

Onderlinge consultatie: iets voor huisartsen?

K. VAN DER MEER*

Om na te gaan welke plaats het intercollegiale consult inneemt in de huisartspraktijk werd een oriënterend onderzoek uitgevoerd onder partners van een aantal duopraktijken. In het onderzoek komen vragen aan de orde als: hoe frequent consulteren huisartsen elkaar, op welke wijze vindt dit consult plaats, welke voor- en nadelen worden gesignaleerd en welke belemmeringen zijn er? Over het algemeen zijn de ondervraagde huisartsen zeer positief over het intercollegiale consult: het zou zowel voor de patiënt als voor de huisarts vele voordelen opleveren. In vergelijking met het aantal specialistische verwijzingen is de betekenis van het intercollegiale consult echter zeer bescheiden.

Inleiding

In het boekje *Medische ethiek*, uitgegeven door de KNMG in 1936, wordt in het hoofdstuk 'Het consult' beschreven met welke problemen een huisarts te maken kan krijgen, wanneer een collega aan het ziekbed van de patiënt in consult wordt gevraagd. Zo kan de huisarts het gevoel krijgen dat de patiënt en zijn familie onvoldoende vertrouwen in hem stellen, vooral wanneer het initiatief van de patiënt uitgaat. Bovendien wordt het risico van een verstoring van de collegiale verhouding besproken. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een aantal gedragsregels opgesteld om deze problemen te voorkomen. 'Daarom: wanneer een ziekte langer duurt dan men dacht, wanneer men niet in alle opzichten zeker is van zijn diagnose, wanneer ingrijpen nodig is dat men niet beheerst, laat men dan liever te vroeg dan te laat met een consult zijn'.¹

Als consultgever wordt een meer deskundig geacht collega bedoeld. Dit kan een specialist zijn, maar ook een huisarts met meer ervaring.

Als een van de belangrijke voordelen van het werken in een groepspraktijk

wordt vaak de mogelijkheid van intensief overleg tussen de betrokken huisartsen genoemd. Het intercollegiale consult, waarbij een huisarts een collega-huisarts om advies vraagt over een patiënt, is hiervan een voorbeeld. De indruk bestaat echter, dat huisartsen maar weinig gebruik maken van deze mogelijkheid en in ieder geval is er maar weinig literatuur over dit onderwerp (*kader*).

Om na te gaan welke plaats het intercollegiale consult inneemt in de huisartspraktijk is een oriënterend onderzoek opgezet in de regio Drente/Noord-Overijssel. In dit onderzoek komen vragen aan de orde als: hoe frequent consulteren huisartsen elkaar, op welke wijze vindt dit overleg plaats, welke voor- en nadelen worden gesignaleerd en welke belemmerende factoren zijn er?

Methoden

Het ziekenfonds Drenthe/Noord-Overijssel stelde ten behoeve van het onderzoek een adreslijst beschikbaar van alle huisartsen die binnen de regio praktiseren in een samenwerkingsverband. Op deze lijst kwamen 13 praktijken voor met drie of meer huisartsen, en 55 praktijken met twee huisartsen. Besloten werd het onderzoek te beperken tot de duopraktijken en associatiepraktijken (met dus als gemeenschappelijk kenmerk: twee artsen onder één dak).

Van de 55 duopraktijken werden er 30 aselekt uitgekozen. Per praktijk werd steeds naar één van de partners (om en om de als eerste en de als tweede op de ziekenfondsl lijst vermelde huisarts) een enquêteformulier gezonden met een tiental open vragen; de resultaten worden aan de hand van die vragen besproken.

Resultaten

De vragenlijst werd door 23 huisartsen ingevuld en teruggestuurd: 21 van hen retourneerden de vragenlijst binnen twee weken, de twee andere na een herhaald verzoek.

1. *Wat is in het algemeen uw oordeel over het elkaar consulteren van huisartsen?*

Eenentwintig huisartsen gaven als antwoord: zeer nuttig, positief, rustgevend idee, zeer aanbevelenswaardig, noodzakelijk. Twee huisartsen waren minder positief.

Eén van die twee had slechte ervaringen met onderlinge consultatie bij twee patiënten die later een maligniteit bleken te hebben. Het verhaal van de consultatie bij deze patiënten deed de ronde in de praktijk. Toen bij een volgende patiënt weer een onderling consult werd voorgesteld, reageerde deze hierop met angst en spanning. De betrokken huisartsen beperkten zich daarna tot overleg met alleen de patiëntgegevens erbij.

Eén huisarts schreef dat onderlinge consultatie nuttig kan zijn, maar dat de uitkomst vaak tegenvalt, mede doordat een goede vraagstelling nogal eens ontbreekt.

2. *Vraagt u weleens een collega-huisarts in consult bij een patiënt? Zo ja, wat beoogt u met dit consult?*

Eenentwintig antwoordden met ja en gaven de volgende redenen:

- overleg over de te volgen beleidslijnen in de praktijk: diagnostische procedures (4), wel of geen verwijzing (3), behandeling (5);
- behoefte aan steun: onzekerheid over diagnose of behandeling (14), geen aanknopingspunten voor een diagnose (3), iets zeldzaams (4), steun nodig bij een moeilijke patiënt (2), steun nodig om een patiënt te overtuigen (3);
- gebruik maken van de grotere vaardigheid van de collega, samenwerken: collega heeft meer ervaring, kennis, vaardigheid voor dit probleem (5), probleem leent zich tot samen doen (4).

Twee huisartsen antwoordden met nee, maar schreven dat ze wél onderling overleg hadden over patiënten met problemen.

3. *Voor welke problemen wordt de collega-huisarts in consult gevraagd?*

Antwoorden waren: dermatologische problemen (9), problemen op gebied van verloskunde (4), problemen op gebied van KNO (5), geriatrische problemen (1), stervensbegeleiding (2), psychosociale problemen (3), kleine chirurgie (1) en verwijzing nodig of niet (2).

4. *Op welke wijze vindt het consult meestal plaats?*

- gesprek met de patiëntgegevens erbij (13);
- de huisarts in consult ziet de patiënt

* Huisarts te Roden, medewerker Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen.

Onderlinge consultatie in de literatuur

Verbeek-Heida vond in 1967 dat slechts twee van in totaal 148 ondervraagde huisartsen in de provincie Groningen onderlinge consultatie als vorm van samenwerking noemden.²

Gill schreef in 1973 als zevende stelling bij zijn dissertatie: 'Het intercollegiale consult van de huisarts is ten onrechte in het vergeetboek geraakt. Om verscheidene redenen vraagt dit instituut erom in ere te worden hersteld'.³ De auteur ziet in het consult van een collega-huisarts een unieke mogelijkheid voor de eigen huisarts om een 'second opinion' te verkrijgen omtrent de patiënt in diens thuisituatie; een intercollegiaal consult zou dan kunnen leiden tot minder vaak verwijzen naar een specialist.

Uit de groepspraktijk van het Groningse Instituut voor Huisartsgeneeskunde meldden Bruins e.a. in 1973 dat intercollegiale consulten in het algemeen positief werden gewaardeerd; in een derde van de gevallen bleekt de consultatie tot een duidelijke beleidswijziging bij de consultvragende arts te leiden.⁴

Lamberts beschreef de mate waarin en de wijze waarop de leden van het multidisciplinaire team in het wijkgezondheids-

centrum Ommoord met elkaar communiceren over patiënten. Er is een frequent contact, vooral onder vier ogen. Ook de verschillende beroepsgroepen kennen regelmatig contact over patiënten binnen de eigen beroepsgroep. De acht huisartsen registreerden in vijf weken 82 onderlinge contacten.⁵

Bremer citeert met instemming de internist Kuenen: 'Als dit pakket (een aantal laboratoriumbepalingen) normaal is en als men het toch niet vertrouwt, een maal revisie door een andere arts. En waarom geen huisarts?'.⁶ Van der Werf en Bremer beschrijven in een klinische les een onderling consult, waarbij de behandelend arts zich geruggesteund wilde weten door een collega in de beslissing om bij een vrouw van 78 jaar met een gemetastaseerd mammacarcinoom zich te onthouden van ingrijpen.⁷ Ter Braak en Van der Werf beschreven een consultatieproject van twee huisartsen bij patiënten die werden verwezen of verwezen zouden worden. Doel van dit onderzoek was greep te krijgen op de oorzaken van eerder geconstateerde sterke onderlinge verschillen in verwijsgedrag.⁸

Summary

Van der Meer K. Peer consultation: something for general practitioners? Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 104-6, 124.

One of the principal advantages of working in a group practice is often described as the possibility of intensive consultation between the general practitioners involved. An example of this is the peer consultation in which a general practitioner asks the advice of a colleague about a patient. The impression is, however, that general practitioners make but little use of this possibility.

In an effort to define the position of peer consultation in general practice a preliminary study was started with regard to questions such as: how frequently do general practitioners consult each other, in which way is this done, what are the advantages and disadvantages reported, and which inhibitory factors exist?

A questionnaire with ten open questions was sent to 30 general practitioners in as many duo practices. This questionnaire was completed and returned by 23 of them.

Most (21/23) of the respondents expressed positive views on peer consultation, but the frequency proved to be relatively

low: once to a few times weekly. The need for support from a colleague was reported to be the principal reason for requesting such a consultation, particularly in the case of problems concerning diagnosis and therapy.

Three functions of peer consultation emerge from the answer to the questionnaire:

- it enhances the certainty of doctors and patients;
- it affords possibilities of feed-back, supervision, auditing and a more uniform approach to problems;
- it has a learning function.

The problems about which a colleague was consulted were as a rule of a somatic type, probably because these take least time. The most common form of consultation was a discussion with the patient data on the table. In twelve practices the doctor consulted also saw the patient in question, and in seven practices the patient was present at the discussion afterwards.

Keywords: Family practice; Peer consultation.

Address of author: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Antonius Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen, The Netherlands.

ook zelf; beide huisartsen zijn hierbij aanwezig; de patiënt is niet bij de nabespreking (5);

- de huisarts in consult ziet de patiënt ook zelf; beide huisartsen zijn hierbij aanwezig; de patiënt is bij de nabespreking aanwezig (7);

- problemen worden doorgepraat tijdens de koffie (2);

Twee huisartsen schreven, dat ze elkaar niet consulteerden en twee andere gaven op deze vraag geen antwoord.

5. Hoe vaak komt het voor dat u uw collega-huisarts consulteert?

De meesten consulteren elkaar één tot enkele keren per week: dagelijks (4), wekelijks (10), maandelijks (8) en nooit (1).

6. Is er in de loop der jaren een verandering opgetreden in de frequentie? Wat is de reden van deze verandering?

Twaalf huisartsen antwoordden met nee en 11 met ja. Van deze laatste groep gaven 6 huisartsen aan, dat er een frequentiedaling had plaatsgevonden. Als oorzaken hiervoor werden genoemd: zelf meer ervaring gekregen, dus minder vaak een consult nodig (6), slechte ervaring opgedaan met enkele patiënten (1) en veranderde onderlinge relatie (1).

Vijf huisartsen schreven dat ze meer gebruik maakten van het onderlinge consult; als redenen hiervoor werden genoemd: praktijkomvang toegenomen, dus meer patiënten en problemen (1), verbeterde relatie in de associatie (2), van de aanvankelijke leerling-meester verhouding is nu geen sprake meer (1) en positieve ervaring opgedaan in de loop van de tijd (2).

7. Hebt u behoefte aan meer mogelijkheden tot het inwinnen van advies van uw collega-huisarts? Wat zijn in dit geval belemmerende factoren?

Eenentwintig huisartsen antwoordden dat hiervan geen sprake is, twee zouden graag meer overleg over patiënten willen. Als belemmerende factoren werden genoemd: gebrek aan veiligheid in de relatie (1) en tijdsgebrek (1).

8. Kunt u beschrijven hoe de reacties van de patiënten zijn op het consult van uw collega?

Deze reacties werden omschreven als: heel gewoon (3), vanzelfsprekend (3), heel positief (5), twee weten meer dan één (5), meer vertrouwen in het oordeel van twee artsen (4). Enkele huisartsen bespeurden af en toe enige onzekerheid en ongerustheid bij de patiënt en één huisarts had de indruk gekregen, dat

sommige patiënten dachten dat hij het vak nog moest leren van zijn oudere collega. Dit had hij als onplezierig ervaren.

9. Wat is naar uw mening het belangrijkste voordeel voor de patiënt wanneer een collega-huisarts in consult wordt gevraagd?

Het meest werd genoemd, dat de patiënt meer zekerheid krijgt en met meer vertrouwen in het advies van de huisarts naar huis gaat (7). Verder werd vaak de beter afgewogen besluitvorming genoemd (5). Drie huisartsen waren van mening, dat het onderlinge consult onnodige verwijzingen en behandelingen kan voorkomen.

Volgens 17 huisartsen zijn aan een intercollegiaal consult geen risico's voor de patiënt verbonden. Zes huisartsen menen dat er wel degelijk risico's voor de patiënt zijn te onderkennen. Genoemd werd het gevaar van een te afwachtende houding, waardoor te laat wordt verwezen, het 'overrulen' van de patiënt en het onzeker maken van de patiënt; deze kan het idee krijgen, dat zijn ziekte heel bijzonder is, nu twee artsen hem onderzoeken.

10. Wat is naar uw mening voor de huisarts het belangrijkste voordeel van een intercollegiaal consult? Zijn er voor de huisarts ook risico's aan verbonden? Als belangrijkste voordelen worden vele punten genoemd: de mogelijkheid van overleg (4), het delen van verantwoordelijkheid (3), het krijgen van feedback en kritiek (3), het krijgen van *moral support* (7), het minder afhankelijk zijn van de tweede lijn (1), arts-patiënt relatie wat lucht geven (1), het van elkaar leren (6) en het toetsen van het eigen oordeel (4).

Beschouwing

De respondenten hadden in grote meerderheid (21 van de 23) een positief oordeel over het intercollegiaal consult. De behoefte aan steun van de collega is de belangrijkste reden voor het vragen van zo'n consult, vooral bij problemen rond diagnosestelling en behandeling.

Uit de antwoorden komen drie functies naar voren.

- Het intercollegiale consult geeft meer zekerheid bij artsen en patiënten. We kunnen dit een steunende functie noemen.

Een huisarts vraagt zijn collega in consult aan het ziekbed van een 83-jarige patiënte die twee dagen tevoren door een CVA was getroffen. De reden van dit

consult was de onzekerheid over de vraag of verdere behandeling thuis mogelijk was. Patiënte was incontinent, had slikproblemen en een ontregelde diabetes. Nadat de consultgever de patiënte ook zelf had ongezocht, vond overleg onder vier ogen plaats. Het resultaat was dat de behandelend huisarts zich gesteund voelde in zijn tot nu toe gevolgde behandeling, die onder andere bestond uit het inbrengen van een catheter à demeure. Patiënte werd verder thuis behandeld.

- Het onderlinge consult geeft mogelijkheden tot feedback, supervisie, toetsing en een meer uniforme aanpak van problemen. Hier heeft het intercollegiale consult voor het huisartsgeneeskundig behandelen een onderbouwende functie.

- Een aantal huisartsen maakte melding van de ervaring, dat via het intercollegiale consult een verdieping van het inzicht in de problematiek van de patiënt was ontstaan. De artsen hadden van elkaar geleerd, leemten waren aangevuld. Ook het laten zien van zeldzame gevallen werd als leerpunt genoemd. Het onderlinge consult heeft hier een leerfunctie.

Een huisarts zag op het spreekuur een patiëntje met het beeld van een mastoïditis. Deze huisarts schreef dat hij dit beeld niet eerder had gezien in zijn praktijk. Dit was voor hem de reden zijn collega in consult te vragen om het geval mede te beoordelen.

De problemen waarvoor een collega in consult wordt gevraagd, zijn meestal van somatische aard; deze consulten vergen in het algemeen ook weinig tijd. Meer tijd vragende consulten kan men verwachten bij geriatrische patiënten, stervensbegeleiding en patiënten met psychosociale problemen. Voor deze problemen wordt echter zelden een consult gevraagd.

De respondenten zijn zeer lovend over de mogelijkheden die onderlinge consultatie biedt. Toch is de frequentie betrekkelijk laag: bij de meeste huisartsen enkele keren per week. Bij 200 patiëntencontacten per week zou dat gelijk staan aan ongeveer 1 procent. Uit onderzoek van *Lamberts* blijkt, dat de huisartsen in Ommoord ook ongeveer tweemaal per week onderling contact over patiënten hadden.⁸

Tijdens de beroepsopleiding wordt de aanstaande huisarts systematisch geadviseerd en gesuperviseerd, maar als hij eenmaal is gevestigd, moet hij de praktijk zelfstandig voeren. Gevestigde huisartsen gedragen zich ook zo: van het

accepteren van een hiërarchie op grond van kennis of ervaring is geen sprake en de meesten gaan ervan uit, dat 'we allemaal evenveel weten en van mijn eigen patiënten weet niemand meer dan ikzelf'. Deze instelling kan een verklaring zijn voor het feit dat specialistische verwijzingen (verwijspercentage 35 per 100 per jaar) een veel belangrijker rol spelen dan intercollegiale consulten.

Een bespreking met de patiëntengegevens erbij is de meest voorkomende vorm van intercollegiale consultatie door huisartsen. In twaalf praktijken ziet de in consult gevraagde arts ook zelf de patiënt, terwijl in zeven praktijken de patiënt ook bij de nabespreking aanwezig is. Zes huisartsen noemen als enige vorm de bespreking met de gegevens erbij. De consultvorm zoals we die kennen bij een verwijzing naar een specialist, dus met een verwijsbrief met een vraagstelling en een schriftelijk antwoord, wordt door niemand genoemd. Geen van de huisartsen noemde de mogelijkheid van telefonisch overleg.

Over het algemeen zijn de onderzochte huisartsen van mening dat het intercollegiale consult voor de patiënt voordelen heeft. Een nadeel kan zijn, dat bij het overwicht van twee huisartsen een beslissing wordt genomen, waar de patiënt eigenlijk niet achter staat, maar waar hij zich niet tegen durft te verzetten.

De voordelen voor de huisarts zijn overduidelijk. Vijf huisartsen noemen als mogelijk bezwaar de kans op onduidelijkheid over de vraag, wie uiteindelijk verantwoordelijk is voor de verdere behandeling. Over dit punt moeten duidelijke afspraken worden gemaakt.

In de enquête komt duidelijk naar voren, dat het intercollegiale consult in de duopraktijken van de ondervraagde huisartsen betrekkelijk weinig voorkomt, maar wel als zeer positief wordt gewaardeerd. Het biedt mogelijkheden tot het geven van onderlinge steun, toetsing en kennisoverdracht. Verder onderzoek zal echter moeten uitwijzen wat de effecten van onderlinge consultatie zijn op de behandeling van de patiënt. Kan onderlinge consultatie tot gevolg hebben, dat een probleem kan worden opgelost waarvoor anders een verwijzing naar een specialist zou plaatsvinden?

Literatuur op pag. 124

Vervolg van pag. 103

- ²² Grol R, red. Huisarts en somatische fixatie. Utrecht: Bohn Scheltema & Holkema, 1983.
- ²³ Shaw C. Aspects of audit. Br Med 1980; 280: 1256-8, 1314-6, 1361-3, 1443-6, 1509-11.
- ²⁴ Donabedian A. Promoting quality through evaluating the process of patient care. Med Care 1968; 6:181-202.
- ²⁵ Koran L. The reliability of clinical methods, data and judgements. New Engl J of Med 1975; 293: 642-6, 695-701.
- ²⁶ Albinsky M. Onderzoek en actie. Assen, Amsterdam: Van Gorcum, 1978.
- ²⁷ Smith N. The feasibility and desirability of experimental methods in evaluation. Evaluation and Program Planning 1980; 3: 251-6.
- ²⁸ Winickof R, Coltin R, Morgan R, et al. Improving physician performance through peer comparison feedback. Med Care 1984; 6: 527-34.
- ²⁹ Katz F, Snow R. Assessing health workers performance. A Manual for training and supervision [WHO Public Health Papers, nr. 72]. Geneva: World Health Organization, 1980.

Literatuur bij Van der Meer, pp. 104-6.

- ¹ Colenbrander M, Fehmen C, Hammers Th. Medische ethiek 1936. Amsterdam: Koninklijke Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, 1936.
- ² Verbeek-Heida PM. Verslag van een onderzoek naar de bestaande onderlinge samenwerking van de huisartsen in de provincie Groningen. Groningen: Laboratorium voor Sociale Geneeskunde, 1967.
- ³ Gill K. Sociaal-verloskundige verkenningen [Dissertatie]. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt, 1973.
- ⁴ Bruins CP, Noordhoff KH, Verdenius W. Onderlinge consultatie door partners in een groepspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1973; 16: 372-4.
- ⁵ Lamberts H. Praten over patiënten: een kwantitatieve benadering van de communicatie binnen een multidisciplinair team. Huisarts en Wetenschap 1976; 19: 181-5.
- ⁶ Bremer GJ. Over het gebruik van de huisartsen anamneselijst bij vage, onduidelijke klachten. Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 53-8.
- ⁷ Van der Werf GTh, Bremer GJ. Een klinische les? Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2265-8.
- ⁸ Ter Braak EM, Van der Werf GTh. Verwijzen of niet? Kijken naar interdokterverschillen als methode van toetsing. Huisarts en Wetenschap 1984; 27: 334-7.

Ledencongres 1985

Het dertigste Ledencongres van het Nederlands Huisartsen Genootschap werd gehouden op 15 november 1985, in het Congressentrum Ouwehand te Rhenen. Hieronder het verslag van deze vergadering, die door 90 leden werd bijgewoond.

Om 20.30 uur verwelkomt voorzitter Bottema de aanwezigen, in het bijzonder de heer Van der Voort, die sinds februari 1985 in functie is als directeur van het NHG. Omdat er nauwelijks gebruik is gemaakt van de mogelijkheid om de benodigde stukken voor dit Ledencongres op te vragen, worden de stukken ter plekke uitgereikt. Afgesproken wordt om de stukken voor het Ledencongres 1986 tijdig rond te sturen.

De voorzitter geeft een toelichting op de gebeurtenissen van het afgelopen jaar: zo was er het vertrek van twee Dagelijks Bestuursleden en van de oude directeur, de komst van de nieuwe directeur en de noodzaak om het financiële beheer van het NHG beter te regelen, teneinde een grotere beheersbaarheid te verkrijgen. Vervolgens wordt het verslag van de 29e Huishoudelijke vergadering onder dankzegging aan de notuliste gearresteerd.

Beleidsplan 1986

De voorzitter licht toe dat het NHG een rol zal gaan spelen in het opzetten van een toetsings- en nascholingscurriculum voor huisartsen.

De Geus verwijst naar het Beleidsplan bladzijde 8 onder deskundigheidsbevordering en kwaliteitsbevordering en vraagt of de SDH-opties gelijk zijn aan de opties van de PAOG en hoe de opstelling van het NHG hierin is. De voorzitter antwoordt, dat het NHG-bestuursstandpunt besproken is met het IOH. De SDH is sterk gericht op het perifere niveau. Er ontstaan verschillende verbindingen tussen SDH-structuur en PAOG via het meso-niveau. In de gezamenlijke werkgroep van SDH en NHG werd een goede afstemming tussen PAOG en SDH op meso-niveau belangrijk genoemd. De werkgroep werkt aan een rapport dat voor 1 januari 1986 zal uitkomen. De voorzitter vervolgt, dat het LHV-standpunt met betrekking tot de bemanning van het me-

so-niveau door het NHG als 'ontoereikend' wordt ervaren.

Vervolgens vraagt de voorzitter om commentaar op de andere beleidsvoor-nemens (beleidsplan DB 85-119). De aanwezigen leveren geen op- en aanmerkingen en de voorzitter stelt vast, dat hiermede het verslag gearresteerd is. Het bestuur zal de opdrachten uitwerken en daartoe de benodigde stappen ondernemen.

Financieel Jaarverslag 1984

Penningmeester Weijers licht toe, dat de toenemende activiteiten binnen het Genootschap een zeer groot beslag leggen op de financiële middelen. Het jaar 1984 werd met tekorten afgesloten.

Chavannes informeert of deze financiële tegenvaller veroorzaakt wordt door minder winst bij Huisartsenpers. De voorzitter antwoordt dat dit voor een groot deel het geval is, en dat de ontwikkeling rond Huisartsenpers daarnaast een zaak op zich is. Ter discussie staat het economische draagvlak van Huisartsenpers. Dit leidde onder andere tot de vraag of er een samenwerkingsverband gezocht dient te worden met andere uitgevers of dat er gezocht moet worden naar nieuwe investeringsmogelijkheden.

Raeven (CMP) verwijst naar de laatste pagina van de begroting 1986 en informeert naar het grote verschil in de CMP-uitgaven voor 1983 en 1984 (f 5.077,- en f 19.764,99). Ook vraagt spreker zich af waarom de NHG-commissies of werkgroepen in het lopende jaar geen financieel overzicht ontvangen. De penningmeester antwoordt dat in 1986 een drie maandelijks controle zal plaatsvinden en hij licht de redenen uitblijven van tussentijdse financiële rapportage naar commissies en werkgroepen toe. De NHG-administratie wordt momenteel verzorgd door een extern bureau, dat in 1986 voor tussentijdse rapportage zorgt. Voorts noemt de penningmeester het enorme verschil tussen CMP-uitgaven 1983 en 1984. Ter verduidelijking voor zowel CMP als de penningmeester NHG, wordt een gesprek toegezegd tussen DB en CMP.

Van der Voort benadrukt dat voor een goede budgetbeheersing nodig is, dat de declaraties voor de betreffende commissies en werkgroepen tijdig ingeleverd worden. Het NHG heeft nieuwe declaratieformulieren ontwikkeld, waarop