

# MEDISCH CONTACT

Nummer 26 – 30 juni – 44e jaargang

Hoe moet de optimale verwijsbrief eruitzien? Belangrijker, vond men uit in Rotterdam, is de vraag welke zaken van invloed zijn op wat er in zo'n brief komt te staan en hoe hij uitwerkt.

Voor de vierde maal in acht jaar zijn huisartsen en specialisten uit de regio Maastricht een paar dagen lang in conclaaf gegaan om te praten over de onderlinge communicatie. Ditmaal wilden ze echt tot afspraken komen.

Zo eens als de spermabanken in ons land het zijn over het handhaven van de anonimiteit van de zaaddonor, zo sterk verschillen ze soms in werkwijze. Mw. Mr. A. M. L. Broekhuijsen-Molenaar, universitair docent van de afdeling Burgerlijk Recht van de RU Leiden, schreef alle 22 spermabanken in Nederland aan; van 13 kreeg ze een antwoord waar ze wat mee kon.

Kankerpatiënten hebben in de verschillende fasen van hun ziekte behoefte aan sociale ondersteuning. De psycholoog Prof. Dr. J. A. M. Winnubst gaat in op de vraag wanneer welke steun nodig is en wie die steun het best kan geven.

Anders dan de meesten van hun docenten hebben medisch studenten een uitstekend overzicht over het totale curriculum. Juist dit maakt hen de gesprekspartners bij uitstek over te kiezen studieonderwerpen. Dit concludeert men aan de Faculteit der Geneeskunde te Groningen naar aanleiding van de evaluatie van het thema 'Controversen', dat daar voor enige jaren in het leerplan werd opgenomen.

## INHOUD

De verwijsbrief in zijn context  
*Mw. Drs. A. Beugeling en Drs. J. C. van der Wouden* – 873

Communicatie tussen huisarts en specialist  
*P. Pop en L. L. J. M. Keijsers* – 876

Kwaliteit van zorg. Kwaliteitsbevordering in de anesthesiologie  
*Dr. F. M. Werner* – 879

Spermabanken in Nederland. Een onderzoek naar de wijze van werken bij KID en KIE  
*A. M. L. Broekhuijsen-Molenaar* – 882

Kankerpatiënt en sociale ondersteuning  
*J. A. M. Winnubst* – 885

Controversen als onderwijsthema  
*R. J. Hiemstra c.s.* – 887

Uitspraak Gerechtshof Amsterdam. Ondermaatse praktijkvoering en ouderdomsgebreken maken zenuwarts blijvend ongeschikt voor uitoefening geneeskunst – 889

Uit de Geneeskundige Hoofdingspectie. Experimenten met geneesmiddelen en informatie van medebehandelaren – 890

Buitenland. Automatische externe defibrillatoren en acute hartdood – 891  
Autologe bijniermergtransplantaties bij parkinsonisme in een laat stadium – 893

Programma en inschrijfformulier van het 41ste KNMG-Ledencongres – 895

---

In de maanden juli en augustus komt Medisch Contact tweewekelijks uit met combinatienummers:  
nr. 27/28 op 14 juli – nr. 29/30 op 28 juli  
nr. 31/32 op 11 augustus – nr. 33/34 op 25 augustus.

---

Colofon 866 – Colofon officieel 866 – Hoofdre-dactioneel commentaar 867 – Meester Dokter 868 – Brieven 869 – Dagboek van een waarnemer 872 – Boeken 884

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

#### Bestuur Medisch Contact

Dr. J. L. A. Boelen, voorzitter  
R. Bekendam, secretaris  
Wipstrikkerallee 115, 8023 DX Zwolle  
Mw. G. A. E. Kreek-Weis  
Dr. H. W. M. Anten  
Dr. R. J. E. A. Höppener

#### Redactie Medisch Contact

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

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

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

#### Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG binnen de Benelux, op de Nederlandse Antillen en in Suriname f 141,50 (inclusief BTW); overige landen f 249,25

Administratie: Wegener Tijl Tijdschriften Groep BV  
Jacques Veltmanstraat 29  
1065 EG Amsterdam  
telefoon 020-5182.828, telex 15230,  
fax 020-170377.

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

#### Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

Opgave:  
Wegener Tijl Tijdschriften Groep BV  
Jacques Veltmanstraat 29  
1065 EG Amsterdam  
telefoon 020-5182.828, telex 15230.  
Geldend advertentietarief: januari 1989.

Druk: Tijl Offset Zwolle

#### Bij de voorplaat:

Ziekenzaal van het kinderziekenhuis Schottenfeld in Wenen (1840). Aquarel van Rudolf von Alt. Herkomst onbekend.

## KNMG | LHV | LSV | LAD | LVSG | KNMG

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht, telefoon 030-823911.  
Postgironummer 58083-AMRO banknummer 45 64 48 969.  
KNMG-informatielijn 030-823339; KNMG-antwoordapparaat 030-823201; telefax 030-823326.

#### Dagelijks bestuur

W. H. Cense, voorzitter; Prof. Dr. W. J. Schudel en P. C. H. M. Holland, ondervoorzitters; P. B. L. Attema en J. J. van IJssel.

#### Secretariaat

W. van Hof, secretaris-generaal; Th. M. G. van Berkestijn, plaatsvervangend secretaris-generaal; Mw. Mr. W. R. Kastelein, secretaris; Prof. Mr. W. B. van der Mij, adviseur; G. J. Eikmans, p.r.-adviseur; K. Theunissen, hoofd financieel-economische en administratieve zaken.

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

#### Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Adres: Australiëlaan 16 a-b, 3526 AB Utrecht.  
Postbus 20056, 3502 LB Utrecht.  
Telefoon: 030-813713.  
Drs. C. R. J. Laffré, directeur; Mw. G. J. M. Venneman, informaticus.

#### Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

#### Landelijke vereniging van Artsen in dienstverband (LAD)

Mr. A. W. J. M. van Bolderen, directeur; Mw. J. C. Steenbrink, secretaresse.

#### Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)

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

#### Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (CC)

Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris; Mw. S. de Jong, secretaresse.

#### College voor Sociale Geneeskunde (CSG) College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde (CHVG)

A. L. J. E. Martens, arts, secretaris; Mw. S. de Jong, secretaresse.

#### Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

#### Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

#### Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

#### Bibliotheek

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

#### Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen

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

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

# Tussen eerste en tweede lijn

Midden in de jaren zeventig bestond er binnen de huisartsgeneeskunde veel belangstelling voor samenwerking binnen de eerste lijn. Dit blijkt onder meer uit het aantal publikaties hierover in Huisarts en Wetenschap: in de vijftienvijfjarige periode 1972-1976 het viervoudige van het aantal in de periode 1982-1986 (45 versus 11). In de jaren tachtig is de belangstelling verschoven van samenwerking naar de kwaliteit van de zorg (8 publikaties versus 35) en naar somatische onderwerpen (luchtweegaandoeningen: 4 versus 17, hart- en vaatziekten: 10 versus 16). Na het proefschrift (1973) en de verdere publikaties van De Melker besteedde ons eigen, meer beschouwende weekblad aanzienlijke aandacht aan de samenwerking tussen de eerste lijn en de tweede lijn. In het meer wetenschappelijk georiënteerde H&W werd de verschuiving echter niet zichtbaar (8 versus 6)<sup>1</sup>.

In Medisch Contact is regelmatig verslag gedaan van de experimenten die op enkele plaatsen hebben plaatsgevonden op het gebied van de samenwerking tussen eerste en tweede lijn; denk aan de diagnostische centra van het Ziekenhuis Oudenrijn in Utrecht en het Maastrichtse Ziekenhuis Annadal, thans Academisch Ziekenhuis Maastricht. Dat voor het slagen van dergelijke, op het oog bescheiden, experimenten inspirerende personen noodzakelijk zijn, blijkt wel uit de gang van zaken in Utrecht, waar het diagnostisch centrum na het vertrek van Peters naar het Academisch Ziekenhuis Leiden weliswaar nog steeds functioneert, maar waarover niet meer wordt gepubliceerd; dit in tegenstelling tot Maastricht, waar de internist Pop vanaf het begin de drijvende kracht achter het diagnostisch centrum is geweest. Onlangs nog werd aannemelijk gemaakt, dat persoonlijke feed-back uit dit diagnostisch centrum naar de huisarts heeft bijgedragen aan het gericht aanvragen van laboratoriumbepalingen naar de nierfunctie en reumatoïde artritis en naar de oorzaak van vage en algemene klachten<sup>2</sup>. Wat de in 1985 in het VU-ziekenhuis gestarte experimenten, waarbij wordt gezocht naar nieuwe vormen van structureel samenwerken en huisartsen medeverantwoordelijk worden gemaakt voor het welslagen van het project, opleveren voor de dagelijkse praktijk, is nog niet bekend<sup>3</sup>.

Experimenten met de samenwerking tussen eerste en tweede lijn hebben tot doel

zicht te krijgen op de voorwaarden voor het slagen van samenwerking en op de effecten, zowel voor de patiënt als op het gebied van kosten en arbeidssatisfactie. Korte communicatielijnen en een doelgerichte en persoonlijke benadering zijn zeer belangrijk. Zo geven Pop en Keijzers in dit nummer van Medisch Contact (zie p. 876) aan hoe in de regio Maastricht is geprobeerd de communicatie te verbeteren en concrete werkafspraken te maken.

Een samenwerking zoals die in Maastricht wordt nagestreefd, lukt alleen maar als er binnen de regio voldoende huisartsen en specialisten zijn die op grond van het gezamenlijk belang de noodzaak van

## Dr. C. Spreeuwenberg

communicatie en afspraken inzien, de taak van de één complementair achten aan die van de ander en zich niet bedreigd voelen door de andere beroepsgroep. Wat dit laatste betreft zijn er tendensen die de samenwerking problematisch kunnen maken. Zo wordt er wel eens gesuggereerd de patiënt zelf te laten bepalen of hij door de huisarts dan wel door de specialist wil worden geholpen. Uit de praktijk van vele ons omringende landen blijkt, dat het helemaal niet zo vanzelfsprekend is dat de patiënt alleen na een verwijzing een specialist mag consulteren. Er zijn specialisten die serieus overwegen hun praktijk te 'extramuraliseren', waardoor ze aan de knevel van het ziekenhuisbudget kunnen ontkomen en een nieuwe markt kunnen aanboren. Het is niet denkbeeldig dat de wens van grote groepen patiënten niet aansluit bij wat uit beleidsoogpunt wenselijk wordt geacht: vermindering van onnodige medicalisering en zo goedkoop mogelijke zorg bij handhaving van kwaliteit.

Interessant is het in dit verband te letten op de oraties van twee onlangs benoemde hoogleraren op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg. Schadé sprak bij de aanvaarding van zijn ambt als hoogleraar huisartsgeneeskunde over thuiszorg<sup>4</sup>. Hij verwacht op dit gebied veel van een functioneel ontwikkelingsmodel waarin een professionele organisatie ten dienste van de patiënt wordt gecreëerd. In dit model is de plaats waar de patiënt wordt behandeld 'onderge-

schikt aan het feit dat deze van de juiste persoon, op de juiste tijd, op de juiste plek, de juiste behandeling krijgt. Specialist kunnen huisbezoeken afleggen en huisartsen kunnen patiënten in ziekenhuizen doen opnemen en daar behandelen.' Schadé is optimistisch over de positie van de huisarts, als deze een gedeelte van zijn poortwachtersfunctie inlevert; deze ontwikkeling zal volgens hem wel leiden tot een heroriëntatie op de waarde van huisartsgeneeskundige en specialistische hulpverlening. Is dit optimisme terecht en levert de huisarts hierbij niet zijn sterkste troef in? Immers, Van der Zee, benoemd tot hoogleraar in het onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, refereert aan de legio krantekoppen en rapporten die aangeven dat de huisarts van niets weet en op essentiële punten faalt. Hij ziet de huisarts als een generalist, die altijd in detailkennis zal achterlopen bij zijn op een bepaald gebied gespecialiseerde collega. Van der Zee acht dit generalistische karakter echter belangrijk, niet alleen omdat de huisarts optreedt als een soort makelaarskantoor in een vérgaand gespecialiseerde wereld, maar ook omdat het generalisme staat voor een humane bejegening van degene die zorg behoeft als tegenhanger van het technische, projectmatige<sup>5</sup>.

Schadé's model van de vervagende grenzen ziet er op papier prachtig uit, maar gaat wel voorbij aan de realiteit. Huisartsen, specialisten en patiënten hebben tegengestelde belangen en opvattingen over wat 'juist' is. Als men per taakgebied de huisarts onder de loep neemt zal deze het, terecht of onterecht, al gauw verliezen van de specialist. Echter, de kernvraag is of onze samenleving de afweging van Van der Zee deelt. Zo ja, dan is het consequent het generalistische karakter van het werk van de huisarts en de complementariteit van huisarts en specialist in de structuur van de gezondheidszorg tot uiting te laten blijven komen. □

1. Meijman FJ. Huisarts en Wetenschap; register 1972-1986. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1987.

2. Pop P, Winkens RAG. Periodieke persoonlijke feed-back over het diagnostisch handelen. Huisarts en Wetenschap 1989; 32: 205-7.

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

4. Schadé E. De huisarts een zorg. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1989.

5. Zee J van der. Over de grenzen van de eerste lijn. Utrecht: Nivel, 1989.

## Meester Dokter

Mijn vader had gevoel voor humor. Bij het ter aarde bestellen van oom Sjaak boog hij zich te ver over de zanderige kuil waarin de houten kist langzaam naar beneden zonk, met als gevolg dat hij met een sierlijke boog nog eerder de plaats van bestemming bereikte dan zijn zwager. Toen hij zich naast de inmiddels ook gearriveerde houten paletot weer oprichtte, zei hij met een voor hem zo typerend verongelijk gezicht tegen de rouwende omstanders: 'Ik dacht niet dat het vandaag mijn beurt was.'

Nu is hij zelf dood. Gestorven zoals hij was. Een man van weinig woorden. Enkele dagen daarvoor was hij gestopt met het schrijven van zijn dagboek, zo bleek later. De laatste regels die we van hem vonden, waren daarover duidelijk: 'Ik weet dat mijn tijd gekomen is', stond er geschreven. De dagboeken, waaraan hij wel vijftig jaar had gewerkt, werden van tevoren gesloten. Hij kondigde zijn overlijden aan, aan zichzelf, van tevoren. Voor ons pas daarna. Hij was net 80 jaar geworden.

Achteraf vraag je je wel eens af, of er voor mij toch niet een aankondiging van zijn dood is geweest. Een soort boodschap?

De avond tevoren besloot ik naar het dorp te wandelen. Het was zo'n donkere avond in de herfst die je onrustig maakt. Een harde wind verandert de omgeving altijd in een onheilspellende wanorde; de grond ligt dan bezaaid met denneappels en dood hout, die van de grove dennen zijn afgerukt. Door het dorp loopt een spoorlijn, die noord en zuid vele malen per dag van elkaar gescheiden houdt, als de bomen zijn gesloten. De stoptreinen stoppen nu dagelijks vele malen om grote stromen mensen te vervoeren. Als ze aan komen gekropen, dan zijn het niet de treinen die het lawaai maken maar het keffende ge-ting van de bellen van de AHOB's, die samen met de rode lichten auto's, fietsers en voetgangers tot staan brengen om de trein te laten passeren. Dit gebeurt zo landerig dat sommige mensen menen nog net even voor de trein het spoor te kunnen oversteken om een kwartiertje te winnen voordat de volgende trein arriveert. De sneltrein heeft echter geen consideratie met de spoorwegovergang. Angstaanjagend rustig neemt hij op grote afstand zijn aanloop. Schijnbaar langzaam sluipt hij dan naderbij, om vervolgens met een verwoestend geweld zich langs het stationnetje te boren, de wachtende mensen voor de overgang eerst opzij duwend met zijn enorme luchtverplaatsing, ze vervolgens bij zijn staart weer terugzuigend in een vorm van bizarre afhankelijkheid.

Die avond bracht mij voor de spoorlijn en het bekende lawaai kondigde aan dat op zeer korte tijd het gele gelaat uit de duisternis zou breken.

Met een onverwacht geraas voelde ik de wind vooruistormen, zoals aan een hoog gezelschap een politie-escorte voorafgaat. Bij het passeren van de overweg was er ditmaal niet alleen de wind en het gedender, maar ook verpulverend gekraak. Het leek wel of er grote kiezels onder zijn wielen werden vermalen. Een fontein van gruzels spatte omhoog, langs mijn oren, tegen mijn lichaam. Twee grote massa's vlogen langs mij heen, maar mijn aandacht werd gevangen door een papieren fontein die in het midden ontstond. Honderden blaadjes papier vlogen door de lucht en met de sierlijkheid van gekleurde herfstblaadjes dansten ze één voor één naar beneden. Ik raapte een blaadje van een Succes-agenda op en zag een paar krabbels. Ik griste nog een papiertje van de grond: een leeg velletje ruitjespapier. Ik kon mijn ogen niet afhouden van al dat gedwarrel. Hoe lang zou het duren voordat alle papiertjes de grond zouden hebben

### Wij sterven dag in, dag uit (Seneca)

bereikt? Waarom staat er een damesschoen met een hoge hak op de rails? Damesschoenen staan toch nooit op het spoor. Waarom staat er een damestas voor mijn voeten? Ik kon niet denken. Ik stak het spoor over en keek naar de schoen. Zou ik de schoen oppakken, waar zou de twee zijn? Ik liep door. Het werd rumoerig om mij heen. Mensen begonnen te lopen en te schreeuwen. Waarom schreeuwen ze zo? Is er iets gebeurd? Ik draaide om en keek opnieuw naar het spoor, waar nog steeds de naaldhak fier overeind stond, alsof hij aan het wachten was op de bezuster die hem in de steek had gelaten. Er moest toch wat zijn gebeurd. De intercity was enkele honderden meters verderop tot staan gekomen en ik zag mensen lopen langs de trein. Ze bewogen in mijn richting. In het hoge gras bij de overweg lag een vormloze massa. Was dat een mens? Het moest een mens zijn maar ik kon het niet zien. Het schreeuwen werd steeds luider. Was het een vrouw? Het moest de vrouw zijn, maar ik kon het niet bevatten. Hier hoorde ik gillen! Enkele tientallen meters rechts van de vrouw moest nog wat zijn. Mensen begonnen te rennen langs het spoor de diepe duisternis in. Ik kon er niet achteraan lopen. Ik keek naar het hoge gras. Ik zag een been. Het was van een vrouw. Het been was een schoen kwijt. Wat moest ik doen? 'Daar ligt een man', zei iemand

die uit de donkerte van de spoorlijn kwam getreden. Ze waren met z'n tweeën, dacht ik. Hand in hand. Nu hoorde ik ook het niet meer ophoudende geschetter van de bellen. De bomen gingen weer dicht. Ik hoorde sirenes op de achtergrond.

Ik begon te lopen, terug naar huis. Er was niemand thuis. Ik belde mijn moeder. 'Ik heb twee lichamen langs me heen zien vliegen bij het spoor', zei ik door de telefoon. 'Wat zeg je daar, Jaap? Vertel dat nog eens, wat verschrikkelijk.' 'Er is toch niets met Jaap gebeurd?', hoorde ik mijn vader angstig roepen. Het waren de laatste woorden die ik van hem heb gehoord. Die nacht hoorde ik voortdurend de spoorwegovergang en de ambulance. Ik luisterde: het waren geen sirenes.

De volgende ochtend moest mijn vader persé vis halen. Mijn moeder kon dan aan de slag. Vooral veel roomboter, dat smaakte zo lekker bij de gekookte aardappeltjes. Met het al jaren bestaande ritueel werd voor die rit de auto gestart in de garage, die hij dan achteruit ging rijden om de straat te bereiken via de oprijlaan. De burenschoven soms de gordijntjes een beetje opzij, omdat het rechtstreeks bereiken van de straat niet altijd vanzelfsprekend was. Met ijsige blik bleef hij dan in zijn auto vooruikijken, zijn ogen star op het spiegelkje gericht. De eerste hindernis die diende te worden genomen was het afscheidingshaagje met de burens. Vervolgens werd met kloekke handen een poging gewaagd de taxus in eigen tuin ook nog te omzeilen. En dan ging het de bocht om, op weg naar de vis. Die dag liep het anders. De auto bereikte wel de straat, maar ditmaal stapte hij uit om even te rusten. 'Ik voel me zo rot, Sjaan', waren misschien zijn laatste woorden. Hij ging op de bank zitten en gaf de geest, ondanks dat mijn moeder hem nog stevig in zijn neus kneep en in zijn mond begon te blazen. Toch onverwacht is hij toen overleden.

Jaap Gerritsma

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

**Plaatsing van bijdragen in de rubriek 'Brieven' houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. Om dit te voorkomen worden schrijvers verzocht de lengte van een ingezonden brief tot circa driehonderd woorden te beperken.**

## ONGENUANCEERDE UITSPRAAK

De uitspraak van het Centraal Medisch Tuchtcollege over een visite weigerende huisarts (MC nr. 20/1989, blz. 689) is van een alarmrend laag gehalte. In één (!) volzin wordt 'gemotiveerd' waarom de betrokken huisarts wordt onderworpen aan de maatregel van waarschuwing. Deze motivatie is in zeer algemene termen gesteld en gaat geheel voorbij aan de problematiek waardoor deze huisarts zich in deze specifieke casus gesteld zag.

Het CMT vernietigde een eerdere uitspraak van het medisch tuchtcollege in eerste aanleg. Na een uitgebreide motivatie concludeerde dit college destijds, '... dat de arts voldoende zorg heeft besteed aan de behandeling en begeleiding van patiënte'. Waarom het CMT nu tot een diametraal ander standpunt komt, laat het geheel in het duister. De argumenten van het medisch tuchtcollege in eerste aanleg worden althans onweersproken gelaten.

Het besluit van het Centraal Medisch Tuchtcollege tot bekendmaking van zijn beslissing over te gaan door publikatie in onder andere Medisch Contact, wordt evenmin gemotiveerd.

Uit enkele eerdere uitspraken van het CMT bleek al, dat dit college kennelijk van mening is dat een huisarts altijd een visite dient af te leggen zodra hem een verzoek daartoe bereikt. Deze opvatting leidt in de praktijk tot onwerkbaar situaties en gaat voorbij aan de voor de huisarts noodzakelijke beleidsruimte. Door deze uitspraak wordt de indruk versterkt, dat binnen het CMT weinig deskundigheid in, laat staan begrip voor huisartsgeneeskundig handelen aanwezig is.

Met dergelijke ongenueanceerde en slecht gemotiveerde uitspraken wordt het vertrouwen van de medische stand in het gezag van het Centraal Medisch Tuchtcollege ondermijnd.

's-Gravenhage, juni 1989  
J. C. B. M. Rensing, huisarts

## TERECHT GEGROND BEVONDEN?

Gewoonlijk wordt een uitspraak van het Centraal Medisch Tuchtcollege gepubliceerd zonder nevenvermelding van de uitspraak van het college in eerste aanleg. In MC nr. 20/1989, blz. 689 ('Klacht over visite weigerende huisarts ten onrechte ongegrond bevonden') is daar – terecht – van afgeweken.

Wie de beide uitspraken leest, komt tot het volgende beeld: Een huisarts begeleidt met

## BRIEVEN

grote zorgvuldigheid een patiënte met onder andere een onduidelijk beeld van slikstoornissen. De huisarts komt binnen deze begeleiding éénmaal tot de conclusie dat een aangevraagde visite niet direct noodzakelijk is. Patiënte was in het verleden vele malen onderzocht. De arts had patiënte daags tevoren desgevraagd onmiddellijk bezocht, waarbij geen bijzonderheden werden gevonden. Zij is zekerheidshalve die dag voorts in het ziekenhuis onderzocht, waarbij evenmin bijzonderheden zijn gevonden. Er worden hem geen nieuwe ontwikkelingen gemeld. Er was een afspraak voor een visite de volgende dag en een plan tot nadere analyse. Patiënte overlijdt enkele uren na het aanvragen van de visite.

Het college in eerste aanleg komt tot de conclusie dat de arts voldoende zorg heeft besteed aan patiënte en wijst de klacht af.

In een uitspraak van het Centraal College komen geen nieuwe gegevens aan het licht. In een minimaal *considerans* (zo minimaal dat de vraag rijst of aan de elementaire vormeisen wordt voldaan) isoleert het college het niet onmiddellijk afleggen van een visite. De uitspraak van het college in eerste aanleg wordt vernietigd en collega D de maatregel van een waarschuwing opgelegd.

Deze uitspraak ondermijnt mijn vertrouwen in de stand der geneeskundigen. Ik zou collega D graag als huisarts hebben voor mijn gezin.

De Bilt, juni 1989  
R. T. Ottow

## ONBEVREDIGENDE UITSPRAAK?

Naar aanleiding van 'Arts en recht' in MC nr. 11/1989, blz. 365, moet mij toch het volgende van het hart (al was ik slechts twee jaar huisarts en dus ongetwijfeld niet 'deskundig'; maar gelukkig is Prof. de Jong ook emeritus en geen huisarts):

Aangenomen dat het – zorgvuldige!! – onderzoek dat de huisarts heeft beschreven ook inderdaad zo is uitgevoerd (hoe gemakkelijk maak je het in je herinnering iets mooier), blijft dan niet dat:

- een pyelitis bij een overigens gezonde man toch wel ongebruikelijk is;
- zelfs de aanwezigheid van urineafwijkingen uiteraard een appendix niet uitsluit – integendeel;

– het – later, na een of twee maal herhaald contact – voorschrijven van ibuprofen niet erg zinvol en logisch is;

– een vermoeden van appendix – evenals bijvoorbeeld van embolie of infarct – op zich een reden is om de patiënt na 1 uur, 6 uur of 24 uur nog eens te bekijken!

Ik heb zelf als huisarts en later te veel fouten gemaakt om me niet telkens (ook als lid van het tuchtcollege) af te vragen wanneer je mag 'veroordelen en straffen', maar dat neemt niet weg dat ook uit instructief oogpunt een fout wel moet worden gesignaleerd.

Ik kan niet onderschrijven dat met dit commentaar deskundigheid in huis is gehaald, ook al zou de uitspraak ten aanzien van het aantonen van nitriet apert onjuist zijn (? zie bijvoorbeeld: Krupp en Chatton, 'Diagnose en therapie', Ned. versie 1983, Kooyker Leiden, pag. 597; J. B. V. Welten: 'Bacteriurie bij bejaarden', Stafleu, Leiden 1980, pag. 35; citaat Haag, thesis Rotterdam 1977).

Winsum, juni 1989  
N. G. M. Orie

## MEDICALISERING NIET- MEDISCHE HANDELINGEN

In het kader van een actie tegen de doodstraf richt Amnesty International zich, blijkens verscheidene artikelen in MC nr. 17/1989 en bijvoegsel, speciaal tot de medici en doet daarbij een beroep op de Eed van Hippocrates. Be-doeld is klaarblijkelijk de clausule: 'Ik zal aan niemand, ook niet op zijn verzoek, een dodelijk middel toedienen, noch mij lenen tot enig advies van dien aard.' Hierin wordt dus, zo duidelijk als maar kan, datgene verboden wat men in onze tijd onder euthanasie verstaat. En momenteel wordt in ons land, zoals bekend, de Hippocratische ethiek op dit punt plusminus tienduizend keer per jaar overtreden. Maar ongetwijfeld valt onder dit verbod ook het adviseren bij of meewerken aan de voltrekking van de doodstraf. Met dit laatste hebben echter Nederlandse artsen, zoals ook wordt toegegeven, zelden of nooit rechtstreeks te maken. (Ook buitenlandse artsen kunnen er niet echt vaak mee te maken hebben, want volgens AI hebben in 1987 over de hele wereld slechts 769 executies met zekerheid plaatsgevonden.) Geen woord echter lees ik over de tienduizend, maar uitsluitend vele kolommen (met nog vele artikelen plus een symposium in het vooruitzicht) over sporadische of hypothetische gevallen van medische betrokkenheid bij de uitvoering van de doodstraf. Dat is toch wel een kras staaltje van selectieve verontwaardiging. Bovendien: als men iemand toch de tekst van

de Eed van Hippocrates onder ogen brengt, dan kan men moeilijk voorkomen dat de aangesprokene ook even verder leest en stoot op de al even duidelijke anti-abortusclausule, die meteen volgt op de geciteerde passage. Op dat punt wordt de Eed in ons land, als ik goed ben ingelicht, zo'n veertigduizend keer per jaar (Nederlandse en buitenlandse vrouwen samen) overtreden en in de hele wereld enkele miljoenen keren per jaar.

Samenvattend kan men schatten dat alleen al in ons land de Hippocratische ethiek op essentiële punten vijftigduizend keer per jaar (abortus en euthanasie samen) wordt genegeerd. Het doel van de intensieve campagne van AI kan men dus voor Nederland ook zo omschrijven: tot elke prijs voorkómen dat het aantal schendingen van de Eed oploopt van 50.000 tot 50.001 per jaar. Ik bedoel dit niet als grapje. Het lezen van de folder bracht mij echt tot opperste verbazing: men waant zich terug in 'vooroorlogse' tijden. In elk geval maakt de tekst de indruk minimaal twintig jaar geleden te zijn geschreven of anders door iemand die een complete vreemdeling is in Jeruzalem. Bepaald 'vooroorlogs' doet ook aan het refereren aan het soms toepassen van de doodstraf bij oligofrenen. Gesuggereerd wordt dat dit extra weerzinwekkend is. Maar zo simpel ligt dat niet meer, nu de laatste vijftien jaar het recht op leven van oligofrenen, bijvoorbeeld kinderen met mongoloïde idiotie, steeds meer, ook in Nederland en ook reeds zonder dat er sprake is van misdadig gedrag, wordt aangevochten (zie bijvoorbeeld het overzichtsartikel van Croughs in MC nr. 19/1989, blz. 647).

Het recht op leven blijkt overigens het belangrijkste argument te zijn dat tegen de doodstraf in het algemeen wordt aangevoerd. De doodstraf, zo lees ik, 'is een aanslag op het recht op leven'. Maar geldt dat dan niet bij abortus ten aanzien van het kind in de moederschoot, dat daarbij een dood sterft die veelal als wreed en pijnlijk wordt omschreven? En geldt dat niet evenzeer bij euthanasie? Het recht op leven is immers een recht waarvan men, volgens de juristen, geen afstand kan doen (zie bijvoorbeeld Mr. T. M. Schalken in zijn requisitoir d.d. 3 november 1983 ter terechtzitting van het Hof te Amsterdam). Dit recht wordt dus evenzeer geschonden door doden mét als zonder verzoek.

Dit alles neemt overigens niet weg, dat Amnesty International zeer terecht waarschuwt tegen het medicaliseren van niet-medische handelingen, zoals de doodstraf. 'Wat dokter doet is welgedaan', is immers een allerwegen zo diep verankerde overtuiging, dat een handeling die eenmaal is gemedicaliseerd boven elke verdenking van onoirbaarheid is verheven. Men denke maar weer aan abortus en doden-op-verzoek. Beide handelingen waren voordat ze werden gemedicaliseerd allerminst respectabel. Heel frappant was ook hoe in het recente verleden overspel van de ene dag op de andere respectabel werd toen er een dokter was tussengeschied (KID). Het medische sausje is duidelijk een ongekennd krachtig brouwsel: het wast alles wit. Alle lof voor AI, dat het ziet hoe gevaarlijk zo iets kan worden. Maar des te

vreemder is het te moeten constateren dat alle energie wordt gericht op de splinter en dat men de balk niet lijkt op te merken – een geval van verdringing?

Utrecht, juni 1989

J. A. van der Does de Willebois

## WIJKVERPLEEGKUNDIGEN

Reagerend op het commentaar in MC nr. 18/1989, blz. 599, van collega W. G. J. Silverentand, huisarts te Veldhoven, op ons artikel 'Medisch handelen door verpleegkundigen in de thuiszorg; zijn bekwaamheidsverklaringen noodzakelijk' (MC nr. 11/1989, blz. 360):

Wij zijn van mening dat bekwaamheid van personeel onder de verantwoordelijkheid van de werkgever valt. Dit brengt met zich mee dat de werkgever er voor zorg dient te dragen dat deze bekwaamheid op peil blijft.

Uit de reactie van collega Silverentand hebben wij helaas moeten constateren, dat hij één van de voorwaarden waaronder geneeskundige handelingen door niet-medici kunnen worden uitgevoerd, terzijde schuift. Voor zover het medische of voorbehouden handelingen betreft, is namelijk de theorie van de verlengde arm ontwikkeld, die inmiddels een juridische betekenis heeft gekregen. Voornoemde constructie behelst dat, mits aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan, de arts de uitvoering van geneeskundige handelingen door anderen kan laten verrichten. Zo behoort de arts onder andere toezicht te houden op de wijze van uitvoering, althans zich ervan te verzekeren dat de uitvoering zorgvuldig zal plaatsvinden. Tevens draagt de arts slechts die handelingen op, c.q. vertrouwt slechts die handelingen toe aan de verpleegkundige, die zij krachtens opleiding en ervaring beheerst. In het wetsontwerp BIG (art. 55, lid 1a) wordt vermeld, dat de arts een medische handeling mag overdragen aan een verpleegkundige, mits redelijkerwijs mag worden aangenomen dat deze beschikt over de vereiste bekwaamheid voor het behoorlijk uitvoeren van de handeling. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid vermeldt in zijn 'Advies verantwoordelijkheid verpleegkundigen in extramurale gezondheidszorg', dat dit betekent dat 'de medicus aansprakelijk kan zijn voor:

- een (door hem gedaan) verzoek dat geen verpleegkundige ooit zou mogen uitvoeren;
- een verzoek aan een niet voldoende bekwaame verpleegkundige;
- het niet voldoende controleren achteraf indien de zwaarte van de opdracht daartoe aanleiding geeft'.

In ditzelfde advies is te lezen, dat 'de verpleegkundige wel verantwoordelijk is voor de uitvoering voor die opdracht. Dit betekent in de regel dat diens werkgever aansprakelijk kan zijn voor het aannemen van een opdracht door de verpleegkundige welke deze niet tot zijn bekwaamheid mocht rekenen, of voor het niet zorgvuldig uitvoeren van de opdracht waar de verpleegkundige wel toe bekwaam is'.

Op grond van bovenstaande moge blijken, dat het punt van het beoordelen van de bekwaamheid van een verpleegkundige voor het uitvoeren van een handeling waarvoor zij niet bevoegd is, een moeilijke zaak is. Zowel de arts, de werkgever van de verpleegkundige en de verpleegkundige zelf heeft hierin verantwoordelijkheden, die gedeeltelijk in elkaar overlopen. Om dit probleem aan te pakken wordt door ons het systeem van de bekwaamheidsverklaringen met beperkte geldigheidsduur voorgesteld. Door een commissie van deskundigen zullen hiervoor toetsingscriteria worden ontwikkeld, vastgelegd en zo nodig bijgesteld. Voor alle betrokken partijen wordt duidelijkheid gecreëerd en de individuele huisarts kan de individuele wijkverpleegkundige bekwaam achten voor die geneeskundige handelingen waarvoor zij een uitvoeringsverzoek heeft ontvangen.

Uw opmerking dat ons artikel in het verkeerde tijdschrift is terechtgekomen, kunnen wij gezien het bovenstaande niet delen.

Zoetermeer, juni 1989

H. W. M. Plagge

J. G. M. Boomkamp

## ZELFSTANDIG WERKENDE PSYCHIATER EN AWBZ

Als zelfstandig werkend psychiater die dagelijks met de invoeringsperikelen van de AWBZ voor de psychiatrie per 1 januari 1989 te maken heeft, ben ik ongerust over de toekomst van mijn vak. Ik moet constateren dat er na vier volle maanden touwtrekken over het invoeren van een zogenoemd restitutiestelsel voor de AWBZ, nu, een maand na het uitbrengen van een advies om géén restitutie in te voeren, de staatssecretaris nog niets heeft gedaan met dit advies van de Ziekenfondsraad. Het advies rechtstreeks overnemen kan hij niet, aangezien dat in tegenspraak is met artikel 12 van de AWBZ (immers duidelijk onvoldoende contractanten aanwezig: 130 van de circa 1.100!); een restitutieregeling afkondigen kan hij kennelijk óók niet, zoals dit wél het geval is voor alle andere medische specialisten.

Ondertussen zijn en blijven de psychiatrische patiënten slachtoffer in een loopgravenoorlog, die sinds 1 januari jl. door de ziekenfondsen/ziekttekostenverzekeraars op hen is losgelaten; waarbij de patiënten ofwel worden bedreigd met stopzetten van de betalingen, omdat de behandelende psychiater een voor de patiënten onbekend contract zou moeten gaan tekenen; dan wel moeten de patiënten maanden wachten op enige reactie op opgestuurde nota's, zodat er een bedreiging is dat er helemaal niet betaald wordt/gaat worden, en waarbij de verzekeringen de patiënten steeds weer met andere smoesjes afwimpelen en hun wettelijke verplichting om schriftelijk 'toestemming voor een behandeling' te verstrekken uitstellen.

Psychiatrische patiënten zijn in het algemeen

mensen die je niet gauw de straat op krijgt om te protesteren tegen de huidige discriminerende maatregelen. De meeste patiënten schamen zich dat zij bij een psychiater 'lopen' en het lijkt erop dat de ziektekostenverzekeraars daarop gokken, zodat het ook momenteel heel begrijpelijk is dat zij nu rustig afwachten totdat de psychiaters, gechanteerd met hun zwakste plek, de patiënten, 'om'gaan.

Het gaat echter om méér dan alleen betalingsproblemen; de door de staatssecretaris letterlijk vlak-voor-Nieuwjaar afgekondigde 'regeling beperking niet-klinische psychiatrische hulp AWBZ' uit de Staatscourant no. 252 van woensdag 28 dec. 1988 (!), heeft in één klap mijn vak teruggebracht tot slechts twee tarieven, te weten de mogelijkheid maximaal 90 keer achtereenvolgens intensief contact te hebben met een patiënt/echtbaar/gezin/groep (het zogenoemde psychotherapietarief) óf het maximaal één keer per maand mogen declareren van één-of-meer korte contacten (het zogenoemde herhalingskaarttarief). Alle andere vroegere mogelijkheden tot adequate psychiatrische behandeling moeten nu in deze twee tarieven worden geperst, er is géén financiële mogelijkheid méér voor het bekende maatwerk door de zelfstandig werkende psychiaters in de nieuwe AWBZ-regelingen.

Daarnaast is óók nog eens de met de AWBZ-invoering verbonden 'contractverplichting' onder leiding van de ziekenfondsen – met in hun kielzog de particuliere ziektekostenverzekeraars – gebruikt om de oude droom, alle medisch specialisten te kortwieken (de gezondheidszorg moet toch goedkoper?), te trachten te realiseren door de zelfstandig werkende psychiaters, ook wel 'vrijgevestigd' genoemd, het al jaren geleden tot het conflict LSV-ziekenfondsen geleid hebbende knevelcontract aan te bieden. Dit zogeheten 'modelcontract vrijgevestigde psychiaters' is noch 'model' (eerder een juridisch monstroom), noch bestemd voor de 'vrije vestiging', aangezien de medisch specialist hiermee elk stukje – voor de uitoefening van het vak noodzakelijke – autonomie inlevert. Tekent de zelfstandig werkende psychiater, dan heeft hij of zij zijn of haar doodvonnis getekend over de eigen praktijkvoering: het 'modelcontract' is in feite een aangaan van een gezagsverhouding bij geregelde werkzaamheden met als consequentie dat er formeel sprake is van een opgelegd dienstverband.

De psychiaters moeten waarschijnlijk dus weer terug in het gebouw van het RIAGG/RIGG (immers in het 'modelcontract' staat dat de psychiater zich zal houden aan *nader te maken afspraken* tussen het RIAGG/RIGG en het uitvoeringsorgaan AWBZ; dus er wordt buiten de psychiater om beslist *hoe, waar en wanneer* men deze patiënten 'mag' behandelen!). De afgelopen jaren hebben ons weinig fraaie ontwikkelingen bij de RIAGG's laten zien: er is een ware leegloop van psychiaters uit de RIAGG's geweest, de kostenbewaking is zo beroerd gegaan dat inmiddels één RIAGG-'cliënt-contact tegen de achthonderd gulden aan gemeenschapsgeld (dat is de AWBZ-pot) kost (te berekenen door alle in het jaarverslag geregistreerde 'cliënt-hulpverleners'-contacten te delen door het totale jaarbudget van één RIAGG) én de RIAGG's blijken nog altijd wachtlijsten van twee à drie jaar te hanteren! Hoe rijmen zich deze gegevens met de wens van de staatssecretaris dat landelijke behandelingen uitsluitend in een RIAGG thuis horen . . . ?

Voor het invoeren van de Dekkerse plannen zijn volgend jaar de huisartsen 'aan de beurt'. Het lijkt in de lijn der verwachting te liggen dat dezelfde chaotische toestanden zich zullen gaan voordoen zoals deze zich in de afgelopen vijf maanden in mijn beroepsgroep hebben afgespeeld. Een jaar later hangt 'Dekker' alle andere specialisten boven het hoofd, als deze kabinetsplannen doorgaan.

Dit jaar hebben de psychiaters gefungeerd als de 'kop van Jut' voor de strijd tegen de specialisten en wordt op de psychiatrische praktijken en patiënten in Nederland uitgeprobeerd: – of je in medisch behandelingen kunt inbreken (het gebeurt al vijf maanden!); – hoe je medische tarieven kunt verlagen (circa 20% is kennelijk gelukt); en – hoe je artsen onderling tegen elkaar kunt proberen uit te spelen (ruim 730 psychiaters hebben aan de LSV schriftelijk laten weten dat ze momenteel *niet* dit aangeboden wurgcontract willen tekenen).

De mythe heerst nog steeds, dat de medisch specialisten veel en véél te veel verdienen. Dus wordt nu de groep van psychiaters aangepakt (meer dan 25% van alle specialisten) en volgend jaar volgen de andere medische collegae dan vanzelf . . . ?

Groningen, juni 1989  
F. J. W. Westerouwen van Meeteren,  
zelfstandig werkend psychiater  
(zolang dat nog duurt)

## TOUWTREKKEN OM HET ZIEKTEVERZUIM

Recentelijk mocht ik de pennestrijd tussen collega Koster van Groos en collega Den Bieman in Medisch Contact volgen (MC nr. 20/1989, blz. 669 en blz. 670). Beide stukken bevatten de toenemende irritatie tussen de bedrijfsgezondheidszorg en de verzekeringsgeneeskunde die ook in andere discussies al zichtbaar is geworden, als het om de sociaal-medische begeleiding gaat. Kort weergegeven, zegt Koster van Groos: verzekeringsgeneeskunde, houd je bij je leest, geef ook in de kleinere bedrijven de bedrijfsgezondheidszorg een kans, laten we elkaar steunen tijdens het verzuimtraject van de werknemer en blijf verder met je handen van de bedrijfsgezondheidszorg af. Den Bieman reageert duidelijk: preventie is nu ook een hoofdtaak van de verzekeringsarts en de bedrijven vragen erom; de bedrijfsverenigingen en de GMD kunnen, met alle bestaande contacten en de schat aan gegevens die beschikbaar zijn, een efficiënt en effectief beleid voeren; waar haalt u in vredesnaam het alleenvertoningsrecht vandaan bij kleinere bedrijven? Hij stelt zelfs, dat het ongewenst is dat in de

kleinere bedrijven zich ook nog een bedrijfsarts vertoont (over alleenvertoningsrecht gesproken). Hij ondersteunt het idee van een gezamenlijke opleiding, meer samenwerking (aardige tussenstap) tot integratie. De aap komt aan het slot uit de mouw: '... zo zouden bedrijfsartsen in dienst van de bedrijfsverenigingen . . . etc.'

Volledige integratie van verzekeringsgeneeskunde en bedrijfsgezondheidszorg? Het GAK en/of het GMD (wat wordt het eigenlijk?) de grootste bedrijfsgezondheidsdienst van Nederland? Ik heb dan toch nog wel een paar vragen aan collega Den Bieman:

1. Hoe stelt hij zich voor dat een verzekeringsarts zonder bedrijfsverpleegkundige met een praktijk van 8.000 à 10.000 potentiële cliënten adequate Arbo-zorg kan verlenen, ervan uitgaande dat ook kleine bedrijven, tot pakweg 100 werknemers, minimaal éénmaal per vier à zes weken de bedrijfsarts of de bedrijfsverpleegkundige meer of minder intensief nodig hebben (zoals de praktijk bewijst)?

2. Hoe schat hij de kosten in van de uitbreiding aan mankracht die een dergelijke werkwijze vanuit de bedrijfsverenigingen nodig maakt? (Toch wel iets meer dan de f 140,- per werknemer, die de bedrijfsgezondheidszorg thans gemiddeld vraagt.)

3. Enerzijds stelt hij, dat 'de verzekeringsgeneeskundigen claimen daarbij niet alle Arbowet-taken te kunnen uitvoeren'; anderzijds merkt hij op, dat 'het hem ongewenst lijkt, voor kleinere bedrijven, waar de verzekeringsgeneeskundige nu eenmaal al werkt, de preventieve zorg af te zonderen voor weer een andere deskundige' (lees: bedrijfsarts)? Hoe rijmt hij deze twee stellingen met elkaar? Moe-ten die bedrijven het dan maar met wat minder doen?

Hoe legt hij in dit verband de waarschuwing in het advies van de Nationale Raad Volksgezondheid uit, dat 'adviezen van verzekeringsgeneeskundigen op Arbo-terrein niet verward dienen te worden met het verlenen van volledige bedrijfsgezondheidszorg'?

4. Vindt hij het aanvaardbaar, dat de bedrijven die volledige bedrijfsgezondheidszorg hebben ingehuurd, via de premies, meebetalen voor bedrijven die de aandacht van de zijde van de bedrijfsvereniging voldoende voor hun personeel vinden?

Ik begrijp, met vele anderen, natuurlijk best dat het verzuim de beste entree naar de werkgevers is om de rest van de Arbo-activiteiten te verkopen. Dat de mate van bemoeienis met de SMB nogal eens bepalend is voor de bereidheid van de werkgevers om in Arbo-zorg te investeren. Daarbij laat ik onverlet, dat een groot deel van de werkgevers ook oprecht bezig is de arbeidsomstandigheden van zijn personeel positief te benaderen. Ik begrijp ook best dat de bedrijfsverenigingen, uit het oogpunt van het verkrijgen van een vastere grip op de bedrijven door inhoudelijk meer te bieden en uit het oogpunt van een taakverrijking voor hun artsen, bedrijfsgezondheidszorg willen gaan leveren. Anderzijds begrijp ik de herbezinning binnen de bedrijfsgezondheidszorg over de plaats die sociaal-medische begeleiding



moet krijgen binnen een verbeterde en efficiëntere zorgverlening. Wat ik niet begrijp is, dat werkgevers en werknemers niet eens op landelijk niveau ontwaken en stelling gaan nemen. Zij immers hebben de mogelijkheid de lijnen naar de toekomst uit te stippelen. Wat dat betreft ben ik het niet eens met collega Koster van Groos, dat het initiatief van de staatssecretaris van Sociale Zaken zou moeten komen.

Ik kan Den Bieman niet geheel ongelijk geven in zijn stelling, dat het gegeven van twee, elkaar in hun werkgebied overlappende, deskundigen 'op één kussen' zo langzamerhand uit de tijd raakt. Grootscheepse verkwisting van geld en tijd. Voor de kant van de bedrijfsgezond-

heidszorg ligt het gevaar op de loer, dat bij een realiseren van de ideeën van de bedrijfsverenigingen (spreekt Den Bieman wel zo expliciet op persoonlijke titel?) de particuliere bedrijfsgezondheidszorg zal worden gedevalueerd tot een soort van 'folklore' van authentieke bedrijfsgezondheidszorg voor een happy few binnen de grotere bedrijven. Zal dan toch alle inspanning die de Federatie van Gezamenlijke BGD'en, met ondersteuning van overheid, werknemers en werkgevers, voor niets blijken te zijn? Zelf denk ik van niet. Uiteindelijk zullen werkgevers en werknemers willen dat de Arbo-zorg voor hun mensen wordt gegarandeerd door een beperkte, overzienbare regionale bedrijfsgezondheidsdienst met een eigen,

regionaal bestuur van werkgevers en werknemers, inclusief een bepaalde vorm van verzuinbegeleiding (SMB). Maar misschien is dat wel de wens, die de vader van de gedachte is. Eén ding staat voor mij vast: het is de hoogste tijd, dat grotere broer (GAK, bedrijfsvereniging, GMD) en kleinere broer (Federatie, enkelvoudige BGD'en) eens om de tafel gaan zitten, het liefst op initiatief van én met werkgevers en werknemers. Ik vrees echter, dat – gezien de huidige machtsverhoudingen – grotere broer daar niet om staat te dringen. No effort, no pain!

Haarlem, juni 1989  
T. Lunshof, bedrijfsarts



## Dagboek van een waarnemer

### 37: Hoezo overbelast?

Op zondagochtend meldt mevrouw Siddeburen zich.

'Ik kan niet meer staan, dokter, en ook niet meer lopen.' Dat klinkt niet zo best.

'Hoe oud bent u?'

'37 jaar.'

Nu wordt het anders. 'Is er iets gebeurd?'

'Nee, er is niets gebeurd.'

'Kunt u hierheen komen?' Jawel, haar man kan haar brengen. 'Kom dan maar meteen.' Ik ben gewoon nieuwsgierig naar wat er aan de hand, beter gezegd aan de voet, kan zijn.

Even later komt ze binnengestrompeld. Ze valt bijna over haar eigen voeten. Ze ziet er jong uit. Ze is goedlachs en een beetje mollig.

Ik probeer de anamnese af te nemen. Er is niets aan de hand geweest; gisteren heeft ze nog gewoon gelopen en eergisteren ook. Gewoon op de schoenen die ze altijd draagt: naaldhakken.

'Want ik ben niet zo groot, dokter, en ik kan er heel goed op lopen. Ik loop er altijd op. Nooit last van gehad, daar kan het dus niet aan liggen.'

Ze is nergens over gevallen of gestruikeld, ze heeft niet gesport. Er is gewoon niets gebeurd. Ik kijk de voeten na en zie het meteen: tendinitis crepitans van beide achillespezen. Rode, gezwollen pezen, die bij lichte aanraking al veel pijn doen. Rekken gaat helemaal niet meer. Dat wordt een ijsbehandeling.

'En het moet zaterdag beter zijn, dokter, want dan trouwt mijn zusje en is het groot feest.'

'U hebt uw achillespezen behoorlijk overbelast', constateer ik. 'Dat moet toch ergens van komen! Weet u zeker dat u niet extra veel hebt gelopen, gisteren of eergisteren?'

'Ja, dat wel.' Blozend kijkt ze haar man aan. 'Ik kan het u uitleggen, dokter. Zaterdag trouwt dus mijn zus. En ik moest daar nog een nieuwe jurk voor hebben of een pak en dus ben ik vrijdagmiddag op stap gegaan. Mijn man is na zijn werk ook naar de stad gekomen en we hebben gewinkeld tot we zo ongeveer buiten werden gekoken. Ik kon niks vinden. Het stond me niet, of het zat te strak, of ik vond het niet mooi, of het was niet te betalen. Zaterdag zijn we om half 10 de stad ingegaan en mijn man zei: 'Nou lopen we net zo lang door tot we wat hebben', want weet u, het is zaterdag al en ik wil toch persé wat nieuws.'

Het begint me volledig duidelijk te worden. 'En u hebt van 10 uur 's morgens tot 5 uur 's middags op naaldhakken door de stad gesjouwd?', vraag ik overbodig.

Ze knikt. 'Dit zijn mijn gewone loopschoenen, dokter.'

'De mensen die de vierdaagse lopen, lopen ook zeven uur per dag,' grijns ik, 'maar die hebben geen naaldhakken aan hun voeten. U hebt de achillespezen behoorlijk overbelast. Nu zijn ze ontstoken. De remedie is als volgt: u plaatst enkele bekertjes water in de diepvries, of in het vriesvak van de koelkast. Als dat water bevroren is, zit er een bolle kop op. Met dat bolle ijsoppervlak wrijft u ongeveer tien minuten over

de achillespees. Als het ijs smelt, knipt u gewoon het bovenste randje van de beker weg. Dat doet u zesmaal per dag. En verder rusten met de benen omhoog.'

'En werken, dokter? Kan dat met de benen omhoog?' Ze blijkt kapster te zijn.

'Wat denkt u er zelf van?'

'Het zal niet gaan', zucht ze.

'Nee, dat denk ik ook niet. U mag een week lang uw zonden overpeinzen. Zaterdag zal het vast bijna over zijn. A propos, bent u uiteindelijk geslaagd voor een jurk?', vraag ik, want ik vrees anders nog meer gewinkel. Ja, dat is ze. 'Roze, dokter, een roze jurk met een laag uitgesneden hals, een ruche hier en twee plooiën achter!' Heel trots vertelt ze van de nieuwe aanwinst. 'Maar ik moet nog wel een tas, schoenen en handschoenen', schrikt ze dan. 'Die moet u dan echt maar uit uw eigen kast opdiepen of lenen,' zeg ik streng, al mijn doktersgezag erin stoppend. 'Anders worden die hielen niet op tijd beter.' Nu grijnst haar man. 'Dat zal wel lukken, dokter. Die jurk was duur genoeg. En eigenlijk heeft ze schoenen en tassen zat!'

Mevrouw Siddeburen kijkt haar man en mij ontzet aan. Dan lacht ze mee. 'Vooruit dan maar, het is per slot van rekening niet mijn bruiloft.'

Marie-José Molledans



# De verwijsbrief in zijn context

## De betekenis van de verwijsbrief nader beschouwd binnen de samenwerkingsrelatie huisarts-specialist

In dit artikel wordt het nut van de standaardisering van verwijsbrieven ter discussie gesteld. Nagegaan wordt welke factoren de inhoud en het effect van een verwijsbrief beïnvloeden. In het kader van het hieraan ten grondslag liggende onderzoek zijn dertien huisartsen uit Rotterdam en acht internisten van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam (Dijkzigt) geïnterviewd. Verder zijn 48 verwijsbrieven van voormelde huisartsen aan de bij het onderzoek betrokken internisten aan een inhoudelijke analyse onderworpen. Aan het eigenlijke onderzoek is een uitgebreide literatuurstudie voorafgegaan.

### LITERATUUR

#### *Communicatie en samenwerking*

Huisarts en specialist zijn de twee kern-disciplines van de eerste en tweede lijn. Zij worden dan ook als de belangrijkste initiatoren van zorg aangemerkt. Samenwerking en communicatie tussen beide disciplines is een veel besproken en bediscussieerd onderwerp, getuige alleen al het grote aantal publikaties hierover in dit weekblad de laatste jaren. Deze publikaties zijn vaak beschrijvingen van een door de auteur als gewenst ervaren situatie. Samenwerking wordt hierbij veelal gezien als oplossing van vele problemen. De praktijk laat echter zien, dat de aandacht die huisartsen en specialisten voor samenwerking hebben zich nog hoofdzakelijk concentreert op het eigen subsysteem en niet of nauwelijks op de onderlinge taakverdeling<sup>1</sup>.

Naast enkele structurele knelpunten, als een niet sluitende wetgeving en een ingewikkelde honoreringsstructuur, is er op micro-niveau sprake van knelpunten die samenwerking tussen huisarts en specialist bemoeilijken. Huisartsen en specialisten bevinden zich niet in dezelfde organisatie, die althans formele communicatie zou kunnen garanderen. Ook zijn huisartsen en specialisten niet gewend, en vaak ook niet van plan, volgens vaste patronen met elkaar te communiceren. Vooral cultuur- en mentaliteitsgebonden factoren spelen hier een rol. Mentaliteitsaspecten komen tot uiting in de concurrerende opstelling van huisartsen en specialisten.

Mw. Drs. A. Beugeling en  
Drs. J. C. van der Wouden

*Hoe moet de optimale verwijsbrief eruitzien? Belangrijker, vond men uit in Rotterdam, is de vraag welke zaken van invloed zijn op wat er in zo'n brief komt te staan en hoe hij uitwerkt.*

Beeldvorming en verwachtingen ten opzichte van elkaar zijn vaak negatief en kunnen door het generaliserend karakter ervan stereotyperend werken. Van der Voort merkt in dit verband op<sup>2</sup>, dat er weinig neiging bestaat het beeld door de werkelijkheid te laten corrigeren. Tevens is er sprake van een fundamenteel andere oriëntatie en werkwijze<sup>3</sup>, en van verschillende normen en waarden van huisarts en specialist.

Concluderend kan worden gesteld, dat er geen goede basis bestaat voor een behoorlijke communicatie en samenwerking tussen huisarts en specialist.

#### *Verwijsbrief*

Binnen de communicatie huisarts-specialist speelt de verwijzing een belangrijke rol. De meeste publikaties op het gebied van verwijzen hebben betrekking op onderzoek naar factoren die verwijscijfers beïnvloeden. De motieven voor dergelijk onderzoek zijn vaak economisch van aard en gericht op kostenbeheersing. Over verwijzen is veel geschreven, maar de verwijsbrief is nog niet veel object van onderzoek geweest, ondanks het feit dat de communicatie huisarts-specialist hoofdzakelijk schriftelijk plaatsvindt. Wel blijkt uit publikaties van onder andere Ruhe, Swinkels en Lodewick, en Pop en Keijsers<sup>4-6</sup> dat huisartsen en specialisten in de praktijk veel knelpunten ervaren ten aanzien van de verwijsbrief. Al deze publikaties wijzen erop dat er nog heel wat kan worden verbeterd. In de literatuur wordt soms zelfs een betere verwijsbrief als aangrijpingspunt voor een betere communicatie en samenwerking tussen huisarts en specialist genoemd<sup>1</sup>.

Bij bestudering van publikaties op het

gebied van de verwijsbrief, is een aantal dingen opgevallen, die in het navolgende zullen worden besproken.

Omdat de kwaliteit van verwijsbrieven vaak te wensen overlaat, handelt onderzoek meestal over tekortkomingen. Het achterliggend idee hierbij is, dat de gegevens (mede) bepalend kunnen zijn voor het beleid van de specialist<sup>7</sup>. Dit is overigens een gewaagde veronderstelling, die niet door onderzoeksgegevens is gestaafd: of de inhoud van de verwijsbrief inderdaad mede bepalend is voor het beleid van de specialist, is tot op heden nog niet onderzocht. Desondanks wordt gestreefd naar standaardisering van verwijsbrieven, iets waar het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) zich op dit moment mee bezighoudt.

Toetsing van verwijsbrieven vindt meestal plaats op basis van door de onderzoekers zelf gekozen criteria. Voorbeelden hiervan zijn de onderzoeken van Edens en van Kuyvenhoven en De Melker<sup>8,9</sup>. Dergelijke toetsingsstudies leiden tot normatieve uitspraken, omdat de verwijsbrieven aan een bepaald ideaaltipe verwijsbrief worden getoetst. Waarom verwijsbrieven uiteindelijk niet aan die criteria voldoen, wordt uit dergelijke onderzoeken niet duidelijk; de mening van de huisartsen en specialisten wordt er namelijk niet bij betrokken. Welke criteria huisartsen en specialisten er zelf op na houden en waarom, kan op die manier niet worden achterhaald. Juist de mening van de huisarts en die van de specialist zijn van belang, met name die van de specialist, omdat hij degene is die de verwijsbrief leest en bepaalt wat hij ermee doet.

Onderzoeksgegevens over de rol en het belang van de verwijsbrief zijn tegenstrijdig. Bovendien geven huisartsen en specialisten vaak tegengestelde meningen. Vooral huisartsen vinden de verwijsbrief belangrijk<sup>10,11</sup>. Pop en Keijsers concluderen<sup>6</sup>, dat goede informatie in de verwijsbrief de handelwijze van de specialist sterk bepaalt. Jacobs c.s. stellen eveneens<sup>1</sup>, dat de duidelijkheid van door de huisarts verstrekte informatie mede bepaalt of de specialist zijn gedrag op de intenties van de huisarts zal afstemmen.

Huisartsen publiceren veel vrome wensen over verbetering van de communicatie, maar de stem van de specialist ontbreekt vaak. Het voornaamste doel van huisartsen hierbij is, de huisarts een volwaardige gesprekspartner van de specialist te maken<sup>12</sup>.

Onderzoek naar de verwijsbrief heeft vaak geen oog voor de context. Een voorbeeld is het onderzoek van Edens<sup>8</sup>. Deze onderzoeker heeft 41 verwijsbrieven getoetst van huisartsen naar revalidatieartsen op dertig kenmerken. Op grond hiervan is hij geneigd te stellen, dat een optimale verwijsbrief bijdraagt tot een betere geneeskunde. Het lijkt hem hierom duidelijk: het niet vermelden van risicofactoren als allergie, vaatlijden en dergelijke kan het opstellen van een optimaal behandelplan verhinderen. Edens vergeet hierbij andere mogelijk beïnvloedende factoren. We weten immers nog niets over het rendement van de verwijsbrief. De vraag naar dit rendement is van belang, omdat het vervaardigen van een verwijsbrief nu eenmaal enige tijd en inspanning kost.

Het enige onderzoek, tot zover bekend, dat specifiek ingaat op het hoe en waarom van de verwijsbrief, is dat van Raes<sup>13</sup>. Na open interviews met huisartsen en specialisten komt zij tot de volgende conclusie: 'Wantrouwen en onenigheid hebben hun weerslag op de beperkte informatie die artsen aan elkaar doorgeven via de verwijsbrief. Een vaststelling, die overigens zowel huisartsen als specialisten betreft. Er is een duidelijke discrepantie tussen de gewoontes van huisartsen bij het opstellen van de verwijsbrief en de wensen en verwachtingen hieromtrent van specialisten.'

De studie van Meyboom en Casparie met betrekking tot de voorlopige ontslagbrief laat zien<sup>14</sup>, dat motivatie en attitude een belangrijke rol kunnen spelen bij de kwaliteit van de berichtgeving. Dit gegeven sterkt het vermoeden, dat het vooralsnog belangrijker is na te gaan welke factoren de inhoud respectievelijk het effect van de verwijsbrief beïnvloeden, dan tijd te stoppen in het ontwikkelen van de optimale verwijsbrief.

## VRAAGSTELLING

Op grond van bovenstaande constatering komen we tot de volgende vraagstelling:

1. Wat is de rol en het belang van de verwijsbrief binnen de samenwerkingsrelatie huisarts-specialist?

Tabel. Aantal keren dat een criterium voor een optimale verwijsbrief wordt genoemd.

	huisarts (n = 13)	specialist (n = 8)
<b>1. Criteria RUHI</b> (a.a. = arts-assistent)		
1. De a.a. schrijft leesbaar .....	2	1
2. De a.a. vermeldt naam, voornamen, geboortedatum en adres .....	6	—
3. De a.a. geeft een korte beschrijving van de klachten .....	6	4
4. De a.a. vermeldt specifieke anamnese betreffende de eventuele klacht .....	10	7
5. De a.a. vermeldt verdere anamnestiche gegevens, van belang voor de specialist .....	—	—
6. De a.a. vermeldt de uitkomsten van het eigen onderzoek en de eventueel door anderen gevonden gegevens .....	7	8
7. De a.a. vermeldt de resultaten van het laboratoriumonderzoek en het röntgenonderzoek .....	3	2
8. De a.a. vermeldt de diagnose en hypothese .....	4	3
9. De a.a. vermeldt de reeds toegepaste therapie en het resultaat daarvan .....	—	—
10. De a.a. vermeldt het gebruik van medicamenten .....	5	3
11. De a.a. vermeldt eventuele overgevoeligheden .....	—	—
12. De a.a. vermeldt relevante psychosociale factoren .....	—	—
13. De a.a. stelt een duidelijk geformuleerde vraag .....	8	3
<b>2. Door huisartsen en specialisten nieuw genoemde elementen</b> (in vergelijking tot de criteria van het RUHI)		
1. Verwijsbrief moet kort zijn .....	6	2
2. Verwijsbrief moet zakelijk zijn .....	2	—
3. De reden van verwijzing moet in de verwijsbrief staan .....	—	3
4. In de verwijsbrief moet een procedurevoorstel staan .....	1	1
5. Verwijsbrief moet van een conclusie zijn voorzien .....	1	2
6. Verwijsbrief moet een samenvatting bevatten .....	1	—
7. Verwijsbrief moet overzichtelijk zijn .....	1	—

2. Welke factoren bepalen de inhoud en het effect van de verwijsbrief?

3. Welke criteria worden, in vergelijking tot criteria van het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut (RUHI), door huisartsen en specialisten aan een optimale verwijsbrief gesteld en in hoeverre voldoen verwijsbrieven in werkelijkheid aan deze criteria?

## Toelichting

ad 1. Hier wordt bedoeld op de relatieve betekenis van de verwijsbrief binnen de samenwerkingsrelatie huisarts-specialist en het belang dat huisartsen en specialisten hechten aan de verwijsbrief.

ad 2. Het gaat erom, hoeveel aandacht de huisartsen besteden aan de inhoud van de verwijsbrief. Het effect van de verwijsbrief wordt als volgt geoperationaliseerd: – Leest de specialist de verwijsbrief? – Is de inhoud van de verwijsbrief bepalend voor de handelwijze van de specialist?

ad 3. Er is gekozen voor criteria van het RUHI (zie tabel), omdat aanstaande huisartsen deze tijdens hun opleiding gedoceerd krijgen. De vraag is, of de criteria overeenkomen met hetgeen huisartsen en specialisten in de praktijk belangrijk vinden.

## Methode

Het onderzoek is exploratief van aard. Er is gekozen voor open interviews, vanwege het streven naar een breed spectrum van gegevens. Er zijn interviewtopics aan de orde gesteld met betrekking tot samenwerken, verwijzen en de verwijs-

brief. Hiervoor zijn interviews afgenomen bij acht internisten van het Dijkzigt Ziekenhuis te Rotterdam. Van de naar deze internisten verwijzende Rotterdamse huisartsen zijn er aselekt dertig getrokken en aangeschreven. Deze huisartsen zijn een week nadat zij de brief ontvingen opgebeld. Dertien huisartsen waren bereid aan een interview mee te werken. Van alle door deze 13 huisartsen tussen januari en mei 1988 naar de internisten verwezen patiënten is in de statussen gezocht naar verwijsbrieven van de huisartsen. In totaal 251 statussen leverden uiteindelijk 48 verwijsbrieven op voor een analyse van de inhoud. Dit komt doordat een heleboel statussen niet aanwezig waren (104), of in omloop (45). In sommige gevallen was de status wel aanwezig, maar de verwijsbrief niet meer te vinden (49). In een paar statussen (5) zat nog een verwijsbrief van de vorige huisarts van de patiënt. Het informatiegehalte van de verwijsbrieven is apart bekeken voor de RUHI-criteria en de door de huisartsen en specialisten zelf genoemde criteria (tabel).

## RESULTATEN

### Eerste telefonische reacties

Bij huisartsen liepen de eerste reacties uiteen van enthousiast tot bot. Zeven enthousiaste huisartsen waren direct klaar voor een interview. Vijf huisartsen stonden een interview toe na meer uitleg. Eén huisarts is echt overgehaald. Vijftien weigerden, twee waren afwezig. Sommigen

hadden tijdgebrek, anderen persoonlijke redenen, drie waren kortaf zonder opgaaf van reden.

De specialisten zouden van te voren worden ingelicht door het hoofd van de afdeling. Zeven van de acht specialisten reageerden enthousiast. Eén vroeg bedenktijd en stemde alsnog in.

#### *Vergelijking gespreksverloop*

Hoewel de specialisten zich over het algemeen tijdens het telefoongesprek enthousiaster gedroegen dan de huisartsen, bleek tijdens het interview het omgekeerde. De huisartsen waren gemiddeld spraakzamer en toonden ook meer interesse dan de specialisten. De tijdsduur van de interviews met de huisartsen was gemiddeld ook 50% langer. Gesprekken met de specialisten liepen over het algemeen wat moeizamer, omdat dezen langer moesten nadenken voor kortere antwoorden. Vier huisartsen en twee specialisten gaven tijdens het gesprek hiervoor een mogelijke oorzaak aan: specialisten zijn meer gericht op het gebeuren binnen het ziekenhuis, terwijl de huisarts zich meer naar buiten richt en daardoor in gedachten meer met het samenwerken, verwijzen en de verwijsbrief bezig is (introvert versus extravert).

#### *Rol en belang verwijsbrief*

Wat de rol van de verwijsbrief binnen de samenwerkingsrelatie huisarts-specialist betreft moet worden geconstateerd, dat er van een samenwerkingsrelatie tussen deze huisartsen en specialisten nauwelijks sprake is. Slechts vier van de dertien huisartsen verwijzen regelmatig naar het Dijkzigt Ziekenhuis. Anderen doen dat liever niet. Motieven hiervoor hebben vooral betrekking op de academische setting en de grootte van het ziekenhuis, alsook op de attitude van de specialisten. De huisartsen en specialisten kennen elkaar niet persoonlijk. Briefwisseling is voor hen de overheersende vorm van communicatie. Aanvullende vormen van communicatie (voornamelijk telefonische contacten) blijven vaak achterwege door gebrek aan persoonlijk contact (drempelvrees) en slechte bereikbaarheid.

Ondanks het feit dat de briefwisseling als de voornaamste vorm van communicatie wordt aangeduid, lijkt de rol van de verwijsbrief klein te zijn. Specialist en arts-assistenten geven aan op eigen oordeelsvorming uit te zijn; de verwijsbrief is voor hen slechts een beginpunt. Bij de interpretatie van deze uitspraken moet er echter rekening mee worden gehouden dat

we hier te maken hebben met een academisch ziekenhuis. De huisartsen leggen meer nadruk op het belang van de verwijsbrief, hetgeen echter nauwelijks uit hun daden blijkt: – Slechts één huisarts typt zijn brieven. – De leesbaarheid van de verwijsbrieven laat te wensen over. – Het merendeel van de huisartsen bewaart geen kopie van de verwijsbrief. – Een procedurevoorstel en een duidelijk geformuleerde vraagstelling ontbreken vaak.

#### *Inhoud en effect verwijsbrief*

De inhoud van de verwijsbrief lijkt vooral te worden bepaald door eigen interesse van de huisarts, tijdsdruk en (slechte) ervaring. Met een verwijzing naar het academisch ziekenhuis wordt een anoniem proces in gang gezet: de huisarts weet niet naar wie hij verwijst. Bovendien ontvangt hij pas laat de ontslagbrief, die vaak geen antwoord geeft op de vraagstelling, maar meer is geschreven voor het archief van de specialist. Deze factoren stimuleren de huisartsen niet om hun best te doen op hun verwijsbrieven voor specialisten van het Dijkzigt Ziekenhuis. Bovendien hebben enkele huisartsen het gevoel door deze specialisten niet serieus te worden genomen.

Met betrekking tot het effect van de verwijsbrief, kan worden gesteld, dat de door Oosterhuis aangehaalde stelling van Hadfield:<sup>15</sup> 'The better letter I send, the better I expect and can get', ook hier niet opgaat. Dit heeft volgens de huisartsen en de specialisten vooral te maken met de eerder genoemde eigen oordeelsvorming van de specialisten en arts-assistenten, zoals deze in academische ziekenhuizen bekend is.

#### *Criteria*

Huisartsen en specialisten vinden anamnese, uitkomsten van eigen onderzoek, een duidelijk geformuleerde vraag en een korte beschrijving van de klachten, de meest belangrijke criteria voor een optimale verwijsbrief. Echter de mate waarin de huisartsen aan deze criteria voldoen laat te wensen over. Een duidelijk geformuleerde vraagstelling komt slechts zelden voor.

Behalve RUHI-criteria brengen huisartsen en specialisten zeven nieuwe elementen, voornamelijk vormcriteria, naar voren (zie tabel). Huisartsen voldoen gemiddeld voor de helft (gemiddelde score: 5,9 op twaalf criteria) aan de RUHI-criteria (de leesbaarheid is namelijk apart beoordeeld) en voor iets meer dan de helft aan de door huisartsen en specialisten belangrijk bevonden criteria.

Binnen deze groep huisartsen en specialisten zijn de meningen sterk verdeeld over de vraag of de inhoud van de verwijsbrief specialisme- of aard-van-de-klacht-gebonden moet zijn. Uit het onderzoek van Raes is naar voren gekomen<sup>13</sup>, dat specialisten van mening waren dat de inhoud van de verwijsbrief sterk afhankelijk is van het specialisme en de aard van de klacht. Daarentegen hield slechts 5% van de huisartsen bij het schrijven van de verwijsbrief rekening met het specialisme. Kuyvenhoven en De Melker concluderen<sup>9</sup>, dat huisartsen bij verwijzingen naar interne specialismen meer informatie geven dan bij het specialisme chirurgie. Meer (en grootschaliger) onderzoek op dit gebied lijkt gewenst.

#### DISCUSSIE

bij de interpretatie van onderzoeksgegevens moet er rekening mee worden gehouden dat het gaat om een beperkte en vooral selecte groep respondenten. Bovendien gaat het om specialisten van een academisch ziekenhuis. In het algemeen hebben huisartsen een beter contact met specialisten van een perifere ziekenhuis dan met specialisten van een academisch ziekenhuis<sup>16</sup>. Van generaliseerbaarheid kan dan ook nauwelijks sprake zijn. Verder moet rekening worden gehouden met de sociale wenselijkheid van de antwoorden van huisartsen en specialisten, hetgeen ten nadele van de validiteit werkt. De inhoudsanalyse van verwijsbrieven laat te wensen over, omdat de omschrijving van de RUHI-criteria en de huisarts-specialistcriteria zich slecht lenen voor meting. Het hanteren van een dichotomie: is een criterium wel of niet aanwezig, blijkt ook niet afdoende te zijn. Tenslotte bestaat het gevaar van contaminatie van criteria. Voor volgend onderzoek is het aanbevelenswaardig, dat enkele onafhankelijke beoordelaars de inhoudsanalyse verrichten.

De verwijsbrief ontleent zijn betekenis vooral aan de context en niet zozeer aan de inhoud. Elkaar persoonlijk kennen, beeldvorming, werkwijze en attitude zijn vooralsnog belangrijker thema's dan de vraag: 'Hoe ziet de optimale verwijsbrief eruit?'

De vraag is, of standaardisering überhaupt zin heeft, als niet eerst aan verbetering van de communicatie, de taakverdeling en de samenwerking tussen huisarts en specialist wordt gewerkt.

Alleen in het kader van de grote interdoktervariatie lijkt standaardisering gewenst:

als de kwaliteit van verwijfsbrieven namelijk sterk wisselt, is de kans op routinematig handelen van de specialist groter.

Wil men tot standaardisering van verwijfsbrieven overgaan, dan moet vooraleerst meer onderzoek worden gedaan naar specialisme- en klachtgebondenheid van de inhoud van verwijfsbrieven. Het lijkt ons voor de hand liggend om ook specialisten bij de standaardisering te betrekken. Voor zover bekend is dit bij de totstandkoming van de NHG-standaard niet het geval. □

Mw. Drs. A. Beugeling, op het moment organisatieadviseur, deed het afgelopen jaar als docente bij Beleid en Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam onderzoek naar de verwijfsbrief huisarts-specialist.  
Drs. J. C. van der Wouden is werkzaam bij het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut (RUHI).

#### Literatuur

1. Jacobs HM, Melker RA de, Touw-Otten TWMM. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten, over de relatie tussen samenwerking en de kwaliteit van hulpverlening. Medisch Contact 1983; 38: 1599-1601, 1629-32.
2. Voort H van der. Beeldvorming in de relatie huisarts-specialist; peiling NHG-congres. Huisarts en Wetenschap 1975; 18: 420-5.
3. Spangenberg F. De relatie huisarts-specialist een model voor betere samenwerking. Leiding en organisatie in de gezondheidszorg 1983; 1: 52-63.
4. Ruhe HAM. De verwijfskaart in de relatie huisarts-specialist: hoeksteen of obstakel? Medisch Contact 1974; 29: 769-70.
5. Swinkels MMA, Lodewick L. Samenwerking tussen huisarts en specialist, een inventarisatie in de regio Gouda. Medisch Contact 1984; 39: 205-6.
6. Pop P, Keyers LLJM. Communicatie tussen huisarts en specialist. Medisch Contact 1985; 40: 203-6.
7. Wouden JC van der. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten bij mensen die lijden aan kanker. Verslag van de eerste onderzoeksfase. Rotterdam: RUHI, 1985.
8. Edens R. Verwijfsbrieven getoetst. Medisch Contact 1977; 32: 311-6.
9. Kuyvenhoven MM, Melker RA de. Verwijzingen naar interne en chirurgische specialisten. Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 365-8.

10. Kolkman HHE, Voort PCH van der. Samenwerking huisarts-specialist; onderzoek in Zeist. Medisch Contact 1985; 40: 1065-7.
11. Visser A Ph, Menko FH. Samenwerking tussen echelons bij de zorg voor patiënten met kanker. Medisch Contact 1987; 42: 1239-42.
12. Nijhuis HJ. De relatie huisarts-specialist, naar een nieuwe manier van verwijzen. Medisch Contact 1981; 36: 1617-9.
13. Raes V. Interface eerste-tweede lijn. Gent, 1986 (onuitgegeven onderzoekrapport).
14. Meyboom WA, Casparie AF. Berichtgeving aan de huisarts bij ontslag uit het ziekenhuis. Medisch Contact 1980; 33: 989-94.
15. Oosterhuis WW. De communicatieve waarde van correspondentie tussen de huisarts en de specialist. Medisch Contact 1974; 29: 963-4.
16. Wouden JC van der. De opinie van huisartsen en specialisten over hun samenwerking bij kankerpatiënten in de regio Rotterdam/Gouda. Enquêteverslag. Rotterdam: RUHI, 1986.

# Communicatie tussen huisarts en specialist

## Meerdaagse bijeenkomst voor huisartsen en specialisten uit Maastricht

De Stuurgroep eerste-tweede lijn, samengesteld uit vijf klinische specialisten van het Academisch Ziekenhuis Maastricht (AZM), vijf huisartsen uit de regio Maastricht en één huisarts van de vakgroep Huisartsgeneeskunde, die allen op persoonlijke titel deel uitmaken van deze stuurgroep, heeft een vierde bijeenkomst van huisartsen en specialisten georganiseerd om met elkaar van gedachten te wisselen over aspecten van communicatie en samenwerking.

Deze bijeenkomst heeft in september 1988 plaatsgevonden in La Roche-en-Ardenne; ze duurde van donderdagavond tot en met zaterdagmorgen; 22 huisartsen en 23 specialisten namen eraan deel. Aangezien in Medisch Contact van de vorige drie bijeenkomsten verslag werd gedaan, leek het de stuurgroep zinvol ook van deze bijeenkomst mededeling te doen van aanleiding, opzet, uitvoering, conclusies van de themadiscussies en werkafspraken.

### AANLEIDING

In de drie voorafgaande bijeenkomsten werd bij de evaluatie als wens van de

P. Pop en  
L. L. J. M. Keijsers

*Voor de vierde maal in acht jaar zijn huisartsen en specialisten uit de regio Maastricht een paar dagen lang in conclaaf gegaan om te praten over de onderlinge communicatie. Ditmaal wilden ze echt tot afspraken komen.*

deelnemende huisartsen en specialisten te kennen gegeven bijeenkomsten van deze signatuur in de toekomst te herhalen. Aangegeven werd een voorkeur voor bijeenkomsten met een duidelijke doelstelling en voldoende ruimte voor informele contacten. Tevens werd aangedrongen op het maken van meer concrete afspraken aanzien van de samenwerking tussen huisarts en specialist dan tot dusver het geval was geweest.

In de voorbereiding van deze Ardennen-bijeenkomst is het streven van de stuurgroep geweest een aantal omschreven werkafspraken als resultaat van gevoerde

discussies te verkrijgen. In het jaar voorafgaande aan deze bijeenkomst werd onder andere om deze reden een enquête onder de huisartsen gehouden naar het functioneren van enkele specialistische vakgroepen.

De bijeenkomst was samengesteld uit drie onderdelen van verschillende aard:

- De donderdagavond met informeel contact en een plenair gedeelte met een luchtig karakter.
- De vrijdag met groepsdiscussies en rolspel over de thema's 'bereikbaarheid', 'consultatie' en 'oncologie', telkens met een plenaire afsluiting met een aanzet tot werkafspraken.
- De zaterdagmorgen met groepsdiscussies over concept-werkafspraken, geformuleerd op basis van de dag tevoren uit themabesprekingen naar voren gekomen conclusies; een plenaire afsluiting met het vaststellen van werkafspraken en het aangeven van contouren van organisatie en controle op de naleving daarvan.

## UITVOERING

De bijeenkomst werd voorafgegaan door een periode van intensieve voorbereiding. Bij de huisartsen werd een enquête gehouden aangaande het functioneren van enkele specialistische vakgroepen. In enkele bijeenkomsten van de stuurgroep werden programmaonderdelen voorbereid en werd een instructieboek voor de begeleiders (leden van de stuurgroep) samengesteld. Er waren gesprekken met leden van de professionele groep Theater Welluswaar over de donderdagavondvoorstelling (samenwerkingsperiodes huisarts-specialist).

Met het programma van de bijeenkomst werd aan de deelnemers een 'Inleiding Ardennebijeenkomst huisarts-specialist' toegestuurd. Hierin werden de te verwachten veranderingen in de gezondheidszorg geschetst zoals weergegeven in het kabinetsstandpunt inzake het advies van de commissie-Dekker. Aangegeven werd de wenselijkheid communicatie en samenwerking tussen huisarts en specialist te verbeteren, teneinde via het maken van goede onderlinge afspraken aan organisatie en structuur van de gezondheidszorg eigen accenten te kunnen bijdragen. Gememoreerd werd het hoofdstuk 'Werkafspraken' in de klapper 'Eerste-Tweede Lijn', waarbij werd opgemerkt dat deze afspraken voornamelijk betrekking hebben op vakinhoudelijke zaken. Afspraken over algemene zaken in het werkverkeer huisarts-specialist blijken nauwelijks te zijn gemaakt. Dat hieraan wel behoefte bestaat blijkt uit analyse van gegevens van de enquête bij de huisartsen aangaande het functioneren van specialistische vakgroepen. Uit deze enquête werden de van huisartsenzijde aangegeven wensen genoemd ten aanzien van:

- informele consultatieve of informatieve contacten met leden van de specialistische vakgroepen over patiëntenproblemen;
- afspraken over wederzijdse telefonische bereikbaarheid;
- feedback over de kwaliteit van de poliklinische verwijzing;
- informatie over veranderingen in het beleid bij de behandeling van poliklinische patiënten;
- deelname aan multidisciplinaire besprekingen van in het ziekenhuis opgenomen patiënten.

Na ontvangst van de deelnemers en een licht diner trad Theater Welluswaar op: 'En mag ik dan van u van de darmziekten mevrouw Habets en mijnheer Dols?'

Op vrijdagmorgen werd gestart met een

voordracht van een van de stuurgroepleden: 'Overzicht van de samenwerking eerste-tweede lijn in Maastricht'.

Vervolgens werd in groepen gediscussieerd over de thema's 'bereikbaarheid', 'consultatie' en 'oncologie'. *Bereikbaarheid* (zowel de praktische als de psychologische bereikbaarheid): Het al dan niet gemakkelijk bereikbaar zijn is van doorslaggevende betekenis voor het persoonlijk contact dat huisartsen en specialisten over hun patiënten hebben. Als de bereikbaarheid goed is geregeld, zal het met name van de taakperceptie van beiden afhangen in hoeverre zij er daadwerkelijk gebruik van maken. Vragen die van belang zijn: Hoe ervaart de huisarts zijn taak in de gezondheidszorg en hoe ervaart hij de taak van de specialist? Hoe ziet de specialist de taak van de huisarts in de gezondheidszorg en op welke wijze betreft hij deze in het bepalen van zijn beleid? Bereikbaarheidsproblemen kunnen ook hun repercussies hebben op de taakafbakening van zowel huisarts als specialist. Hoe kunnen, indien de praktische bereikbaarheid is gerealiseerd, mogelijke psychologische barrières die bereikbaarheid in de weg staan worden geslecht? *Consultatie*: Diverse vormen van consultatie zijn te zien als een goede mogelijkheid tot betere samenwerking tussen huisarts en specialist. Het belangrijkste winstpunt is het daaruit voortvloeiende voordeel voor de kwaliteit van zorg. De volgende vormen van consultatie zijn in dezen van belang: – De specialist geeft consultatie aan de huisarts via telefonische raadpleging. – De specialist geeft consultatie binnen de huisartspraktijk via directe patiëntencontacten. – De huisarts verricht ook binnen de kliniek activiteiten en wordt direct betrokken bij voor de patiënt belangrijke beleidsbeslissingen. Onder het punt 'consultatie' werd tevens aandacht besteed aan de intercollegiale consulten van de specialistische poliklinieken; het thema 'consultatie' werd aan de hand van een vijftiental stellingen besproken. *Oncologie*: Getracht werd uitspraken te krijgen op de volgende discussiepunten: – Bij verwijzing van de patiënt: Hoe wordt de patiënt geïnformeerd? Hoe wordt de specialist geïnformeerd? Is bij verwijzing spoed vereist? – Terugrapportage van de specialist bij een spoedverwijzing. Betrokkenheid van de huisarts bij het uit te stippelen beleid. – Moet/Kan de huisarts invloed uitoefenen op wie de behandelaar is in de tweede lijn, ook ten aanzien van de follow-up? – Wat zijn minimumeisen ten aanzien van de communicatie tussen huisarts en

specialist in de follow-up? De resultaten van de discussies werden door woordvoerders van de verschillende groepen in een plenaire zitting naar voren gebracht. Conclusies als bouwstenen voor vast te stellen werkafspraken werden geformuleerd.

De vrijdagmiddag werd afgesloten met een rollenspel. Een 54-jarige man bezoekt zijn huisarts opnieuw in verband met persisterend hoesten. Op een door de huisarts aangevraagde röntgenfoto van de thorax wordt wervelpathologie gezien. Patiënt was reeds geruime tijd onder behandeling van de orthopedisch chirurg in verband met onverklaarde rugklachten. Een poliklinisch bezoek aan deze specialist was diezelfde dag gepland. Het rollenspel diende zich te concentreren op de wijze waarop de huisarts zou omgaan met de wens van de patiënt een andere orthopedisch chirurg te raadplegen. De specialist moest het probleem te lijf dat hij andere conclusies meent te moeten verbinden aan de uitslag van de röntgenfoto dan de huisarts in verband met de rugklachten. Centraal hierbij diende te staan hoe huisarts en specialist met elkaar zouden communiceren (telefoon en briefpapier beschikbaar).

De vrijdagavond werd aan tafel doorgebracht, waarbij de huisartsen en specialisten opnieuw tegenover elkaar werden gezet.

De zaterdagmorgen werd in groepen gediscussieerd over op schrift gestelde concept-werkafspraken, geformuleerd aan de hand van gegevens uit de themadiscussies van de dag tevoren. Vervolgens diende in een plenaire discussie overeenstemming te worden bereikt over een aantal werkafspraken. De tweede helft van de morgen werd besteed aan discussies over aspecten van organisatie en controle op de naleving van de werkafspraken.

## CONCLUSIES THEMADISCUSSIES

De uit de groeps- en plenaire discussies naar voren gekomen conclusies worden per thema kort weergegeven. Op de suggesties voor werkafspraken wordt niet ingegaan; de tijdens deze Ardennebijeenkomst voorgestelde werkafspraken worden verderop geformuleerd.

*Bereikbaarheid*. De specialisten bleken nogal te klagen over het vaak treffen van de bezettoon bij telefonisch contact zoeken met de huisarts. Van de zijde van huisartsen werd opgemerkt, dat het oproepsysteem in het AZM niet vlekkeloos

functioneert, dat specialisten niet altijd adequaat op het sein reageren.

*Consultatie.* Met betrekking tot de verschillende vormen van consultatie komen uit discussies over een aantal stellingen onder meer de volgende conclusies naar voren:

- Regelmatig telefonisch contact huisarts/specialist over in de kliniek opgenomen patiënten wordt zinvoller geacht dan regelmatig bezoek van de huisarts aan het ziekenhuis. Overigens wordt het belang van 'sociaal' bezoek aan de patiënt benadrukt.
- Specialisten zijn bereid tot consultatie binnen de eerste lijn. Door huisartsen worden aspecten van toetsing in dezen positief gewaardeerd.
- Intercollegiale consulten of verwijzingen binnen de specialistische polikliniek dienen met de huisarts te worden besproken, alvorens een en ander met de patiënt wordt besproken. Voor ernstige of spoedeisende situaties moet een uitzondering worden gemaakt.

*Oncologie.* Naast de als werkafspraken geformuleerde conclusies (zie werkafspraken oncologie en berichtgeving) zijn de volgende conclusies het vermelden waard:

- In de oncologie behoeft een verwijzing niet, of zeer zelden, met spoed plaats te vinden. Spoedverwijzingen brengen onrust met zich mee. Voorafgaand telefonisch overleg kan patiënten adequaat, snel en directer op de juiste plaats brengen.
- Bij spoedverwijzingen dient terugrapportage door de specialist eveneens snel (binnen 24 uur) plaats te vinden (telefonisch of via korte notitie).

## WERKAFSPRAKEN

De zaterdagmorgen werd besteed aan het vastleggen van een aantal werkafspraken, in concept opgesteld uitgaande van gegevens van themadiscussies van de vorige dag. Er werd tevens ruim aandacht besteed aan aspecten van organisatie en controle op naleving van de werkafspraken. Hierover kan worden gesteld, dat de Stafraad van het Diagnostisch Centrum Maastricht (DCM), samengesteld uit vertegenwoordigers van de waarnemingsgroepen huisartsen en klinische vakgroepen, hierin een belangrijke rol speelt, administratief ondersteund door medewerkers van het DCM. Een en ander is verder uitgewerkt in het verslag van deze bijeenkomst (door belangstellenden te verkrij-

gen via het DCM). De vijftien werkafspraken, waarover consensus werd bereikt, werden per thema als volgt geformuleerd:

### A. Bereikbaarheid

1. Ten behoeve van diens bereikbaarheid voor de specialist dient de huisarts te beschikken over voldoende telefoonlijnen en een semafoon.
2. Voor bijzondere situaties dient de huisarts buiten kantooruren bereikbaar te zijn via zijn geheim telefoonnummer (bekend bij telefooncentrale AZM). Via deze telefooncentrale kan telefoonverbinding specialist-huisarts worden gelegd.
3. Voor telefonische contacten met de specialisten van het ziekenhuis ontvangt de huisarts een lijst met telefoonnummers. Per vakgroep zijn – afhankelijk van de grootte van de vakgroep – één of meer centrale nummers vermeld, beheerd door één (of enkele) secretaresse(s), die weet (weten) waar iedere specialist (te vinden) is.

### B. Intercollegiale verwijzing

4. Bij niet-acute poliklinische patiënten, dient, indien door de specialist een intercollegiale verwijzing wordt overwogen in verband met niet met de verwijfsreden samenhangende problemen:

- de patiënt terugverwezen te worden naar de huisarts met een berichtje inhoudende de wenselijkheid van deze intercollegiale verwijzing (een telefonisch contact kan dit bericht vervangen); en
  - de patiënt niet vooraf te worden beïnvloed door de specialist ten aanzien van deze eventuele verwijzing.
5. In een aantal gevallen is een intercollegiale verwijzing onderdeel van een bepaald protocol. De huisarts dient op de hoogte te zijn van het bestaan van deze protocollen.

### C. Bezoek huisarts aan ziekenhuis

6. Bij de portier ligt voor iedere huisarts een lijst met vermelding van opgenomen patiënten, bijgewerkt tot de voorgaande werkdag (16.00 uur).
7. De huisarts kan in verschillende afdelingen van het ziekenhuis na legitimatie (pasje met foto, zoals ook in bezit van specialist) de ziekenhuisstatus van zijn patiënt inzien.
8. In de status kan de huisarts het decursusformulier als communicatiemiddel gebruiken voor bijvoorbeeld:
  - informatie van de huisarts voor de specialist; en

- vragen van de huisarts aan de specialist.

### D. Oncologiebespreking

9. De aanbrengrer van een patiënt op de oncologiebespreking dient in het kader van de besluitvorming van deze bespreking de huisarts van deze patiënt te voren tijdig in te lichten en te consulteren.
10. Het verslag van de oncologiebespreking wordt aan de huisarts van de patiënt gestuurd.

### E. Berichtgeving

11. Direct na opname in het ziekenhuis van zijn patiënt ontvangt de huisarts bericht over de naam van de behandelend specialist (eventueel assistent-supervisor) en eventueel andere relevante informatie. Per vakgroep dient de wenselijkheid van deze werkafpraak te worden gezien.
12. Onmiddellijke telefonische berichtgeving is noodzakelijk:
  - na opname van een patiënt;
  - bij overlijden van een patiënt;
  - bij vaststellen van een ernstige ziekte/complicatie;
  - bij overdracht van de patiënt aan een ander specialisme in het kader van de behandeling.
13. Indien de huisarts directe telefonische berichtgeving nodig vindt na verwijzing van een bepaalde patiënt, dient hij dit bij de verwijzing te vragen.
14. Betere berichtgeving bij langdurig poliklinische controle, in elk geval indien er een relevante verandering optreedt; bij niet dramatische veranderingen minimaal één keer per jaar.
15. Berichtgeving door de specialist gebeurt refererend aan de verwijfsbrief, met name aan de vraagstelling van de huisarts.

De werkafspraken zullen met het plan voor organisatie en controle op naleving nog ter beoordeling voorgelegd worden aan PHV-bestuur, Stafconventsbestuur en directie AZM. Vertegenwoordigers van waarnemingsgroepen van huisartsen en voorzitters van klinische vakgroepen zullen werkafspraken en voorstellen voor organisatie en controle op de naleving in eigen gelederen bespreken. Uitvoering en controle op naleving van de werkafspraken wordt overgedragen aan de Stafraad van het DCM.

## BESLUIT

De bijeenkomst werd beëindigd met enkele beschouwingen van oud-stuurgroepleden. Een huisarts sprak over: 'De legiti-

miteit van het compromis', een specialist over: 'Diepere oorzaken van de frictie eerste-tweede lijn'.

Tenslotte werd schriftelijk nog de mening gepeild van de deelnemers over verschillende onderdelen van deze bijeenkomst. Wat de locatie, de organisatie en het programma betreft waren de meningen van huisartsen en specialisten unaniem lovend. Het optreden van Theater Wellus- waar en de slotbeschuwingen bleken zeer te zijn gewaardeerd.

Enkele door huisartsen en specialisten in deze meningspeiling naar voren gebrachte *kanttekeningen* kunnen als volgt worden weergegeven:

Huisartsen:

- De sociale contacten tijdens de bijeenkomsten worden op prijs gesteld.
- Uitwerking, effectuering en controle op naleving werkafspraken zijn van groot belang.
- Uitvoering van werkafspraken moet op korte termijn worden nagestreefd.
- De Ardennenbijeenkomsten worden steeds beter: er zit beweging in.

Specialisten:

- Betere contacten tussen huisartsen en specialisten werken lang na.
- Het invoelbaar zijn van elkaars werkomstandigheden en betere persoonlijke contacten zijn van groot belang voor goede samenwerking.
- Spoed is gewenst bij de effectuering werkafspraken, enige flexibiliteit in uitvoering is wenselijk.
- Huisartsen en specialisten dienen één lijn te trekken.
- Na een jaar moeten de resultaten van de werkafspraken worden geëvalueerd.
- De bijeenkomst is te kort. □

*Dr. P. Pop*, internist, is coördinator van het Diagnostisch Centrum Maastricht (DCM).  
*L. L. J. M. Keijzers* is huisarts.  
Beiden zijn lid van de Stuurgroep eerste-tweede lijn.

#### Verslag

Het volledige verslag van deze gestructureerde meerdaagse bijeenkomst van huisartsen en specialisten is verkrijgbaar bij Dr. P. Pop, Diagnostisch Centrum, Academisch Ziekenhuis Maastricht, Postbus 1918, 6201 BX Maastricht.

#### Literatuur

Keijzers LLJM, Koning Gans HJ de. Communicatie tussen huisarts en specialist. *Medisch Contact* 1983; 38: 902-3.

Pop P, Keijzers LLJM. Communicatie tussen huisarts en specialist. *Medisch Contact* 1985; 40: 203-6.

Muller HK, Pop P. Communicatie tussen huisarts en specialist. *Medisch Contact* 1987; 42: 109-12.

## Kwaliteit van zorg

# Kwaliteitsbevordering in de anesthesiologie

Kwaliteitshandhaving en -bewaking is niets nieuws in de geneeskunde. Vroeger werd er evenals nu van iedere specialist verwacht, dat hij of zij het desbetreffende specialisme steeds naar de vigerende inzichten en opvattingen zou uitoefenen. Het bijhouden van nieuwe ontwikkelingen en het aanleren van nieuwe technieken werd echter goeddeels overgelaten aan het persoonlijk initiatief. Dit betekent niet dat dit daarom minder goed zou gebeuren; integendeel, in de meeste gevallen beschouwde men dit als vanzelfsprekend te behoren tot de uitoefening van het medisch beroep. Wel mag men stellen, dat de activiteiten betreffende bij- en nascholing zich goeddeels aan de waarneming door derden onttrokken. Kwaliteit was vooral een subjectieve verantwoordelijkheid. Bij gebrek aan algemeen geldende voorschriften en structuren bestonden er ook geen algemeen geldende

Dr. F. M. Werner

*Uit de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie.*

normen waaraan kwaliteit kon worden afgemeten.

Echter, gedurende de laatste decennia heeft er een stormachtige groei van de medische kennis, kunde en mogelijkheden plaatsgevonden; deze ontwikkeling lijkt overigens nog lang niet ten einde te zijn. Een goed voorbeeld hiervan is de anesthesiologie. Dit specialisme was tot de erkenning als specialisme in 1948 niet of nauwelijks in Nederland aanwezig<sup>1</sup>. Nu behoort de anesthesiologie tot de basis-specialismen in elk ziekenhuis. De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiolo-

gie (NVA) is met bijna duizend leden een van de grootste wetenschappelijke verenigingen geworden.

In het algemeen betekenen deze ontwikkelingen, dat de specialist van nu zich nog veel meer inspanningen moet getroosten om te kunnen blijven dan vroeger al het geval was.

Daarnaast is er de nog steeds voortgaande ontwikkeling van solistische en kleine praktijken naar grote tot zeer grote samenwerkingsverbanden. Dit is deels een gevolg van de eisen van de tijd (grotere ziekenhuizen, fusies en dergelijke) en deels van de toegenomen ingewikkeldheid en veelomvattendheid van de verschillende specialismen. Slechts in goede onderlinge samenwerking kunnen alle facetten van het specialisme nog voldoende worden bijgehouden en in praktijk gebracht. Dit brengt met zich mede, dat ook intern de behoefte groeit naar meer uni-



formiteit van opleiding en praktijkvoering. In een tijd waarin de beschikbare financiële middelen van overheidswege drastisch worden beperkt – een politieke, geen medische keuze – groeit ook de behoefte aan meer objectieve kwaliteitsnormen en maatstaven om op basis daarvan prioriteiten te kunnen stellen. Tenslotte verlangt de consument tegenwoordig veel meer objectieve kwaliteitsgaranties dan vroeger het geval was; niet alleen in de medische sector, maar ook in alle andere maatschappelijke sectoren.

## BAANBREKEND

Dit alles heeft in de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie een aantal ontwikkelingen betreffende de kwaliteitsbevordering op gang gebracht, welke stuk voor stuk voor Nederland en deels ook daarbuiten baanbrekend kunnen worden genoemd.

### 1. Centrale Cursus Anesthesiologie (CCA)

Deze cursus is reeds meer dan tien jaar geleden op initiatief van Prof. Dr. J. Spierdijk te Leiden opgezet in samenwerking met de Boerhaavecommissie voor postacademisch onderwijs in de geneeskunde. De achterliggende gedachte ervan was, tot een betere onderlinge afstemming van theoretische opleidingen in de verschillende opleidingsinstituten te komen. Na een – niet onverwachte – wat moeizame start is de CCA thans volledig geaccepteerd en geïnstitutionaliseerd binnen de NVA.

De volledige cursus bestaat uit een vierjarige cyclus, bestaande uit twee basiscurssussen (A en B) en twee vervolgcursussen (C en D). De vervolgcursussen kunnen pas worden gevolgd nadat eerst de basiscurssussen zijn gevolgd. Alle assistent-geneeskundigen in opleiding (agio's) zijn tijdens hun opleiding verplicht aan de CCA deel te nemen; deze verplichting is ook opgenomen in de opleidingseisen. Vanaf het begin zijn ook de gevestigde specialisten aangespoord om de CCA-cursussen bij wijze van bij- en nascholing te volgen; velen hebben dit ook gedaan. Enkele andere wetenschappelijke verenigingen (orthopedie, algemene heekunde, oogheelkunde) hebben dit idee inmiddels in de een of andere vorm overgenomen. In EEG-verband wordt dit voorbeeld thans ook gevolgd door enkele anesthesiologische zusterverenigingen, onder andere in België, Frankrijk en Spanje. De CCA heeft in de breedte zeker bijgedragen aan verhoging van het kennisniveau van agio's en specialisten.

## NIET ROKEN

Onderzoek heeft aangetoond dat passief roken schadelijk is voor de gezondheid, alsmede dat de voorbeeldfunctie van de arts in verband met niet roken grote invloed heeft op het (niet)rookgedrag van patiënten. Derhalve is het roken door artsen en door onder hun verantwoordelijkheid werkend personeel in het bijzijn van patiënten geen gezondheidsbevorderend gedrag. De Algemene Vergadering van de KNMG heeft dan ook besloten de volgende gedragsregel in de 'Gedragsregels voor artsen' op te nemen onder het hoofd 'Gedragsregels in relatie tot patiënten', punt 41A:

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

### 2. Rapporten Gezondheidsraad

Een zeer belangrijke rol hebben gespeeld en spelen nog de rapporten van de Gezondheidsraad inzake de anesthesiologie (1971, 1978<sup>2</sup>, 1982<sup>3</sup>, 1988<sup>4,5</sup>), in het bijzonder het 'Advies inzake de Anesthesiologie, deel I' uit 1978. Hierin worden normen gesteld betreffende de minimaal benodigde apparatuur, de noodzakelijke personele en ruimtelijke voorzieningen en de beschikbaarheid van anesthesiologen, zowel in de operatiekamer als in de verkoeverkamer. Nederland was daarmee het eerste land ter wereld, dat zo stringent een minimumpakket aan anesthesiologische apparatuur verplicht stelde. Onlangs is dit voorbeeld gevolgd in de Verenigde Staten en in Engeland. Tevens werd hierdoor de discussie op gang gebracht over de anesthesiologische praktijkvoering, met name betreffende het aantal patiënten aan wie gelijktijdig door één anesthesist anesthesie kon/mocht worden toegediend.

### 3. Verenigingsstandpunt inzake de anesthesiologische praktijkvoering

Na langdurige en diepgaande discussies conformeerde de ledenvergadering van de NVA zich in 1983 aan het volgende standpunt inzake de anesthesiologische praktijkvoering<sup>6</sup>. 'Het toedienen van anesthesie aan meer dan twee patiënten tegelijkertijd moet als ongewenst worden beschouwd.' Dit op voorwaarde, dat aan de eisen van de rapporten van de Gezondheidsraad betreffende apparatuur, ruimtelijke en personele voorzieningen zou zijn voldaan.

Dit standpunt geldt sindsdien voor de NVA als uitgangspunt voor beleid en norm voor toetsing.

### 4. Commissie Kwaliteitsbewaking Anesthesiologische Praktijkvoering (CKAP)

De Commissie Kwaliteitsbewaking Anesthesiologische Praktijkvoering is in 1988 ingesteld. Het stellen van normen heeft in het algemeen maar weinig zin, wanneer niet de mogelijkheid bestaat tot controle op de naleving ervan. Dit probleem werd met name actueel, toen het erom ging de benodigde opleidingscapaciteit voor anesthesiologen tot in de jaren '90 vast te stellen. Een enquête onder alle anesthesiologen in Nederland had uitgewezen, dat enige inkrimping hiervan noodzakelijk was om te voorkomen dat er in de toekomst een overschot aan anesthesiologen zou ontstaan. De opleiders waren daartoe bereid, maar drongen wel aan op de realisatie van de mogelijkheid tot visitatie van niet-opleidingsafdelingen, onder meer teneinde het bovengenoemde verenigingsstandpunt inzake de anesthesiologische praktijkvoering te kunnen toetsen. Er was echter nóg een belangrijke reden om dergelijke visitaties te realiseren. Nog steeds ondervinden vele anesthesiologen problemen bij het volledig realiseren van de adviezen van de Gezondheidsraad betreffende apparatuur, personeel en ruimtelijke voorzieningen. Dit is overigens niet alleen het geval in perifere, maar ook in universitaire anesthesiologische afdelingen. Daarnaast komt het voor, dat in de ziekenhuizen zelf onvrede heerst over de anesthesiologische praktijkvoering.

Daarom kan het oordeel van de CKAP worden gevraagd niet alleen door de betreffende anesthesiologen, maar ook door medische staven, ziekenhuisdirecties en inspecties van de volksgezondheid.

In feite betekent de instelling van deze commissie, dat nu niet meer alleen de kwaliteit van de opleidingsafdelingen (visitaties door het Concilium), maar ook die van niet-opleidingsafdelingen (visitaties door de CKAP) door de wetenschappelijke vereniging zelf kan worden getoetst, de eersten periodiek op grond van besluitvorming door de SRC, de laatsten op grond van incidentele en individuele verzoeken daartoe.

### 5. Theoretisch Specialistenexamen

In de nieuwe opleidingseisen voor het specialisme anesthesiologie die recent het Centraal College zijn gepasseerd en hopelijk in 1989 van kracht zullen worden, is voor agio's, naast de reeds langer bestaande verplichting tot het volgen van de CCA, ook de verplichting opgenomen tot het afleggen van een tweetal theoretische examens, waarvoor een voldoende resultaat moet worden behaald: het basisexamen (na ongeveer twee jaar) en het speciële examen (binnen vier jaar). Deze examens zullen worden afgenomen onder directe verantwoordelijkheid van de NVA.

Al vanaf het ontstaan van de CCA zijn daar steeds evaluerende toetsen aan verbonden geweest, zij het tot nu toe zonder consequenties. Het verbinden van consequenties aan deze toetsen en uitbreiding van de examenstof tot het gehele theoretisch curriculum, is een hieruit logisch voortvloeiende ontwikkeling.

### CIRKEL GESLOTEN

Samengevat is op twee punten de cirkel nu gesloten:

1. Er is binnen de NVA overeenstemming over de inhoud en vorm van de opleiding tot specialist en het theoretisch curriculum kan door de vereniging zelf ook worden getoetst. (Uiteraard blijft het eindoordeel, met name ook betreffende de praktische vaardigheden, aan de opleider; deze is de enige die daarover gefundeeerd kan oordelen.)
2. Er is bij de NVA en bij de overheid overeenstemming omtrent de eisen te stellen aan de anesthesiologische praktijkvoering (rapporten Gezondheidsraad en verenigingsstandpunt) en de NVA beschikt over de middelen om de praktijkvoering te toetsen (Concilium en CKAP).

### DISCUSSIE BEPERKEN

Op één belangrijk onderdeel blijft de cirkel voorsnog geopend, namelijk de theoretische bij- en nascholing van specialisten. Hoewel er steeds meer wetenschappelijke vergaderingen, (PAOG-)cursussen, symposia, congressen, enz. worden georganiseerd, is de deelname daaraan nog vrijblijvend en bestaat er geen directe controlemogelijkheid op het kennisniveau van specialisten. De vraag is, of er een verplichting tot deelname aan een bepaalde hoeveelheid van deze activiteiten voor specialisten zou moeten komen en of hun kennisniveau ook regelmatig zou moeten worden getoetst, met consequenties; vele (de meeste) specialisten voldoen immers al zelf aan de verplichting tot bijhouden van het vak. Het antwoord op het eerste deel van deze vraag lijkt bevestigend te moeten zijn, om een aantal redenen:

- a. De toenemende externe vraag naar objectieve kwaliteitsnormen.
- b. Het biedt de specialist zelf een bepaalde bescherming bij juridische procedures (voor de anesthesioloog geen zeldzaamheid!). In elk geval kan niemand dan meer twijfelen aan diens inspanningen om het vak voldoende bij te houden.
- c. Leden die het vak onvoldoende bijhouden en specialisten die geen lid zijn van de wetenschappelijke vereniging worden ook bereikt. Een volgende vraag is dan wel op welke wijze dit zou moeten worden gerealiseerd.

In de visie van de auteur zou het de voorkeur verdienen, als de wetenschappelijke verenigingen zelf de verantwoordelijkheid zouden nemen voor het organiseren en coördineren van bij- en nascholingsprogramma's voor specialisten. Voor de NVA zou dit geen al te grote stap meer hoeven te betekenen, omdat er nu al jaarlijks CCA-cursussen, wetenschappelijke vergaderingen en speciale themadagen worden georganiseerd. Een belangrijke eerste stap zou kunnen zijn, regelmatig deelname aan de CCA-cursussen verplicht te stellen, bijvoorbeeld elke acht jaar de volledige cyclus van vier cursussen. In hoeverre hieraan al dan niet ook nog andere verplichte activiteiten zouden moeten worden toegevoegd, is dan onderwerp van discussie. Hierbij is het belangrijk, dat er enerzijds bij iedereen voldoende algemene basiskennis aanwezig blijft, maar dat er anderzijds ook voldoende differentiatiemogelijkheden overblijven voor ieders persoonlijke bijzondere belangstellingen en ambities. Het volgende voorbeeld moge dit illustre-

ren: In Nederland vinden slechts in een beperkt aantal ziekenhuizen neurochirurgische ingrepen plaats. Het is dus niet noodzakelijk dat elke Nederlandse anesthesioloog precies op de hoogte is van alle details van de anesthesieverlening bij een craniotomie. Iedere anesthesioloog krijgt echter wel patiënten met cerebrale pathologie te behandelen, die een andere dan een neurochirurgische ingreep moeten ondergaan. Daarom dient wel bij iedere anesthesioloog de basiskennis omtrent de regulatie van de cerebrale circulatie, van intracraniele druk, enz. aanwezig te zijn. De vraag omtrent de noodzaak tot regelmatig verplicht afleggen van theoretische toetsen door specialisten is veel moeilijker te beantwoorden. Gedachten over een dergelijke verplichting roepen in het algemeen weinig positieve reacties op. De volgende overweging kan hierbij van belang zijn: Degenen die hun vak thans al goed bijhouden, hoeven voor het verplicht bijwonen van bij- en nascholingsactiviteiten geen extra inspanningen te leveren en hebben van toetsen niets te vrezen: hun kennisniveau is en blijft voldoende. Daarentegen worden diegenen die hiervan wel iets te vrezen zouden hebben en die de bij- en nascholing dus het hardst nodig hebben, juist erbij betrokken. In deze zin zouden toetsen een positief effect kunnen hebben. Hiertegenover zou men kunnen stellen, dat toetsen niet meer nodig zijn wanneer iedereen maar verplicht zou zijn regelmatig aan bij- en nascholingscursussen deel te nemen; ieders kennis blijft dan immers op voldoende hoog peil. Het is dus veel belangrijker een zeker verplichtend karakter te geven aan het bijwonen van bij- en nascholingsactiviteiten dan de resultaten daarvan ook te willen toetsen. Dit laatste zou de acceptatie en realisatie van het eerste zelfs in de weg kunnen staan. Het lijkt dus verstandig de discussie voorsnog te beperken tot alleen het verplicht stellen van bij- en nascholing. □

### Literatuur

1. Lange JJ de, Mauve M, Reeser LD, Ruprecht J, Smalhout B, Bongertman-Diek JM. Van aether naar beter. Bunge, Utrecht, 1988.
2. Advies inzake anesthesiologie, deel I. Gezondheidsraad, 1978.
3. Advies inzake anesthesiologie, deel II. Gezondheidsraad, 1982.
4. Advies van de Permanente Commissie Anesthesiologie 'Polsoxymetrie, aanvulling op het minimpakket anesthesieapparatuur'. Gezondheidsraad, 1988.
5. Advies van de Permanente Commissie Anesthesiologie 'Naar een verantwoorde verkoeperperiode'. Gezondheidsraad, 1988.
6. Verenigingsstandpunt inzake de Anesthesiologische Praktijkvoering. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, 1983.

# Spermabanken in Nederland

## Een onderzoek naar de wijze van werken bij KID en KIE

Op 14 september 1988 boden de ministers en staatssecretarissen van Justitie en WVC de Tweede Kamer een notitie aan over de problematiek rond kunstmatige bevruchting en draagmoederschap (K 20706). Uit deze notitie blijkt dat de opstellers ervan behoefte hebben aan een praktijkonderzoek naar het beleid van spermabanken. Hopelijk voorziet het volgende in deze behoefte.

\*\*\*

Tussen juni 1987 en november 1988 heb ik in het kader van de voorbereiding van een juridisch proefschrift een onderzoek gehouden onder de 22 spermabanken in Nederland naar de werkwijze bij KID en KIE, dat is kunstmatige inseminatie met zaad van een ander dan de echtgenoot respectievelijk met zaad van de echtgenoot. Van de 22 spermabanken gaven er 13 voldoende inlichtingen die in het onderzoek konden worden verwerkt: tussen september 1987 en september 1988 kreeg ik van 16 van de aangeschreven banken een reactie; daaruit bleek, dat één spermabank met de KI-praktijk was gestopt; één bank beantwoordde geen enkele vraag en één bank beantwoordde te weinig vragen om in het onderzoek te kunnen worden betrokken.

### WERKWIJZE BIJ KID

Van de 13 spermabanken maken er 9 ( $\pm 69\%$ ) uitsluitend gebruik van ingevroren sperma; slechts 2 banken gebruiken vers sperma; van de resterende 2 banken bedragen de percentages van het totale gebruik van vers en ingevroren sperma respectievelijk 2%-98% en 20%-80%. Deze gegevens zijn van belang voor de vraag op welke infecties sperma wordt onderzocht: op vers zaad kan minder onderzoek worden verricht dan op ingevroren zaad. Tabel 1 levert het antwoord op de vraag op welke infecties het sperma wordt onderzocht. Van de twee banken die uitsluitend vers sperma gebruikten, onderzocht één bank wel op gonorroe en op Chlamydia, maar niet op het LAV/HTVL III-virus en evenmin op hepatitis of een andere aandoening (zie kolom 2); de andere bank onderzocht op geen enkele aandoening (zie kolom 7). Deze gegevens zijn juridisch interessant. Aangenomen mag wor-

### A. M. L. Broekhuijsen-Molenaar

*Zo eens als de spermabanken in ons land het zijn over het handhaven van de anonimiteit van de zaaddonor, zo sterk verschillen ze soms in werkwijze. Mw. Mr. A. M. L. Broekhuijsen-Molenaar, universitair docent van de afdeling Burgerlijk Recht van de RU Leiden, schreef alle 22 spermabanken in Nederland aan; van 13 kreeg ze een antwoord waar ze wat mee kon.*

den dat het onderzoek op overdraagbare infecties, die een gevaar kunnen opleveren voor de vrouw die wordt geïnsemineerd of voor het te verwekken kind, een *rechtsplicht* is voor de spermabank. Mocht er tengevolge van het nalaten van dit onderzoek schade ontstaan, dan is het niet uitgesloten dat de spermabank aansprakelijk wordt gesteld.

Een volgende vraag had betrekking op genetisch onderzoek. Van de 13 spermabanken verrichten er in totaal 11 ( $\pm 84\%$ ) genetisch onderzoek in de vorm van een anamnese, eventueel aangevuld met gegevens van huisarts of specialist. Een enkele keer ( $3\times$ ) wordt tevens (zo nodig) een geneticus bij het onderzoek betrokken. Eén spermabank van de elf stelt als extra eis dat de donor zelf twee gezonde kinderen moet hebben. Eén van de banken die aangaf géén genetisch onderzoek te verrichten, verrichte ook geen onderzoek naar infecties (zie tabel 1, kolom 7). Ook hier is een waarschuwing op zijn plaats. Een verhoogd genetisch risico dat bij normaal onderzoek had moeten worden ontdekt, kan leiden tot aansprakelijkheid van de spermabank.

Overigens attenderen alle dertien spermabanken de vrouw op het feit dat een zwangerschap niet kan worden gegarandeerd en dat er evenals bij andere zwangerschappen altijd een risico op een miskraam of een afwijking bestaat. Twee spermabanken waarschuwden tevens voor een geringe, maar toch aanwezige kans op een infectie. Uit kolom 2 en kolom 6 van tabel 1 blijkt overigens op welke infecties deze banken testen. Het maken

van voorbehouden is in het kader van het informeren van de patiënt zeer aan te bevelen, maar men moet er wel op bedacht zijn dat het de spermabank niet ontslaat van zijn rechtsplicht de donor of diens sperma op infecties (of genetische afwijkingen) te onderzoeken.

Op de vraag hoe vaak gebruik wordt gemaakt van een 'succesvolle' donor, kwamen de volgende antwoorden:

- 6 kinderen, daarna eventueel heroproep voor dezelfde recipiënt:  $3\times$ ;
- 1 tot 3 zwangerschappen, daarna eventueel heroproep voor dezelfde recipiënt:  $1\times$ ;
- 6-10 zwangerschappen:  $1\times$ ;
- 6-7 zwangerschappen:  $1\times$ ;
- 10 à 20 zwangerschappen:  $1\times$ ;
- 3 zwangerschappen:  $1\times$ ;
- 7 zwangerschappen:  $1\times$ ;
- 1-10 zwangerschappen, afhankelijk van het aantal kinderen dat de donor in zijn privé-leven wenst te hebben:  $1\times$ ;
- $\pm 15$  zwangerschappen:  $1\times$ ;
- geen beleidslijn:  $1\times$ ; en
- niet beantwoord:  $1\times$ .

Conclusie: het beleid wisselt nogal!

Een volgende vraag zag op de mogelijkheid voor de donor ooit zijn toestemming tot gebruik van sperma in te trekken, als hij niet langer wil dat zijn sperma voor KID (of anderen doeleinden) wordt gebruikt. Van de 13 spermabanken ( $\pm 76\%$ ) bieden er 10 deze mogelijkheid en slechts 1 niet; de beide overige banken konden de vraag niet beantwoorden, omdat zij slechts vers sperma gebruiken.

Volgens de notitie 'Kunstmatige bevruchting en draagmoederschap' is het reeds gebruik dat patiënten die een kunstmatige bevruchttingsbehandeling ondergaan, een schriftelijke verklaring ondertekenen waaruit hun instemming met de voorgenomen behandeling blijkt. Uit mijn onderzoek blijkt echter dat wat betreft KID slechts twee van de dertien banken met schriftelijke verklaringen werken; dat is ongeveer 15% (!).

### ANONIMITEIT DONOR

Uit mijn onderzoek kwam naar voren, dat alle (13) spermabanken van mening zijn dat de anonimiteit van de donor gehandhaafd moet blijven. Twee spermabanken gaven daarbij een *nuancering*:

– anonimiteit, tenzij men zelf met een bekende donor komt. In geval van inseminatie van een alleenstaande vrouw, zou de vraag naar de afstamming moeten kunnen worden beantwoord;

– anonimiteit, tenzij uit toekomstig onderzoek zou komen vast te staan dat KID-kinderen die weten dat ze KID-kind zijn een significant grotere kans hebben zich tot gestoorde persoonlijkheden te ontwikkelen en het opheffen van de anonimiteit van de donor de aangegeven therapie zou zijn om deze ontwikkeling te voorkomen.

Tevens houden alle dertien spermabanken een geheime interne administratie bij. Op de vraag hoe lang deze administratie wordt bewaard, variëren de antwoorden nogal: onbepaalde tijd (6 spermabanken), een generatie (1 spermabank), minimaal dertig jaar (1 spermabank), vier jaar (1 spermabank), enkele jaren (1 spermabank), minimaal vijf jaar (3 spermabanken). In de notitie 'Kunstmatige voortplanting en draagmoederschap' wordt het standpunt ingenomen dat de anonimiteit van de donor niet tegen diens wil kan worden opgeheven; daarentegen kunnen algemene en genetische gegevens die niet kunnen leiden tot indentificatie van de donor, door het kind van 12 jaar of ouder, en/of door zijn ouders ook buiten toestemming van de donor worden opgevraagd. Als dit regeringsstandpunt algemeen wordt aangenomen, zullen de spermabanken hun interne administratie moeten splitsen in gegevens die wel en gegevens die niet geopenbaard moeten kunnen worden.

Over de bewaartermijn wil ik nog het volgende opmerken. In het voorontwerp van wet inzake 'de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling' wordt in zijn algemeenheid gesproken van een bewaartermijn van tenminste 10 jaar (art. 1653j). Daarna zullen de gegevens van de patiënt worden vernietigd, tenzij er sprake is van zwaarwegende belangen van de patiënt, de hulpverlener, een derde of de volksgezondheid. Onduidelijk is hoe lang een dossier dan zou moeten worden aangehouden, te meer daar bijvoorbeeld genetische gegevens van een donor voor meerdere generaties van belang zouden kunnen zijn. De bewaartermijnen die uit mijn onderzoek naar voren komen zouden in dat licht te kort zijn.

## TOEPASSING KID

Alle dertien spermabanken verrichten KID bij gehuwde vrouwen. Altijd wordt de toestemming van de echtgenoot ge-

Tabel 1. Infecties waarop wordt onderzocht.

onderzoek van donor of sperma op:	1*	3	4	5	6	7	8	9*	10	11	12	13
gonorroe .....	—	x	x	x	x	x	—	—	—	x	x	x
Chlamydia trachomatis .....	—	x	x	—	—	x	—	—	—	x	x	x
LAV/GTLV III-virus .....	x	—	x	x	x	x	—	x	x	x	x	x
hepatitis B .....	x	—	x	x	x	x	—	x	x	x	x	x
andere aandoening .....	**	—	—	—	—	lues	—	—	**	—	lues	—

x: ja —: nee \*: het ene ziekenhuis betreft het sperma van het andere, waar het sperma wordt onderzocht

\*\* : sperma wordt met antibiotica behandeld

Tabel 2. Toepassing KID

1. Past u KID toe bij ongehuwde vrouwen zonder partner?	2. Past u KID toe bij lesbische vrouwen?	3. Vraagt u toestemming van de lesbische partner?	4. Past u KID toe bij ongehuwde vrouwen met partner?	5. Vraagt u toestemming van de partner?
x	x	x	x	x
x	x	x	x	x
—	x	x	x	x
—	—	n.v.t.	x	x
x	x	x	x	x
x	x	x	x	x
—	—	n.v.t.	x	x
x	x	x	x	x
nee, tenzij	nee, tenzij	—	x	x
x	x	x	x	x
nee, tenzij	x	x	x	x
—	—	n.v.t.	x	*
—	—	n.v.t.	x	x

x: ja —: nee \*: niet expliciet, men komt echter altijd samen

vraagd. Of KID wordt toegepast bij ongehuwde vrouwen met of zonder partner en bij lesbische vrouwen, blijkt uit tabel 2.

Van de 13 spermabanken passen er 6 KID toe bij ongehuwde vrouwen zonder partner ( $\pm 46\%$ ), 2 antwoordden 'nee, tenzij' en 5 banken ( $\pm 38\%$ ) passen KID niet toe bij alleenstaande vrouwen. Op de vraag of KID wordt toegepast bij lesbische vrouwen met partner, antwoordden 8 spermabanken bevestigend ( $\pm 61,5\%$ ), 4 ontkennend en 1 'nee, tenzij'. In alle gevallen waarin de vraag met 'ja' werd beantwoord, wordt tevens altijd toestemming gevraagd van de lesbische partner. Deze toestemming heeft juridisch geen betekenis, evenmin als de toestemming van de mannelijke partner van een ongehuwde vrouw. Deze toestemming wordt altijd gevraagd (zie tabel 2, kolom 5). Met het geven van toestemming wordt de man nog geen vader van het kind: daarvoor zal hij het kind moeten erkennen. Ongetwijfeld heeft zijn toestemming echter wel morele betekenis. Een recht op bijvoorbeeld levensonderhoud kan er niet aan worden ontleend.

## KIE

Van de 13 spermabanken bieden er 11 de mogelijkheid van kunstmatige insemina-

tie met zaad van de echtgenoot of partner ( $\pm 84\%$ ). Op de vraag onder welke omstandigheden de kliniek bereid is mee te werken aan KIE, kwam 11 x (unaniem dus) de oncologische indicatie naar voren. Van de 11 desbetreffende spermabanken gaven er 2 expliciet aan niet mee te werken aan een KIE-verzoek, voorafgaand aan vrijwillige sterilisatie; 3 van deze 11 spermabanken gaven expliciet aan ook dan medewerking te verlenen. Interessant (en actueel) zijn de antwoorden op de vraag of de spermabank met de man een afspraak maakt over hetgeen er na zijn overlijden met het sperma dient te gebeuren: 8 van de 11 spermabanken die de mogelijkheid van KIE bieden, maken een afspraak; deze acht verschillen nogal in beleid:

A – 2 spermabanken bieden uitsluitend de mogelijkheid van vernietiging;

B – 1 bank laat de afspraak afhangen van wat de patiënt wil;

C – 2 spermabanken geven als standaardafpraak de mogelijkheid van vernietiging, waarop uitzonderingen mogelijk zijn;

D – 3 spermabanken bieden een keuze uit de volgende afspraken: a) vernietiging, b) overdracht van het sperma aan de kliniek, c) partner krijgt zeggenschap over het sperma.

Hieruit blijkt, dat twee spermabanken

niet bereid zijn mee te werken aan kunstmatige inseminatie bij de achtergebleven partner (zie sub A). Zes banken (B, C, D) bieden deze mogelijkheid wel, maar dan alleen als dat van te voren met de man is afgesproken; één van deze banken bouwt nog een extra reserve in: in beginsel dient het rouwproces te zijn afgesloten, omdat anders het risico bestaat dat de normale loop van het rouwproces wordt verstoord.

Uit de notitie 'Kunstmatige bevruchting en draagmoederschap' blijkt, dat de bewindslieden van Justitie en WVC tegen het gebruik zijn van sperma na overlijden; na overlijden dienen de in bewaring gegeven gameten te worden vernietigd. Die visie wordt door slechts twee spermabanken gedeeld, zoals hierboven is aange- toond.

## CONCLUSIE

Uit mijn onderzoek is gebleken dat de werkwijze van spermabanken in Nederland op bepaalde punten uiteenloopt. Bijvoorbeeld op de vraag op welke infecties een donor of diens sperma wordt getest kwamen verschillende antwoorden. Datzelfde geldt voor de vraag hoe vaak een 'succesvolle' donor wordt gebruikt. Opvallende eensgezindheid bestaat er daarentegen over de anonimiteit van de donor die moet worden gehandhaafd. Minstens 38% van de onderzochte banken passen KID niet toe bij alleenstaande vrouwen. Ongeveer 61,5% behandelt lesbische vrouwen. Van de 13 onderzochte banken bieden 11 banken de mogelijkheid van KIE. Van deze 11 banken zijn er slechts 2 niet bereid om mee te werken aan KI na

overlijden van degene die zijn sperma in bewaring gaf (18).

Tot slot: Op 4 april 1989 is te Utrecht de 'Werkgroep Kunstmatige Inseminatie van de Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie' opgericht. Deze werkgroep zal op een zo kort mogelijke termijn richtlijnen opstellen over zorgvuldigheidsnormen, kwaliteitsbewaking en indicatiestellingen onder andere ten aanzien van KID. Datzelfde zal in een later stadium gebeuren ten aanzien van cryo- preservatie van humane gameten voor eigen gebruik.

Wellicht zullen de gesignaleerde beleidsverschillen in de toekomst tot het verleden behoren. □

Mr.Dr. Drs. L. Bergkamp, *Het proefdier mens. De normering en regulering van medische experimenten met mensen*. Sam- som, 1988. 385 blz. ISBN 90 14 03552 7. Prijs f 48,50.

Dit omvangrijke boekwerk van Bergkamp, dat tevens de grondslag voor zijn promotie vormt, is voor al degenen die op enigerlei wijze met medische experimenten op mensen te maken hebben een must. Indien zij van plan zijn het gehele boek te lezen, dienen zij overigens wel over een aanzienlijke hoeveelheid doorzettingsvermogen te beschikken. Dat deze recensie enigszins verlaat verschijnt, is dan ook te wijten aan het gebrek aan doorzettingsvermogen dat ondergetekende af en toe overviel. Met andere woorden: soms is de gepresenteerde materie wel erg taai en de opsomming van feiten zo compleet dat er geen ruimte overblijft voor analyse en reflectie, terwijl het gekozen onderwerp voor dat laatste ruimschoots de gelegenheid biedt. Daar staat tegenover, dat het boek een schat aan informatie bevat over binnenlandse en buitenlandse (rechts)ontwikkelingen op het gebied van de medische experimenten. Alleen als naslagwerk is het al zeer de moeite waard.

Het interessantst is misschien nog wel het onderzoek dat Bergkamp heeft gedaan naar het functioneren van de Nederlandse (medisch-ethische) toetsingscommissies. Op grond van de erkenningseisen voor ziekenhuizen dient ieder medisch experiment met mensen immers van een positief advies van een daartoe ingestelde onafhankelijke commissie te zijn voorzien. De (medisch-ethische) toetsingscommissie speelt derhalve een cruciale rol als het gaat om de bescherming van de proefpersoon. Wat ingewijden wel vermoedden, blijkt inderdaad het geval: de normen en criteria die toetsingscommissies aanleggen zijn zeer divers. Op zich behoeft dat – afhankelijk van waar de verschillen liggen – vanzelfsprekend nog niets te zeg-



gen over de rechtsbescherming van de proefpersoon. Echter, uit het onderzoek van Bergkamp blijkt dat fundamentele mensenrechten soms worden genegeerd. Zo bleek, dat de normen ten aanzien van leeftijd en geslacht bij diverse commissies sterk uiteenlopen en blijkt de consistentie daarbij ook binnen de commissies zelf ver te zoeken. Dit terwijl bijvoorbeeld minderjarigen als kwetsbare groep extra bescherming behoeven bij deelname aan experimenten, zo het al geoorloofd is dat zij deelnemen. Het ontbreken van leeftijdsgrenzen in protocollen voor zowel therapeutisch als niet-therapeutisch onderzoek gaf vaak geen aanleiding tot opmerkingen. En dat terwijl de literatuur op dat punt strenge grenzen stelt en sommige auteurs bij niet-therapeutische experimenten een absoluut verbod wensen. Een zelfde inconsistentie valt waar te nemen bij de privacy-aspecten van gegevens van proefpersonen en de publikatievrijheid van de onderzoeker. Dit geldt met name ten aanzien van inzage van gegevens van proefpersonen door derden en publikatie van onderzoeksgegevens door farmaceutische ondernemingen en onderzoekorganisaties – in het licht van artikel 10 van de Grondwet geen onbelangrijke zaken.

Vrij frequent blijken toetsingscommissies onderzoeksprojecten goed te keuren, terwijl de informatie voor de proefpersonen niet aan de commissie ter beschikking was gesteld; het moge duidelijk zijn, dat het dan onmogelijk is te beoordelen of deze informatieverstrekking voldoende is. Slechts enkele toetsingscommissies maakten voorts een opmerking indien er geen informatie werd verstrekt over het feit dat een experiment ook onvoorzienbare risico's in zich droeg.

Vervolgens blijken er toetsingscommissies te

functioneren die niet of nauwelijks acht slaan op de toestemming van de proefpersoon. Een commissie van een algemeen ziekenhuis rechtvaardigde het nalaten van 'informed consent' met het aloude en obsoleete argument dat het vragen van toestemming de patiënt maar angstig zou maken en door erop te wijzen welk een belasting de informatie voor de patiënt zou opleveren. Waar hebben we die argumentatie meer gehoord?

Concluderend kan gesteld worden, dat de studie van Bergkamp alleszins de moeite waard is en dat zijn onderzoekingen een wezenlijke bijdrage hebben geleverd aan het inzicht rond het functioneren van de (medisch-ethische) toetsingscommissies in Nederland. De wetgever zal op grond van de uitkomsten van dit onderzoek zeker opnieuw aandacht moeten schenken aan een beroepsinstantie, wil althans de noodzakelijke uniformiteit in de beoordeling van medische experimenten met mensen enigszins tot stand kunnen komen. Dat wil overigens geenszins zeggen dat er een soort ethische en juridische grauw middelmaat moet ontstaan. Maar het respecteren van fundamentele mensenrechten zou toch niet te veel gevraagd moeten zijn.

Mr. W. R. Kastelein

# Kankerpatiënt en sociale ondersteuning

## Mogelijkheden en ambivalenties

Kanker is een ziekte die, meer dan de meeste andere ziekten, het psychisch evenwicht en de sociale processen waarin mensen zich bevinden ontregelt. Alleen al de mededeling dat men 'de gevreesde ziekte' heeft, komt bij vrijwel alle mensen zeer hard aan. Bij de betrokkenen komen meestal hevige emoties los, wanhoop, angst, paniek, afgewisseld met neerslachtigheid en apathie<sup>1</sup>. De mededeling dat men kanker heeft is vrijwel steeds afkomstig van een medisch specialist en deze is nogal eens niet erg behendig in het omgaan met de situatie. Een medisch specialist heeft het druk en is niet getraind in het opvangen van patiënten. Ook de onmiddellijke omgeving weet vaak niet hoe te reageren. Het hele sociale systeem rondom de betrokkenen is ontregeld.

Het terugvinden van een evenwichtssituatie en het in stand houden van sociale contacten is voor kankerpatiënten vaak een zeer moeilijke opgave. In de sociale oncologie is om die reden de laatste tijd veel aandacht ontstaan voor het thema 'social support', juist ook omdat dit thema geschikt is om er de situatie van de kankerpatiënt mee in kaart te brengen. In het algemeen gezegd, groeit de onderzoekliteratuur over 'social support' exponentieel. In veel onderzoekliteratuur komt naar voren dat 'social support' een gunstige invloed heeft op een reeks verschijnselen: zowel lichamelijke als geestelijke gezondheid, creativiteit, competentie, etc. 'Social support' zal mensen die in een crisissituatie zijn terechtgekomen tegen de schadelijke gevolgen daarvan beschermen<sup>2</sup>.

'Social support' kan voorlopig het best worden omschreven als het zeer menselijke verlangen ergens bij te horen, gewaardeerd te worden, bemind te zijn. Soms wordt voor het definiëren van 'social support' de metafoor van het konvooi gehanteerd: zoals in oorlogstijd kwetsbare schepen worden beschermd door goed bewapende en snelle oorlogsschepen, is 'het konvooi' hier een geheel van personen die langere tijd in het leven van een mens een ondersteunende rol spelen<sup>3</sup>. Andere auteurs omschrijven 'social support' als een ruil van hulpmiddelen tussen gevers en ontvangers, met als bedoeling het welzijn van de ontvanger te versterken; mensen kunnen elkaar steunen door het ge-

### J. A. M. Winnubst

*Kankerpatiënten hebben in de verschillende fasen van hun ziekte behoefte aan sociale ondersteuning. De psycholoog Prof. Dr. J. A. M. Winnubst gaat in op de vraag wanneer welke steun nodig is en wie die steun het best kan geven.*

ven van genegenheid, maar ook door het geven van informatie of materiële hulp. 'Social support' is in ieder geval een begrip dat van belang is voor het begrijpen van de specifieke moeilijkheden van de kankerpatiënt. Kankerpatiënten komen door hun ziekte terecht in een situatie van gebrekkige wederkerigheid, dat wil zeggen van een relatief onafhankelijke positie in een positie van hulpbehoefte. Men is aangewezen op een hele serie anderen zonder veel terug te kunnen doen<sup>4</sup>.

Bij het bestuderen van 'social support' is veel aandacht uitgegaan naar de structurele, kwantitatieve en objectief vaststelbare aspecten van sociale netwerken, naar aspecten van uitgebreidheid en veelzijdigheid. Daarnaast is het thema bestudeerd vanuit een aantal andere aspecten: persoonlijkheids- en situatiekenmerken, coping-stijlen en hoofd- en interactie-effecten. De studies zijn nogal eens omgeven met statistisch geweld. Het belangrijkste is in feite de inhoudelijke kant van 'social support': dat is het aspect waar het om gaat, en dat aspect is juist vaak onderbelicht.

De vraag staat dan voorop, door welke eigenschappen van een sociale relatie, door welke houding, informatie en emotie, de kankerpatiënt zich werkelijk gesteund voelt. Op welke inhoudelijke aspecten van het supportstelsel kan interventie worden gericht? Zijn er ongelijkheidsaspecten in het supportstelsel? Zijn deze schadelijk voor de betrokkenen? Hoe kunnen negatieve effecten daarbij worden opgevangen? Met name de sociale psychologie beschikt over een reeks van theoretische noties die het begrip in een context zetten, noties over affiliatie en intimiteit, over sociale ruil en attributie.

In het nu volgende wil ik enkele hoofdthema's uit het 'social support en kanker'-onderzoek belichten.

### FASEN

Eerste gedachte is, dat het van belang is te letten op de gefaseerdheid van het ziekteproces en de soorten support die in de verschillende fasen van dit proces nodig zijn. Hier hebben we namelijk een eerste bron van vaak gemaakte fouten. Hulp wordt gegeven in het verkeerde stadium van de ziekte door de verkeerde personen en rond de verkeerde thematiek.

We moeten bedenken dat een ziekteproces tenminste vier fasen kent<sup>5</sup>. In de eerste fase staat de aanslag op het persoonlijk bestaan voorop. In de tweede fase is er sprake van aanpassing en het herwinnen van routine, het oppakken van het alledaagse leven. Dan de derde fase: de mogelijke terugkeer van de ziekte; kanker kan opnieuw toeslaan en men krijgt dan te maken met de angst dat men niet meer zal herstellen. En de vierde mogelijke fase is die van verslechtering en afloop. Men raakt steeds meer aangewezen op anderen, men wordt passief, pessimisme en depressiviteit gaan overheersen. De patiënt begint te anticiperen op het definitieve einde en de zorg voor de nabestaanden gaat een rol spelen.

In de literatuur nu zijn aanwijzingen dat niet in iedere fase van de ziekte hetzelfde type support gewenst is. Zo wordt uit onderzoek duidelijk dat in de eerste fase van de ziekte de arts een zeer belangrijke rol speelt; er is dan vooral behoefte aan zakelijke informatie over het ziekteproces, over de levenskansen en de behandeling. In de tweede, aanpassings- en terugvechtfase zijn het vooral lotgenoten die van belang zijn; veel steun wordt gevonden van deelname aan groeps gesprekken met lotgenoten. Dieper en intiemer emotioneel contact is vooral van belang in de vierde fase, waarin men te maken krijgt met het definitieve karakter van de ziekte<sup>4</sup>. Emotionele ondersteuning wordt door kankerpatiënten als de meest essentiële vorm van 'social support' gezien. Meer dan 90% van de onderzochte kankerpatiënten neemt emotionele support de meest adequate vorm van steun<sup>6</sup>. De eerste conclusie moet dan ook

zijn, dat het belangrijk is 'social support' te bestuderen onder het aspect van de verschillende fasen die een kankerpatiënt doormaakt. Per fase is er verschil in de voorkeur van soort van support en supportgever.

## DIEPGANG CONTACT

De tweede gedachte die ik wil uitwerken is, dat men, behalve dat men oog dient te hebben voor de gefaseerdheid van de ziekte, ook rekening moet houden met de diepgang van het contact.

Voor kankerpatiënten is er een hele reeks van potentiële supportverstrekkers: partner, kinderen, familie, kennissen, vrienden, burens, collega's, chefs, huisarts, medisch specialisten, verpleegkundigen, pastor, maatschappelijk werker, psycholoog, lotgenotengroep, etc. Bekijken we deze reeks van potentiële supportverstrekkers, dan valt het op dat er globaal een onderverdeling kan worden gemaakt in *intimi* en *niet-intimi*. Het kenmerkende van intimi is dat ze een grotere bereidheid vertonen zich tegenover elkaar bloot te geven. Er wordt een grotere mate van vertrouwelijkheid in persoonlijke relatie bereikt en men is wederzijds bereid te luisteren naar confidentialities. Kenmerkend voor intieme relaties zijn ook intense en soms conflictuerende emoties; sympathie en antipathie, liefde en haat worden afgewisseld, zelden is sprake van onverschilligheid. Bovendien voelt men zich in elkaars nabijheid plezierig en zoekt men elkaar op. Intimiteit roept ook angsten op; het heeft te maken met de vrees zich te veel bloot te geven: de ander te verliezen, de controle over de eigen situatie te verliezen en de autonomie en de individualiteit kwijt te raken of door de ander te worden 'verzwolgen'<sup>7</sup>. Kanker grijpt zo diep in en wordt zo omringd met taboes, dat de vrees het intieme contact met de partner te verliezen gedurende langere tijd een rol speelt. Wortman wijst erop<sup>4</sup>, dat het tragische van de situatie van de kankerpatiënt ligt in de ambivalentie van zijn of haar situatie. Men is bang de ander af te stoten met zijn ziekte en tegelijkertijd ook dat de ander te nabij zal komen, te veel controle over de situatie zal krijgen. Men heeft de ander meer nodig dan ooit en is tegelijkertijd bezorgd geheel aan die ander te worden overgeleverd. Sommige onderzoekers beschouwen intimiteit dan ook als dé kritische variabele in het onderzoek naar de relatie tussen 'social support' en kanker. De nabijheid van slechts één persoon op wie hij of zij volledig kan

rekenen en die hij of zij volledig kan vertrouwen is bepalend voor het relatieve welzijn van de kankerpatiënt.

Deze onderzoekresultaten en opvattingen leren ons dat supportgevers de beperkingen van hun rol zouden moeten begrijpen. Vertrouwelijkheid wordt alleen op prijs gesteld als zij afkomstig is van personen die de kankerpatiënt goed kennen. De arts moet bijvoorbeeld wel proberen zijn gebruikelijke zakelijkheid wat te doorbreken; anderzijds moet hij de psychologische afstand ook weer niet te klein maken, anders kunnen bij de patiënt gevoelens van bedreigheid optreden. Dunkel-Schetter vond in haar onderzoek<sup>6</sup>, dat de support die de arts kan geven vooral ligt op het vlak van de medische informatie. Dit type informatie, gegeven door familieleden of kennissen, valt daarentegen meestal slecht. De tweede conclusie moet dan ook zijn, dat patiënten met kanker aan de ene kant behoefte hebben aan sociale contacten, maar aan de andere kant bang zijn zich bloot te geven en te afhankelijk te worden van de ander. Dit is het tweeslachtige karakter van 'social support'. Het is mogelijk dat deze aspecten een negatieve uitwerking hebben op de patiënt en de sociale omgeving.

## CONCLUSIE

Samenvattend kunnen we vaststellen, dat het onderzoek naar 'social support' de laatste jaren tot grote bloei is gekomen, hetgeen ook merkbaar is op het terrein van 'social support' en kanker. De conclusies die ik voorlopig heb getrokken, zijn:

Kankerpatiënten hebben in de verschillende fasen van hun ziekte behoefte aan sociale ondersteuning. In sommige fasen van de ziekte is de behoefte aan emotionele steun allesoverheersend, op andere momenten is informatieve en materiële steun ook van belang. Emotionele steun is met name van belang bij de eerste traumatische mededeling, bij terugval en in de terminale fase. Kanker is een sterk ontregelende ziekte; de behoefte aan ondersteuning in de verschillende perioden van de ziekte is groot.

Desondanks zijn er mechanismen aan het werk die de werking van het supportstelsel in ernstige mate bedreigen. Er zijn aanzienlijke verschillen in de werking van het medische supportstelsel enerzijds en het familiale supportstelsel anderzijds. Beide zijn hoofdbronnen van support. De kracht van de medische support ligt in het geven van feitelijke informatie op een menselijke, maar niet te indrin-

gende manier. Het familiale supportstelsel kan zich beter onthouden van het geven van medisch-technische informatie, maar is vooral van belang in de emotionele en intieme sfeer.

Het supportstelsel heeft een aantal potentieel bedreigende aspecten; de afstand tussen personen kan te klein worden met als gevolg: autonomieverlies en angstgevoelens. Er kan goed bedoelde, maar totaal ongewenste support worden gegeven en er kan bovendien stigmatisering optreden.

Tenslotte moeten we bedenken dat er ook aanzienlijke verschillen zijn tussen mensen, zowel waar het erom gaat of men in staat is support te mobiliseren als waar het erom gaat of men in staat is support te geven. We hebben te maken met de verschillen in persoonlijkheidsstructuur, in sociale vaardigheden en het vermogen met stress-situaties om te gaan.

Het vergroten van het inzicht in de werking van supportsystemen bij kankerpatiënten is dermate belangrijk, dat verder onderzoek op dit terrein de volle aandacht verdient. □

Prof. Dr. J. A. M. Winnubst doceert in Utrecht de klinische psychologie, in het bijzonder de sociale aspecten daarvan. Hij sprak de tekst die als basis voor bovenstaande beschouwing heeft gediend mede namens W. J. G. Ros en A. L. Couzijn uit op het symposium 'Kanker anders bekeken', dat de KNO-arts Prof. Dr. P. C. de Jong bij zijn afscheid van de Erasmus Universiteit Rotterdam is aangeboden.

## Literatuur

1. Couzijn AL, Ros WJG, Winnubst JAM. Omgaan met ernstige ziekte: kanker. In: Kaptein A, Garssen B, Beunderman R, Schreurs P, Ploeg H van der (red). Psychologische behandeling van lichamelijke aandoeningen. Behavioral Medicine. Alphen a/d Rijn: Samson, 1986.
2. Brownell A, Shumaker SA. Social support: an introduction to a complex phenomenon. Journal of Social Issues 1984; 40: 1-10.
3. Kahn R, Antonucci T. Convoys over the life course: attachment, roles and social support. In: Baltes PB, Brim O (eds). Lifespan development and behavior. Boston: Lexington Press, 1980.
4. Wortman CB. Social support and the cancer patient. Conceptual and methodologic issues. Cancer 1984; 53: 2039-2360 (Suppl).
5. Weisman AD. A model for psychosocial phasing in cancer. In: Moos R (ed). Coping with physical illness. New York: Plenum Press, 1977.
6. Dunkel-Schetter C. Social support and cancer: findings based on patient interviews and their implications. Journal of Social Issues 1984; 40: 77-98.
7. Hatfield E. The dangers of intimacy. In: Derlega V (ed). Communication, intimacy and close relationships. New York: Academic Press, 1984.



# Controversen als onderwijsthema

## Groningse geneeskundestudenten over hun curriculum

De waardering van studenten voor hun opleiding in termen van aantrekkelijkheid en relevantie is naar alle waarschijnlijkheid van invloed op het uiteindelijk welslagen van die opleiding. Een positief oordeel verhoogt de motivatie en de inzet om het einddoel te bereiken. Daarom is het van belang te onderzoeken hoe en in welke mate studenten kunnen meebeslissen over de inhoud van het (=hun) curriculum.

In het disciplinegebonden onderwijs in het medisch curriculum is invloed van studenten op het programma niet ongebruikelijk. Het vaststellen van de stof is, binnen de grenzen van de door de faculteit vastgestelde onderwijstijd, aan de kerndocent van het vak voorbehouden.

De curriculumvernieuwing van enkele jaren geleden kenmerkte zich door een verschuiving van disciplinegebonden onderwijs naar themagebonden onderwijs. Bij de vierdejaars collegereeks rond het thema 'Controversen in de geneeskunde' (cursusjaar 1987-1988) hebben Groningse studenten wel invloed op het programma gehad. Het resultaat is gekwantificeerd, althans voor zover het blijkt uit de waardering die studenten na afloop van het onderwijs hebben uitgesproken.

### THEMA 'CONTROVERSEN'

Per september 1986 startte de Groningse medische faculteit een nieuw curriculum in de eerste fase van de studie. Een van de nieuwe aspecten was, dat in elk studiejaar een drietal collegereeksen rond nieuwe onderwijsthema's werd opgenomen.

Volgens de Onderwijscommissie, die het nieuwe curriculum had ontworpen, diende de invoering van deze thema's verschillende doelen; het zou: 1. de onderlinge relatie tussen vakgebieden verduidelijken; 2. interessegroepen binnen de faculteit een kans geven zich een plaats in het curriculum te verwerven; en 3. ruimte bieden aan onderwerpen die door veranderingen op maatschappelijk en medisch gebied recht hebben op een plaats in het curriculum. Het zal dan ook geen verbazing wekken, dat ook docen-

### R. J. Hiemstra c.s.

*Anders dan de meesten van hun docenten hebben medisch studenten een uitstekend overzicht over het totale curriculum. Juist dit maakt hen de gesprekspartners bij uitstek over te kiezen studieonderwerpen. Dit concludeert men aan de Faculteit der Geneeskunde te Groningen naar aanleiding van de evaluatie van het thema 'Controversen', dat daar voor enige jaren in het leerplan werd opgenomen.*

ten van buiten de eigen faculteit in de themareeksen optreden.

De Onderwijscommissie besloot tot 'Controversen in de geneeskunde' als laatste thema in het vierde studiejaar (derde trimester). In haar motivering zinspeelde de commissie al op het belang van studentenparticipatie: 'Het thema controversen belicht het relatieve aspect van waarheden en stellingnames in de geneeskunde. Juist tegen het eind van de theoretische fase van de opleiding is het zinnig de student mee te laten denken in het bepalen van een standpunt bij controversieel geachte behandelings- en beleidsplannen.'

De eerste keer kwam het thema bij de evaluatie niet al te positief uit de bus, wellicht doordat de toenmalige docent-coördinator en de studenten qua interesse niet op één lijn zaten. Bij de tweede keer diende dus veel aandacht te worden besteed aan de keuze van de onderwerpen.

### NIEUWE OPZET

Besloten werd, de tweede keer zes onderwerpen te behandelen en het zevende blok van twee uren te benutten voor een samenvattend college. De zes onderwerpen werden als volgt gekozen: Aan vier groepen werd een door de coördinator opgestelde lijst met dertig stellingen/con-

troversieële onderwerpen voorgelegd (zie kader); deze vier groepen waren:

1. alle vierdejaars studenten, aanwezig op een populair college;
2. de stafleden van de vakgroep Huisartsgeneeskunde (de thuisbasis van de coördinator);
3. intensief bij het onderwijs betrokken Groningse facultaire docenten; en
4. de twaalf hoogleraren huisartsgeneeskunde in Nederland.

De geënquêteerden werd gevraagd een voorkeur uit te spreken voor zes van de dertig stellingen.

In totaal werden 209 enquêteformulieren verspreid, waarvan er binnen een tijdsbestek van twee weken 145 (= 72%) werden terugontvangen (tabel 1). Per groep werd een voorkeursvolgorde vastgesteld. Merkwaardigerwijs was er tussen de groepen geen consensus. Wat voor de ene groep de hoogste prioriteit betekende, kreeg bij een andere groep een midden- of zelfs lage positie; met andere woorden, het onderwerp 'controversen' blijkt op zich reeds controversieel.

Besloten werd de zes onderwerpen als volgt te kiezen: van elke groep werd de toppeur genomen, aangevuld met de nummers twee en drie van de studenten. Voor alle zes onderwerpen werden telkens twee docenten uitgenodigd vanuit een verschillend gezichtspunt een toelichting te geven. Van de twaalf docenten waren zes afkomstig van buiten de faculteit. In tabel 2 worden de zes onderwerpen vermeld, waarbij – ter illustratie van het controversieële karakter van sommige controversen – is aangegeven welke plaats de onderwerpen innamen in de rangorde van de studenten.

### EVALUATIE ONDERWIJS

Om een gericht oordeel te verkrijgen over de verschillende collegeonderwerpen, werd aan de studenten gevraagd direct na afloop van ieder college een korte enquête in te vullen. Vragen waren:

– Vindt u dat dit onderwerp in het volgende cursusjaar weer in het thema 'Controversen' terug moet komen?

– Wat is uw oordeel over de presentatie van beide docenten?

De resultaten zijn per onderwerp weergegeven in tabel 3.

De eerste drie onderwerpen in de tabel horen klaarblijkelijk meer in de thema-reeks 'controversen' thuis dan de laatste drie. Nu waren de eerste drie onderwerpen ook de eerste keuze van de studenten, een feit dat hun was gerapporteerd. De voorkeur van de studenten bleek dus bestand tegen de realiteit van de colleges. Maar waarom worden de andere onderwerpen minder massaal in die voorkeur opgenomen? Aan de kwaliteit van de presentatie kan het niet liggen: de docenten bij de onderwerpen die de studenten niet hadden gekozen scoorden het hoogst. Spontane opmerkingen van studenten bij de eindevaluatie bieden een mogelijke verklaring. Het blijkt dat er bij de niet door de studenten gekozen onderwerpen veel wordt geklaagd over overlap met stof uit eerdere curriculumonderdelen. Met

Tabel 1. Respons enquête 'Controversen'.

	enquêteformulieren	
	verspreid	respons
vierdejaars studenten .....	104	78 (75%)
facultaire docenten .....	67	52 (78%)
institutenmedewerkers HAG .....	26	14 (54%)
hoogleraren HAG .....	12	11
totaal .....	209	145 (72%)

HAG = vakgroep Huisartsgeneeskunde.

Tabel 2. De voorkeuren van de studenten voor de zes gekozen onderwerpen.

	voorkeur studenten
transplantatiegeneeskunde .....	1
homeopathie .....	2
dwangbehandeling/-medicatie .....	3
insturen of thuishouden (nr. 1 stafleden Huisartsgeneeskunde) .....	10
protocollaire geneeskunde (nr. 1 facultaire docenten) .....	14
epidemiologische verschillen eerste/tweede lijn (nr. 1 hoogleraren huisartsgeneeskunde) .....	30 (!)

Tabel 3. Enquêteresultaten thema 'Controversen'.

	aantal college-bezoekers	aantal ingevulde enquêtes	thema moet volgend jaar terugkomen	gemiddeld oordeel over beide docenten (1 = slecht; 4 = goed)
transplantatiegeneeskunde .....	101	90	94%	3,5
homeopathie .....	93	87	89%	2,7
dwangbehandeling/-medicatie .....	103	83	93%	2,8
insturen of thuishouden .....	91	87	65%	3,2
protocollaire geneeskunde .....	87	79	69%	3,1
epidemiologische verschillen tussen eerste en tweede lijn .....	101	86	46%	3,0

## Vragenlijst

Stellingen/Controversiële onderwerpen ten behoeve van het vierdejaars thema 'Controversen'

Omcirkel de nummers van de zes stellingen/onderwerpen die naar uw mening moeten worden behandeld in het themaonderwijs 'Controversen' voor vierdejaars medisch studenten.

- Arts en patiëntenvereniging: duel of duet?
- Het Bureau Vertrouwensarts: indringer of welkome aanvulling?
- Kankerbehandeling: maatwerk of confectie?
- De waarde van homeopathische behandelingswijze: twijfel of zekerheid?
- Vergrijzing, ziekenhuis, verpleeghuis: een vanzelfsprekend trias?
- Transplantatiegeneeskunde: grenzen aan zorg?
- Insturen of thuishouden: een dilemma bij de oudere patiënt.
- Dwangbehandeling en dwangmedicatie: soms of nooit?
- Rechtspraak voor de arts, rechtspraak voor de patiënt: twee verschillende zaken?
- Pijnbestrijding, van zelfhulp tot hulp in het terminale stadium.
- Moehaid: verschil in benadering van huisarts en internist.
- Chronische decompensatio cordis: inotropica of vasodilatantia?
- Eerste en tweede echelon in de gezondheidszorg: scheidslijn of in elkaars verlengde?
- Vrouw en man, een paar apart in de gezondheidszorg?
- Diagnostiek van het coronairlijden: minimum, maximum, optimum.
- 'Normale' hypertensie: onderzoek tot hoever?
- Diabetesbehandeling: een zaak van patiënt, huisarts of specialist?
- Mogelijkheden en grenzen van gezondheidsvoorlichting en opvoeding in Nederland.
- Epidemiologische verschillen in de eerste en tweede lijn: schijn of werkelijkheid?
- Recidiverend ulcuslijden: chirurgische of medicamenteuze behandeling?
- Protocollaire geneeskunde: dictatuur of verantwoord kiezen?
- De verwarde bejaarde patiënt; overwegingen met betrekking tot een goed beleid.
- Samenwerking binnen de eerste lijn: feit of fictie?
- Receptvrijheid: keuze uit weinig of veel?
- Preventie, in alle opzichten een must?
- De obductie, zin en onzin.
- Is screening op cervixcarcinoom zinvol?
- Arbeidsongeschiktheidsverklaring: consensus en wrijving.
- Voor elke klacht is een medicijn; grenzen aan farmacotherapeutisch handelen.
- Andermans oordeel (second opinion): te veel van het goede?

## Bronnen:

- inhoudsopgave 1986 Nederland Tijdschrift voor Geneeskunde, Medisch Contact, en Huisarts en Wetenschap;
- inhoudsopgaven 1982-1987 'Het Medisch Jaar';
- controversen cursusjaar 1986-1987.

andere woorden: de studenten hebben niets nieuws gehoord. Wanneer – in het voorbeeld van dit onderwijsthema – de hoogleraren huisartsgeneeskunde het onderwerp 'Epidemiologische verschillen tussen eerste en tweede lijn: schijn of werkelijk?' als hun eerste te behandelen onderwerp opgeven, dan behoeven zij bij die keuze geen rekening te houden met

het feit dat de epidemiologen dit onderwerp ook wel eens belangrijk zouden kunnen vinden en het dus al in hun onderwijs hebben behandeld. In tegenstelling tot het overgrote deel van de docenten hebben studenten een uitstekend overzicht over de inhoud van het totale curriculum. Juist dit maakt hen bij uitstek geschikt om, met name bij nieuw onderwijs, zoals het thema 'Controversen in de geneeskunde', gesprekspartner te zijn over de te kiezen onderwerpen. □

Dit artikel werd geschreven door:

R. J. Hiemstra, arts, Bureau Onderwijs Ontwikkeling Geneeskunde (BOOG), Faculteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen;

Drs. J. Cohen Schotanus, onderwijskundige, BOOG;

Dr. G. H. Hoekstra, huisarts, universitair hoofddocent vakgroep Huisartsgeneeskunde; en

Dr. W. Bender, onderwijskundige, BOOG.

## Uitspraak Gerechtshof Amsterdam

# Ondermaatse praktijkvoering en ouderdomsgebreken maken zenuwarts blijvend ongeschikt voor uitoefening geneeskunst

Beslissing van het Gerechtshof te Amsterdam van 17 november 1988 in de zaak onder rekestnummer 441/88 van Dr. X, geboren op 23 december 1899, zenuwarts, wonende te Amsterdam, appelland, tegen de geneeskundig inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid voor Noord-Holland, kantoor houdende te Haarlem, geïntimeerde.

### VOORGESCHIEDENIS EN FEITEN

Appellant noch de inspecteur heeft bezwaar gemaakt tegen de weergave van de voorgeschiedenis van de klacht zoals deze is opgenomen in de beslissing waarvan beroep. Het hof neemt daarvan het volgende over:

Appellant is van 20 februari 1987 tot 20 april 1987 geschorst geweest ingevolge de beslissing van het hof van 9 juni 1986, nadat het daartegen door hem ingestelde cassatieberoep door de Hoge Raad op 20 februari 1987 was verworpen. Dit betrof een door de geneeskundig hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid tegen appellant ingediende klacht, in eerste instantie behandeld door het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam onder nummer 8437.

De door het hof gegrond bevonden klacht hield in, dat appellant:

- door zijn wijze van praktijkvoering het intercollegiale werken ten aanzien van aan drugs (met name heroïne) verslaafde patiënten doorkruist, hetgeen kan leiden tot doorbreking of verstoring van bestaande hulpverleningsrelaties of tot dubbelverstrekkingen, doordat hij geen inlichtingen vraagt en geeft aan de huisarts, de behandelend arts en/of andere hulpverleningsinstellingen;
- niet de gebruikelijke regel in acht neemt, dat verslaafden die methadon krijgen regelmatig worden gezien;
- bij verslaafden geen of althans onvoldoende lichamelijk onderzoek verricht.

Het hof heeft zijn beslissing gebaseerd op een aantal in de beslissing opgesomde eisen waaraan een behandeling van heroïneverslaafden met gebruikmaking van methadon in elk geval moet voldoen bij een wijze van praktijkvoering zoals door appellant wordt voorgestaan en waarbij het doel van de behandeling is ontwenning en resocialisatie. Deze eisen, waaraan appellant naar het oordeel van het hof niet of niet voldoende had voldaan, zijn:

- nauwkeurige dosering van methadon;
- bij de intake: een somatisch onderzoek op huisartsniveau en een onderzoek naar de psychische functies van de patiënt;
- regelmatige controle van de lichamelijke en psychische toestand;
- het in het begin zo mogelijk dagelijks zien van de patiënt;
- het zo mogelijk betrekken van de huisarts of

andere behandelend artsen bij de behandeling. Op grond van de stukken en hetgeen ter rechtzitting van het hof is besproken, zijn voorts de volgende feiten en omstandigheden komen vast te staan:

Op 20 april 1987 is de voormelde schorsingstermijn geëindigd. Appellant heeft op die datum zijn praktijk hervat. Op 23 april en 18 mei 1987 hebben gesprekken plaatsgevonden tussen appellant en de inspecteur omtrent de wijziging welke de praktijkvoering van appellant in verband met de beslissing van het hof diende te ondergaan. Op 1 februari 1988 heeft de inspecteur bij de secretaris van het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam een klacht ingediend tegen appellant, inhoudende:

- dat appellant door de wijze waarop hij zijn praktijk uitoefent sedert de schorsing op 20 april 1987 was geëindigd niet voldoet aan de minimumeisen, neergelegd in de beslissing van het hof van 9 juni 1986, en daardoor zowel het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnt als zich schuldig maakt aan nalatigheid, waardoor ernstige schade ontstaat voor personen, en tevens in de uitoefening van de geneeskunst blijk geeft van grove onkunde; en
- B. dat appellant door ziekte of gebreken als bedoeld in artikel 4 van de Medische Tuchtwet ongeschikt moet worden geacht voor de uitoefening van de geneeskunst.

Het Medisch Tuchtcollege heeft, na een voorlopig onderzoek door de voorzitter, de zaak op 19 april 1988 behandeld en vervolgens, onder gegrondbevinding van onderdeel B van de klacht, de hiervoor onder 1.1 vermelde beslissing gegeven.

Op 19 juli 1988 heeft de Staat der Nederlanden appellant in kort geding gedagvaard voor de president van de rechtbank te Amsterdam en primair – kort samengevat – gevorderd appellant te veroordelen om onmiddellijk na het te wijzen vonnis op straffe van een dwangsom de uitoefening van de geneeskunst te staken en gestaakt te houden, zolang niet onherroepelijk is beslist op het thans bij het hof aanhangige hoger beroep in de onderhavige zaak, zulks op grond dat de praktijkvoering van appellant de volksgezondheid bedreigt.

Bij vonnis van 11 augustus 1988 heeft de president van genoemde rechtbank appellant bevoelen terstond na de uitspraak van dat vonnis bij de behandeling van aan heroïne verslaafde patiënten te voldoen aan de door dit hof in zijn beslissing van 9 juni 1986 geformuleerde eisen, op verbeurte van een dwangsom van f 5.000, — voor iedere overtreding.

Met betrekking tot zijn wijze van praktijk voeren heeft appellant tegenover het hof onder meer verklaard respectievelijk doen verklaren: – dat hij tot het inzicht is gekomen dat heroïneverslaafden lijden aan een ziekte: de heroïne-

ziekte, dat deze ziekte op den duur geneest wanneer de patiënt geen heroïne meer gebruikt en dat het vervangend middel methadon moet dienen, niet om te ontwennen maar om de hevige smart weg te nemen die de genezingsfase van de kwaal meebrengt;

- dat hij vanuit dat inzicht aan zijn patiënten, al naar gelang de door iedere patiënt zelf aangegeven behoefte, methadon heeft verstrekt, zulks tot 22 augustus 1988, op welke datum hij met het voorschrijven van methadon stopte;
- dat hij sedert 20 april 1987 naast twee assistentes ook iemand heeft aangetrokken voor drie middagen per week, die de begeleidende en ondersteunende gesprekken met de patiënten voert;

- dat hij vanaf 10 februari 1988 geen nieuwe patiënten meer heeft aangenomen;

- dat hij na het vonnis van de president in kort geding zich heeft beraden omtrent verbetering van zijn praktijkvoering volgens de eisen van het hof;

- dat hij zijn patiënten toen aan een periodiek lichamelijk onderzoek is gaan onderwerpen, maar dat hij heeft ondervonden dat hij door zijn tanend gezichtsvermogen niet meer in staat is een dergelijk onderzoek met voldoende zorgvuldigheid te verrichten en dat hij voorts binnen enkele dagen heeft moeten onderkennen dat het verrichten van zulke onderzoeken ook overigens niet meer door hem was op te brengen;

- dat hij nog steeds patiënten ontvangt en dat hij uitdrukkelijk wenst medische handelingen te blijven verrichten.

Voorts staat op grond van het door partijen over en weer gestelde en de overgelegde bescheiden nog vast:

- dat appellant in 1987 vele malen recepten voor 150 of meer tabletten van 5 mg heeft afgegeven;
- dat hij in juni 1988 met het oog op zijn vakantie van enkele weken aan zijn patiënten twee of meer eenheden van 500 mg methadon heeft voorgeschreven terwijl hij geen vervanger had, en hij voorts in de periode van 12 tot en met 21 augustus 1988 een zeer groot aantal recepten heeft uitgeschreven, waarvan 223 recepten voor telkens 100 methadontabletten bij Amsterdamse apotheken zijn aangeboden;
- dat hij in 1988 bij de behandeling van een aantal patiënten voor heroïneverslaving geen overleg heeft gevoerd noch enig contact heeft gehad met de (verwijzende) huisartsen van die patiënten.

Met betrekking tot zijn lichamelijke toestand heeft appellant, die in december 89 jaar oud wordt, benadrukt dat zijn gezichtsvermogen helaas sterk is achteruitgegaan en nog steeds verder achteruitgaat, maar dat hij door gebruik te maken van een speciale bril nog wel kan lezen, en dat hij op dit punt wordt geassisteerd

door een 70-jarige dame die, hoewel hardhorend, over een goed gezichtsvermogen beschikt. Het hof heeft voorts waargenomen dat appellant de door hem zelf gedurende de zitting gemaakte aantekeningen met behulp van de toen door hem gedragen bril niet kon ontcijferen en voorts dat appellant zonder steun moeilijk kan staan en dat hij zich slechts zeer moeizaam en pijnlijk met behulp van een looprek kan voortbewegen, terwijl hij zittend een achterovergeleunde houding met omhoog gestrekt en ondersteund linkerbeen moet aannemen.

## BEHANDELING GRIEVEN

De tweede grief faalt, reeds omdat zij gericht is tegen een overweging ten overvloede in de beslissing waarvan beroep. Doch ook al ware dit anders, dan moet de grief nog worden verworpen in voege als na te melden.

Uitgangspunt is, dat de zorgvuldigheidseisen die het hof, na het horen van deskundigen, heeft neergelegd in zijn meergenoemde beslissing van 9 juni 1986, ook thans nog gelding hebben.

Hetgeen appellant omtrent zijn nieuwe inzicht in de 'heroïneziekte' en de behandeling daarvan heeft meegedeeld, geeft geen aanleiding op dit punt opnieuw deskundigen te horen, zoals de raadsman van appellant heeft verzocht.

Het hof constateert dan dat er, na de hervatting door appellant van zijn praktijk in april 1987, geen sprake is geweest van een nauwkeurige dosering van methadon gericht op ontwenning. Evenmin heeft appellant bij zijn patiënten regelmatig een lichamelijk controleonderzoek verricht. Pas nadat appellant op 11 augustus 1988 door de president van de rechtbank in kort geding was veroordeeld om, op verbeurte van een dwangsom, zich aan bedoelde eisen te houden, is appellant begonnen met het verrichten van periodiek lichamelijk onderzoek van zijn patiënten. Tenslotte is ook gebleken dat appellant meermalen de verwijzende huisarts niet bij de behandeling van de betreffende patiënt heeft betrokken.

Appellant heeft, aldus handelende, en mede gelet op de eerder door het hof opgelegde maatregel, op ernstige wijze het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnd. Wat betreft de eerste grief is door appellant aangevoerd dat hij weliswaar lijdt aan ouderdomsgebreken, maar dat hij afdoende maatregelen heeft getroffen en zich van voldoende hulp heeft voorzien om die gebreken naar behoren te ondervangen.

Gelet evenwel op hetgeen appellant zelf omtrent zijn lichamelijke toestand heeft verklaard en hetgeen het hof daaromtrent heeft waargenomen – als hiervoor onder 3.5 en 3.7 weergegeven – kan de conclusie geen andere zijn dan dat appellant, die 88 jaar oud is, wiens visueel waarnemingsvermogen in hoge mate is beperkt en nog steeds verder afneemt en die niet meer zelf in staat is lichamelijk onderzoek bij patiënten te verrichten, door ouderdoms- en lichaamsgebreken ongeschikt moet worden geacht voor de uitoefening van de geneeskunst.

Anders dan appellant meent, kunnen deze ouderdoms- en lichaamsgebreken niet worden ondervangen door het inschakelen van assistenten, reeds daarom niet omdat appellant als gevolg van die gebreken niet meer in staat kan worden geacht een effectieve controle op die assistenten uit te oefenen. De grief moet dus falen.

## OP TE LEGGEN MAATREGEL

Het Medisch Tuchtcollege heeft bij zijn beslissing waarvan beroep aan appellant de bevoegdheid ontzegd om geneeskunst uit te oefenen. Appellant heeft aangevoerd dat een dergelijke maatregel niet meer opportuun is en voor hem onnodig krenkend, nu hij bezig is zijn praktijk neer te leggen en de overdracht van zijn patiënten aan andere geneeskundigen nagenoeg is voltooid.

Het hof is van oordeel dat de door het Medisch Tuchtcollege opgelegde maatregel, ook onder laatstbedoelde door appellant aangevoerde omstandigheden, niet alleen gerechtvaardigd maar ook noodzakelijk is. Nu appellant uitdrukkelijk de wens heeft uitgesproken zijn medisch handelen te continueren, dient te worden uitgesloten dat appellant geneeskunst blijft uitoefenen.

Voor deze beslissing is de door het Medisch Tuchtcollege gebezigde grond (het tweede onderdeel van de klacht betreffend) voldoende zwaarwegend. Hetgeen het hof met betrekking

tot de tweede grief heeft overwogen, doet de noodzaak van de maatregel van ontzegging echter nog eens te meer uitkomen.

## SLOTSOM

Op grond van het hiervoor overwogene moet de beslissing waarvan beroep worden bevestigd.

Met het oog op het algemeen belang zal de bekendmaking van de onderhavige beslissing worden gelast.

## BESLISSING

Het hof:

*bevestigt de beslissing waarvan beroep;*

bepaalt dat deze beslissing op de wijze voorgeschreven bij artikel 13 d van de Medische Tuchtwet zal worden bekend gemaakt door plaatsing in de Nederlandse Staatscourant en op de wijze voorgeschreven in artikel 13 b van de Medische Tuchtwet door toezending, met het verzoek tot plaatsing aan Medisch Contact en het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht.

De beslissing is gegeven door Mr. Ter Haar, als voorzitter, en Mrs. Drion-van Rooijen en Bockwinkel, leden van het hof, en uitgesproken ter openbare terechtzitting op donderdag 17 november 1988 in tegenwoordigheid van R. L. A. M. Janssens, griffier. □

## Uit de Geneeskundige Hoofdinspectie

# Experimenten met geneesmiddelen en informatie van medebehandelaren

*Het komt voor, dat patiënten wordt gevraagd deel te nemen aan een experiment met geneesmiddelen. Men denkt er daarbij niet altijd aan de huisarts en eventuele andere medebehandelaren in te lichten. Een praktijkvoorbeeld illustreert dit:*

*Een patiënt die reeds lang onder controle was in verband met lichte hypertensie, bleek na een ingreep in het ziekenhuis onbekende geneesmiddelen (onder nummer) te hebben meegekregen in het kader van een geneesmiddelen-'trial'. De huisarts was hierover niet geïnformeerd. Dit kwam aan het licht, doordat de patiënt op zijn spreekuur kwam in verband met een merkwaardige allergische reactie, waarvoor in eerste instantie geen oorzaak aanwijsbaar was; uiteindelijk bleek er sprake te zijn van een allergische reactie op het verstrekte placebo-geneesmiddel.*

*Alleen door het informeren van de huisarts en andere medebehandelaren kan dubbelmedicatie worden voorkomen en kunnen interacties en nevenwerkingen worden herkend. Het niet adequaat inlichten van huisarts en/of medebehandelaren moet dan ook als een kunstfout worden beschouwd. In het protocol van een geneesmiddelexperiment met patiënten dient, naast de goedkeuring door een medisch-ethische commissie en de verplichte toestemming van de patiënt ('informed consent'), te worden geregeld hoe de communicatie met huisarts en medebehandelaren zal plaatsvinden. Ook de patiënt moet nadrukkelijk worden gewezen op de noodzaak hen te informeren.*

*M. M. J. van Campen,  
geneeskundig inspecteur  
voor de huisartsgeneeskunde*

## Automatische externe defibrillatoren en acute hartdood

Alleen al in de Verenigde Staten overlijden elk jaar zo'n 400.000 mensen door een plotselinge hartstilstand, de voornaamste doodsoorzaak bij mannen tussen de 20 en de 65 jaar. In verreweg de meeste gevallen is de hartstilstand het gevolg van een plotseling optredende ventriculaire tachycardie die blijft aanhouden of (wat vaker gebeurt) overgaat in kamerebrilleren. Hoewel bij de meeste mensen die overlijden door een plotselinge hartstilstand sprake is van een onderliggende ischemische hartziekte en een dysfunctionerende linkerhartkamer, is een onverwachte hartstilstand meestal een primair elektrisch accident dat geen verband houdt met een vers myocardiinfarct. Kamerebrilleren is, als er onmiddellijk wordt ingegrepen, reversibel en kan in de meeste gevallen door een groot aantal produktieve levensjaren worden gevolgd<sup>1,2</sup>. Een klein deel van de patiënten vertoont een initiële asystolie of elektromechanische dissociatie op het moment van de resuscitatie en heeft slechte overlevingskansen. Men is het er al lang over eens dat de optimale behandeling van ziekenhuispatiënten met een hartstilstand als gevolg van kamerebrilleren bestaat uit onmiddellijke cardiopulmonale resuscitatie (CPR) en een zeer snelle defibrillatie, eventueel gevolgd door aanvullende maatregelen, zoals het toedienen van medicijnen en trachea-intubatie. Het rechtstreekse verband tussen de kans dat de patiënt de hartstilstand zonder neurologische defecten overleeft en de snelheid waarmee de defibrillatie plaatsvindt is een belangrijke reden geweest voor de inrichting van speciale intensive-care-afdelingen in ziekenhuizen. De wetenschap dat men zo snel mogelijk moet defibrilleren om neurologische defecten te voorkomen, heeft tot nu toe echter weinig invloed gehad op de zorg voor patiënten die buiten het

ziekenhuis een hartstilstand krijgen. Defibrillatie buiten het ziekenhuis stuit onder andere op medische bezwaren, omdat er hoog opgeleid personeel nodig is om preciese ritmedia-gnoses te stellen en om de defibrillatie uit te voeren. Daarnaast zijn er juridische problemen rond de aansprakelijkheid van eerstehulpverleners, logistieke en economische problemen rond het defibrilleren van patiënten met een hartstilstand en een ernstig gebrek aan publieke voorlichting over acute hartdood. Uit onderzoeken van een kleine tien jaar geleden is gebleken dat de volgende omstandigheden van groot belang zijn voor de kans dat iemand een hartstilstand buiten het ziekenhuis zonder neurologische defecten overleeft: de aanwezigheid van andere mensen, kamerebrilleren als presenterend ritme, onmiddellijke CPR door omstanders en een snelle toepassing van geavanceerde EHBO-technieken, waaronder met name defibrillatie<sup>3,4</sup>. Latere onderzoeken hebben bevestigd dat het ter plekke defibrilleren door ambulancepersoneel of eerstehulpverleners de allerbelangrijkste interventie is waarmee men de overleving onder patiënten met een hartstilstand kan verbeteren<sup>5,6</sup>. In een onderzoek dat betrekking had op 244 gevallen van hartstilstand in aanwezigheid van anderen bleek het overlevingspercentage elke minuut voordat men overging tot CPR met ongeveer 3% te dalen en vervolgens elke minuut tot aan de eerste defibrillatorschok met ongeveer 4%<sup>7</sup>. Voor die gevallen waarin binnen drie minuten na het intreden van de hartstilstand werd begonnen met CPR en kort daarna werd gedefibrilleerd werd een overleving van 70% geobserveerd. In een onlangs verschenen artikel in The New England Journal of Medicine presenteerden Weaver en medewerkers<sup>8</sup> hun bevindingen bij 1.287 pa-

tiënten met een hartstilstand, van wie 687 patiënten vóór de komst van de ambulance door de brandweer waren geholpen met automatische externe defibrillatoren. De overige 600 patiënten waren ook in eerste instantie geholpen door de brandweer, maar de defibrillatie werd pas uitgevoerd na aankomst van de ambulance. De automatische externe defibrillator werd alleen gebruikt in districten waar de gemiddelde responstijd van de ambulance minstens drie minuten langer was dan die van de plaatselijke brandweer, waardoor die voldoende tijd had om de defibrillatie uit te voeren.

Hoewel een gerandomiseerde gecontroleerde trial normaal gesproken de voorkeur verdient, voorkwam dit interessante onderzoekontwerp de ethische problemen die bij een gerandomiseerd onderzoek zouden zijn ontstaan, gezien het feit dat eerdere onderzoeken wezen op een betere overleving als de defibrillatie werd uitgevoerd door het eerstehulpteam dat het slachtoffer het eerst bereikte. Hoewel we verborgen biasfactoren niet met zekerheid kunnen uitsluiten, waren er behalve in de aankomsttijd van de brandweer en de ambulance geen duidelijke verschillen tussen de twee groepen. Wanneer de brandweer gebruik maakte van de automatische externe defibrillator bleek het overlevingspercentage significant hoger dan wanneer de brandweer in afwachting van de ambulance volstond met de toepassing van standaard EHBO-technieken (respectievelijk 30% en 19%; odds ratio 1,8). Dit grote verschil in overleving was voornamelijk het gevolg van de kortere tijd tussen het intreden van de hartstilstand en de defibrillatie. Aangezien de eerstehulpverlening in Seattle uitstekend is georganiseerd en uiterst doeltreffend functioneert, stelde het onderzoekontwerp de automatische externe defi-

## THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE – THE LANCET – BRITISH MEDICAL JOURNAL

brillator voor een uitermate moeilijke uitdaging en pleiten de resultaten sterk voor defibrillatie door de hulpverleners die het slachtoffer het eerst bereiken.

Automatische externe defibrillatoren werden ontwikkeld aan het einde van de jaren zeventig en de verbeteringen van de afgelopen tien jaar betekenen een belangrijke technologische verbetering. Een volledig automatische defibrillator en verschillende semi-automatische apparaten (die het hart-ritme analyseren maar niet automatisch een schok toedienen) zijn op dit moment beschikbaar voor gebruik buiten het ziekenhuis door minimaal getraind personeel. Met uitzondering van de volledig automatische defibrillator, die werkt met epigastrische en tongelektroden, gebruiken deze apparaten zowel voor elektrocardiografische bewaking als voor defibrillatie één paar precordiale elektroden. Metingen van de statische en dynamische impedantie van de borst leveren informatie op over het elektrodencontact en over ademhaling, polsstroom of thoraxcompressies, waardoor de kans kleiner wordt dat een elektrocardiografische analyse plaatsvindt tijdens perioden van elektrische ruis of wanneer het lichaam in beweging is. De nieuwere apparaten zijn uitgerust met een modern systeem voor digitale gegevensverwerking; wanneer het apparaat kamerfibrilleren constateert of een snelle, polsloze ventriculaire tachycardie, 'adviseert' het de gebruiker de patiënt een schok toe te dienen. De meeste apparaten hebben een elektrische arbeid van 200 J, maar er is minstens één apparaat beschikbaar met een elektrische arbeid van 335 J. De tijd die nodig is om het hartritme te analyseren, het apparaat te laden en, als voldaan wordt aan de criteria voor aritmie, een schok toe te dienen, varieert van 10 tot 30 seconden. Van de systemen die op dit moment worden gebruikt voor de detectie van aritmie is bekend dat ze uiterst gevoelig zijn en specifiek reageren op kamerfibrilleren en snelle ventriculaire

tachycardie<sup>8,9</sup>. In een gerandomiseerde gecontroleerde klinische trial, waarbij werd gekeken naar het gebruik van automatische en standaard externe defibrillatoren door eerste-hulpverleners, werden geen significante verschillen geobserveerd in de identificatie van kamerfibrilleren, het percentage effectieve defibrillaties en het percentage opgenomen of ontslagen patiënten<sup>10</sup>. De twee groepen vertoonden slechts op één punt een significant verschil: met de automatische externe defibrillator kon de defibrillatie bijna een minuut eerder worden uitgevoerd dan met de standaard-defibrillatoren.

De automatische externe defibrillator heeft niet alleen vergelijkbare prestaties en klinische resultaten maar kan, wanneer het apparaat wordt gebruikt door de eerste-hulpverleners die het slachtoffer het eerst bereiken, ook bepaalde voordelen bieden boven standaardapparaten. Omdat de automatische defibrillator betrekkelijk gemakkelijk is te bedienen en een deskundige beoordeling van de aritmie overbodig maakt, kost het veel minder tijd en geld om de benodigde vaardigheden aan te leren en regelmatig te oefenen. Al deze factoren pleiten ervoor dat het apparaat door een groot aantal hulpverlenende instanties in gebruik wordt genomen, waarbij te denken valt aan politie, brandweer, ambulancepersoneel en EHBO-posten in fabrieken, kantoren en openbare plaatsen als luchthavens en stadions. Acute hartdood vormt in de Verenigde Staten puur getalsmatig het grootste volksgezondheidsprobleem. De oplossing van dit probleem is gelegen in de preventie van ischemische hartziekte. Voordat we zover zijn zal deze moderne plaag echter nog miljoenen levens kosten. De extramurale zorg voor patiënten met een hartstilstand vormt een uiterst moeilijke logistieke uitdaging, maar het staat vast dat een snelle defibrillatie van levensbelang kan zijn. Met automatische externe defibrillatoren kunnen defibrillaties veilig en doeltreffend worden uitgevoerd door minimaal getrainde eer-

stehulpverleners. De wijdverbreide toepassing van CPR door omstanders heeft al veel mensen het leven gered. Als eerste-hulpverleners gebruik gaan maken van automatische externe defibrillatoren, zullen er nog veel meer levens worden gered.

Ruskin JN. Automatic external defibrillators and sudden cardiac death. *N Engl J Med* 1988; 319: 713-5.

## Literatuur

1. Cobb LA, Baum RS, Alvarez H III, Schaffer WA. Resuscitation from out-of-hospital ventricular fibrillation: 4 years follow-up. *Circulation* 1975; 52: 223-8.
2. Wilber DJ, Garan H, Finkelstein D, et al. Out-of-hospital cardiac arrest: use of electrophysiologic testing in the prediction of long-term outcome. *N Engl J Med* 1988; 318: 19-24.
3. Cobb LA, Werner JA, Trobaugh GB. Sudden cardiac death: a decade's experience with out-of-hospital resuscitation. *Mod Concepts Cardiovasc Dis* 1980; 49: 31-6.
4. Eisenberg M, Bergner L, Hallstrom A. Paramedic programs and out-of-hospital cardiac arrest: factors associated with successful resuscitation. *Am J Public Health* 1979; 69: 30-8.
5. Weaver WD, Cobb LA, Hallstrom AP, Fahrenbruch C, Copass MK, Ray R. Factors influencing survival after out-of-hospital cardiac arrest. *J Am Coll Cardiol* 1986; 7: 752-7.
6. Eisenberg MS, Copass MK, Hallstrom AP, et al. Treatment of out-of-hospital cardiac arrests with rapid defibrillation by emergency medical technicians. *N Engl J Med* 1980; 302: 1379-83.
7. Weaver WD, Cobb LA, Hallstrom AP, et al. Considerations for improving survival from out-of-hospital cardiac arrest. *Ann Emerg Med* 1986; 15: 1181-6.
8. Weaver DW, Hill D, Fahrenbruch CE, et al. Use of the automatic external defibrillator in the management of out-of-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med* 1988; 319: 661-6.
9. Carlson MD, Freeman CS, Garan H, Ruskin JN. Sensitivity of an automatic external defibrillator for ventricular tachyarrhythmias in patients undergoing electrophysiologic studies. *Am J Cardiol* 1988; 61: 787-90.
10. Cummins RO, Eisenberg MS, Litwin PE, Graves JR, Hearne TR, Hallstrom AP. Automatic external defibrillators used by emergency medical technicians: a controlled clinical trial. *JAMA* 1987; 257: 1605-10.

## Autologe bijniermergtransplantaties bij parkinsonisme in een laat stadium

Bij 19 patiënten met een ernstige vorm van de ziekte van Parkinson zijn de chirurgische procedures gerepliceerd die Madrazo en medewerkers ontwikkelden voor het transplanteren van bijniermerg in het corpus striatum. De patiënten werden na de operatie zes maanden lang gevolgd. De onderzoekers volgden de motorische functie van de patiënten aan de hand van gestandaardiseerde schalen en bepaalden de omvang en de kwaliteit van de 'on'- en 'off'-tijd (de uren van de dag dat de anti-parkinson medicaties effectief respectievelijk ineffectief waren).

De onderzoekers constateerden een significante verbetering in focale gebieden van de motorische functie. Het gemiddelde percentage 'on'-tijd overdag steeg van 47,6% tot 75,0% ( $p=0,012$ ); het gemiddelde percentage 'on'-tijd zonder chorea steeg van 26,6% tot 59,2% ( $p=0,006$ ); gemiddeld genomen nam de ernst van de 'off'-tijd af, zowel gemeten naar de Activities of Daily Living-subschaal van de Unified Parkinson's Disease Scale ( $p=0,002$ ) als naar de Schwab and England Scale ( $p=0,037$ ). In tegenstelling tot de bevinding van Madrazo en medewerkers kon de dosering van de anti-parkinson medicaties echter niet worden verlaagd en was er sprake van een aanzienlijke postoperatieve morbiditeit.

Ondanks enig voorzichtig optimisme concluderen de onderzoekers dat een wijdverspreide toepassing van deze procedure buiten research-centra prematuur is, aangezien de verbetering die werd waargenomen minder groot was dan bij eerder beschreven gevallen.

### Beschouwing

Wij hebben op bepaalde punten verbetering geconstateerd na het

transplanteren van bijniermerg. De hoeveelheid tijd die de patiënten onafhankelijk functionerend ('on') doorbrachten nam toe en de ernst van de afhankelijke ('off') periodes nam af. De patiënten bleven echter parkinsonsymptomen vertonen tijdens de 'off'-periodes en hun motorische respons op de anti-parkinson medicaties bleef fluctueren. Het functioneren tijdens 'on'-periodes gaf geen significante verbetering te zien, hoewel de chorea verminderde. Deze resultaten zijn weliswaar hoopgevend, maar verschillen in kwantitatief opzicht van de bevindingen in het oorspronkelijke artikel van Madrazo cum suis<sup>1</sup>. Wij hebben geen 'geweldige verbetering van de meeste klinische parkinsonsymptomen' gezien. Bovendien traden de verbeteringen bij onze patiënten op terwijl zij stabiele doses kregen van zowel levodopa- als dopamine-agonisten en kon de dosering bij onze patiënten in deze periode niet worden verlaagd, dit in tegenstelling tot de bevindingen van Madrazo en medewerkers.

Ondanks het feit dat de patiënten werden behandeld door teams met een grote ervaring in het behandelen van chronisch parkinsonisme, traden er veel medische complicaties op. Na zes maanden was bij twee patiënten sprake van ernstige en persisterende medische invaliditeit of gedragsgestoordheid. Onze ervaring heeft uitgewezen dat een zeer deskundige team, bestaande uit specialisten op het gebied van bewegingsstoornissen, (neuro)chirurgen, intensive-care-artsen, internisten en psychologen, nodig is om de patiënt in de periode na de operatie doeltreffend te behandelen. Daarom zou het, zelfs als de procedure effectief zou blijken, prematuur zijn de toepassing uit te

breiden tot ziekenhuizen die niet beschikken over een dergelijke multidisciplinaire deskundigheid. Het onderhavige onderzoek is opgezet als een exacte replicatie van de procedure van Madrazo en collega's. Voor het onderzoek selecteerden wij die patiënten van wie wij dachten dat zij er het meest bij zouden zijn gebaat. Alle patiënten leden aan de ziekte van Parkinson, gebruikten op dat moment de optimale dosis medicijnen en reageerden tenminste voor een deel van de dag op dopaminerge preparaten. Wij interpreteerden de karakteristieken van hun 'on'-periode als aanwijzingen dat hun postsynaptische receptoren bleven beschikken over het vermogen om te reageren op dopaminerge stimulatie. Al onze patiënten hadden parkinsonisme in een laat stadium en waren betrokken geweest bij experimentele onderzoeken naar een groot aantal farmacologische therapieën en doseringen. Hoewel wij met Madrazo hebben gesproken en de beschikking kregen over enkele videobanden van zijn patiënten, waren de gepubliceerde beschrijvingen van zijn bevindingen niet gedetailleerd genoeg om uit te maken of bij zijn patiënten, net als die in het onderhavige onderzoek, de beschikbare therapieën maximaal waren benut voordat tot de operatie werd overgegaan. Sommige verschillen tussen onze resultaten en die van Madrazo cum suis kunnen verband houden met deze factor.

Wij hebben onze bevindingen voor dit verslag gecombineerd omdat wij vergelijkbare protocollen hadden ontwikkeld en al vaker hadden samengewerkt bij andere klinische trials. Daar kwam bij dat het in de verschillende centra ging om kleine aantallen patiënten. Om de resultaten gemakkelijker te kunnen



## THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE – THE LANCET – BRITISH MEDICAL JOURNAL

interpreteren, werden de patiënten na regelmatige intervallen geëvalueerd en werkten wij alleen met gestandaardiseerde schalen. Als onderzoeksgroep waren de populaties van de drie centra homogeen en de patiënten vertoonden een vergelijkbaar post-operatief beloop. Op het ogenblik zijn andere onderzoeksteams bezig met onderzoeken naar de veiligheid en doeltreffendheid van de hierboven beschreven chirurgische procedure. Deze teams werden niet bij ons onderzoek betrokken omdat zij een andere operatietechniek gebruikten<sup>3,4</sup> of omdat zij voor de operatie patiënten selecteerden met een lichte vorm van parkinsonisme<sup>5</sup>.

Een voordeel van 'multicenter' klinische onderzoeken is dat deze de mogelijkheid bieden subcategorieën patiënten te identificeren die waarschijnlijk het best reageren op een mogelijke therapie. Ons onderzoek was te klein om een gedetailleerd beeld te kunnen geven van deze aspecten en concentreerde zich in plaats daarvan op de fundamentele vraag naar de veiligheid en doeltreffendheid in het algemeen. Voor wat betreft de veiligheid maakten wij ons vóór de operatie de meeste zorgen om oudere patiënten en patiënten die al lang ziek waren. Er was echter geen significant verschil in leeftijd of duur van de ziekte tussen de twee patiënten die na zes maanden persisterende medische complicaties vertoonden en de overige patiënten. Bovendien konden we geen factoren identificeren die achteraf gezien kenmerkend waren voor de groep patiënten bij wie de verbetering het grootst was.

Ons onderzoek was niet gecontroleerd of geblindeerd. Het is mogelijk dat de waargenomen verbeteringen voor een deel verband houden met placebo-effecten. Aangezien de verbetering selectief was, geleidelijk optrad, aanhield en bij de patiënten van alle drie de centra een vergelijkbaar tijds patroon volgde, is een simpel placebo-effect echter niet erg waarschijnlijk. Een mogelijke verklaring voor de door

ons geconstateerde selectieve verbetering zou kunnen zijn dat de getransplanteerde cellen in de hersenen in leven blijven en dopamine produceren. Deze hypothese biedt niet dadelijk een verklaring voor de bilaterale veranderingen die zijn waargenomen na unilaterale transplantaties. Bovendien heeft men bij sectie op een patiënt die deze operatie elders onderging necrotisch bijnierweefsel gevonden en geen levensvatbare cellen<sup>6</sup>. Het is mogelijk dat de plaats van het transplantaat van cruciaal belang is. Terwijl het bijnierweefsel bij eerdere, niet geslaagde experimenten met deze transplantatie diep in de caudatus werd ingebracht<sup>7</sup>, werd het transplantaat bij de operaties van Madrazo en medewerkers aangebracht op het oppervlak van de ventriculus lateralis<sup>1,2</sup>. Uit dierproeven is gebleken dat het niet-aanslaan of afsterven van een transplantaat alles te maken heeft met de gekozen plaats en de gevolgde operatietechniek<sup>8,9</sup>. Een andere hypothese die is voortgekomen uit observaties bij dieren stelt dat het opnieuw uitlopen van neurieten na de transplantatie te maken heeft met de overdracht of de afscheiding van trofische groeifactoren<sup>10</sup>. Als deze factoren door het hele ventriculaire systeem circuleren, kan een unilaterale operatie bilaterale veranderingen tot gevolg hebben. Hoewel deze groeifactoren nog niet zijn geïdentificeerd bij patiënten die een transplantatie hebben ondergaan, zou de vorming van nieuwe uitlopers kunnen leiden tot het ontstaan van een groter aantal dopamine-terminals en bijgevolg tot een grotere dopamine-opslag. Deze hypothese zou een verklaring kunnen bieden voor de klinisch waargenomen toename van de hoeveelheid 'on'-tijd bij onze patiënten.

Ons onderzoeksprotocol is zodanig van opzet dat de postoperatieve observatie kan worden voortgezet. De resultaten na zes maanden rechtvaardigen een voorzichtig optimisme. Aangezien de respons zich manifesteert als een geleidelijke verbetering die een groot aantal maanden in be-

slag neemt, zijn de resultaten na één en na twee jaar van groot belang om uitspraken te kunnen doen over de rol van bijniermergtransplantaties bij de ziekte van Parkinson.

Goetz CG, Olanow CW, Koller WC, Penn RD, Cahill D, Morantz R, Stebbins G, Tanner CM, Klawans HL, Shannon KM, Comella CL, Witt T, Cox C, Waxman M, Gauger L. Multicenter study of autologous adrenal medullary transplantation to the corpus striatum in patients with advanced Parkinson's disease. *N Engl J Med* 1989; 320: 337-41.

## Literatuur

1. Madrazo I, Drucker-Colin R, Diaz V, et al. Open microsurgical autograft of adrenal medulla to the right caudate nucleus in two patients with intractable Parkinson's disease. *N Engl J Med* 1987; 316: 831-4.
2. Madrazo I, Drucker-Colin R, León V, Torres C. Adrenal medulla transplanted to caudate nucleus for treatment of Parkinson's disease: report of 10 cases. *Surg Forum* 1987; 38: 510-2.
3. Burns RS, Allen GS, Tulipan NB. Adrenal medullary transplants to caudate nucleus in Parkinson's disease. *Neurology* 1988; 38: Suppl 1:143. abstract.
4. Lieberman AN, Ransohoff J, Koslow M. Adrenal medullary to caudate nucleus transplant as an effective treatment for advanced Parkinson's disease. *Neurology* 1988; 38: Suppl 1:142. abstract.
5. Watts RL, Bakay RAE, Iuvone PM, Watts N, Graham S. Autologous adrenal-caudate transplantation in patients with Parkinson's disease (PD). *Neurology* 1988; 38: Suppl 1:143. abstract.
6. Peterson DI, Price ML, Small CS. Autopsy findings in a patient that had an adrenal-to-brain transplant for Parkinson's disease. *Neurology* 1988; 38: Suppl 1:144. abstract.
7. Backlund E-O, Granberg P-O, Hamberger B, et al. Transplantation of adrenal medullary tissue to striatum in parkinsonism. *J Neurosurg* 1985; 62: 169-73.
8. Hansen JT, Kordower JH, Fiandaca MS, Jiao S-S, Nottter MFD, Gash DM. Adrenal medullary autographs in the basal ganglia of Cebus monkeys: graft viability and fine structure. *Exp Neurol* 1988; 102: 65-75.
9. Freed WJ. Adrenal medulla grafts in animals. *Science* 1988; 221-41.
10. Bohn MC, Cupit L, Marciano F, Gash DM. Adrenal medulla grafts enhance recovery of striatal dopaminergic fibers. *Science* 1987; 237: 913-6.

## Het 41ste KNMG-Ledencongres – 6 en 7 oktober 1989 te Bussum

Met medewerking van de Biologische Raad van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen  
6 en 7 oktober 1989 in 't Spant te Bussum.

### Programma

#### vrijdag 6 oktober 1989

##### Tijd

14.30 uur	Inschrijving
16.00 uur	Opening en inleiding door de voorzitter van de congrescommissie, Prof. Dr. P. Visser
16.15 uur	Jaarrede voorzitter van de KNMG, W. H. Cense, huisarts
16.50 uur	De geneeskunde gebiologeerd, Prof. Dr. J. Joosse

##### Tijd

17.45 uur	Receptie in 't Spant
19.00 uur	Buffet in 't Spant
21.00 uur	Culturele avond in 't Spant

Tijdens de congresdagen is er in de Blauwe Zaal van 't Spant een expositie van Pincet en Penseel

### Wetenschappelijk programma in 't Spant

#### zaterdagmorgen 7 oktober 1989

Tijd    Duur in  
         mi-  
         nuten

Duur in  
         mi-  
         nuten

8.30	60	Inschrijving
9.30		<u>Sessie 1 – Klinische immunologie 1989:</u> <i>'Nieuwe hoop voor oude problemen'</i>
15		Inleiding door de voorzitter, Prof. Dr. J. J. van Rood, Leiden
30		Vaccinatie tegen reuma of diabetes mellitus; droom of werkelijkheid? Dr. R. P. A. de Vries, Leiden
30		De plaats van antilichamen in de bestrijding van auto- immuunziekten Dr. A. Brand, Leiden
10.45		
11.15	30	Moderne immunotherapeutische mogelijkheden bij de kankerbestrijding Dr. C. J. M. Melief, Amsterdam
	30	Curatieve chirurgie op het niveau van de cel; een nieuwe ontwikkeling in de beenmergtransplantatie Prof. Dr. D. W. van Bekkum, Rijswijk
		Afsluiting

12.30

##### Sessie 2 – Hoe giftig is giftig?

15	Inleiding door de voorzitter, Prof. Dr. H. van Genderen, Bilthoven
30	Toxicologische risico's in relatie tot voeding en leefgewoonten Prof. Dr. J. H. Koeman, Wageningen
30	Toxische effecten van geneesmiddelen in de reageerbuis. Prof. Dr. G. J. Mulder, Leiden

##### Koffie

30	Primaire preventie van aangeboren afwijkingen Prof. Dr. P. W. J. Peters, Bilthoven
30	Van toxicologie naar ecotoxicologie; een nieuwe dimensie Prof. Dr. E. N. G. Joosse-van Damme, Amsterdam

##### Afsluiting

##### Lunch

## Vervolg wetenschappelijk programma

### zaterdagmiddag 7 oktober 1989

<i>Tijd</i>	<i>Duur in mi- nuten</i>		<i>Duur in mi- nuten</i>	
8.30	60	Inschrijving		
14.00		<i>Sessie 3 – Psyche en immuunsysteem</i>		<i>Sessie 4 – Nieuwe wegen van gen tot mens</i>
	10	Inleiding door de voorzitter, Prof. Dr. R. E. Ballieux, Utrecht	10	Inleiding door de voorzitter, Prof. Dr. M. F. Niermeijer, Rotterdam
	30	Psyche en immuunsysteem. Prof. Dr. R. E. Ballieux, Utrecht	30	Vandaag meer weten, morgen meer zorgen? Prof. Dr. M. F. Niermeijer, Rotterdam
	30	Psychosomatiek en het bio-psycho-sociaal ziektemodel Dr. P. Eikelenboom, Amsterdam	30	Prenatale diagnostiek, mogelijkheden en keuzen Dr. E. S. Sachs, Rotterdam
15.10				<i>Thee</i>
15.40	30	Etho-fysiologische aspecten van psycho-immuno- modulatie Prof. Dr. B. Bohus, Haren	30	Gentherapie en genetische manipulatie: realiteit of fictie? Drs. V. van Beusechem, Rijswijk ZH
	30	Psycho-neuro-immunologisch onderzoek: gevolgen voor het behandelbeleid Prof. Dr. W. van Tilburg, Amsterdam	30	Moleculaire biologie en biotechnologie: de genen spreken. Prof. Ir. E. H. Houwink, Oss
		Afsluiting		Afsluiting
17.15 uur		Presentatie KNMG-congres 1990		
17.30 uur		Sluiting		

**zaterdagavond 7 oktober 1989** 19.00-24.00 uur Gala-avond in hotel/restaurant Jan Tabak te Bussum

## Partner- en kinderprogramma – zaterdag 7 oktober 1989

### *Partnerprogramma I: 'Arts partner en publiciteit'*

Plaats: Comenius College te Hilversum

9.30 uur: Ontvangst met koffie

10.00 uur: Opening door de secretaris-generaal van de KNMG

10.15 uur: 'Het belang van publiciteit'

In vier korte indringende presentaties krijgt u inzicht in het belang van reclame, public relations, publiciteit, marketing en ondernemerschap voor de bestaande en toekomstige artspraktijk.

Achtereenvolgens worden deze thema's gepresenteerd door:

G. J. Eikmans, directeur EMP Kommunikatie BV, extern pr-adviseur KNMG

mw. drs. M. Blom, (socioloog en andragoog) adviseur EMP Kommunikatie BV, docent Stichting Reclame- en Marketingonderwijs

drs. J. G. Blom, adjunct-directeur EMP Organisatie-Advies BV,

arbeids- en organisatiepsycholoog

mw. S. F. van den Broek, adviseur EMP Kommunikatie BV,

reclame- en marketingdeskundige

11.00 uur: Koffiepauze

11.30 uur: Voortzetting van het ochtendprogramma

12.30 uur: Lunch

14.00-14.45 uur: Workshops in parallelsessies

reclame, public relations, marketing en ondernemerschap

14.45-15.15 uur: Theepauze

15.15-16.00 uur: Voortzetting van de workshops

16.00 uur: Sluiting en uitreiking van de certificaten

### *Partnerprogramma II: (dagprogramma)*

Excursie Vecht-Slot Zuylen; het betreft een boot/touringcar-excursie.

*Kinderprogramma:* Na aankomst in het Comenius College lopen de kinderen door het bos naar het bezoekerscentrum 'Corversbos' te Hilversum. In 'Corversbos' wordt er voor de kinderen een video-natuurfilm gedraaid. In aansluiting hierop worden door de beheerders van het centrum speciale activiteiten voor de kinderen georganiseerd.

Bij mooi weer: puzzeltocht in het bos, met opdrachten; lunch in het Comenius College

Bij slecht weer: knutselen, buttons maken, uileballen onderzoeken, etc.; lunch in het Comenius College

's Middags zal in het Comenius College, gelijktijdig met het partnerprogramma, een gezellig kinderprogramma met een goochelaar, poppentheater e.d. worden georganiseerd.

## Inschrijfformulier

41ste KNMG-Ledencongres Bussum

Lees eerst de toelichting!

### Deelnemer

lid KNMG ja/neen, aspirant-lid KNMG ja/neen, bioloog ja/neen

afdeling ..... specialisme .....

naam ..... man/vrouw/titel + voorl. ....

adres .....

postcode/woonplaats .....

telefoonnummer .....

### Partner

lid KNMG ja/neen, aspirant-lid KNMG ja/neen, bioloog ja/neen

afdeling ..... specialisme .....

naam ..... man/vrouw/titel + voorl. ....

adres .....

postcode/woonplaats .....

telefoonnummer .....

### Overnachting, van vrijdag 6 op zaterdag 7 oktober

Logeergelegenheid bij collega gewenst ☐ ja ☐ neen

☐ deelnemer ☐ partner

Logeert in één der aangegeven hotels ☐ ja ☐ neen

☐ deelnemer ☐ partner

Ondergetekende verklaart op de hoogte te zijn van de reserveringsvoorwaarden als vermeld in het begeleidende programma met toelichting. Tevens verklaart ondergetekende het verschuldigde bedrag van f ..... te hebben overgemaakt op bankrekeningnummer 66.68.10.664 (giro 60.000 N.M.B. Gouda) t.n.v. Congresbureau De Bruin, onder vermelding van KNMG 1989 en uw naam.

Plaats: ..... datum: .....

Handtekening: .....

Dit formulier opsturen naar:

Congres-secretariaat KNMG, p/a Congresbureau De Bruin, antwoordnummer 19216, 2810 WN Schoonhoven

### Algemeen inschrijfgeld

☐ deelnemer ☐ partner ..... × f 30 f .....

### Wetenschappelijk programma in 't Spant

☐ deelnemer KNMG-lid/bioloog ..... × f 65 f .....

☐ deelnemer niet-KNMG-lid ..... × f 90 f .....

☐ deelnemer aspirant-lid KNMG ..... × f 25 f .....

### Deelnemende partner

☐ partner van KNMG-lid ..... × f 65 f .....

☐ partner van niet-KNMG-lid ..... × f 90 f .....

☐ partner van aspirant-lid KNMG ..... × f 25 f .....

Voorkeur parallelsessie zaterdag (zie programma)

### deelnemer

☐ sessie 1, ☐ sessie 2, ☐ sessie 3, ☐ sessie 4

### partner

☐ sessie 1, ☐ sessie 2, ☐ sessie 3, ☐ sessie 4

### Culturele avond 't Spant, vrijdag 6 oktober

☐ deelnemer ☐ partner ..... × f 40,00 f .....

### Feestavond Jan Tabak, zaterdag 7 oktober

☐ deelnemer ☐ partner ..... × f 69,50 f .....

Tijdens de feestavond in Jan Tabak wordt avondkleding op prijs gesteld.

### Partnerprogramma, zaterdag 7 oktober

### Wetenschappelijk partnerprogramma

'Arts, partner en publiciteit

in het Comenius College te Hilversum

☐ deelnemer ☐ partner ..... × f 65 f .....

Gaat met eigen vervoer naar Hilversum ja/neen

### Excursie Slot Zuylen

☐ deelnemer ☐ partner ..... × f 65 f .....

### Kinderprogramma, zaterdag 7 oktober

(maximaal drie kinderen in de leeftijd van

6 tot 12 jaar, per congresdeelnemer)

Aantal deelnemende kinderen ..... × f 25 f .....

leeftijd kind 1 ..... jaar, ☐ meisje ☐ jongen

leeftijd kind 2 ..... jaar, ☐ meisje ☐ jongen

leeftijd kind 3 ..... jaar, ☐ meisje ☐ jongen

f .....

Extra administratiekosten (bij betaling na 31 aug.) f 25,-

Totaal over te maken bedrag ..... f .....

Indien u vóór 31 augustus 1989 betaalt bent u de extra administratiekosten niet verschuldigd.

Duplicaat voor eigen administratie zie bladzijde 899

Toelichting zie bladzijde 900



**Inschrijfformulier  
(z.o.z.)  
opsturen naar:**

**Congressecretariaat KNMG**

**p/a Congresbureau De Bruin  
antwoordnummer 19216  
2810 WN Schoonhoven**



# DE GENEESKUNDE GEBIOLOGEERD KNMG CONGRES 1989



## Inschrijfformulier

41ste KNMG-Ledencongres Bussum

*Lees eerst de toelichting!*

### Deelnemer

lid KNMG ja/nee, aspirant-lid KNMG ja/nee, bioloog ja/nee

afdeling ..... specialisme .....

naam ..... man/vrouw/titel + voorl. ....

adres .....

postcode/woonplaats .....

telefoonnummer .....

### Partner

lid KNMG ja/nee, aspirant-lid KNMG ja/nee, bioloog ja/nee

afdeling ..... specialisme .....

naam ..... man/vrouw/titel + voorl. ....

adres .....

postcode/woonplaats .....

telefoonnummer .....

### Overnachting, van vrijdag 6 op zaterdag 7 oktober

Logeergelegenheid bij collega gewenst ☐ ja ☐ nee

☐ deelnemer ☐ partner

Logeert in één der aangegeven hotels ☐ ja ☐ nee

☐ deelnemer ☐ partner

Ondergetekende verklaart op de hoogte te zijn van de reserve-  
ringsvoorwaarden als vermeld in het begeleidende programma  
met toelichting. Tevens verklaart ondergetekende het verschul-  
digde bedrag van f ..... te hebben overgemaakt op bankre-  
keningnummer 66.68.10.664 (giro 60.000 N.M.B. Gouda) t.n.v.  
Congresbureau De Bruin, onder vermelding van KNMG 1989 en  
uw naam.

Plaats: ..... datum: .....

Handtekening: .....

Dit formulier opsturen naar:

Congres-secretariaat KNMG, p/a Congresbureau De Bruin,  
antwoordnummer 19216, 2810 WN Schoonhoven

### Algemeen inschrijfgeld

☐ deelnemer ☐ partner ..... x f 30 f .....

### Wetenschappelijk programma in 't Spant

☐ deelnemer KNMG-lid/bioloog ..... x f 65 f .....

☐ deelnemer niet-KNMG-lid ..... x f 90 f .....

☐ deelnemer aspirant-lid KNMG ..... x f 25 f .....

### Deelnemende partner

☐ partner van KNMG-lid ..... x f 65 f .....

☐ partner van niet-KNMG-lid ..... x f 90 f .....

☐ partner van aspirant-lid KNMG ..... x f 25 f .....

Voorkeur parallelsessie zaterdag (zie programma)

### deelnemer

☐ sessie 1, ☐ sessie 2, ☐ sessie 3, ☐ sessie 4

### partner

☐ sessie 1, ☐ sessie 2, ☐ sessie 3, ☐ sessie 4

### Culturele avond 't Spant, vrijdag 6 oktober

☐ deelnemer ☐ partner ..... x f 40,00 f .....

### Feestavond Jan Tabak, zaterdag 7 oktober

☐ deelnemer ☐ partner ..... x f 69,50 f .....

Tijdens de feestavond in Jan Tabak wordt avondkleding op prijs  
gesteld.

### Partnerprogramma, zaterdag 7 oktober

### Wetenschappelijk partnerprogramma

'Arts, partner en publiciteit

in het Comenius College te Hilversum

☐ deelnemer ☐ partner ..... x f 65 f .....

Gaat met eigen vervoer naar Hilversum ja/nee

### Excursie Slot Zuilen

☐ deelnemer ☐ partner ..... x f 65 f .....

### Kinderprogramma, zaterdag 7 oktober

(maximaal drie kinderen in de leeftijd van  
6 tot 12 jaar, per congresdeelnemer)

Aantal deelnemende kinderen ..... x f 25 f .....

leeftijd kind 1 ..... jaar, ☐ meisje ☐ jongen

leeftijd kind 2 ..... jaar, ☐ meisje ☐ jongen

leeftijd kind 3 ..... jaar, ☐ meisje ☐ jongen

f .....

Extra administratiekosten (bij betaling na 31 aug.) f 25,-

Totaal over te maken bedrag ..... f .....

Indien u vóór 31 augustus 1989 betaalt bent u de extra administra-  
tiekosten niet verschuldigd.

## Toelichting inschrijfformulier

Lees de toelichting eerst geheel door alvorens het formulier in te vullen. Het duplicaat kunt u behouden voor uw eigen administratie.

Het 41ste KNMG-Ledencongres wordt gehouden in 't Spant te Bussum.

Adres: Dr. A. Kuyperlaan 3

Datum: vrijdag 6 en zaterdag 7 oktober 1989

Thema: 'De geneeskunde gebiologeerd'

Stuur het inschrijfformulier, uiterlijk 31 augustus, toe aan:

Congressecretariaat KNMG, p/a Congresburo De Bruin,  
antwoordnummer 19216, 2810 WN Schoonhoven

Telefoon tijdens kantooruren 01823-6763

Bij inschrijving en betaling na 31 augustus wordt f 25,— extra administratiekosten aan u in rekening gebracht. Tijdens de congresdagen bent u bereikbaar onder telefoonnummer 02159-33254, 't Spant in Bussum.

### Inschrijfgeld

Zowel deelnemers als partners betalen het inschrijfgeld van f 30,— per persoon.

### Wetenschappelijk programma, zaterdag 7 oktober

Dit programma vindt plaats in 't Spant te Bussum.

Deelname aan dit programma, inclusief lunch en koffiepauzes:

— KNMG-leden en biologen f 65,— per persoon

— niet-KNMG-leden f 90,— per persoon

— aspirant-KNMG-leden f 25,— per persoon

Voorkeur parallelsessie voor deelnemer en partner a.u.b. apart aangeven.

### Culturele avond, vrijdag 6 oktober

De culturele avond vindt plaats in 't Spant te Bussum. Prijs f 40,— per persoon, inclusief 'lopend' buffet. De toegang is beperkt tot de eerste 300 personen die zich aanmelden.

### Feestavond, zaterdag 7 oktober

De feestavond vindt plaats in hotel Jan Tabak te Bussum.

Het dragen van avondkleding wordt op prijs gesteld.

Prijs f 69,50 per persoon, inclusief buffet.

### Partnerprogramma, zaterdag 7 oktober

Er zal een wetenschappelijk partnerprogramma gehouden worden in het Comenius College te Hilversum. Het thema is: Arts, partner en publiciteit, een overzicht van het programma is bijgesloten. Inclusief lunch en vervoer kost deelname aan dit dagprogramma f 65,— per persoon.

Excursie Vecht — Slot Zuylen. Het betreft een boot/touringcar excursie. Deelname aan dit dagprogramma, inclusief lunch, kost f 65,— per persoon.

## DE GENEESKUNDE GEBIOLOGEERD KNMG CONGRES 1989



### Kinderprogramma, zaterdag 7 oktober

Per touringcar worden de kinderen vanaf 't Spant naar het Comenius College in Hilversum gebracht. Vanaf het Comenius College lopen de kinderen door het bos naar het bezoekerscentrum 'Corversbos' waar o.a. de volgende activiteiten op het programma staan: videofilm over de natuur, leerzame speurtocht door het bos, binnenactiviteiten bij slecht weer.

Voor uitvoeriger informatie verwijzen wij u naar het bijgesloten overzicht partner- en kinderprogramma.

Kosten f 25,— per kind.

Er kunnen per deelnemer maximaal drie kinderen in de leeftijd van 6 tot 12 jaar ingeschreven worden.

### Logeergelegenheid bij collega

Indien uw voorkeur hiernaar uitgaat a.u.b. het betreffende hokje aankruisen, u ontvangt dan tijdig nader bericht. Kinderen zijn van logeren bij een collega uitgesloten.

Hotelaccommodatie wordt niet verzorgd door het congres-secretariaat. U kunt zelf telefonisch reserveren bij de hierna genoemde hotels:

### De Prom\*\*\* Baarn, tel. 02154-12913

1-pers.k. f 75,— log./ontbijt — 2-pers.k. f 99,— log./ontbijt

### Jan Tabak\*\*\*\*, Bussum, tel. 02159-59911

1-pers.k. f 147,50 log./ontbijt — 2-pers.k. f 195,— log./ontbijt

### Hilfertsom\*\*\*, Hilversum, tel. 035-232444

1-pers.k. f 90,— log./ontbijt — 2-pers.k. f 130,— log./ontbijt

### Hof van Holland\*\*\*\*, Hilversum, tel. 035-46141

1-pers.k. f 135,— log./ontbijt — 2-pers.k. f 150,— log./ontbijt

### Lapershoek\*\*\*\*, Hilversum, tel. 035-231341

1- en 2 pers.k. v.a. f 155,— log./ontbijt

### De Witte Bergen\*\*\*, Eemnes (Laren), tel. 02153-86754

1-pers.k. f 83,50 log./ontbijt — 2-pers.k. f 97,— log./ontbijt

### Loosdrecht\*\*\*, Oud Loosdrecht, tel. 02158-4904

1-pers.k. f 85,— log./ontbijt — 2-pers.k. f 190,— log./ontbijt

Na ontvangst van het totaal verschuldigde bedrag op bankrekeningnummer 66.68.10.664 van Congresbureau De Bruin wordt u een inschrijving definitief. Na ontvangst van uw betaling wordt u een bevestiging gestuurd. Bij betaling na 31 augustus wordt f 25,— extra administratiekosten aan u in rekening gebracht.

Annulering is alleen schriftelijk mogelijk. Bij annulering tot 31 augustus bent u alleen het inschrijfgeld verschuldigd. Bij annulering na 31 augustus zal, ongeacht de reden van afzegging, geen restitutie plaatsvinden.





