaamde non-profit sector, dat gezondheidszorg heet. De overheid kijkt met argusogen naar deze sector, waarin voor vele miljarden guldens wordt verloond. Deze overheid doet nu met kracht pogingen om vat te krijgen op deze belangrijke salarispost. De krantenberichten over het gevecht rondom het al of niet volgen van de trendkorting en aftopping zijn hiervoor voldoende indicaties; in wezen gaat het hier om voorhoede-schermutselingen. De echte veldslag moet nog plaatsvinden. Dit moet al een voldoende reden voor de LAD zijn om een hechte vereniging met een hoge organisatiegraad te blijven. Uiteraard zullen het centraal bestuur en de juristen van de LAD de nodige aandacht blijven schenken aan de individuele problematiek van de leden.

2. Individuele ledenservice

Naast de beleidsvoorbereiding en uitvoering van het beleid van het centraal bestuur, was het bureau belast met het verlenen van advies en bijstand aan leden der vereniging.
Ongeveer 250 leden bezochten het bureau voor juridisch advies en bijstand. Het bureau gaf ongeveer 2.500 telefonische adviezen en verzond 1.490 brieven en 700 salarisrichtlijnen. De LAD-juristen besteedden ongeveer 50% van hun dagtaak aan het geven van rechtshulp en advies aan individuele leden; de andere 50% werd besteed aan de voorbereiding van collectieve regelingen, e.d.
De LAD is als representatieve organisatie bevoegd tot het stellen van kandidaten voor ondernemingsraden en medezeggenschapscommissies. 81 Instellingen verzochten de LAD gedurende dit verslagjaar kandidaten te stellen. Bij deze 81 instellingen waren 378 leden werkzaam, die via bemiddeling van Mw. S. W. aan 't Goor benaderd werden. 15 Leden verklaarden zich bereid zich kandidaat te stellen, 8 leden werden verkozen als lid van de ondernemingsraad en 13 leden werden gekozen in medezeggenschapscommissies.

3. Collectieve regelingen van arbeidsvoorwaarden voor artsen in dienstverband

A. *Intramurale gezondheidszorg*

CAO-Ziekenhuiswezen
De eerste maanden van 1978 waren niet zonder spanning en risico. De vorige CAO was per 31 december 1977 beëindigd en de daaropvolgende CAO was nog niet getekend. Er waren tussen NZR en werknemersorganisaties verschillen van inzicht over arbeidscontracten voor onbepaalde tijd voor leerling-verpleegkundigen en over de berekening van de loontrend. Het kabinet verzocht tot matiging van de door deze CAO veroorzaakte meerkosten en bepleitte een korting op de trend. Dit ging niet door op grond van eerder in het COAZ gemaakte afspraken. Met name de invoering van een collectieve ziektekostenverzekering kostte ongeveer 10 miljoen gulden extra. Een groot probleem vormde het uitgangspunt van de NZR, dat wel over wijzigingen in de CAO kon worden onderhandeld indien deze tenminste geen extra geld zouden kosten. Uiteindelijk vond men elkaar in een nieuwe tekst. Belangrijke wijzigingen voor de LAD waren: de invoering van de collectieve ziektekostenverzekering en de speciale paragraaf voor assistent-geneeskundigen in opleiding. Op 8 maart 1978 tekende ondervoorzitter K. Visser de CAO voor de jaren 1978/1979. De onderhandelingen werden gevoerd door Mr. W. G. van der Putten en Mw. Mr. P. Swenker.

Functiewaardering
In opdracht van de NZR en na overleg met overige CAO-partijen hield het bureau Bakkenist, Spits & Co zich met het opzetten van een functiewaarderingssysteem bezig voor de intramurale gezondheidszorg. Dit opzetten kan beter worden beschreven als het aanpassen van het Bakkenist-systeem,zoals dat voor het bedrijfsleven is gemaakt, aan de specifieke kenmerken van de intramurale gezondheidszorg. Daartoe werden in een aantal instellingen zogenaamde veldonderzoeken verricht. Eind 1978 leverde het bureau het aangepaste systeem op; hierover werd de daaropvolgende maanden onderhandeld door CAO-partijen. Het belangrijkste doel van het functiewaarderingssysteem was het maken van een nieuwe salarisstructuur: de feitelijke functie wordt volgens het Bakkenist-systeem 'gewogen' en levert een aantal punten op, dat uiteindelijk tot het salarisniveau leidt. Dit plan is bedoeld voor alle functies, inclusief de academische functies, maar uitgezonderd de directiefuncties. Voor deze laatste groep is een ander systeem (Hay) in onderzoek. De keuze voor Hay is overigens eenzijdig door de NZR gedaan. De NZR dreigt hiermee op een glibberig pad te geraken. De NZR maakt de indruk hiermee aan belangenbehartiging voor ziekenhuisdirecteuren te doen, hetgeen niet tot haar statutaire doelstelling behoort. Ondanks haar verwarrende naam (Ziekenhuisraad lijkt erg op Ziekenfondsraad, die wel een adviesraad voor de regering is), is de NZR een vereniging van ziekenhuizen om de belangen van de ziekenhuizen te behartigen. De belangenbehartiging van de ziekenhuisdirecteuren is, voorzover zij arts zijn, aan de LAD toevertrouwd.
Voor de LAD is het onderscheid in functiewaarderingssysteeem tussen medisch directeur en medisch specialisten (in

dienstverband), zoals nu door de NZR gemaakt, onaanvaardbaar. Op zich kan functiewaardering een goede wijze zijn om tot een adequate salariëring te geraken, mits het systeem voor alle functies geldt en voor alle functies geschikt is, aldus de mening van het centraal bestuur.

Collectieve ziektekostenverzekering
Als belangrijk onderdeel van de CAO werd de collectieve ziektekostenverzekering geïntroduceerd. De LAD adviseerde haar leden hierin deel te nemen, gelet op de relatief lage premie voor de werknemers en het goede pakket van verzekerde voorzieningen.

(Over)werktijden voor assistent-geneeskundigen
Op verzoek van de LAD werd een COAZ-werkgroep ingesteld, die de problemen rond de werktijden, overwerk en wachtdiensten voor assistent-geneeskundigen moest onderzoeken. De bevindingen van deze werkgroep, die uiteindelijk werden vastgelegd in een speciale paragraaf van de CAO, betreffen: een bepaling van het begrip 'werktijd', de verwevenheid tussen opleiding en werktijd en het afgrenzen van het aantal werkuren. De 'normale werkweek' voor een assistent-geneeskundige in opleiding ligt nu tussen de 40 à 50 uur en voor de assistent-geneeskundige niet in opleiding op 40 uur. Hierboven dient een overwerkvergoeding te worden gegeven.

Meerkosten CAO
In tegenstelling tot 1977 ontbrak in 1978 de toestemming van de staatssecretaris om de meerkosten van de CAO betreffende alle assistent-geneeskundigen in de verpleegprijs te verdisconteren. Het gaat hier om een bedrag van ± 15 miljoen gulden, waarboven nog eens 15 miljoen gulden, veroorzaakt door de verplichte deelname in het PGGM, moet worden bijgeteld. De staatssecretaris stelde dat zij eerst het overleg tussen ziekenfondsen, particuliere verzekeraars en de LSV hierover wilde afwachten. Dit overleg leidde echter niet tot resultaten.

Professionele statuten
Veel tijd en energie werd besteed aan de professionele statuten, één voor specialisten in dienstverband en één voor verpleeghuisartsen. Het professioneel statuut voor specialisten werd voorbereid in de commissie-Specialisten in Dienstverband onder voorzitterschap van K. Visser, terwijl het professioneel statuut voor verpleeghuisartsen geboren werd in een werkgroep onder voorzitterschap van Dr. E. van Leer, waarin ook leden van de Nederlandse Vereniging van VerpleeghuisArtsen zitting hadden. De LAD acht deze professionele statuten belangrijk voor het medisch onafhankelijk functioneren in dienstverband.

Model-opleidingsovereenkomst
Op initiatief van de LAD werd een gemeenschappelijke werkgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van LVAG, LSV, Geneeskundige Vereniging, Centraal College, SRC en LAD, belast met het maken van een landelijke model-opleidingsovereenkomst voor assistentgeneeskundigen in opleiding. Verwacht wordt dat de werkgroep in 1979 het model aan de deelnemende verenigingen zal presenteren. De CAO bevat de verplichting voor de ziekenhuizen om te bevorderen dat er een opleidingsovereenkomst komt.

Wachtassistentennorm
Het COZ besloot om de wachtassistentennorm uit 1941 na 37 jaren te verruimen met 6%. Deze verruiming levert evenwel geen feitelijke uitbreiding van het aantal wachtassistentenplaatsen op. De LAD meent dat dit dringend nodig is. De excessieve werktijden van de assistent-geneeskundigen – zie bijvoorbeeld het grote bedrag dat nu aan overwerkvergoedingen wordt uitbetaald – zouden dan kunnen worden teruggebracht tot meer gezonde en normale aantallen. Deze visie werd ingebracht in de werkgroep 'wachtassistentennorm' die de sectie ziekenhuizen van de NZR heeft ingesteld. De hoop wordt uitgesproken dat deze werkgroep spoedig zal rapporteren en dat diens bevindingen zullen worden geaccepteerd.

B. *Extramurale gezondheidszorg*

CAO-Kruiswerk en TBC-bestrijding
Per 16 oktober 1978 werd de LAD toegelaten tot het Overleg Arbeidsvoorwaarden Kruiswerk en TBC-bestrijding (OAKT). Dit Overleg streefde ernaar om op korte termijn een CAO voor deze sector af te sluiten (verwachting eind 1979). Namens de LAD trad als onderhandelaar op Mr. F. W. du Marchie Sarvaas.

Arbeidspositie consultatiebureau-artsen/sociale verzekeringsplicht

Per 1 januari werd door de bedrijfsvereniging de sociale verzekeringsplicht voor de consultatiebureau-artsen, uitgezonderd de huisartsen, ingevoerd. Dit leidde tot grote verwarring: onduidelijkheid onder de vele consultatiebureau-artsen of zij hieronder vallen, vragen wie hun werkgever zou zijn, onzekerheid of premiebetaling ook tot uitkeringsgerechtigheid zou leiden, etc. De LAD trachtte deze vragen te beantwoorden, hetgeen een vrijwel onoplosbare zaak zou zijn omdat het Koninklijk Besluit, waarop de sociale verzekeringsplicht berust, in juridisch opzicht hoogst merkwaardig is geconstrueerd en voorts de toepassing ervan door de bedrijfsvereniging ook onzorgvuldig is te noemen.

Dienstverband voor consultatiebureau-artsen
De reeds jaren levende onvrede onder de consultatiebureau-artsen over hun slechte rechtspositie, die door het invoeren van de sociale verzekeringsplicht nog meer werd vergroot, leidde opnieuw tot de roep naar een dienstverband. Over deze kwestie werd het advies van een advocaat, Mr. M. G. Rood, gevraagd; deze deelde de mening van de LAD-juristen dat het huidige 'freelance'-contract in juridisch opzicht een arbeidsovereenkomst is te achten.
Het centraal bestuur overwoog daarna deze mening te toetsen bij de rechter. Deze actie werd aangehouden teneinde de Nationale Kruisvereniging in de gelegenheid te stellen hierover een standpunt in te nemen. De LAD streeft ernaar dat de kwestie van het dienstverband in het jaar 1979 zijn beslag zal krijgen.

CAO-Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (AGGZ)
Het overleg over een CAO-AGGZ werd hervat, nadat enige tijd onduidelijkheid had bestaan over de werkgeversorganisatie; deze werd de Werkgeversvereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (vroeger NVAGG). Op basis van de reeds gemaakte concept-rechtspositieregeling werd verder onderhandeld (namens de LAD door Mw. Mr. P. Swenker) met het doel dat in 1979 een CAO tot stand zal

komen. De Samenwerkende Bonden van Overheidspersoneel (ABVA, KABO en NCBO) presteerden het om tijdens de onderhandelingen zonder enige voorkennis van de andere partijen de minister van Sociale Zaken te vragen een eigen afwijkende regeling van arbeidsvoorwaarden bindend te verklaren. Hiertegen werd actie ondernomen. Niet alleen alle andere bij het CAO-overleg betrokken werknemersorganisaties, maar ook de werkgeversorganisatie dienden bij de minister bezwaarschriften in. Hierdoor werd de bindend verklaring – voorlopig – geblokkeerd.

4. Sociaal-geneeskundigen

Rapport 'Plaats van de sociale geneeskunde in de gezondheidszorg'
Door de besturen van LAD en ANVSG werd in 1974 een gemeenschappelijke Taakgroep ingesteld om een aanvulling op de Structuurnota Gezondheidszorg 1974 te schrijven. De taakopdracht was: 'De Taakgroep stelt zich ten doel om vanuit een fundamentele discussie over de positie van de sociaal-geneeskundige in de Nederlandse gezondheidszorg: a) aanvulling te zoeken bij de Structuurnota Gezondheidszorg 1974 betreffende de sociaal-geneeskundige en de onderdelen van de sociale geneeskunde ieder voor zich en de verhouding tot elkaar; b) suggesties te doen over de wijze waarop de gesignaleerde knelpunten in de bestaande structuur kunnen worden opgelost.
De Taakgroep rapporteerde in december 1977 aan de besturen, die daarna discussieerden over de inhoud ervan. In april 1978 werd het eindrapport uitgebracht waarin de opmerkingen van de besturen waren verwerkt. Deze versie werd opnieuw besproken in een overleg tussen LAD en ANVSG op 22 juni, tijdens dit overleg is besloten om het rapport in deze vorm als discussienota voor publikatie vrij te geven (Medisch Contact nr. 37/1978 en Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde nr. 18/1978.) Het centraal bestuur is de leden van de Taakgroep erkentelijk voor hun energie en inbreng (26 vergaderingen) en in het bijzonder de secretaris, Mr. F. W. du Marchie Sarvaas (medewerker bureau LAD).

LVSG
Een KNMG-commissie 'Voorbereiding van de oprichting van de Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen' (LVSG), waarin namens de LAD J. W. H. Garvelink zitting had, bracht een rapport uit dat op 22 september door de ledenvergadering van de KNMG werd geaccepteerd. Hiermee werd in principe besloten tot de oprichting van een vierde maatschappelijke vereniging en wel voor sociaal-geneeskundigen. Een voorlopig bestuur zal als HB-commissie de LVSG gaan oprichten. Het LAD-bestuur, niet overtuigd van de noodzaak van deze nieuwe vereniging, bleef de ontwikkelingen kritisch volgen.

Jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen
Het grote verloop onder de consultatiebureau-artsen, veroorzaakt door de relatief ongunstige rechtspositie, had zijn consequenties voor de continuïteit en daardoor voor de kwaliteit van de jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen. De LAD spande zich in om deze oorzaak weg te nemen. Zie verder in het verslag over het Kruiswerk.

Arbeids- en Bedrijfsgeneeskundigen
Ontworpen werd een model voor een rechtspositieregeling voor bedrijfsartsen en andere werknemers, werkzaam bij een privaatrechtelijke bedrijfsgeneeskundige dienst.

GAK- en GMD-artsen
Ondanks het lidmaatschap van de GMD-artsen van de NCHP lukte het nog niet dat deze Centrale aan de onderhandelingstafel voor de GMD-CAO zou zitten. Wel bleef de subsidieregeling voor de NCHP-contributie gehandhaafd.

5. Universitaire artsen

Regeling extra-honorering medisch wetenschappelijk corps
De voorstellen van ex-staatssecretaris Klein, bevattende een afschaffing van de vrije praktijk en daarvoor in de plaats een beperkte 'ambtelijke' toelage, verkregen niet de instemming van de belanghebbende artsenorganisaties en ook niet van hun directe werkgevers. Beide groeperingen stelden werkgroepen in, die alternatieve regelingen zouden ontwerpen. De artsen vonden zich in een KNMG-werkgroep, die bestond uit vertegenwoordigers van LAD, LSV, VMWO en LAAZ; de werkgevers formeerden een werkgroep van bestuurs- en directieleden van academische ziekenhuizen en van de universiteiten. Al spoedig bleek dat beide werkgroepen voor een extrahonoreringsregeling uitkwamen op twee alternatieve varianten, namelijk een ambtelijke toelage en een niet-ambtelijke toelage. Over de inhoud hiervan verstuurde het LAD-bestuur een aparte informatie-circulaire aan alle leden in universitair dienstverband.
In september sprak de minister van Onderwijs en Wetenschappen, dr. A. Pais, met beide werkgroepen en stelde voor dat beide vóór 1 november alternatieve voorstellen bij hem zouden indienen. Voorts wilde hij ook de bezwaren tegen de regeling-Klein nog eens horen.
De KNMG-werkgroep diende een voorstel in dat een gemengd karakter droeg, namelijk een verbinding tussen de ambtelijke en de niet-ambtelijke toelage. De universitaire salarissen zouden moeten worden opgetrokken tot het inkomen van een arts in dienstverband in een particulier ziekenhuis (zogenaamd LAD-salarisniveau); daarboven een niet-ambtelijke toelage, bestaande uit een aandeel uit de inkomsten van particuliere declaraties volgens een vaste verdeelsleutel. Het voorstel van de werkgroep der besturen ging niet zover als die van de KNMG: het voorlopige standpunt hield in dat de academische ziekenhuizen het declaratierecht van de specialist overnemen en de inkomsten beheren. De opbrengsten worden vervolgens verdeeld ofwel via een ambtelijke ofwel via een niet-ambtelijke toelage. In de uitwerking van de variant 'ambtelijke toelage' wordt overigens ook een optrekking tot het LAD-salarisniveau voorgesteld. Bij het afsluiten van het verslagjaar was de officiële reactie van de minister op beide voorstellen niet bekend. Bij de behandeling van zijn begroting in de Tweede Kamer zijn over deze kwestie geen vragen gesteld, ook niet door het kamerlid G. Klein.

COPWO
In het Centraal Overlegorgaan Personeelszaken Wetenschappelijk Onderwijs (COPWO) werd tussen de minister van Onderwijs en Wetenschappen en de vijf ambtenarencentrales gedebatteerd over voornamelijk besnoeiingen in het wetenschappelijk onderwijs ('De Slanke Lijn-nota') maar ook over de prikklok, het rechtspositiereglement wetenschappelijk onderwijs, werkgelegenheidsaspecten, de nota 'Hoger Onderwijs voor Velen' (twee-fasen structuur),

de nevenwerkzaamheden, de democratisering van academische ziekenhuizen, het herbezettingsbeleid vacante kroondocentenplaatsen, de intentionele taakstelling en toewijzing 1979-1982 en 'Bestek '81.

6. Assistent-geneeskundigen

Verplichte deelname in PGGM
Het eenzijdige besluit van het PGGM-bestuur om per 1 januari 1979 de assistent-geneeskundigen in opleiding te laten deelnemen in dit pensioenfonds, bracht de onrust en de verwarring die was voorspeld. Het pensioenfonds botste met de LAD, de LVAG en de LSV en met de belanghebbenden zelf (zie Medisch Contact nr. 51/1977).
Inhoudelijke bezwaren: de functie van de assistent-geneeskundige in opleiding is niet institutioneel en permanent (dus 'tijdelijk'), de vijfjaarsclausule, die juist voor de groep assistent-geneeskundigen ongunstig werkt en de financiering van de pensioenpremie. En wat dit laatste betreft werd weer de oude fout gemaakt. Wederom was er geen regeling, namelijk geen beslissing om deze kosten in de ziekenhuistarieven op te nemen en de terechte weigering van de specialist/opleiders om deze voor hun rekening te nemen. De NZR (bestuurslid van het PGGM!), die nu voor de derde maal (zie noodvoorziening 1974 en de meerkosten CAO van 1976 tot heden) 'zich vergiste', zond een circulaire uit met het verzoek tot opschorting. Toen deze ziekenhuisvereniging in mei van de ziekenfondsen begreep dat de financiering wel rond kwam, werd het advies tot opschorting ingetrokken en prompt daarop begonnen de ziekenhuizen zelf de assistent-geneeskundigen in opleiding bij het pensioenfonds aan te melden. Maar opnieuw ging het fout. De mening van de ziekenfondsen was niet voldoende, omdat ook de particuliere en publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraars mee zouden moeten betalen, maar dat niet deden.
Tot op de dag van het opstellen van dit verslag is er nog geen oplossing voor het financieringsvraagstuk. Wel zijn de assistent-geneeskundigen in opleiding – tegen hun zin – deelnemer geworden.
Het centraal bestuur, geconfronteerd met de weigering tot overleg zijdens het pensioenfonds, besloot tot juridische acties tegen dit fonds. Dit kon uitsluitend door de belanghebbende assistent-geneeskundige zelf te laten procederen. De LAD-juristen stelden een model-beroepschrift op dat door een 60-tal assistent-geneeskundigen werd overgenomen en gestuurd werd naar de commissie van Beroep van het PGGM. Voorts gaf de LAD juridische en financiële bijstand bij een kantongerechtsprocedure. Beide procedures zouden gevoerd worden in 1979.

Overwerkregelingen
Naast de CAO-overwerkregeling voor assistent-geneeskundigen (zie elders) werd bereikt dat in een aantal gemeentelijke ziekenhuizen die buiten de CAO vallen, ook overwerkregelingen werden ingevoerd.

LVAG
De bestaande goede band tussen de Landelijke Vereniging van Assistent-Geneeskundigen (LVAG) en de LAD bleef gehandhaafd. De LVAG behartigt in de eerste plaats de functionele kanten (opleiding e.d.), terwijl aan de LAD de rechtspositionele belangenbehartiging is toevertrouwd. Een en ander legde het LVAG-bestuur neer in een brief aan de LAD en LSV.

Volontair assistenten
Het LAD-bureau bereikte signalen dat het vooroorlogse verschijnsel van de volontair assistenten aan het terugkomen was. In een aantal gevallen namen zij de plaats van gesalarieerde assistent-geneeskundigen in, vaak in die opleidingspraktijken waar de inkomsten te gering zouden zijn om de salariskosten van het gewenste aantal assistent-geneeskundigen op te brengen. Deze kwestie versterkt het standpunt van de LAD dat de financiële band (afhankelijkheid) tussen specialist-opleider en assistent-geneeskundige dient te worden doorgesneden.

7. Huisartsen in dienstverband

De besturen van LHV en LAD stemden in met de publikatie van het rapport van de commissie Huisartsen in Dienstverband (Medisch Contact nr. 48/1978). In dit rapport werd uitvoerig aandacht besteed aan de huisartsen, werkzaam bij een particulier of gemeentelijk gezondheidscentrum. Belangrijk onderdeel vormde hierbij een professionele code voor huisartsen in dienstverband, die waarborgen bevat voor het zelfstandig medisch functioneren in dienstverband.

8. Medisch directeuren

De in eerdere verslagen gereleveerde bezorgdheid over een positie van de medisch directeur bleef ook in 1978 bestaan. Vele geschillen in ziekeninrichtingen leidden tot ontslag of schorsing of andere rechtspositionele maatregelen betreffende de medisch directeur. Door de NZR werd een modelarbeidsovereenkomst gepubliceerd, dat geen genade vond in de ogen van de LAD. In dit verband werd een verbeterde versie door de LAD ontworpen.

9. Specialisten in dienstverband

In 1978 werd het proefjaar voor het invoeren van het dubbellidmaatschap LSV/LAD voor specialisten in dienstverband verlengd. De overgang van 'vrije vestiging' naar het dienstverband was naar de indruk van de LAD geringer dan vorige jaren. Een nieuwe commissie Specialisten in Dienstverband werd geformeerd, die zoveel mogelijk met de gelijknamige commissie van de LSV zal vergaderen.

10. Federatie van verenigingen van Hogere functionarissen in Ziekeninrichtingen

De FHZ, die een belangrijke overlegtaak heeft voor de arbeidsvoorwaarden van hoger personeel in de intramurale gezondheidszorg, vergrootte haar draagvlak doordat drie nieuwe verenigingen, de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie (NVKC), de Nederlandse Vereniging van Pedagogen, Onderwijskundigen en Andragologen (NVO) en de Vereniging van Hoger Personeel in de Gezondheids- en Bejaardenzorg (VHPGB) toetraden. Hiermede was het aantal participerende verenigingen 7 + 1 waarnemende vereniging (Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica, NVKF). Plannen werden gemaakt dat de FHZ tot een koepelorganisatie zou uitgroeien; ongetwijfeld zal dit een strakkere organisatie met zich meebrengen. De voorzitter

van de FHZ, Z.S. Stadt, in 1978 tevens voorzitter van de LAD, bestempelde de samenwerking binnen de federatie als constructief en plezierig. Eveneens werd gewerkt aan het uitbreiden van het werkterrein van de federatie.

11. Buitenlandse aangelegenheden

De LAD participeerde direct in de Fédération Européenne des Médeçins Collectivités en in de Permanent Working Group of European Junior Hospital Doctors (PWG) en indirect in het Comité Permanent. De PWG publiceerde handzame informatieboekjes per land voor artsen, die in een ander Europees land willen gaan werken, alsmede een nota die een Europese opleiding voor medisch specialisten bepleit. Deze publikaties zijn verkrijgbaar bij de LAD.

12. Doorverbinding naar vakcentrales

De Centrale voor Hogere Ambtenaren (CHA)
Het centraal bestuur van de CHA berichtte dat het niet langer verantwoord meer was de bijzondere contributieregeling, die in 1976 tussen CHA en LAD was getroffen, in 1979 te handhaven. Deze bijzondere contributie-afspraak hield in dat uitsluitend die LAD-leden in overheidsdienst, die contribueerden in de D en E klassen, naar de CHA werden doorverbonden. De CHA meende nu dat in principe alle LAD-leden in overheidsdienst (± 3.400) in verloop van tijd zouden worden doorverbonden.
Het standpunt van het LAD-bestuur was dat een gehele doorverbinding voor de Vereniging van wezenlijke aard was, maar dat de consequentie ervan was dat een aanmerkelijk deel van de LAD-begroting zou moeten worden besteed aan de veroorzaakte meerkosten. Gelet op de noodzakelijke proportionele relatie tussen kost en rendement, besloot het LAD-bestuur dat vastgehouden zou moeten worden aan de eerder gereleveerde afspraak van 1976.

Inmiddels werden contacten gelegd met het Ambtenarencentrum (AC). Uit ingewonnen informatie bleek dat deze Centrale een beleid voert dat veelal congrueert met dat van de CHA. Het AC telt ruim 100.000 leden in alle categorieën van ambtenaren, is politiek onafhankelijk en heft een contributie, die een fractie is van de totale CHA-contributie.
De penningmeester van de LAD berekende dat het mogelijk was om *alle* LAD-leden in overheidsdienst door te verbinden naar het AC, terwijl de totaalkosten beduidend minder zouden zijn ten opzichte van de huidige CHA-regeling. Op grond hiervan besloot het centraal bestuur om de ledenvergadering voor te stellen een machtiging af te geven om die rechtsverhandelingen te verrichten die leiden tot het beëindigen van het lidmaatschap van de CHA per 1 januari 1980 en het gelijktijdig verwerven van het lidmaatschap van het AC. De ledenvergadering gaf deze machtiging. Op 22 december berichtte het centraal bestuur aan de CHA dat het lidmaatschap met ingang van 1 januari 1980 werd opgezegd, een en ander onder voorbehoud van bekrachtiging van de ledenvergadering in het najaar van 1979.

NCHP
Gedurende het verslagjaar bleef de regeling van kracht inhoudende dat de LAD-leden die behoefte hebben aan een lidmaatschap van de Nederlandse Centrale van Hoger Personeel, een tegemoetkoming krijgen in de daarmee verbonden contributielasten. Van deze regeling maakte een groot aantal verzekeringsgeneeskundigen, werkzaam bij de GMD en een aantal bedrijfsartsen gebruik. De resterende gelden van het fonds van *f* 30.000,— bleven gereserveerd voor het bestrijden van de kosten, verbonden aan een eventuele procedure, zoals afgesproken met de Vereniging van GMD-artsen.

De LAD als vereniging

Ledenvergadering
De ledenvergadering van 21 oktober besloot:
- de concept-Statuten en het Huishoudelijk Reglement van de LAD goed te keuren;
- het centraal bestuur te machtigen rechtshandelingen te verrichten, die leiden tot het beëindigen van het lidmaatschap van de CHA en het verwerven van het lidmaatschap van het Ambtenarencentrum. Dit zal gelijktijdig moeten gebeuren en wel per 1 januari 1980, onder voorbehoud van bekrachtiging van de ledenvergadering in het najaar 1979;
- het centraal bestuur te machtigen om overleg te plegen over de structuurwijziging van de FHZ;
- de contributie vast te stellen op het niveau van 1978 onder goedkeuring van de jaarrekening 1977;
- te benoemen J. H. W. Kemperman en H. R. E. de Wild tot leden van het centraal bestuur;
- de aangepaste salarisrichtlijnen 1978 goed te keuren.

In de jaarrede van de voorzitter Z.S. Stadt werd aandacht besteed aan de medische onafhankelijkheid van de arts in dienstverband, de werkbelasting van de assistent-geneeskundige, 'Bestek '81', de consultatiebureau-artsen, de LVSG, de regeling-Klein en de positie van de vrouwelijke arts in dienstverband. Vooral de twee laatste onderwerpen werden door de pers uitgebreid overgenomen.

Het aantal leden van de LAD bedroeg ultimo december 1978: 7117.

Het centraal bestuur
Het centraal bestuur bestond in 1978 uit: Z. S. Stadt (voorzitter), J. W. H. Garvelink (ondervoorzitter), K. Visser (ondervoorzitter), Dr. E. van Leer (secretaris/penningmeester), H. R. Beukers, A. L. Bouma, J. J. R. Buirma, G. H. Kranendonk, C. La Lau, F. M. T. Rasker, Dr. B. Sangster, E. L. Vrijland, J. H. de Waal Malefijt, Dr. P. A. Ykelenstam, H. R. E. de Wild (opvolger van R. A. Francken) en H. F. Aarts (waarnemer LVAG).
Adviserende leden: Dr. J. G. Verhoeven (HB), E. Iwema-Bakker (plv. HB), H. C. J. Leusink (LHV), A. C. J. Gerritsen (plv. LHV), A. M. van der Heyden (LSV), F. S. K. Scholl (plv. LSV), Dr. C. J. Jonkman (ANVSG) en H. T. Kijlstra (plv. ANVSG).
Tot voorzitter voor 1979 werd gekozen: J. W. H. Garvelink en tot ondervoorzitters: K. Visser en F. M. T. Rasker; H. R. Beukers werd gekozen tot secretaris/penningmeester.

Indeling in commissies en werkgroepen
De LAD werd in het hoofdbestuur der KNMG vertegenwoordigd door: Z. S. Stadt, J. W. H. Garvelink en K. Visser (plv.); in het centraal bestuur der LHV door: G. H. Kranendonk en J. H. de Waal Malefijt (plv) en in het centraal bestuur der LSV door: K. Visser en E. L. Vrijland (plv.).

In de studiecommissie vestigingsbeleid nam zitting: E. L.

Vrijland en in de commissie regionalisatie: J. W. H. Garvelink. De LAD werd in de commissie kwaliteitsaspecten van de medische beroepsuitoefening vertegenwoordigd door: G. H. Kranendonk.

In de KNMG/NVVA-commissie positie verpleeghuisartsen nam zitting: Dr. E. van Leer.

Buitenlandse aangelegenheden werden verzorgd door: Dr. B. Sangster, Mw. Mr. P. Swenker, M. Gerretsen en E. L. Vrijland (plv.); de werkgroep Junior Ziekenhuisartsen door: M. Gerretsen, Mr. W. G. van der Putten en E. L. Vrijland (plv.)

De AMWOO werd gevormd door: Prof. Dr. F. A. Nelemans, Prof. Dr. F. Schwartz, Dr. H. M. J. Krans, H. H. P. J. Lemkes, Dr. E. van Leer, W. Weimar, Dr. B. Sangster, F. M. T. Rasker, Dr. H. van Kessel, Dr. P. J. van Elk, Prof. Dr. C. F. Hollander, Dr. Th. H. Rozijn, Mw. I. C. G. Roos, Dr. F. A. F. M. Chamuleau, Mr. W. G. van der Putten en Mr. F. W. du Marchie Sarvaas.

In het hoofdbestuur der VMWO had namens de LAD zitting: Dr. B. Sangster.

In de sector HFO der CHA nam deel: J. W. H. Garvelink. In het sectorbestuur WO der CHA nam deel: Mw. Dr. A. J. M. van Beusekom-Kits van Heijningen.

De vertegenwoordiging in het COPWO bestond uit: Mr. W. G. van der Putten en Mr. F. W. du Marchie Sarvaas (plv.); F. M. T. Rasker trad als deskundige op.

In het centraal bestuur der CHA had zitting: J. W. H. Garvelink. De salaris- en pensioencommissie bestond uit: M. C. de Haan (voorzitter), T. Landheer, Dr. Th. H. Rozijn, Dr. B. Sangster, Dr. C. K. J. Kaaijk, Dr. E. van Leer en Mr. F. W. du Marchie Sarvaas.

Per ultimo 1978 werd de commissie specialisten in dienstverband LAD gevormd door: K. Visser (voorzitter), Dr. B. Sangster, E. L. Vrijland, Dr. E. van Leer, C. R. Vonk, A. P. J. Höppener en Mw. Mr. P. Swenker.

De commissie huisartsen in dienstverband werd gevormd door: M. C. de Haan, Mw. Mr. P. Swenker en K. Schouwstra (adviseur), alsmede F. Pasdeloup (LHV), Mr. N. de Graaf (LHV) en S. van Randen (LHV plv.).

Het centraal bestuur werd in het COAZ vertegenwoordigd door: Mr. W. G. van der Putten en Mw. Mr. P. Swenker (plv.); in het COAGZ door: Mw. Mr. P. Swenker en Mr. W. G. van der Putten (plv.).

In de FHZ was de LAD vertegenwoordigd door: Z. S. Stadt, Dr. P. A. Ykelenstam, E. L. Vrijland, Mr. W. G. van der Putten en Mw. Mr. P. Swenker.

In het bestuur Instituut Ziektekostenvoorziening Ziekenhuiswezen werd de LAD vertegenwoordigd door: Mr. W. G. van der Putten en Mw. Mr. P. Swenker (plv.).

In het hoofdbestuur ANVSG had namens de LAD zitting: H. R. Beukers.

In de SGRC namen zitting: Dr. A. E. Leuftink en A. L. Bouma (plv.).

In het college voor Sociale Geneeskunde: E. van de Weg, H. R. Beukers, J. J. R. Buirma (plv.). en H. Voorzanger (plv.).

De taakgroep sociale geneeskunde werd gevormd door: J. J. R. Buirma, Dr. C. K. J. Kaaijk, N. A. Meursing, E. van de Weg, Dr. J. H. Baaij, W. H. van Dijk, H. T. Kijlstra en Mr. F. W. du Marchie Sarvaas.

In het voorzittersoverleg LAD/LSV/NZR, sectie ziekenhuizen namen deel: K. Visser, Mr. W. G. van der Putten en J. W. H. Garvelink (plv.).

De vertegenwoordiging der LAD in de commissie assistentgeneeskundigen (commissie-Rang) bestond uit: F. M. T. Rasker, Mr. W. G. van der Putten, C. La Lau, K. Visser (plv.) en Mw. Mr. P. Swenker (plv.).

In de Centrale Raad voor de Volksgezondheid nam zitting: A. L. Bouma (plv.) en in het college voor ziekenhuisvoorzieningen: K. Visser.

De LAD-vertegenwoordiging in de bedrijfscommissie voor het ziekenhuiswezen werd gevormd door Mw. Mr. P. Swenker en Mr. W. G. van der Putten (plv.).

In de commissie wachtassistentie namen zitting: R. van Mechelen en Mw. Mr. P. Swenker.

In het AOG nam deel: W. H. van Dijk en Prof. Dr. D. W. van Bekkum (plv.).

In de begeleidingscommissie regionaal overleg ziekenfondsen, ziekenhuizen, medische staven nam Z.S. Stadt zitting. De redactiecommissie ledenbulletin werd gevormd door: F. M. T. Rasker, H. R. Beukers, J. J. R. Buirma, Mr. W. G. van der Putten en Mw. B. de Leeuw.

In het overlegorgaan PAOG nam deel: E. van de Weg.

In de werkgroep AGIO namen deel: Z. S. Stadt, F. M. T. Rasker en Mr. W. G. van der Putten.

Het bureau

Per 15 maart 1978 werd Mw. Mr. L. M. Scholten-Spittuler als parttime juriste aangetrokken; zij is overwegend werkzaam voor de FHZ. Het bureau bestond verder uit: Mr. W. G. van der Putten (directeur), Mw. Mr. P. Swenker (juridisch medewerkster), Mr. F. W. du Marchie Sarvaas (juridisch medewerker), Mr. J. C. Steenbrink (secretaresse), Mw. B. de Leeuw (secretaresse) en S. W. aan 't Goor (secretaresse). Per 1 december 1978 nam Mw. B. de Leeuw ontslag in verband met verhuizing naar Swaziland.

Voor het centraal bestuur, dat dit verslag op 5 juli 1979 voor publikatie vrijgaf:

H. R. Beukers, secretaris/penningmeester.

LAD

Nieuw bestuur LVAG

Op 11 juli jl. is in Utrecht een nieuw bestuur gekozen van de Landelijke Vereniging van Assistent-Geneeskundigen. Voorzitter is Dr. A. C. Nieuwenhuyzen Kruseman, secretaris Fr. C. A. Jaspers en penningmeester D. B. van Egmond.

Adreslijst

H. F. Aarts, arts-assistent plastische chirurgie, Nijenrode 40, 1121 HR Landsmeer, tel. 02908-1352.

Mw. T. Eerenberg, arts-assistent neurologie, Kasteel Stryenstraat 31, 5037 HP Tilburg, tel. 013-683879.

D. B. van Egmond, arts-assistent chirurgie, Rochussenstraat 187-b, 3021 NR Rotterdam, tel. 010-761885.

M. Gerretsen, arts-assistent interne geneeskunde, Drie Joffergaarde 21, 3984 JW Odijk, tel. 03405-4103.

Mw. I. J. M. Harms, arts-assistent kindergeneeskunde, Groenewoudseweg 179, 5621 BG Eindhoven, Post: Sophia Kinderziekenhuis, Gordelweg, Rotterdam, tel. 010-656566.

Fr. C. A. Jaspers, arts-assistent interne geneeskunde, Livingstonelaan 698, 3526 JG Utrecht, tel. 030-888670, Werkadres: Kliniek voor Interne Geneeskunde, Academisch Ziekenhuis Utrecht, Catharijnesingel 101, Utrecht, tel. 030-379111, pieper 764.

van het centraal bestuur der LAD

Rechtsbijstand

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

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

Dr. A. C. Nieuwenhuyzen Kruseman, arts-assistent interne geneeskunde, Grunerielaan 11, 2343 AK Oegstgeest, tel. 071-154378, Werkadres: Afdeling Endrocrinologie, Academisch Ziekenhuis Leiden, tel. 071-147222.

Mw . E. Tilanus, arts-assistent psychiatrie, Aalberselaan 10-b, 3818 XM Amersfoort, tel. 033-14434.

K. Snabel, arts-assistent chirurgie, Spaarndammerstraat 11-13, 1013 SR Amsterdam, tel. 020-829404.

Landelijke Vereniging van Assistent-Geneeskundigen p/a Bureau van de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD), Lomanlaan 103, Utrecht, Postbus 20058, 3502 LB Utrecht, tel. 030-885411.
Secretariaatswerkzaamheden worden verricht door: Mw. Stijnie aan 't Goor – toestel 210. Bij haar afwezigheid door: Mw. Ans Steenbrink – toestel 211, Mw. Susan Hora Siccama – toestel 315.

INHOUD OFFICIEEL

LAD, van het centraal bestuur:

Jaarverslag 1978 1062

Nieuw bestuur LVAG 1068

Nr. 33-17 augustus 1979
34ste jaargang