

Huisartsenvestigingsbeleid en patiëntenstromen

Het Besluit vestiging en praktijkomvang van huisartsen heeft een nieuwe taak gelegd bij de gemeentebesturen in het land. Inmiddels zullen de meeste gemeenten die taak hebben opgepakt, bijvoorbeeld door het instellen van een vestigingscommissie. Hoewel het besluit vaak kritisch wordt benaderd, grijpen veel gemeenten de mogelijkheid van een eigen beleid ten aanzien van de huisartsenzorg met beide handen aan. Zo'n beleid richt zich op twee aspecten van die zorg: de capaciteit en de spreiding. In dit artikel wordt aandacht geschonken aan het aspect van de spreiding; met name wordt ingegaan op de vraag in hoeverre een gemeentelijk spreidingsbeleid rekening moet houden met het voorkomen van patiëntenstromen.

TWEE BENADERINGEN

Artikel 7, lid 1 van het besluit luidt: 'Bij de vestiging van huisartsen dient een zodanige spreiding van praktijkvestigingen te worden nagestreefd, dat deze voor de burgers redelijk bereikbaar zijn.' In de toelichting op dit artikel wordt erop gewezen dat spreiding een criterium is voor het verlenen van een vergunning. Voor verhuizing van een vestigingsadres binnen het gebied, waarvoor eveneens een vergunning nodig is, is de spreiding zelfs het enige criterium.

Het spreidingscriterium is in het besluit niet verder uitgewerkt. Er wordt in de toelichting slechts opgemerkt dat bereikbaarheid onder meer afhankelijk is van afstand en tijd. Het wordt aan de gemeenten gelaten te bepalen hoe een doeltreffende spreiding van de huisartsenvoorziening er in gemeente en/of regio uitziet; met andere woorden: de gemeenten worden vrijgelaten een eigen spreidingsbeleid te ontwikkelen en te gaan voeren.

De spreiding van het aanbod van huisartsenzorg kan vanuit twee verschillende ingangen worden benaderd.

Ten eerste kan het standpunt worden ingenomen dat de spreiding van de huisartsenvoorziening evenredig moet zijn aan de spreiding van de bevolking over het gebied. Dit uitgangspunt kan worden geoperationaliseerd door het gebied te verdelen in woonkernen c.q. wijken met het spreidingsbeleid en een gelijke verhouding tussen het aantal huisartsen en het aantal inwoners per subgebied na te

D. H. de Bakker,
A. G. M. van Elzaker,
P. J. H. Jansen en
M. de Vries

Patiënten houden zich bepaald niet aan bestuurlijke grenzen, zo blijkt uit een onderzoek dat in Midden-Kennemerland is verricht. Verslaggevers: Drs. D. H. de Bakker (onderzoeker Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL), Drs. A. G. M. van Elzaker (beleidsmedewerker gemeente Den Haag, voorheen werkzaam bij het WVG-bureau Midden-Kennemerland), P. J. H. Jansen (student sociale geografie) en Drs. M. de Vries (medewerker welzijn van de gemeente Vlagtwedde).

streven. Er zijn verschillende argumenten aan te geven om het spreidingsbeleid op deze wijze in te vullen. In de eerste plaats kan de in het al geciteerde artikel 7 van het besluit genoemde bereikbaarheid van de huisartsenvoorziening worden genoemd. Een evenredige spreiding naar bevolkingsdichtheid garandeert immers dat zoveel mogelijk inwoners zo dicht mogelijk in de buurt van een huisarts wonen, waardoor de mogelijkheid wordt geboden in de eigen woonomgeving de huisarts te kiezen. In de tweede plaats kan worden gesteld dat bij zo'n evenwichtige spreiding ook de waarnemingen een zo groot mogelijke bereikbaarheid kennen, al is, afhankelijk van de lokale situatie, natuurlijk niet altijd te voorkomen dat de bereikbaarheid van de huisartsenvoorziening gedurende waarnemingsuren minder wordt. Bovendien zal het mogelijk noodzakelijk blijken te zijn dat de waarnemingsregelingen rekening houden met de geografische bereikbaarheid. Toch kan met het spreidingsbeleid zoveel mogelijk worden voorkomen dat zowel artsen als patiënten te ver moeten reizen. Een evenwichtige spreiding van huisartsen naar bevolkingsdichtheid kan tevens de afstemming van werkgebieden in de eerstelijnszorg naderbij brengen. Kernvoorzieningen in de eerste lijn als kruiswerk, gezinszorg en algemeen maatschappelijk werk verdelen hun ver-

zorgingsgebied veelal in eenheden met een bepaalde bevolkingsomvang. De personele capaciteit van deze instellingen is meestal gelijkelijk over die gebiedseenheden verdeeld. Wanneer de huisartsen evenwichtig zijn gespreid zal dit betekenen dat in elk van die gebiedseenheden een in principe voldoende aantal huisartsen zal zijn gevestigd. Een dergelijke situatie schept de mogelijkheid voor de huisartsen hun praktijkpopulaties meer af te stemmen op het gebied waarin zij hun praktijkadres hebben. Samenwerking tussen huisartsen en de zorgverleners van de andere voorzieningen kan bij een betere afstemming heel hechte en concrete vormen aannemen². Doordat, wanneer ook de huisartsen evenwichtig zijn gespreid, per buurt of wijk duidelijk is wie verantwoordelijk is voor een bepaald soort zorgverlening, wordt een buurt- of wijkgerichte aanpak van gezondheids(zorg)problemen beter mogelijk. Nu de uitbouw van de thuiszorg van veel zijden grote prioriteit krijgt is dit natuurlijk bijzonder belangrijk.

Het tweede, alternatieve, standpunt dat door de gemeenten kan worden gekozen is dat de spreiding van het aanbod van de huisartsenvoorziening evenredig moet zijn aan de spreiding van de behoefte aan die voorziening. Om dit uitgangspunt te operationaliseren moeten de zogeheten risicogroepen in de gemeente of regio worden gelokaliseerd. Met het spreidingsbeleid wordt er dan naar gestreefd juist in de woonomgeving van die risicogroepen (extra) vestigingsadressen te realiseren. Dit kan dus betekenen dat er expliciet wordt gestreefd naar een ongelijke verhouding huisartsen : inwoners tussen de wijken. Maar het resultaat is dan dat vraag en aanbod van de huisartsenzorg ruimtelijk precies op elkaar zijn afgestemd, hetgeen die ongelijke verhouding zeker rechtvaardigt. Dit vormt natuurlijk een belangrijk argument om op deze wijze te werk te gaan. Deze benadering vereist wel een grondige kennis van de behoeften van de lokale bevolking en vooral ook van de ruimtelijke spreiding daarvan.

In dit laatste ligt het grote bezwaar van dit alternatief. Het bepalen van de behoefte aan huisartsenzorg is nog slechts mogelijk in zeer globale termen, zoals het leeftijds criterium. Schrader heeft voor Amsterdam onderzocht hoe de aanwezigheid van bepaalde bevolkingsgroepen

leidt tot een grotere vraag naar hulp van de huisarts³. Het toepassen van de door hem gevonden 'bewerkelijkheidsfactoren' in een andere situatie is echter dubieus.

Het lijkt eenvoudiger de eerste benadering: het streven naar een evenredige spreiding van huisartsen over de bevolking, te volgen. Het is immers gemakkelijk aan de hand van de bevolkingsdichtheid te bepalen waar een vestiging gewenst is. Het vergunningeninstrument maakt het mogelijk die vestiging ook precies daar te realiseren.

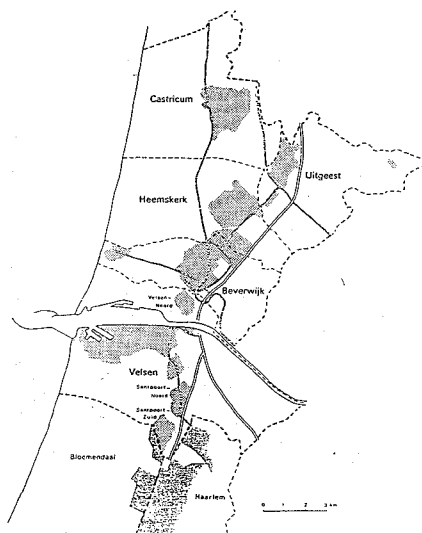
In werkelijkheid is dit vaak door het optreden van complicerende factoren minder eenvoudig. Het optreden van patiëntenstromen is zo'n complicerende factor. Met 'patiëntenstromen' wordt bedoeld dat inwoners van het ene gebied (woonkern, wijk, basiseenheid en dergelijke) een huisarts bezoeken in een ander gebied. Wanneer op tamelijk grote schaal patiëntenstromen voorkomen kan dit het gevoerde spreidingsbeleid ernstig verstoren. Aan de hand van een onlangs door twee van ons in de regio Midden-Kennemerland gehouden telefonische enquête⁴, willen wij ingaan op de omvang van patiëntenstromen, de achterliggende factoren en de methoden om ze te meten. Uitgaande van dit voorbeeld willen wij tevens trachten enige algemene conclusies te formuleren ten aanzien van patiëntenstromen en een spreidingsbeleid voor huisartsen.

PATIËNTENSTROMEN

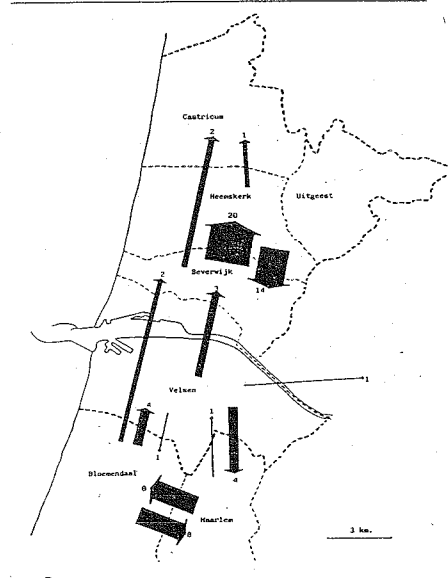
De regio Midden-Kennemerland bestaat uit vijf gemeenten: Beverwijk, Castricum, Heemskerk, Uitgeest en Velsen. Met het oog op de patiëntenstromen is een aantal ruimtelijke kenmerken van het gebied waarschijnlijk van belang; dit kan blijken wanneer we de kaart van de regio bestuderen (kaart 1). Wij willen hier wijzen op de volgende ruimtelijke kenmerken:

- de aaneengrenzende bebouwing van Beverwijk en Heemskerk;
- de aaneengrenzende bebouwing van Santpoort (onderdeel van de gemeente Velsen), Bloemendaal en noordelijk Haarlem (gemeenten die deel uitmaken van de regio Zuid-Kennemerland);
- het doorsnijden van de gemeente Velsen door het Noordzeekanaal, hetgeen een belangrijke verkeersbarrière betekent;
- de relatief geïsoleerde ligging van Castricum en Uitgeest;

Kaart 1. De sub-regio Midden-Kennemerland en de noordelijke delen van Bloemendaal en Haarlem.



Kaart 2. Grensoverschrijdende patiëntenstromen met betrekking tot huisartsen, in procenten, 1985.



Tabel. Aantallen huisartsen, praktijken en inwoners per huisarts in Midden-Kennemerland op januari 1984.

	aantal artsen	aantal praktijken	aantal inwoners per arts
Beverwijk	13	12	2.688
Castricum	10	9	2.273
Heemskerk	12	10	2.649
Uitgeest	3	3	3.236
Velsen	24	22	2.249
Midden-Kennemerland	62	56	2.540

Bron: Bureau WVG Midden-Kennemerland, Inventarisatiebrochure 1985.

- de noord-zuidrichting van de belangrijkste verkeerswegen.

Behalve deze geografische kenmerken moet in dit verband uiteraard het huidige aanbod van huisartsenzorg in de regio in beschouwing worden genomen. Uit de tabel blijkt dat de huisartsen niet evenwichtig over de diverse gemeenten zijn verdeeld⁵. Aangezien er geen exacte gegevens over de praktijkgroottes bekend zijn is per gemeente het aantal inwoners per arts gegeven om zodoende toch een indruk van de capaciteit te kunnen krijgen. De gemiddelde praktijkgrootte voor Castricum en Velsen ligt onder de normpraktijk, Uitgeest daarentegen kent een zeer hoog aantal inwoners per huisarts. Wanneer we gemakshalve afzien van eventuele complicerende factoren en uitgaan van de normpraktijkgrootte van 2.350 patiënten, dan zouden er volgens de cijfers uit de tabel zich in Beverwijk twee huisartsen méér kunnen vestigen. Heemskerk en Uitgeest hebben beide nog plaats voor één extra huisarts. De gemeente Velsen heeft op grond van de bevolkingsomvang één huisarts te veel.

Om te achterhalen of er patiëntenstromen optreden zijn in november 1985 zo'n 500 inwoners van de regio hieromtrent ondervraagd. Uit de resultaten van dit onderzoek komt als belangrijkste punt naar voren dat 11% van de ondervraagden de huisarts in een andere gemeente dan in de eigen woonplaats heeft. Dit is aanzienlijk meer dan over het algemeen door bestuurders en planners wordt aangenomen. Het percentage grensoverschrijders ligt ook hoger dan op grond van eerder (landelijk) onderzoek mocht worden verwacht⁶.

Op kaart 2 zijn de gevonden intergemeentelijke patiëntenstromen in Midden-Kennemerland weergegeven. Hierop is te zien dat de patiëntenstromen voor de huisarts voornamelijk worden aangetroffen tussen Beverwijk en Heemskerk en in mindere mate tussen Velsen en Haarlem en Bloemendaal en tussen Bloemendaal en Haarlem. De grootste stroom patiënten gaat van Beverwijk naar Heemskerk: één vijfde deel van de geënquêteerden in Beverwijk heeft de huisarts in Heemskerk. Wanneer we extrapoleren naar de werkelijke populatie, zou dit cijfer betekenen dat de gemeente Heemskerk er 2.000 patiënten bij krijgt. Als gevolg hiervan zou er *ceteris paribus* in Heemskerk nóg een vestiging van een huisarts mogelijk zijn. Beverwijk daarentegen kan op grond van de nieuwe cijfers slechts aanspraak maken

op één extra huisarts (was: twee extra). Zoals was te verwachten hebben de patiëntenstromen geen gevolgen voor het aantal vestigingsmogelijkheden in de gemeente Uitgeest. Voor Velsen echter vervalt nóg een vestigingsplaats als gevolg van de grote uitstroom naar de omringende gemeenten. Uit het bovenstaande blijkt dat de voorkomende patiëntenstromen van invloed zouden kunnen zijn op het voor de huisartsen te voeren vestigingsbeleid.

Uiteraard is het van belang dat we proberen te weten te komen of er specifieke groepen personen zijn aan te wijzen die een huisarts buiten de eigen woongemeente bezoeken. Uit het onderzoek is gebleken dat grensoverschrijders relatief vaker worden aangetroffen bij mensen in de leeftijdscategorie dertig jaar en jonger. Daarnaast komt grensoverschrijding vaker voor bij geëquiperden met een hogere opleiding. Andere kenmerken, zoals een goede gezondheidstoestand en werkzaam zijn, scoren in mindere mate hoger onder de grensoverschrijders. Het relatief veel voorkomen van deze (mobielere) bevolkingsgroepen binnen de gemeentegrenzen vergroot waarschijnlijk de kans op omvangrijke patiëntenstromen.

Wat vormt nu het motief voor de keuze van een huisarts buiten de eigen woonplaats? Over het algemeen wordt aangenomen dat de afstand tussen de patiënt en de huisarts het belangrijkste motief vormt voor de keuze van die bepaalde huisarts. Uit het patiëntenstromenonderzoek blijkt dat, in tegenstelling tot deze verwachting, *persoonlijke motieven* het meest als belangrijkste keuzemotief worden genoemd. Onder persoonlijke motieven wordt dan vaak verstaan dat men de arts reeds van kinds af aan heeft en dus nooit een bewuste keus heeft hoeven maken. Een belangrijk aantal respondenten heeft de huisarts op aanraden van derden gekozen. Het keuzemotief 'geringe afstand' kwam pas op de derde plaats. Het is dus van belang te onderkennen dat niet a priori de dichtstbijzijnde huisarts wordt gekozen. De helft van de geëquiperden uit Midden-Kennemerland heeft niet de dichtstbijzijnde huisarts (voor de grensoverschrijders ligt dit percentage begrijpelijkerwijs hoger). Dit gegeven betekent natuurlijk ook dat wanneer naar kleinere geografische eenheden wordt gekeken, bijvoorbeeld wijken binnen één gemeente, er sprake zal zijn van nog omvangrijkere patiëntenstromen. Voor gemeenten die een wijkgerichte benadering van het spreidingsbeleid voorstaan

vormt dit een belangrijke factor waarmee rekening moet worden gehouden. Het onderzoek heeft laten zien dat bij het aaneengrenzen van bebouwing tussen twee gemeenten de waarschijnlijkheid van omvangrijke patiëntenstromen groter is. Het relatief veelvuldig voorkomen van jongeren en hoger opgeleiden zal deze kans nog eens vergroten. De precieze omvang, samenstelling en richting van deze patiëntenstromen kunnen door nader (vergelijkbaar) onderzoek worden vastgesteld.

DISCUSSIE

Tot slot de vraag: hoe zou in het vestigingsbeleid rekening kunnen worden gehouden met de gemeentegrensoverschrijdende patiëntenstromen?

In de eerste plaats is het ons inziens noodzakelijk om, indien er tussen gemeenten patiëntstromen van betekenis optreden, een spreidingsbeleid te ontwikkelen op intergemeentelijk niveau. Dit betekent dus *intergemeentelijke vestigingscommissies*. Een probleem daarbij is overigens dat er in sommige gevallen sprake zal zijn van patiëntenstromen die over de grenzen van de WGR-samenwerkingsgebieden heengaan en het Vestigingsbesluit samenwerking met gemeenten buiten de WGR verbiedt. Binnen deze grotere eenheden hebben wij ons beziggehouden met de toepassing van het zogeheten spreidingscriterium.

In de eerste paragraaf hebben wij uiteengezet dat de spreiding van de huisartsenzorg vanuit twee invalshoeken zou kunnen worden benaderd. Voor veel gemeentebesturen zal de eerste benadering het aantrekkelijkst zijn: het nastreven van een gelijke verhouding tussen inwonertal en aantal huisartsen. Die evenredige verhouding moet dan worden bereikt in de gehele gemeente of in de wijken binnen de (grote) gemeente. Indien er dan patiëntenstromen voorkomen tussen gemeenten (of wijken) en deze elkaar niet in evenwicht houden (zoals in Midden-Kennemerland het geval is), dient het gemeentelijk spreidingsbeleid een keuze te maken: de keuze tussen het aanpassen van de spreiding aan de bestaande patiëntenstromen en het trachten de grensoverschrijdende patiëntenstromen op te heffen.

De beoordeling die het gemeentebestuur moet maken is in hoeverre de bestaande patiëntenstromen (on)gewenst zijn. Criteria die daarbij een rol kunnen spelen zijn te ontleen aan de eerder genoemde motieven om een vestigingsbeleid (van

uit deze benadering) te voeren. In de eerste plaats is dat het bereikbaarheidsmotief. Naarmate bij intergemeentelijke patiëntenstromen grotere afstanden worden afgelegd zijn deze uit het oogpunt van een goede bereikbaarheid van de huisartspraktijk minder aanvaardbaar. Bereikbaarheidsmotieven kunnen echter ook een rol spelen bij het wel accepteren van intergemeentelijke stromen. Als bijvoorbeeld een woonkern of wijk in gemeente A te weinig inwoners heeft voor de vestiging van een huisartspraktijk, maar zich op korte afstand van die wijk of woonkern wel een huisarts bevindt in gemeente B, zijn patiëntenstromen van gemeente A naar gemeente B alleszins acceptabel.

Een tweede factor van belang is de vraag in hoeverre de huisartsen in gemeenten waartussen grensoverschrijdende patiëntenstromen optreden in één waarneemgroep zitten. Als dat zo is, is grensoverschrijding acceptabeler, omdat dit bij de waarneming toch al gebeurt.

Ten derde kunnen grensoverschrijdende patiëntenstromen nadelig zijn uit het oogpunt van afstemming van werkgebieden. Er moet daarom niet alleen naar gemeentegrenzen worden gekeken, maar ook naar de grenzen van de werkgebieden van de andere kerndisciplines, te weten gezinszorg, wijkverpleging en maatschappelijk werk. Bij bevordering van samenwerking is het van belang dat een zo groot mogelijk deel van de patiënten van een huisarts woont in het werkgebied waarin het praktijkadres zich bevindt; gemeentegrensoverschrijding waarbij tevens de grenzen van de werkgebieden van andere disciplines worden overschreden is daarom minder gewenst.

Een criterium van een wat andere orde om de bestaande patiëntenstromen te beoordelen betreft het al dan niet op zichzelf staan van deze grensoverschrijding. Globaal kan worden gesteld dat indien ook voor het gebruik van andere voorzieningen (bijvoorbeeld winkels, sociaal-culturele instellingen, etc.) grensoverschrijdende personenbewegingen optreden, de patiëntenstromen aanvaardbaarder zijn dan wanneer alleen voor de huisartsenzorg grensoverschrijding optreedt. In het eerste geval maken de patiëntenstromen immers deel uit van een algemene geografische oriëntatie waarin grensoverschrijdingen heel gewoon zijn. Daarin verandering aan proberen te brengen ligt minder voor de hand dan in het tweede geval, waarin de patiëntenstromen op zichzelf staan.

Een probleem bij de beoordeling van patiëntenstromen (maar zoals we in het voorgaande al hebben betoogd geldt dit in wezen voor het hele spreidingsbeleid) vormt het *gebrek aan feitelijke gegevens*. Het vergt nogal wat van gemeentebesturen om een goed beeld van een en ander te krijgen. We hopen daarom dat er een goede samenwerking zal ontstaan tussen de gemeenten en de ziekenfondsen. De ziekenfondsen kunnen de gemeenten gegevens leveren voor het ontwikkelen van een spreidingsbeleid, de gemeenten kunnen bijdragen aan een optimaal bereikba-

re huisartsenzorg voor de ziekenfonds-verzekerden.

Met het oog op de toekomst willen wij hier nog op één ding wijzen: wanneer het ooit zover komt dat ook voor tandartsen een vestigingsbeleid door gemeenten moet worden gevoerd, zal de in dit artikel aangesneden materie nog meer op de voorgrond treden; de onderzoekresultaten uit Midden-Kennemerland leren ons namelijk dat bij de tandartsenzorg het percentage grensoverschrijdende patiënten ruim twee keer zo hoog is als bij de huisartsenzorg (24% tegen 11%). □

Noten

1. Staatsblad 574., Besluit van 12 oktober 1985, houdende vestiging en praktijkomvang huisartsen.
2. Bakker DH de. Afstemming van werkgebieden in Rotterdam: een analyse met ziekenfondsgegevens. Utrecht; NIVEL, 1987.
3. Schrader PC. Amsterdammers en hun huisarts: het aanbod, de vraag naar en het gebruik van eerstelijnsgezondheidszorg van huisartsen. Amsterdam: GG&GD, 1986.
4. Jansen P, Vries M de. Patiëntenstromen in Midden-Kennemerland; verslagen van Leeronderzoek G & P. Utrecht: Geografisch Instituut Rijksuniversiteit Utrecht, 1986.
5. Bureau WVG Midden-Kennemerland. Inventarisatiebrochure, 1985.
6. Warmenhoven NE. Bereikbaarheid en toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht: NHI, 1984.

Uitspraak Medisch Tuchtcollege 's-Gravenhage

Diabetespatiënte veronachtzaamd, waarschuwing voor arts

Het College voor de beslissing in Eerste Aanleg in zaken van het Medisch Tuchtrecht en Medische Geschillen te 's-Gravenhage heeft op woensdag 15 april 1987 de navolgende uitspraak gedaan inzake de klacht van A, wonende te W, klaagster, tegen B, wonende te X, de persoon over wie wordt geklaagd, hierna te noemen de arts.

Het College voor het Medisch Tuchtrecht in Eerste Aanleg te 's-Gravenhage;

Gezien de stukken, waaronder een proces-verbaal van het behandelde ter zitting van dit college van 11 februari 1987 in deze zaak;

gehoord ter zitting van het college van woensdag 15 april 1987 de arts in persoon;

Overwegende:

1. De klacht behelst het volgende:

Klaagster lijdt aan diabetes mellitus. In verband daarmee is zij al tien jaar onder controle bij de arts. De arts vond controle om de twee jaar voldoende. Omdat klaagster niet tevreden was over de wijze waarop de arts haar behandelde had zij in oktober 1985 een afspraak gemaakt voor controle in het ziekenhuis te IJ. Wegens grote drukte kon zij daar pas in maart 1986 terecht. In december 1985 had klaagster van de ene op de andere dag last van beeldvervalsing, waardoor zij was genoodzaakt om op 13 december 1985 nogmaals een bezoek te brengen aan de arts. Deze constateerde diabetische retinopathie aan het linkeroog en verwees klaagster met spoed naar Dr. C van het Oogziekenhuis te Z. Deze bevestigde de diagnose 'rethinopathie'. Dr. C deelde klaagster mede dat zij binnen vijf jaar blind zou zijn wanneer zij niet met spoed zou worden geopereerd. Het linkeroog was inmiddels zeer ernstig aangetast, terwijl ook het rechteroog moest worden behandeld. Hij vond het onbegrijpelijk dat het linkeroog binnen één jaar zo ernstig was aangetast. Ook vond hij het onbegrijpelijk dat deze afwijking niet eerder was geconstateerd. Inmiddels heeft klaagster drie laserstraalbehandelingen (twee aan het linkeroog en een aan het rechteroog) moeten ondergaan. Recentelijk heeft een algehele netvliesopera-

tie aan het linkeroog plaatsgevonden. Afge- wacht moet worden of en hoeveel klaagster in de toekomst met het linkeroog zal kunnen zien.

Klaagster verwijt de arts grove nalatigheid door niet in een vroegtijdig stadium de retinopathie in het linkeroog te constateren, terwijl de arts de rethinopathie in het rechteroog in het geheel niet heeft onderkend. Voorts verwijt klaagster de arts dat hij geen enkel antwoord heeft gegeven op de brief, die zij hem op 14 januari 1987 heeft gezonden.

2. De arts stelt dat klaagster sedert 1976 bij hem onder controle is in verband met haar diabetes mellitus. De controles vonden in beginsel eens per twee jaar plaats. Na 1980 is klaagster vier jaar weggebleven, ondanks mededeling van de arts dat zij na twee jaar werd terug verwacht. Tot en met de voorlaatste controle, welke op 19 september 1984 heeft plaatsgevonden, was er volgens de arts geen spoor van retinopathie te zien. Op 13 december 1985 constateerde de arts een zeer duidelijke afwijking aan beide ogen. Hij heeft klaagster vervolgens met spoed doorverwezen naar Dr. C in het Oogziekenhuis te Z. Hij heeft aan patiënte niet medegedeeld dat hij ook het rechteroog verdacht vond. In de verwijfsbrief heeft de arts vermeld dat verwijzing plaatsvond in verband met diabetische retinopathie, voornamelijk van het linkeroog. Dit impliceert volgens de arts dat hij ook aan het rechteroog retinopathie had geconstateerd. De uitspraken van Dr. C laat de arts voor diens rekening. Dr. C heeft patiënte in 1984 niet gezien. Evenmin heeft hij in december 1985 contact met de arts opgenomen. De arts laat weten dat hij patiënte in al die jaren steeds correct heeft behandeld. Dat de arts niet op haar brief heeft gereageerd komt door het feit dat die brief uitsluitend beschuldigingen bevatte.

3. Vast staat dat klaagster al sedert 1964 bekend was met de diabetes mellitus. Eveneens staat vast dat de arts klaagster in beginsel om

de twee jaar controleerde. Het college is van oordeel dat bij een jarenlange bestaande diabetes mellitus een tijdsspanne van twee jaar tussen de controles wel wat aan de lange kant is.

4. Ter zitting is door de arts bevestigd dat hij bij zijn onderzoeken slechts een oogspiegel gebruikte; een mydriaticum heeft hij bij het onderzoeken van klaagster niet gebruikt. Volgens de arts is er slechts een noodzaak om een mydriaticum te gebruiken wanneer de fundus niet goed te zien is. Bij klaagster was de fundus goed te zien, zodat volgens de arts een mydriaticum niet noodzakelijk was.

5. Het college is van oordeel dat de arts onder de gegeven omstandigheden wel een mydriaticum had behoren te gebruiken. Indien het onderzoek, zoals bij klaagster, alleen met behulp van een oogspiegel geschiedt, heeft de arts onvoldoende zekerheid dat hij inderdaad het oog goed heeft kunnen onderzoeken. Zeker bij een patiënte als klaagster, die al meer dan twintig jaar aan diabetes mellitus lijdt, dient de arts er rekening mee te houden dat er een gereede kans bestaat dat zij vroeger of later met een diabetische retinopathie te maken zal krijgen. Het college acht een onderzoek zonder gebruik te maken van een mydriaticum onder die omstandigheden onvoldoende.

6. Het tweede deel van de klacht betreft het niet reageren door de arts op de brief van klaagster. Het college ziet geen aanleiding om de arts hiervan een tuchtrechtelijk verwijt te maken.

7. Het college is van oordeel dat de arts op grond van het vorenstaande het vertrouwen in de stand der geneeskundigen heeft ondermijnd en dat na te melden maatregel op zijn plaats is.

Rechtdoende:

Legt aan de arts de maatregel van waarschuwing op. □