

# Medisch Contact

WEEKBLAD VAN DE KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

## IN DIT NUMMER:



Bij de voorplaat:  
Ingekleurde scanning elektronenmicroscopie van menselijke spermatozoa. Iedere spermacel meet ongeveer 65 micrometer. Drie milliliter sperma bevat 200-300 miljoen zaadcellen.  
Bron: Science Pictures Limited/Science Photo Library



Het millenniumprobleem in de zorg

Interview met mr. J.J.R. Bakker, voorzitter Centraal Tuchtcollege

voor de Gezondheidszorg - BEN V.M. CRUL 10

KNMG-federatiestructuur een feit - ROEL OTTEN 13

Het millenniumprobleem in de zorg - SABINE E. WILDEVUUR 14



mr. J.J.R. Bakker

Oratie prof. dr. B.E. de Pauw 16

Herbals of ecodrugs - JAN M. KEPPEL HESSELINK 20

Burnout in de oncologie - P.M. LE BLANC, W.B. SCHAUFELI en N.C.A. VAN HEESCH 24

Zorgcoördinatie van lastige patiënten - A.R.M. DE RUITER en J.W. BLOEMERS 28

Arts en farmaceutische industrie: een onafscheidelijk duo?

W.M.N.J. BUIS, M.M.J. SCHUURMANS en A.J.M. LOONEN 32

## RUBRIEKEN

Contactwijzer	2
Hoofdredactioneel <i>Nieuwe bladformule</i>	3
MediSein	4
Brieven	6
Graadmeter <i>Nood of deugd?</i>	19
Ziektebeelden <i>Zwangerschapsgehalte</i>	23
Boeken <i>Psychologie van onbegrepen chronische pijn</i>	27
Veldwerk <i>De dag des oordeels</i>	30
Over de grens <i>Tropenarts in Zambia</i>	31
Arts en recht <i>Op het verkeerde been gezet?</i>	35
Agenda	38
Voorzitterscolumn LVSG <i>Geen geld, geen Zwitsers</i>	39
Officieel	40

## Medisch Contact

### Redactie

B.V.M. Crul, huisarts, hoofdredacteur  
R.A. te Velde, eindredacteur  
R.J.M. Jansen, redacteur  
mw. drs. W.G. Juffermans, redacteur  
mw. C.R. van der Sluijs, redacteur  
drs. R.J.H. Crommentuyn, journalist  
drs. R.N. Otten, journalist  
mw. drs. S.E. Wildevuur, journalist  
mw. D. van Dijk, opmaakredacteur  
mw. mr. M.T.N. van der Leen, secretaresse  
mw. C.M. Schouten, secretaresse

**Redactieadres** Postadres  
Lomanlaan 103 Postbus 20052  
Utrecht 3502 LB Utrecht  
telefoon 030 - 2823384  
e-mail: redactie@mc.knmg.nl

### Raad van Advies Medisch Contact

J.F.M. Bergen, voorzitter  
J.H.A.M. van den Bergh, penningmeester  
P.W. de Feiter  
mw. J.M. Hoevers  
mw. dr. C. Vermeulen-Meiners

### adviseurs namens het hoofdbestuur der KNMG

mw. U. Roschar-Pel  
mr. W.P. Rijkse

### Basisvormgeving

J. van Halm, Amsterdam

### Abonnementen & Ledenservice

Elsevier bedrijfsinformatie bv,  
Planetenbaan 1, Postbus 1110  
3600 BC Maarssen  
telefoon: 0346 - 577238, fax: 0346 - 577370  
mw. A. van der Meent

Voor niet-leden van de KNMG zijn de kosten voor een abonnement f 232,50 (incl. BTW); België Brf. 4650 (incl. BTW); buitenland f 378,- (incl. verzendtoeslag); studenten-niet-KNMG-leden f 91,50; losse nummers: f 14,50.

### Advertenties

Elsevier bedrijfsinformatie bv,  
Planetenbaan 1, Postbus 1110  
3600 BC Maarssen  
telefoon: 0346 - 577250, fax: 0346 - 577372  
advertenties: C. Nieuwlands  
personeelsadvertenties: mw. S. Sidler  
Verkoopnabewerking: mw. S. van Vossen  
telefoon: 0346 - 577245, fax: 0346 - 577372  
Advertenties kunnen zonder opgave van redenen worden geweigerd.

### Oplage

55.000

### Druk

Tijl Offset, Zwolle

De redactie is onafhankelijk en werkt op basis van een redactiestatuut. Alleen de berichten van de verenigingen achterin MC verschijnen onder directe verantwoordelijkheid van het bestuur van de KNMG en de federatiepartners. Medisch Contact wordt door Elsevier bedrijfsinformatie bv in licentie uitgegeven voor de KNMG.  
©1999, KNMG  
lid Groep Vaktijdschriften van het Nederlands Uitgeversverbond  
ISSN 0025-8245

## HARTSTICHTING ZOEKT VRIJWILLIGERS

De Nederlandse Hartstichting organiseert in de periode van 10 juli tot en met 27 augustus 1999 zes vakantieweken voor kinderen, jong-volwassenen en verstandelijk gehandicapten met een aangeboren hartafwijking, alsmede voor gezinnen met een kind met een hartafwijking. De vakantieweken worden voorbereid en begeleid door een groot aantal vrijwilligers. Ten behoeve van de medische begeleiding van deelnemers zoeken wij voor iedere week één arts en twee verpleegkundigen die op vrijwillige basis hun medewerking willen verlenen. Het doel is de deelnemers een fijne vakantie te bezorgen. Behalve het plezier vormt uitwisseling van ervaringen en verkenning van grenzen een belangrijk aspect. De weken staan bol van leuke activiteiten, aangepast aan de mogelijkheden van de deelnemers. Onkosten en reiskosten worden vergoed en er worden verzekeringen.

Voor meer informatie (onder andere taakomschrijving) en/of aanmelding: Karin Bus of René Krijger, tel. 030 - 22 90 244, fax 030 - 22 50 320. Postadres: De Hartenark, Postbus 132, 3720 AC Bilthoven.

e-mail: hartark@euronet.nl, Internet: www.hartstichting.nl

## SAMENWERKING BEDRIJFSARTSEN EN CURATIEVE ZORG

Bureau AS/tri voert met subsidie van ZON (Zorg-Onderzoek Nederland) een onderzoek uit naar de ervaringen met de samenwerking tussen bedrijfsartsen en de curatieve sector.

Daartoe wil zij graag in contact komen met huisartsen, medisch specialisten, psychologen en be-

drijfsartsen die in hun regio ervaring hebben met succesvolle of mislukte vormen van samenwerking tussen deze disciplines. Ook zij die bij het opzetten van nieuwe samenwerkingsverbanden zijn betrokken, worden gevraagd te reflecteren.

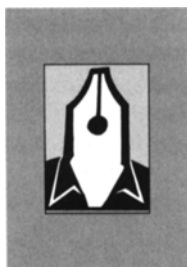
Teneinde de concrete ervaringen en samenwerkingsvormen zo volledig

mogelijk in kaart te brengen worden belangstellenden gevraagd zich te melden bij: AS/tri, mw. drs. Ilse Hento of dr. Rienk Prins  
Stationsweg 26  
2312 AV Leiden  
tel. 071 - 512 49 03  
fax 071 - 512 52 47  
e-mail: i.hento@astri.nl



De redactie van Medisch Contact wenst u een voorspoedig 1999.

# Nieuwe bladformule



Medische tijdschriften - de 'verslagbladen' - zijn er eigenlijk niet om te worden gelezen. Zij dienen slechts als opslag van wetenschap en als naslagwerk voor in de toekomst. En wie denkt in een medisch tijdschrift

'de waarheid en niets dan de waarheid' aan te treffen, komt ook bedrogen uit, aldus de hoogleraar klinische epidemiologie Jan Vandenbroucke.<sup>1</sup> Subjectieve sausjes over keiharde wetenschappelijke informatie, soms ingegeven door de geldbronnen van de auteurs of door redacties die selecteren op andere dan wetenschappelijke gronden.

Zelf berichtte ik over de afbuigende publicatiestroom vanuit de universiteiten richting buitenlandse medische bladen.<sup>2</sup> Niet zozeer het leeraspect voor de Nederlandse arts en indirect voor diens patiënt staat voorop, maar veeleer de mate waarin het artikel in geciteerde vorm in de Engelstalige tijdschriften meetelt. Liefst met een hoge impactfactor, want dat levert veel puntjes (= geld en formatieplaatsen) op. Soms gaat het om tijdschriften die in Nederland zelden worden gelezen.

**W**aarom deze sombere woorden? Nog wel in het eerste nummer van Medisch Contact, met een totaal vernieuwde lay-out, in het jubileumjaar van de KNMG? Misschien om aan te geven dat wij ons van het bovenstaande niets aantrekken en vele auteurs gelukkig met ons. Dat past ook bij het karakter van MC, ontstaan als verzetskrant in de oorlog. Bij het traject dat we het afgelopen jaar richting nieuwe vormgeving hebben afgelegd, is dat karakter in vernieuwde 'redactionele uitgangspunten' weer eens nadrukkelijk geformuleerd. Medisch Contact als actueel en redactioneel onafhankelijk weekblad van de federatieve KNMG, door en voor (aanstaande) artsen en daaraan gelieerde personen en instanties. Een opinieblad, een actieve vormer van kennis en meningen, betrouwbaar informierend, stimulerend, interpreterend, gevarieerd en herkenbaar. In een notendop neergezet en mede ingegeven door een lezersenquête van begin 1998. Hieruit hebben we geleerd dat de 'tussenvormgeving' van afgelopen jaar wat te rommelig was, maar ook dat we niet

moesten terugkeren naar de als saai en weinig toegankelijk omschreven vorm van daarvoor.

Met de nieuwe bladformule op zak gingen we op zoek naar een nieuwe vormgever. Dat werd een afvalrace, met als winnaar Jan van Halm. Elke pagina is tegen het licht gehouden, zowel qua vorm als qua inhoud. Het blad dat u nu in uw handen houdt, is ongeveer de twintigste herziene versie. Wij kozen uiteindelijk voor een combinatie van klassiek en modern. Onder andere met een ander lettertype, een andere papiersoort, meer 'lucht' op de pagina's, meer variatie, en - op veler verzoek - samenvattingen bij de artikelen. Het verenigingsdeel is als blok naar achteren verhuisd. Kijk en vergelijk, zou ik zeggen. Met de uitgever zijn afspraken gemaakt over een evenwichtiger plaatsing van de advertenties. Inhoudelijk zullen wij blijven werken aan een betere leesbaarheid van de artikelen.

**O**ok de niet-leden van KNMG-LAD-LHV-Orde-LVSG (wordt 1999 eindelijk het jaar van die ene sociaal-geneeskundige vereniging?) ontvangen ter kennismaking deze vernieuwde Medisch Contact én de KNMG-jubileumspecial. Zo kunt u als niet-lid zien wat u allemaal mist door als arts aan de zijlijn te blijven staan en niet actief dan wel steunend te participeren in een van de verenigingen. Alleen wanneer artsen zich verenigen, kunnen zij tegenwicht bieden in het krachtenspel tussen overheid, verzekeraars en patiënten/consumenten. Denk daarover niet te licht. U mag zich van mij gepast generen als u uw collega's die wél lid zijn en contributie betalen, deze kolen voor u uit het vuur laat halen. Verder gunt in deze MC het Medisch Tuchtcollege u een

kijkje achter de schermen, wordt u - hopelijk - duidelijk gemaakt dat voor het aanpakken van het millenniumprobleem meer nodig is dan een handige jongen met een computer, leest u over de aanpak van een patiëntencategorie waar de dokter zelf 'het zuur van krijgt' en mag u uitrekenen of uw relatie met de farmaceutische industrie inmiddels is uitgegroeid tot een volwassen stadium van corruptie. <<



## Referenties

1. Wildevuur S. De utopie van ware medische kennis. *Medisch Contact* 1998; 53 (50): 1599-601. 2. Crul BVM. Publiceren voor wie? *Medisch Contact* 1998; 53 (14): 447.

# >> MEDI SEIN <<

## WERELDREIS IN EIGEN PRAKTIJK

De eerste jaren haalde hij gemiddeld niet meer dan 13 kilometer per dag. Nu, 23 jaar later, heeft general practitioner R.E. Williams meer dan honderdduizend kilometer op de teller staan. Van zijn fiets, wel te verstaan. Williams werkterrein is het centrum van Londen. Na dertien jaar in de auto zijn visites te hebben gereden, zag de arts niet alleen de verkeersdrukte maar ook de tijd per patiënt oplopen. Dat kon sneller en goedkoper. Drie fietsen heeft de general practitioner tot nu toe versleten. Niet door ongelukken. Gewoon door het frame gezakt. Dat mag ook wel op een afstand die overeenkomt met tweeënhalf rondje aarde. << (RO)

## TE VEEL HUISARTSEN HEBBEN KUREN

Huisartsen zijn te gul met Antibiotica. Dat concludeert de redactie van Gezond, de nieuwe nieuwsbrief over gezondheid en voeding van de Consumentenbond.

Gezond nam de proef op de som en liet in de zomermaanden een man vanaf de camping naar huisartsen bellen. Zijn zoontje had keelpijn en de man wilde daarvoor graag een kuurtje. De meeste huisartsen en/of assistenten informeerden naar koorts, maar schreven niets voor. Slecht één van de 25 gebelde huisartsen meende op afstand met een bacteriële infectie van doen te hebben.

De vrouw die belde met klachten die wezen op blaasontsteking, had meer succes. Haar vraag: 'Ik heb wel vaker last en mijn behandelend arts schrijft dan furadantine voor, wat goed werkt. Kan ik dat nu ook krijgen?' Elf van de 25 huisartsen schreven het middel voor, vijf op stofnaam. Bij de rest stond een merknaam op het briefje.

Hoewel Nederlandse artsen aanzienlijk minder voor schrijven dan hun buitenlandse collega's, kan het antibioticagebruik in ons land met de helft dalen, schat

de redactie van Gezond na consultatie van een deskundige. << (RO)

## REANIMATIE

Mensen met een primair hartprobleem hebben na een reanimatie een kans van één op vijf om het ziekenhuis levend te verlaten. Mensen die worden gereanimeerd en bij wie hartproblemen secundair zijn aan een andere aandoening, hebben daarop minder dan 10 procent kans. Dit blijkt uit het onderzoek van Rien de Vos.

Op 14 januari zal hij als 'voio' (verpleegkundig onderzoeker in opleiding) op zijn onderzoek promoveren. Dat meldt het AMC Magazine van deze maand.

De Vos onderzocht de kwaliteit van leven na een geslaagde reanimatie. Daarvoor evalueerde hij negentig patiënten die na 1988 in het AMC werden gereanimeerd. Anders dan vaak wordt verondersteld, bleek het aantal spreekwoordelijke 'kasplantjes' eerder uitzondering dan regel. Slechts bij één patiënt zorgde zuurstoftekort in de

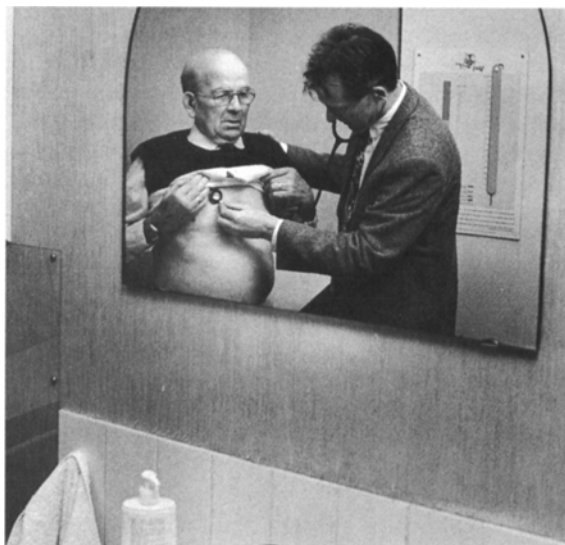


Foto: Studio Arndt Rijkman

## DE WERELD OP Z'N KOP

Bij het afsluiten van een contract is het bespreken van uitsluitingen heel normaal. Niet bij een dokter-patiëntverhouding. Zodra een patiënt zich onder behandeling van een arts stelt, wordt er helemaal niet onderhandeld. De arts is zonder meer verantwoordelijk voor de fouten die hij of zij maakt. Om de financiële risico's te beperken, kan hiervoor een verzekering worden

afgesloten. Het zou andersom moeten zijn, stelt de hoogleraar economie aan de universiteit van Amsterdam, dr. J. Hartog, in een opiniërend artikel in het dagblad Trouw van 15 december 1998. Als artsen hun aansprakelijkheid met betrekking tot schadevergoeding en smartengeld zouden beperken, zou de patiënt zelf een verzekering moeten afsluiten tegen de fouten van de arts. De

omgekeerde wereld? In zijn betoog vergelijkt Hartog de beroepsgroep met loodgieters en autoverkopers. Zij leggen de klant hun voorwaarden en uitsluitingen op via de branche-organisaties. Dat zou de arts ook kunnen doen. Het bevreemdt de econoom dan ook dat de artsen, als sterke marktpartij, hun klanten geen voorwaarden opleggen zoals andere beroepsgroepen dit doen. << (RJ)



hersenen voor een vegetatief bestaan. Vaak overlijden deze mensen toch nog kort na de reanimatie.

Om te kijken of betrokken vooraf een reële inschatting maken van een succesvolle reanimatie, creëerde De Vos een paar virtuele patiënten: kaartjes met daarop gegevens. Hij vroeg patiënten, artsen en verpleegkundigen te beslissen om wel of niet te reanimeren na een hartstilstand en een inschatting te maken van de overlevingskans. Artsen vinden een korte levensverwachting reden om niet te reanimeren. Patiënten en hun familie blijken vooral belang te hechten aan de kwaliteit van leven, ook als dit nog maar kort duurt.

Gevraagd naar het te verwachten succes van de virtuele reanimaties blijken patiënten en hun familie dit schromelijk te overschatten. Ook verpleegkundigen zijn

vaak te optimistisch. Artsen zijn hierover verdeeld: er zijn zowel consequente optimisten als consequente pessimisten. Van de artsen heeft 15 procent een vaste voorkeur voor wel of niet reanimeren, ongeacht de reële overlevingskans voor de virtuele patiënt. << (RO)

## WIE ZOET IS ...

Veel chocolade kerstkransjes gegeten tijdens de feestdagen? Geen nood. Snoepers leven langer, volgens onderzoekers van de Harvard School of Public Health.

De wetenschappers bekeken de snoepgewoonten van meer dan 7.800 mannen die meedoen aan de Harvard alumni gezondheidsstudie.

De mannen, die tussen 1916 en 1959 met hun studie begonnen, werd in 1988 gevraagd hoe vaak ze zoetheid aten. In dat jaar had geen van de ondervraagde

mannen kanker of hart- en vaatziekten; gemiddeld waren ze 65 jaar oud.

In de zes jaar na het peiljaar 1988 overleed 7,5 procent van de mannen die bijna nooit snoepten. Van de snoepers overleed 5,9 procent. In het kerstnummer van The British Medical Journal schrijven de onderzoekers dat de gematigde snoepers ongeveer een jaar langer leven dan niet-snoepers.

Heel veel snoepen heeft geen zin. Bij de zoetekauwen was de mortaliteit het laagst onder de mannen die één tot driemaal per maand snoepten en het hoogst onder degenen die drie maal per week een reep naar binnen werkten. Mannen die nooit snoepen, leven echter korter dan deze notoire innemers.

Hoewel de onderzoekers de mannen niet vroegen om welk snoepgoed het ging, vermoeden ze dat de meesten chocolade eten. Chocolade

bevat relatief veel antioxidanten. Een stukje van circa 40 gram bevat evenveel fenol als een glas rode wijn, waarvan is aangetoond dat het de kans op een hartinfarct en de kans op kanker verkleint. De fenol in chocolade zou ook de functie van het afweersysteem verbeteren. << (RO)

## VOORSCHRIJVEN IN DE PSYCHIATRIE

Het voorschrijven van geneesmiddelen in psychiatrische ziekenhuizen gebeurt te weinig aan de hand van protocollen en richtlijnen. De protocollen die wel worden gebruikt, verschillen per instelling. Dit concludeert de Inspectie voor de Gezondheidszorg in haar rapport 'Voorschrijfbeleid in de psychiatrie' dat in december werd aangeboden aan de minister Borst. Tegelijkertijd presenteerde de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) drie farmacotherapeutische richtlijnen.

De inspectie onderzocht 43 algemeen psychiatrische ziekenhuizen en vond dat er in veel instellingen wel aandacht is voor protocollen, maar dat veel nog van de grond moet komen. Bij de meeste instellingen zijn richtlijnen en protocollen niet ingebed in een kwaliteitssysteem. Hierdoor is de toepassing ervan op lange termijn niet gewaarborgd.

De NVvP heeft inmiddels richtlijnen ontwikkeld voor de farmacotherapie van angststoornissen, bipolaire stoornissen en schizofrene psychosen. Beroepsgroepen als de psychologen, de psychotherapeuten, de huisartsen en de verpleegkundigen hebben afgesproken een stuurgroep op te zetten die multidisciplinaire richtlijnen gaat ontwikkelen. De richtlijnen van de NVvP zullen daarvan onderdeel uitmaken. << (RO)



# >> BRIEVEN <<

Plaatsing in deze rubriek houdt niet in dat de redactie de erin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. Probeer de omvang van uw ingezonden brief te beperken tot 300 woorden. Als het even kan: aanleveren op diskette of per e-mail.

## Driejarige huisartsenopleiding

Het klinische jaar van de driejarige huisartsenopleiding bestaat uit negen maanden wél- en drie maanden niet-gefinancierde stages. ('Gefinancierd' betekent dat het ziekenhuis waar wij werken het geld dat het anders aan een gewone assistent kwijt is, betaalt aan onze werkgever, de SBOH). We worden echter wel volledig ingezet en doen dezelfde bereikbaarheidsdiensten als onze collega-assistenten. Dit betekent dat wij: a. één keer per week 's avonds en 's nachts bereikbaar zijn; b. één keer per maand een weekenddienst doen; c. over een auto moeten beschikken; en d. als de pieper gaat zonder pardon naar de betreffende locatie afreizen. Wij vervullen in die zin een voorwaachtfunctie die de specialisten en collega-assistenten danig ontlast, terwijl er aan leermomenten weinig aan te beleven valt. De vanzelfsprekendheid waarmee onze aanwezigheid in het rooster wordt ingebouwd, doet vermoeden dat ons aandeel als onmisbaar mag worden gekwalificeerd. Dat kan twee dingen betekenen: de haio is niet boventallig (wat wel zo zou moeten zijn, want hij of zij is een toegevoegd stagiaire), maar een wezenlijke vervanging binnen het assistententeam (hetgeen de organisatoren wellicht duiden als 'optimale betrokkenheid bij het arbeidsproces!'). Of het betekent: het ziekenhuis is zo gewend geraakt aan de luxe

van een extra personeelslid dat het niet meer zonder kan.

Ondanks deze onmisbaarheid krijgen wij geen dienstensalaris (zoals in de CAO

is geregeld), omdat dit een niet-gefinancierde stage is! Ons wordt veel geld door de neus geboord als gevolg van regels die destijds in spoed zijn bedacht, omdat om

onduidelijke redenen die vermaledijde ELWP er zo snel mogelijk moest komen. Er zijn dus deals gesloten die eigenlijk onacceptabel zijn. Normaal gesproken (dat wil zeggen tijdens een gefinancierde stage) betaalt het ziekenhuis de SBOH een assistentensalaris, waarvan wij dan overigens per maand f 2.000 bruto minder ontvangen. (Van het verschil worden de overheadkosten van ons opleidingsinstituut betaald).

Ondanks het gebrek aan geld wordt ervan uitgegaan dat wij zonder morren aan onze arbeidsverplichtingen voldoen. Iedereen zou zich doodschrikken als je zou mededelen niet over een auto te beschikken en dus, als je 's nacht wordt opgeroepen, vervoer nodig hebt. Dat is in feite het merkwaardige van de zaak: het systeem wordt 'niet-gefinancierd' genoemd, wat alleen mogelijk is doordat de haio gratis diensten doet en zijn eigen auto meebrengt (waarbij geen reiskostenvergoeding voor de diensten wordt uitgekeerd).

De ziekenhuizen zelf snappen er al helemaal niks van: de ene stage kost ze f 5.500 per maand en de andere (niet-gefinancierde) kost ze niets. De beste oplossing lijkt te zijn dat wij weigeren tijdens deze stages diensten te doen en ons exact aan die zogenaamde 36-urige werkweek houden. Maar zoiets doe je niet, vanwege de vervelende indruk die dat op je (goed betaalde) collega-assistenten maakt en omdat de stage anders niet meer aan

## Zorg voor militairen



Collega Van Wagendonk vraagt zich af waarom burgers in dit land geholpen kunnen worden door een huisarts met een driejarige opleiding, terwijl militairen moeten terugval- len op een militair arts die in de meeste gevallen slechts basisarts zou zijn (MC nr. 49/1998, blz. 1560). Ondanks dat militair-geneeskundige centra worden gesuperviseerd door een ervaren militair arts met jarenlange praktijkervaring en vaak ook een huisartsenopleiding, heeft de militair-geneeskundige dienst dit probleem zien aankomen en ook de ongewenste situatie met dienstplichtige basisartsen meegemaakt. Daarom is de dienst enkele jaren geleden gestart met de opleiding van algemeen militair arts (AMA). De opleiding duurt twee jaar en vertoont gelijkenis met de huisartsenopleiding (er worden zelfs deels dezelfde stages gelopen bij huisartsen in burgerpraktijken). De nadruk ligt echter meer op de spoedeisende geneeskunde en de traumatologie (stages op EHBO-afdelingen algemene ziekenhuizen) en de specifieke militair-geneeskundige aspecten in oorlogs- en uitzendsituaties.

Doordat ik een college militaire oogheelkunde geef, ben ik als klinisch specialist betrokken bij deze opleiding. Deze tweejarige opleiding staat los van de algemeen militaire vorming tot officier die aan de opleiding voorafgaat. Niettemin kan ik de zorg van collega Van Wagendonk delen, vooral wat betreft de huidige situatie (deze nieuwe AMA's moeten nog in de MGD-en instromen). Wij hebben dit als specialist in het Centraal Militair Hospitaal ook gemerkt aan de verwijzingen en hebben ons daarom altijd laagdrempelig en vergevingsgezind opgesteld. Nog steeds kunnen wij als een van de weinige bedrijvenpoliklinieken deze lage drempel tot de tweedelijns geneeskunde waar- maken (bijna) zonder wachtlijsten.

Het is te hopen dat de minister en de top van Defensie inzien dat de inzet van Nederlandse militairen in peace-keeping, peace-enforcing en uiteraard ook in oorlogs- situaties alleen mogelijk is met een kwalitatief voldoende sterke eerste- en tweedelijns militair-geneeskundige zorg, aangezien individuele militairen dit terecht zien als een absolute voorwaarde.

Utrecht, december 1998  
DR. A.J.P. ROUWEN, KTZ oogarts, Centraal Militair Hospitaal te Utrecht

de prachtig geformuleerde leerdoelen voldoet. Dit is het zoveelste voorbeeld van de onacceptabele wijze waarop onze arbeidsvoorwaarden geregeld zijn.

Amstelveen, 27 november 1998  
ARJEN GÖBEL, derdejaars huisarts in opleiding

## Naschrift

*Het curriculum van de driejarige huisartsenopleiding (oude stijl, nu veranderd) bestond uit een huisartsenstage in het eerste en het derde jaar en een externe leer-werkperiode in het tweede jaar.*

*In het tweede jaar werkten de artsen in opleiding negen maanden in een ziekenhuis - meestal op de afdeling Eerste Hulp - en drie maanden in een verpleeghuis, Riagg of psychiatrisch ziekenhuis, al naar gelang de behoefte op dat moment van de opleiding. In de negen maanden ziekenhuisstage werden de huisartsen in opleiding (haio's) vier dagen per week ingezet in de zorg. Daarnaast werd één dag per week op de universiteit opleiding gegeven. In het ziekenhuis werd op verschillende tijdstippen door de dag onderwijs gegeven.*

*Omdat haio's werkzaamheden overnamen van agnio's diende de SBOH voor deze werkzaamheden een declaratie in bij het ziekenhuis (valuteerbaar). Voor onregelmatige diensten en overwerk ontvingen de haio's een onregelmatigheidstoelage en overwerkvergoeding. Gedurende de drie maanden stage in het verpleeghuis, psychiatrisch ziekenhuis of bij het Riagg waren de haio's, zoals de heer Göbel terecht opmerkt, boven sterkte. De SBOH kon deze periode dan ook niet declareren en er gold geen ORT-vergoeding, net zo min als er een ORT geldt voor de huisartsenstage.*

*Als de heer Göbel van mening*

*is dat hij zorgvervangende werkzaamheden heeft moeten verrichten in de plaats van een andere arts-assistent, was het raadzaam geweest dit met zijn begeleider van het huisartsinstituut te bespreken.*

*Overigens lenen stages van drie maanden zich vanwege de inwerkproblematiek nauwelijks voor zorgvervangend. Zoals de heer Göbel eveneens terecht opmerkt, wordt het doen van diensten inderdaad gezien als een integraal onderdeel van de huisartsenopleiding, omdat juist tijdens diensten een haio wordt geconfronteerd met de onverwachte situaties waaraan hij het hoofd moet bieden.*

*Voor het beschikbaar zijn, dient een haio over een auto te beschikken. Hiervoor betaalt de SBOH een belastingvrije onkostenvergoeding van f 4.440,- per jaar. Daarnaast ontvangt de haio een belastingvrije vergoeding voor woon/werkverkeer.*

Utrecht, november 1998  
R.J.A. HOGENHUIS,  
directeur SBOH

## Patiëntenlogistiek in de zorgketen

In hun artikel 'Patiëntenlogistiek in de zorgketen' maken J.M.H. van der Velden en C. van Vlaanderen (MC nr. 47/1998, blz. 1510) gewag van een 'bijzonder te noemen' constructie. Het gaat dan om de inrichting en opzet van het regionaal indicatieorgaan (RIO) in de regio Gorinchem. Zoals bekend, maken de zorgverzekeraar, gemeenten, zorgaanbieders, patiënten- en cliëntenorganisaties deel uit van het bestuur van de regionale indicatieorganen. Het regionaal indicatieorgaan heeft een welomschreven opdracht zoals verwoord in het Zorgindicatiebesluit. Het bevreemdt dan enigszins een inrichting van de verant-

woordelijkheden en taken geformuleerd te zien die erop neerkomt dat het RIO door 'de gemeenten of de zorgverzekeraar gemandateerd' wordt 'om de indicatiestelling respectievelijk de zorgtoewijzing en rechtmatigheidstoets uit te voeren', om daarna te zien gebeuren dat het RIO de uitvoering van 'deze taken' uitbesteedt aan de Stichting Keten-Zorg. In de eerste plaats valt niet goed in te zien waarom het regionaal indicatieorgaan door 'de gemeenten of de zorgverzekeraar' tot iets 'gemandateerd' zou moeten worden en dat geldt bepaald voor de belangrijkste taak van de RIO's: de indicatiestelling. (Voor zover andere taken gemandateerd worden, is dat vooralsnog gevolg van regionale afspraken.) Waarom zou iets gemandateerd worden dat toch al tot de reguliere taak van de RIO's behoort?

In de tweede plaats is de daaropvolgende uitbesteding van 'deze taken' aan de Stichting Keten-Zorg een wel heel merkwaardige tournure, want uit deze opzet volgt dat het regionaal indicatieorgaan nog alleen de feitelijke indicatiestelling door de Stichting Keten-Zorg (bestuurd door de zorgaanbieders) mag 'toetsen'.

Nu was de bedoeling van het Zorgindicatiebesluit dat de indicatiestelling niet meer door de zorgaanbieders zou worden gedaan, maar door de regionale indicatieorganen. Bezwaarlijk kan dan ook van de Gorinchemse (volgens de auteurs:) 'bijzonder te noemen' constructie worden beweerd dat er sprake is van een geloofwaardige en herkenbare, onafhankelijke indicatiestelling - want die is er niet.

Daarmee wordt de bewering van de auteurs dat het belang van een onafhankelijke, integrale en objectieve indicatie-

stelling 'door iedereen in de Gorinchemse regio' wordt onderschreven, impliciet ontkracht. De teneur van het artikel leidt ons naar de notie dat hier alsnog de kwadratuur van de cirkel wordt geopenbaard. De auteurs geven een aantal argumenten om deze kwadratuur een geloofwaardige grondslag te geven, maar zij overtuigen niet. Het is ongetwijfeld waar dat met de praktische gevolgen van het Zorgindicatiebesluit wordt geworsteld en men in elke regio hoopt - en zich daarvoor de nodige moeite getroost - dat er een vloeiende lijn ontstaat van indicatiestelling naar zorgbemiddeling en zorgtoewijzing. Als andere regio's dezelfde aanpak hadden verkozen als die in Gorinchem, hadden zij waarschijnlijk minder afstemmingsproblemen gekend. Dan was ook daar echter - net als nu in de regio Gorinchem - geen geloofwaardige afstand ontstaan tussen indicatiestelling en zorgaanbieders. Het bijzondere van de Gorinchemse constructie is dat deze zich onderscheidt in een aanpak die vragen oproept en minder dat sprake is van iets bijzonders in de zin dat hier op een originele manier uitvoering zou worden gegeven aan het Zorgindicatiebesluit, omdat dat besluit kennelijk niet wordt uitgevoerd.

Maastricht, november 1998  
W.G.M. BEEMSTERBOER, sociaal-geneeskundige, medisch adviseur RIO Noord-Limburg

## Dubbele registratie

Ik weet dat niet voor ieder artsprobleem een pasklare oplossing bestaat waarmee honderd procent van de achterban het van harte eens is. Dat geldt ook voor de ergerniswekkende dubbele registratie van artsen in >>

## Diabetes bij Hindoestanen



In Nederlandse huisartsenpraktijken en ziekenhuizen bestaat de indruk dat bij jonge Surinamers van Hindoestaanse afkomst vaker complicaties van diabetes voorkomen en dat deze complicaties al in een verder gevorderd stadium zijn dan bij hun leeftijdgenoten.<sup>1,2</sup>

Om de gezondheidszorg voor Hindoestanen met diabetes te inventariseren, hebben wij een onderzoek verricht onder alle huisartsen (n = 57) werkzaam in de regio Amsterdam-Zuidoost. De volgende vragen kwamen aan de orde:

- (H)erkent de huisarts de hoge prevalentie en de ernstige complicaties van diabetes bij Hindoestanen?
- Welke problemen komt de huisarts tegen bij de diagnostiek en behandeling van Hindoestaanse diabetespatiënten?
- Hoe staat de huisarts tegenover screening op diabetes bij Hindoestanen?

Van de huisartsen stuurde 53 procent de enquête terug. Zij schatten dat de prevalentie van totale diabetes (bekende en onbekende tezamen) bij Hindoestanen minstens 8, 20 en 30 procent bedraagt bij de respectieve leeftijdsgroepen 30-49, 50-59 en >60 jaar. Nieuw ontdekte diabetes vertonen reeds op jonge leeftijd ernstige complicaties en worden eerder naar een internist verwezen. Complicaties worden zelfs gezien vóór de diagnose 'diabetes' bekend is. Behalve dat zich problemen voordoen bij de leefstijladviezen, verloopt ook de medicamenteuze behandeling van Hindoestaanse diabetespatiënten vaak anders dan bij autochtone Nederlanders. De helft van de huisartsen (52%) wijkt af van de NHG-standaard en start binnen zes maanden de orale medicatie. Bovendien wordt relatief vaak een insulinebehandeling gegeven. Veel huisartsen (41%) voeren een actief opsporingsbeleid bij Hindoestanen. Desondanks wordt vermoedelijk de helft van de Hindoestanen met diabetes niet opgespoord. Duidelijke richtlijnen maken het mogelijk de ziekte in een eerder stadium te behandelen: een belangrijke gezondheidswinst voor deze etnische groep met een verhoogd risico op diabetes!

Obdam, oktober 1998  
DRS. N.R. BINDRABAN, co-assistent  
mede namens: drs. S. Das, drs. M.E. Sleeswijk, dr. J.M. Mooy, dr. H.C.P.M. van Weert en prof. dr. L.J. Gunning-Schepers

**Referenties** 1. Berghout A, Dijkstra S. Diabetes mellitus 2 bij Hindoestanen: nieuwe verschijningsvormen van oude ziektebeelden. *Ned Tijdschr Geneesk* 1995; 139: 3-7. 2. Bongers I, Westendorp RGJ et al. Voegtijdige coronaire hartziekten samengaan met diabetes mellitus 2 bij personen van Hindoestaanse afkomst. *Ned Tijdschr Geneesk* 1995; 139: 16-8.

de BIG-wetgeving. Ik kreeg een drie bladzijden tellende brief van de HVRC plus BIGregister, waarvan ik de toonzetting uiterst stuitend vond. Ik denk dat met mij heel wat LHV-leden zich de ogen hebben uitgewreven toen ze deze brief lazen. Omdat ik denk dat het goed is dat u weet wat er in het land onder de leden leeft en hoe wij ons voelen wanneer wij van autoriteiten een grievende brief krijgen, stuur ik u mijn reactie daarop.

Aan de Huisarts en Verpleeg-huisarts Registratie Commissie t.a.v. dr. L.R. Kooij, huisarts, algemeen secretaris

Geachte collega,  
Middenin een drukke weekenddienst vond ik zojuist even tijd om de zaterdagmorgenpost door te nemen. Ik vond daarbij een brief van u die mij buitengewoon verontrustte en nadien mateloos ergerde. Ik vind het belangrijk dat ik u - en anderen - van mijn gevoelens op de hoogte breng. Uit uw brief d.d. 27-10-98, ref. nr. HVRC98/LRK/4779, gericht aan mij op mijn praktijkadres, begrijp ik het volgende:

Per 1 oktober 1998 is de BIG-regeling ingegaan, ook voor mij. U suggereert in uw brief dat ik niet in het BIG-register sta ingeschreven en dat ik nu diep moet bukken voor de BIG-commissie:

Ik moet (nederig) vragen of ik alsnog mag worden ingeschreven, en ik moet daarbij een voldoende krachtige reden aanvoeren voor mijn te late reactie.

Mocht ik geen aannemelijke reden kunnen aanvoeren voor het feit dat mijn verzoek tot inschrijving in het BIG-register te laat is, dan bestaat voor mij nog altijd de mogelijkheid mij te laten inschrijven

ven door te voldoen aan de nieuwe opleidingseisen (een sarcastische omschrijving voor: de studie geneeskunde - als ik word ingeloot - opnieuw volgen?).

Ik herinnerde mij na het lezen van uw brief niet direct nauwkeurig meer of ik indertijd de BIG-registratieformulieren gewoon had verscheurd omdat ik geen behoefte had aan de ambtenarij van dubbele registratie, of dat ik uit een soort

bangelijke kruiperigheid toch maar het geld had laten overschrijven tot betaling van mijn BIG-registratie.

Ik realiseerde me wel direct dat iedere patiënt die uw bureau/het BIG bureau zou vragen of ik wel een echte, geregistreerde dokter was, als antwoord zou krijgen dat ik niet bij de BIG bekend was en dat ik dus als een kwakzalver/charlatan/niet-gekwalificeerde meneer mijn werk

als huisarts/huisartsen-opleider uitoefen!

Nadat ik nog enkele patiënten te woord had gestaan, ben ik snel naar huis gegaan om mijn kistje met diploma's, etc. door te kijken. Ik zag dat ik bij de HVRC op mijn praktijkadres te boek sta en bij de BIG wel ben geregistreerd, maar op mijn woonadres.

Ik concludeer dat jullie registratiesysteem in ieder geval voor mij geheel en al ondeugdelijk en buitengewoon ergerlijk is.

Ik ben - volgens veel collega's de zothed ten top - dubbel geregistreerd, maar u kunt mij niet vinden in uw systemen. U probeert me met een intimiderend briefje schrik aan te jagen. U bent - in theorie althans - op kafaikaanse manier in staat mijn goede naam te belasteren jegens iedereen die iets over mijn opleiding/registratie als arts wil weten, omdat uw door huisartsen dubbel betaalde registratiesysteem niet werkt. Bijvoorbeeld als woon- en werkadres niet hetzelfde zijn. Wanneer u het hebt kunnen opbrengen mijn brief zorgvuldig te lezen, zult u misschien iets beter de ergernis van veel van mijn collega's kunnen begrijpen over 'doelloze ambtelijke bemoeizucht' zoals die heerst op veel plaatsen in Nederland en wellicht ook op uw instituut en op de burelen van het BIG-register.

Wolvega, november 1998  
GERT VAN DEN BERG, huisarts

## Naschrift

De registratiecommissies van de KNMG hebben onlangs alle huisartsen, verpleeghuisartsen, medisch specialisten en sociaal-geneeskundigen per brief op de hoogte gebracht van de nieuwe Regeling Opleiding en Registratie, die op 1 oktober

in werking is getreden. Deze berichtgeving was nodig omdat de specialistentitels van de in de KNMG-registers ingeschreven huisartsen, verpleeghuisartsen, medisch specialisten en sociaal-geneeskundigen wettelijke erkenning en bescherming krijgen. Tot nu toe waren deze titels niet beschermd. Voorwaarde voor de wettelijke erkenning en bescherming is dat een in een specialistenregister ingeschreven arts ook is ingeschreven in het BIG-register. De nieuwe Regeling Opleiding en Registratie vloeit voort uit de Wet BIG. Op 1 december 1997 is het algemene artsenregister van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het BIG-register voor artsen, van start gegaan. Inschrijving in dit register is een voorwaarde om de titel van arts te kunnen voeren en om als arts werkzaam te kunnen zijn. De registratiecommissies zijn wettelijk verplicht gegevens uit te wisselen met het BIG-register. Deze gegevensuitwisseling zal op korte termijn plaatsvinden. Op dit moment zijn de registratiecommissies nog niet op de hoogte van het gegeven of een arts is ingeschreven in het BIG-register. Wanneer bij de gegevensuitwisseling blijkt dat een in een KNMG-register ingeschreven arts niet is ingeschreven in het BIG-register, moet de inschrijving als huisarts, verpleeghuisarts, medisch specialist of sociaal-geneeskundige worden geschrapt. In de brief van de registratiecommissies aan alle huisartsen, verpleeghuisartsen, medisch specialisten en sociaal-geneeskundigen wordt artsen die zich tot nu toe niet hebben laten inschrijven in het BIG-register aangeraden alsnog om deze inschrijving

te verzoeken. Hiertoe was een antwoordcoupon van het BIG-register bijgesloten. De registratiecommissies zijn van mening dat hiermee in het belang van de in de KNMG-registers ingeschreven artsen is gehandeld. Artsen die zich reeds hebben ingeschreven in het BIG-register, onder wie dus collega Van den Berg, behoeven geen actie te ondernemen. Dit laatste blijkt kennelijk niet voldoende uit de brief. De HVRC schrijft gevestigde huisartsen aan op hun praktijkadres. Het BIG-register is gekoppeld aan de adresbestanden van de gemeentes en schrijft artsen aan op hun woonadres. Verschillende adressen staan gegevensuitwisseling echter niet in de weg.

Utrecht, november 1998  
DR. L.R. KOOLJ, huisarts, algemeen  
secretaris HVRC

## Euthanasie 'moet betaald worden'

Alle artsen in Nederland ontvingen van het ministerie van VWS een brief met voorlichting over euthanasie aangaande de per 1 november herziene en wettelijke regeling. De belangrijkste vernieuwing is de instelling van vijf regionale toetsingscommissies. Tevens ontvingen de artsen brochures over de nieuwe meldingsprocedure euthanasie en 'Euthanasie, een bespreekbaar onderwerp', een exemplaar van het modelverslag voor de arts en een exemplaar van het modelformulier voor de lijkshouwer. Als internist werkzaam in een ziekenhuis, heb ik regelmatig te maken met verzoeken tot euthanasie en de uitvoering daarvan. Uitgebreide gesprekken met de patiënt, diens naasten, de huisarts en

collegae in het ziekenhuis, alsmede met andere bij de patiënt betrokken disciplines, zoals verpleegkundigen en verpleegkundige staf, maken een volgens protocol uitgevoerde aanvaardbare euthanasie, gevolgd door het invullen van de papieren en overleg met de gemeentelijk lijkshouwer, tot een zeer tijdrovende bezigheid die per patiënt vele uren in beslag neemt. Ik acht dat juist: grote zorgvuldigheid dient hier centraal te staan.

Ik vind dan ook dat ieder ziekenhuis dient over te gaan tot het aanstellen van één of meer euthanasieartsen die dit proces zorgvuldig kunnen begeleiden. Sinds het werktijdenbesluit voor de klinische assistenten en de uitvoering daarvan is het werk van de medisch specialisten klinisch nog veel zwaarder geworden, en budget voor meer specialisten geeft de minister niet.

Bij het bepalen van de workload voor specialisten wordt naar allerlei parameters gekeken, maar de tijd die wordt besteed aan het dirigeren van de euthanasie-uitvoering ontbreekt daarbij vooralsnog.

Bij dit proces, dat dikwijls dagen in beslag neemt, kunnen problemen van emotionele aard bij de naasten van de patiënt vereisen dat nog veel meer tijd aan een zorg-

vuldige uitvoering dient te worden besteed. Het honorarium van de internist is per patiënt ongeveer f 10,- per dag en lijkt derhalve niet op enigerlei wijze te correleren met de hooggespecialiseerde functie die hij geacht wordt te vervullen in dezen.

Als de overheid (zeer terecht) eisen stelt aan de uitvoering van zorgvuldige euthanasie, zal daarvoor op redelijke wijze tijd en honorarium door het COTG dienen te worden vastgesteld.

De Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie heeft overigens ook nog nooit haar visie gegeven op de honorering van de verantwoordelijken voor de uitvoering van euthanasie.

Mijn advies:

1. onderzoek naar de tijd die verantwoorde euthanasie doorgaans kost;
2. vaststelling van codenummer met honorering;
3. eventueel aanstellen van euthanasieartsen die samen met hoofdbehandelaar en eindverantwoordelijke een deel van het proces begeleiden.

Met het COTG ben ik het eens dat een financiële prikkel voor de verrichting dient te ontbreken, maar f 30,- in drie dagen voor pakweg tien uur werk verdient enige herziening. <<<

Amstelveen, november 1998  
DR. J. STORK, internist

## Rectificatie

Bij de ingezonden brief 'Een belangrijke les? Jazeker!', een reactie op een uitspraak van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (MC nr. 50/1998, blz. 1594) is de naam van één van de ondertekenaars weggevalen. Behalve door mr. W.P. Rijksen, secretaris-jurist KNMG en mr. J.C. de Hoog, secretaris CCMS, werd de brief ook ondertekend door **dr. A.A.W. Op de Coul**, secretaris MSRC.

# TUCHTRECHTSPRAAK ALS THERAPIE

*Mr. J.J.R. Bakker, voorzitter Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg*

Wat doen de tuchtcolleges met de kritiek die er de laatste maanden onder andere in Medisch Contact over hen is uitgestort? Blijven ze er Siberisch onder of wordt de kritiek toch gehoord? Wordt het beleid er misschien zelfs door bijgesteld? Staan de tuchtcolleges inderdaad zo ver van de dagelijkse praktijk af als sommige artsen(groepen) beweren en bevorderen ze door hun uitspraken zelfs de defensieve geneeskunde?

BEN V.M. CRUL

In zijn vijf meter hoge werkkamer aan de statige Kneuterdijk in Den Haag neemt mr. J.J.R. Bakker, lid van de Raad van State en daarnaast voorzitter van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg voorheen het Centraal Medisch Tuchtcollege, ruim de tijd. Ook zonder toga oogt hij als een rechter, niet verwonderlijk na veertig dienstjaren. Het merendeel van zijn tijd besteedt hij als staatsraad aan rechtspraak in geschillen tussen burgers en overheid. Zijn affiniteit met de medische wereld verklaart hij uit zijn jarenlang bestuurslidmaatschap van een ziekenhuis. Mogelijk werd hij daarom twaalf jaar geleden gevraagd als vice-voorzitter van het beroepscollege in de medische tuchtrechtspraak, waarvan hij sinds drie jaar met veel voldoening voorzitter is.

Samen met de drie plaatsvervangend voorzitters treedt hij op als 'spelleider' bij het hoor en wederhoor. Vier zittingen per maand hebben zij onder elkaar te verdelen. Bij juridische beslissingen heeft hij een zware stem. Uit hoofde van zijn voorzitterschap leidt hij daarnaast de plenaire vergaderingen die de juristen en leden-deskundigen en hun plaatsvervangers van zijn college regelmatig hebben én de vierjaarlijkse vergaderingen van de voorzitters en secretarissen van de vijf regionale tuchtcolleges uit Amsterdam, Den Haag, Eindhoven, Groningen en Zwolle, regionale colleges

waarbij hij volgens de Wet BIG een toezichthoudende rol heeft.

'Natuurlijk spreken we op die vergaderingen over de kritiek op onze uitspraken. Die kritiek is zelfs een onmisbare schakel in de feedback op ons handelen. Zeker reacties van deskundigen en van hooggeleerde zijde zijn voor ons van groot belang. Het doornemen van alle uitspraken met hun commentaren is bij ons een standaardprocedure: zitten we nog goed of niet goed? Op die vergaderingen wordt het beleid in abstracto bepaald. Nee, ik denk niet dat het ver-

*dus, zij het indirect, in de toekomst wel tot een ander standpunt leiden.*

'Ik spreek hierbij alleen in abstracto, maar het kan gebeuren dat in een gelijksoortige zaak, die later door het Centraal Tuchtcollege wordt behandeld, in de uitspraak een gewijzigd standpunt wordt ingenomen. Wij kunnen nu eenmaal alleen door de vonnissen spreken. Over uitspraken van de regionale tuchtcolleges zullen wij ons als centraal college in de vergaderingen echter nooit uitlaten. Ons oordeel daarover hoort te blijken uit onze uitspraken.' Lachend voegt hij toe:

*'Daar hoort dan in te staan hoezeer dat regionaal tuchtcollege ongelijk had.'*

*Dat wordt dan wel als vervelend ervaren.*

'Nee, want soms zijn er in het hoger beroep nieuwe feiten aangevoerd die de rechter niet kende en die tot een andere beslissing leiden. Daarnaast zijn

er hele principiële beslissingen over vraagstukken waarover je verschillend kunt denken, ook onder beroeps- genoten. Wat wel als vervelend wordt ervaren, is een fout: als is nagelaten een zaak goed uit te zoeken, verzuimd is een getuige of deskundige te horen als dat wel had gemoeten.'

*Wordt plenair bijvoorbeeld ook de kritiek besproken van de internistenvereniging op de recente uitspraak van uw college, waarin u het als een ommissie beschouwde dat een opleider als formeel bewijs van zijn*

***“Als iemand echt goed is als arts  
zullen de uitspraken van de  
tuchtcolleges hem niet tot  
defensieve acties aanzetten”***

standig is om voorbeelden te noemen. Wij mogen namelijk nooit op een uitspraak reageren of terugkomen. Dat vindt de hele rechterlijke macht, niet alleen de tuchtrechter. Je praat door middel van je vonnis en als dat niet duidelijk is, is je vonnis niet goed. Als ik zelf partij was in een zaak, zou ik dat ook niet willen. Stelt u zich eens voor dat de rechter na een uitspraak ineens heel wat anders gaat zeggen.'

*Een gedegen kritiek op uitspraken van de tuchtcolleges kan via deze vergaderingen*



*supervisie geen aantekening in de status plaatste? (MC nr. 49/1998, blz. 1559, red.)* Zonder aarzeling: 'Ja, die kritiek wordt heel binnenkort plenair besproken, maar niet die specifieke zaak. Wél de verantwoordelijkheden tussen opleider en opgeleide. Het moet ergens uit blijken, ook voor latere rechtszaken, hoe de opleider zijn eindverantwoordelijkheid voor de zorgverlening neemt. Ik weet dat het Consilium van de internisten ook in deze richting denkt. Ook zij willen de puntjes wat meer op de i zetten. Over de precieze uitwerking, de concrete invulling, kun je nog delibereren; niet alle situaties zijn nu eenmaal gelijk.'

*De kritiek die er vanuit huisartsenzijde loskwam was ook niet mis.*

'Ook die kritiek doet ons wat, natuurlijk. Naar buiten toe reageren kan ik niet, maar intern doen we dat wel. Bij de zaak over de percussie (MC nr. 3/1998, blz. 98, red.) is de veroordeelde helaas niet in hoger beroep gegaan. Dat is eigenlijk jammer. Want als Centraal Tuchtcollege graven wij in ons onderzoek vaak nog wat dieper. Wij zijn niet strenger in de beoordeling, maar we willen wel het naadje van de kous weten. Dat is ook onze taak als hoogste tuchtcollege. Daarom duurt een zaak bij ons al gauw

zes maanden.

'Wij zijn ons ervan bewust dat een huisarts moet handelen vanuit een volle wachtkamer. Wij krijgen het verwijt dat we daar geen rekening mee houden. We hebben echter niet besloten dat we daar géén rekening mee houden. Maar eigenlijk is het een probleem van de beroepsgroep. Als er te weinig huisartsen zijn en hierdoor de kwaliteit zou verminderen, gaan wij niet omlaag met onze norm. Dan zal de minister moeten zorgen dat er voldoende huisartsen zijn. Daarnaast speelt bij huisartsen de statistische kans dat hij te maken heeft met een ernstige aandoening een rol. Wij bekijken daarbij met welke beperkte middelen de kans op uitsluiten van een ernstige aandoening kan worden verhoogd.'

*Dus toch een toename van de defensieve geneeskunde door de dreiging van een tuchtzaak. Meer diagnostiek om maar niet bij u op het matje geroepen te worden.*

'Welke diagnostiek al dan niet moet worden ingezet bij een aandoening blijft soms een varen tussen Scylla en Charybdis. Het risico dat men loopt door conservatief beleid en de mate van onderzoek dat nodig is om dat risico uit te sluiten, zijn de twee factoren die bepalen of het medisch wel verantwoord is

om dat beleid te blijven volgen. Dat is de lijn die men in de plenaire vergaderingen meekrijgt. Van geval tot geval moet daarna worden geoordeeld.

'Maar overbodige diagnostiek of overbodige therapie puur om een klacht te voorkomen zou ook als onzorgvuldig medisch handelen kunnen worden gezien. Zo'n arts kan tuchtrechtelijk gezien strafbaar zijn. Als iemand echt goed is als arts, maakt u mij niet wijs dat de uitspraken van onze tuchtcolleges hem tot defensieve acties zouden aanzetten.'

*Toch beschouwen de meeste artsen een gang naar het tuchtcollege als een regelrechte ramp. Een schrikbeeld.*

'Dat zou ik zeer betreuren. Tuchtrecht is zeker niet het enige middel om de kwaliteit van de zorgverlening te handhaven. Na- en bijscholing, visitaties horen daar ook bij. Ik ben mij ervan bewust dat het tuchtrecht een zwaar middel is, zeker gezien de sanctiemogelijkheden. Maar alleen al het feit dat het tuchtrecht op de achtergrond aanwezig is, werkt kwaliteitbevorderend. Er vindt alleen veroordeling plaats als een arts over de schreef is gegaan. Niet zo'n beetje, maar écht. In de oude tuchtwet stond nog: '... het aanzien van de stand der geneeskundigen heeft ondermijnd.' Dat is niet niks, daar moet schuld of nalatigheid bij zitten. In de normale bedrijfsvoering van een arts komt dat niet voor.'

*Zijn de huidige leden-geneeskundigen van de tuchtcolleges wel in staat om dat allemaal te beoordelen?*

'In de samenstelling van de oude medische tuchtwet werkten wij nog met een jurist en vier medici. In de nieuwe samenstelling volgens de Wet BIG, waarvan de eerste zaak nog niet in hoger beroep is behandeld, werken we nog maar met twee medici en drie juristen. In die samenstelling zal ik eerder vragen, zeker als de twee leden-geneeskundigen twijfelen, naar de mening van een groep gezaghebbende deskundigen. Dezen stellen een rapport op en dat rapport gaat naar de partijen, zowel de arts als de klager. Wij doen dan recht op basis van het rapport en de reacties daarop van alle partijen.'

*Dat raadplegen van deskundigen gebeurt nu dus niet.*

'Zelden, want onze leden-geneeskundigen zijn zeer vooraanstaande leden van de beroepsgroep, anders kom je niet in het Centraal Tuchtcollege. Want >>



<< recht dat niet gedragen wordt door de beroepsgroep, daar heeft niemand wat aan.'

*Ik hoor weleens dat er sprake is van coöptatie van zittende leden, een zichzelf aanvullen: vriendjespolitiek, oneerbiedig gezegd.*

'Nee, daar is geen sprake van. De oude wet schrijft ook anders voor. Helaas is dat nu veranderd. Wij hadden in de eerste voordracht niets te zeggen. De uiteindelijke kandidaten werden ons voorgelegd, maar de minister benoemde en doet dat nog steeds. De sinds december 1997 van kracht zijnde Wet BIG kan de beroepsgroep formeel niet meer voordragen. Dat betreurt ik. Niets let de minister echter de beroepsgroep toch in te schakelen. Het enige dat ons interesseert, is of de kandidaat past in de sfeer van ons intercollegiale overleg.

In het reglement van de oude medische tuchtwet stond dat een opengevallen plaats wordt gemeld in de Staatscourant en bij de landelijke organisaties van geneeskundigen, althans als deze bij de minister hebben aangegeven dat ze willen worden betrokken bij benoemingen in de tuchtcolleges. Door ten minste vijf procent van de in het ambtsgebied gevestigde geneeskundigen of door de beroepsorganisatie kon een aanbeveling worden gedaan bij de ministers van VWS en Justitie. Nu zijn de beroepsverenigingen uit de Wet BIG geschreven.'

*Een niet-praktiserende arts zou zich uit het tuchtcollege moeten terugtrekken?*

'Geen sprake van. Degenen die niet meer praktiseren, draaien wel volop mee in het hele circuit, outstanding figuren in de medische wetenschap. Vergeet daarbij niet dat een praktiserende arts soms moeilijk uit zijn praktijk is los te weken voor een zitting. Dus een arts die twee jaar geleden de praktijk heeft verlaten, actief is, en nog goede contacten heeft, kan ik uitstekend gebruiken.'

Volgens de Wet BIG artikel 55 worden de leden-juristen (twee in de regionale en drie in het centrale tuchtcollege) en de medici (drie in de regionale en twee in het centrale) voor zes jaar



benoemd. Zonder tussenkomst van de beroepsgroep is herbenoeming voor zes jaar mogelijk, doch uiterlijk tot het

***“Niets let de minister bij voordrachten als lid van een tuchtcollege de beroepsgroep toch in te schakelen”***

zeventigste jaar. Aan de tuchtcolleges wordt wel gevraagd of herbenoeming in de rede ligt. Die kunnen dan positief antwoorden.

Bakker: 'Maar als ik de minister was, zou ik bij herbenoemingen ook advies vragen aan de beroepsgroep.'

*De tuchtrechtspraak wordt ook gebruikt als opstapje naar de civiele procedure. Is een arts veroordeeld, dan wordt het een stuk gemakkelijker een schadevergoeding te krijgen.*

'Het tuchtrecht wordt inderdaad anders gebruikt. Soms voel je dat het eigenlijk alleen om de schadeclaim te doen is. Daar kan ik niks aan doen en daar moeten we mee leren leven. Eveneens met het

feit dat het tuchtrecht een onderdeel van het rouwproces kan zijn. Een therapeutisch doel, als het ware. Ook al heeft een arts alles gedaan wat mogelijk is, dan nog kan het fout zijn gegaan. Geen verwijtbare fout in de zin van de tuchtwet, maar de patiënt of nabestaanden zijn toch naar ons toegestapt. Al lijkt hun klacht ongegrond, wij laten zo'n zaak toch dikwijls voorkomen. Zeker gevallen met dodelijke afloop of vermindering moet je niet buiten de zitting afdoen.'

*Maar wat dacht u dan van de artsen? Een hoop ellende, terwijl een zaak kennelijk ongegrond verklaard had moeten worden ...*

'Artsen zouden dat niet persoonlijk moeten opvatten, maar het als een deel van hun taak moeten zien. Als artsen zorgverlening zo hoog in het vaandel hebben, moeten zij dat ook maar aanvaarden.'

Bagatelliserend: 'Een arts wordt in zo'n geval toch bijna altijd in het gelijk gesteld. Iedere arts met een beetje mensenkennis weet wat er aan de hand is. Een wat groter vertrouwen in ons als college kan helpen. Als iemand zelf het idee heeft medisch correct te hebben gehandeld, heeft hij niets te vrezen, al krijgt hij wel heel wat agressie van de klager(s) over zich heen. Maar na zo'n zitting is het ook meestal afgelopen. Een day in court kan voor patiënten en nabestaanden een heel goede werking hebben.

*Het lijkt erop dat er minder tuchtzaken ter publicatie worden aangeboden. Zijn de tuchtcolleges benauwd geworden voor kritiek?*

'Nee, zeker niet. Kritiek, daar zijn we als rechters aan gewend. In iedere zaak krijgt een van de partijen gelijk en die verlaat de rechtszaal tevreden, de andere partij krijgt ongelijk en is soms ontevreden. De publicaties van de uitspraken, die van meer dan incidenteel belang zijn, vormen een onmisbare schakel in onze wisselwerking met de beroepsgroep. Je hebt een klacht, een zaak, een vonnis en dan daarna de reactie in de vakbladen en de terugkoppeling. Daar zullen we dus altijd mee doorgaan. Het staat ook in de wet.' <<



# KNMG-FEDERATIE- STRUCTUUR EEN FEIT

*Nieuwe statuten en algemeen reglement aangenomen*

Op 15 december stemde de 224ste Algemene Vergadering in met de nieuwe statuten en het nieuwe algemeen reglement van de KNMG. Althans, met het grootste gedeelte ervan. De LHV-ledenvergadering stak in de vorm van een motie een stokje voor de verplichte contributie aan de KNMG-districten.

ROEL OTTEN

**G**een inleiding door de voorzitter van de KNMG ditmaal. De Algemene Vergadering is de laatste tijd regelmatig bijeen. Bovendien stonden de belangrijkste punten en 'wapenfeiten' op de agenda. Met stip op één stond de nieuwe federatiestructuur. Na al die jaren discussiëren kon het Hoofdbestuur de ledenvergadering eindelijk vragen in te stemmen met de nieuwe statuten en het algemeen reglement. Met die instemming zou de federatiestructuur in principe een feit zijn. In ieder geval konden de KNMG-districten dan in de steigers worden gezet.

Met de bespreking van de artikelen die handelden over de afdelingen was er nog geen vuiltje aan de lucht. Lidmaatschap en contributie worden vrijwillig

en 1999 wordt een overgangsjaar: wie nu lid is, blijft dat en betaalt contributie. Op tafel lag nog de op de vorige vergadering door de afdeling Gouda ingediende motie over financiering van de afdelingen. Indiener Kingma trok op basis van de overgangsregeling de motie in. 'We houden zorgen. De financiering van de districten wordt nu belangrijk.'

Profetische woorden, zo bleek even later bij de artikelen met betrekking tot de districten. Ook hier wordt 1999 een overgangsjaar, te gebruiken voor het opzetten van de financiering, het takenpakket en andere zaken. Het Hoofdbestuur stelde voor het lidmaatschap én de contributie verplicht te stellen. Althans, het Hoofdbestuur minus de LHV. LHV-voorzitter Van Velzen overviel de aanwezigen met de mededeling dat de ledenvergadering van de LHV de donderdag vóór de AV unaniem een motie had aangenomen waarin zij zich uitspreekt tegen een verplichte contributie aan 'perifere structuren'. De LHV wenst geen statutair vastgelegde verplichting tot contributie. Van Velzen voelde zich 'met handen en voeten gebonden' aan de uitspraak van zijn ledenvergadering en zag 'bestuurlijk geen ruimte voor een compromis'. Daarmee ligt de huisartsenvereniging dwars voor de districtsvorming. Gevraagd naar de motieven voor de motie zei Van Velzen: 'De LHV heeft al districten. Ook de Orde van Medisch Specialisten gaat met districten beginnen. Laat dat organisch groeien. Bovendien betalen huisartsen al veel aan lidmaatschappen.' Dat was voor Kingma uit Gouda reden om zich af te vragen of hij zijn motie toch maar niet in stemming moest brengen.

Blijkens de reactie van KNMG-voorzitter Minderhoud was vóór de vergadering al duidelijk dat de LHV-voorzitter niet zou wijken. Hij stelde zich al snel op als intermediair tussen Hoofdbestuur en LHV en stelde voor de betreffende artikelen aan te houden om het

LHV-bestuur zo onderhandelingsruimte te geven. Menig afgevaardigde was stomverbaasd. Waar kwam die motie ineens vandaan? En waarom nu? Duidelijk was in ieder geval dat de LHV-bestuurder zijn eigen achterban in de Algemene Vergadering niet in de hand had. Het democratisch gehalte van de LHV werd door verschillende huisarts-afgevaardigden in twijfel getrokken. Ze hadden in ieder geval niet de mogelijkheid gehad om er in afdelingsverband over te praten. Een lange schorsing volgde. Waarbij het in de wandelgangen gonsde van de geruchten dat de motie door het LHV-bestuur zelf was ingestoken. Over het waarom verschilden de meningen en politiek-strategische analyses.

Bij heropening van de vergadering kwam voorzitter Minderhoud met de volgende verklaring: 'Alvorens verplichte contributieheffing door KNMG-districten wordt toegestaan, zullen federatiepartners overeenstemming moeten hebben bereikt over de voorwaarden waaronder deze vorm van financiering van een district mag worden geëffectueerd. Federatiepartners verplichten zich voor het einde van 1999 overeenstemming te hebben bereikt over de betreffende voorwaarden.'

Op de vraag of de LHV-motie zo niet als een tijdbom onder de federatie blijft liggen, antwoordde Van Velzen kort 'dat de volzin de motie dekt'. Voor de volledigheid: het verplichte lidmaatschap van de districten staat niet ter discussie, de verplichte contributie wél. 'Is dat niet zoiets als lid worden van een tennisclub en zelf bepalen of je contributie wilt betalen?', vroeg een afgevaardigde zich verbaasd af.

Na een korte pauze werd de nieuwe KNMG-voorzitter Merkus met applaus onthaald. In april zal Minderhoud zijn voorzitterszetel voor hem vrijmaken. 'Ik hoop dat u over een paar jaar nog zo voor mij klappt', sprak de nieuwe voorzitter met krachtige stem. <<

# HET MILLENNIUMPROBLEEM IN DE ZORG:

*Geen technisch probleem maar een managementprobleem*

Een baby krijgen op 1 januari 2000. Aanstaaende moeders trekken zich nu al de haren uit het hoofd van ongerustheid. Wie garandeert hun zorg als ze die nodig mochten hebben? Smeekbeden om de bevalling in het oude jaar in te leiden, zullen niet van de lucht zijn. Niemand kan beloven dat er niets misgaat bij de overgang naar het nieuwe millennium. Voorbereiden moeten we ons dus, ook in de zorg.

**K**inderen zijn geen champagne-flessen die we openen wanneer we willen. Ik hoop dat we op 1 januari 2000 de flessen kunnen laten knallen omdat alles goed is afgelopen.' Volgens Borst is paniek over de eeuwwisseling niet nodig. Wel moeten we ons best doen in te spelen op wat ons eventueel te wachten staat als de grote wijzer eind dit jaar de 12 passeert. Slechts twee cijfertjes, of beter gezegd: het ontbreken daarvan, liggen aan de basis van het millenniumprobleem. Computersystemen herkennen 99 als 1999, maar 00 niet als 2000. Daar ligt het probleem voor onze vergevorderde geautomatiseerde samenleving. Computers, elektrische apparaten en communicatiesystemen hebben allemaal een ingebouwde klok die bij de overgang van 1999 naar 2000 problemen kunnen opleveren. Zij houden er spontaan mee op, of geven onjuiste informatie door.

## KETTINGREACTIE

Doet mijn computer het nog in 2000? Dit is de eerste gedachte die bij mensen opkomt in verband met het millenniumprobleem. Dat het probleem verder reikt dan dat, dringt niet tot eenieder door. Een doemscenario voor bijvoorbeeld de ziekenhuizen. Stel dat de elektriciteit uitvalt. Een noodaggregaat kan een probleem voor een deel ondervangen, maar voor hoe lang? Er moet voldoende diesel zijn om het apparaat te voeden. Er zal een run komen op brandstof. Ook door particulieren, want werkt het openbaar vervoer nog? En hoe lang kunnen de ambulances rijden op de noodvoorraad brandstof die is aangelegd?

Als het transport is verstoord, kunnen er dan nog voorraden worden aangeleverd, zoals voedsel en geneesmiddelen? Om op het ergste te zijn voorbereid, zal een aantal maanden voor de eeuwwisseling de hamsterwoede toeslaan. De farmaceutische industrie zal op volle toeren moeten draaien om wereldwijd aan de verhoogde vraag naar medicijnen te voldoen.

Hoe houd je je patiënten warm als de verwarming uitvalt? Is er nog stromend water? De meeste ziekenhuizen beschikken niet als van oudsher over waterreservaten. Hoe lang werken de pompen van de riolering naar behoren als de elektriciteit is uitgevallen? Hoe kan een arts worden gebeld of opgepiept als het communicatienetwerk niet meer functioneert? Staan de gegevens van een patiënt nog ergens op papier als blijkt dat deze niet elektronisch zijn op te vragen?

Kunnen we nog functioneren zoals in de tijd voordat de techniek de overhand kreeg? Weten we nog hoe we met de hand moeten beademen of een infuuspomp bedienen?

## MANAGEMENTPROBLEEM

Om erop toe te zien dat alle zorginstellingen millenniumbestendig zijn, heeft minister Borst het Millennium Platform Zorg (MPZ) opgericht, dat op 16 december zijn eenjarig bestaan vierde met het congres 'Keuzes voor 2000. Millenniumprioriteiten in de zorg voor 1999'. Was in het eerste jaar de aandacht vooral gericht op de technische kant van het millenniumprobleem, nu ligt de nadruk erop de directies van zorginstellingen bewust te maken van het feit dat we vooral met een managementprobleem van doen hebben. Voorzitter van het platform, A.T.J. Krol: 'De gedachte dat het millenniumprobleem slechts een IT- en chipaffaire is, is allang achterhaald. Het was wel noodzakelijk dat vitale systemen werden en worden doorgelicht, maar voor het aanpakken van het 2000-probleem is niet alleen 'de handige jongen met de computer' nodig. Nee, wij hebben te maken met een uitgesproken managementprobleem.' Ook al is alle apparatuur millenniumproof (gemaakt), dan zijn door de ketenafhankelijkheid de problemen nog niet de wereld uit.

Zorginstellingen moeten actie ondernemen om hun organisatie te wapenen tegen de gevolgen van de eeuwwisseling, stelt Krol. Daarbij moeten ze verder



*U heeft nog minder dan 365 dagen te gaan ...*

kijken dan hun neus lang is. De continuïteit van levering van producten als voedsel, verband, medicijnen, gas, water, licht en telecommunicatie is niet gewaarborgd, benadrukt hij. 'De directie van een instelling is er verantwoordelijk voor dat bij het uitvallen van welke schakel dan ook in die keten, de zorgverlening gewoon doorgaat. Omdat het gaat om het gehele proces en niet meer alleen om de objecten in een instelling moeten er protocollen en noodplannen worden opgesteld.' Zoals de scenario's voor als er brand uitbreekt.

Om te polsen hoe zorginstellingen zijn voorbereid op de eeuwwisseling heeft de MPZ enquêtes afgenomen. De vierde is inmiddels opgestuurd. Uit de drie voorafgaande enquêtes blijkt dat een aantal instellingen niet heeft gereageerd. De MPZ zal proberen alsnog deze instellingen te stimuleren, aan te geven welke activiteiten zij hebben ontwikkeld. Als er dan nog niet wordt gereageerd, wordt de instelling geregistreerd en de naam doorgegeven aan VWS, dat vervolgens de inspectie kan inschakelen om een bezoek af te leggen waarom men in gebreke is gebleven.

#### TESTFASE

Dat er problemen optreden als er niets wordt gedaan, is aangetoond. Het MPZ heeft een pilot verricht in het Hartcentrum Rotterdam naar de gevolgen van de eeuwwisseling op de software-systemen en de medische apparatuur. Het goede nieuws is dat het grootste deel

zonder moeite de overgang aankan. Of de datumfunctie is niet functioneel of is met de hand in te stellen. Het slechte nieuws is dat dit niet voor alle apparaten geldt. Deze moeten worden vervangen of gerepareerd. Kosten: tussen de f 20.000,- en f 200.000,-.

Zo handhaafde de bewakingsmonitor het laatste beeld van 1999. Ontwikkelt de patiënt daarna een hartritme stoornis, dan wordt deze niet opgemerkt door de monitor.

De onderzoekers stellen dat iedere instelling haar apparatuur zelf moet testen in de eigen gebruikersomgeving. Er moet daarbij een onderscheid worden

***"De gedachte dat het millenniumprobleem een IT- en chipaffaire is, is allang achterhaald"***

gemaakt tussen hoge, midden en lage prioriteit. Zeker nu de tijd begint te dringen, moeten eerst alle apparaten worden getest die van levensbelang kunnen zijn. Het MPZ heeft daartoe risicomanagement en testtools ontwikkeld. Ook heeft het platform een Millennium Diskette klaarliggen, waarmee u uw eigen computer kan checken.

De kosten van het millenniumprobleem zijn voor de instellingen zelf. Zoals het pilotproject in Rotterdam aan toont, zijn die niet buitensporig hoog. Borst stelt dat 'kosten niet het argument kunnen zijn om het millenniumvraag-

stuk niet voortvarend aan te pakken'. Dat kan de instelling uiteindelijk duur komen te staan. Want zij kan aansprakelijk worden gesteld als de kwaliteit van de zorg in het geding komt.

#### NOG NIET KLAAR

Veel gezondheidszorginstellingen hebben in ieder geval een begin gemaakt met het testen van apparatuur op de eeuwwisseling, maar er is nog veel werk aan de winkel. Want ondanks alle inspanningen heeft het grootste deel van de zorginstellingen het millenniumprobleem binnen de organisatie nog niet opgelost. Dit concludeert de Algemene Rekenkamer in het rapport 'Aanpak Millenniumvraagstuk ziekenhuizen' op basis van onderzoek in het Academisch Medisch Centrum en het Academisch Ziekenhuis Maastricht. Mw. S.J. Stuijveling, als collegelid van de Rekenkamer betrokken bij het rapport, komt op het verjaardagsfeestje van het MPZ tot een aantal aanbevelingen. Zo moeten medici meer worden betrokken bij het vaststellen van de ketenafhankelijkheid en het stellen van prioriteiten van de te testen apparatuur, er moet verantwoordelijkheid aan de top worden genomen, de interne communicatie moet worden bevorderd en nood- en rampenplannen moeten worden ontwikkeld.

#### SECOND OPINION

Het is veel 'als, als' wat het millenniumprobleem aangaat. Geen specialist kan met zekerheid zeggen wat ons te wachten staat als wij volgend jaar oudjaar vieren. Geen organisatie durft een millenniumproofverklaring af te geven, bang dat zij aansprakelijk wordt gesteld als het misgaat.

Het MPZ denkt de oplossing te kunnen bieden in de vorm van een second opinion. Krol: 'Een instelling kan, als zij aan bepaalde voorwaarden voldoet, een gratis doorlichting aanvragen. Dat is niet alleen uitermate prettig voor je instelling omdat je dan weet waar je staat, maar het is ook belangrijk in de bewijsvoering bij aansprakelijkheidskwesties.' Hij roept de verzekeraars op de second opinion als zodanig te erkennen. 'Wij willen gaan praten met verzekeraars dat dit voldoende is om je als instelling te verzekeren.' <<

Meer informatie: 030-2739645,  
<http://www.mpzorg.nl>

# NIETS IS MOEILIJKER DAN HET EENVOUDIGE

*Oratie prof. dr. B.E. de Pauw*

Het inzicht in de biologie van kanker is in de afgelopen 25 jaar enorm toegenomen, zonder dat dit tot nu toe heeft geresulteerd in een verbetering van de overleving. Vroeger leek het lot verborgen in de sterren, nu geloven we dat de toekomst ligt opgesloten in de genen. Alleen klinisch onderzoek kan de kansen van patiënten met kanker doen keren.



Supportieve zorg in de oncologie zou kunnen worden omschreven als maatregelen die worden genomen om de behandeling van een kwaadaardige ziekte mogelijk te maken. Het is een breed gebied, variërend van het bestrijden van infecties en misselijkheid tot stervensbegeleiding.

De behandeling van een kwaadaardige ziekte gaat altijd gepaard met een aanslag op het lichaam en het afweersysteem. Bloedtransfusies ter correctie van een bloedarmoede en toediening van bloedplaatjes om bloedingen te voorkomen, lijken tegenwoordig vanzelfsprekend. De afgelopen tien jaar zijn de antibiotica steeds sterker geworden en hebben wij betere technieken gekregen die ons helpen om afwijkingen snel op te sporen. Dankzij deze supportieve maatregelen hebben we de tumorbehandeling kunnen intensiveren en zijn ingrepen als een beenmergtransplantatie mogelijk geworden. Provocatief durf ik zelfs te stellen dat de verbeterde vooruitzichten van mensen met uitgezaaide kankers grotendeels te danken zijn aan effectievere supportieve therapie.

De klachten en complicaties als gevolg van de behandeling van een tumor variëren van mens tot mens. Aandachtig luisteren naar de patiënt heeft een tweeledig effect: het brengt ons op het spoor van de oorzaak van de klacht én het geeft de patiënt de indruk dat we tijd en aandacht aan hem of haar willen besteden. Alleen dat al heeft een geruststellende uitwerking. Na het onderzoek kunnen we voor die ene patiënt een behandeling kiezen die past bij de gevonden afwijkingen.

Bijstand in de laatste uren van het leven is bij uitstek een zaak van familie of echte vrienden en niet van professionals. Een goede medische begeleiding in die fase van het leven vereist vakkennis gepaard aan menselijkheid. In cruciale

fases van het leven moet een arts, met een zekere mate van overwicht, als rustpunt fungeren voor angstige patiënten en hun families. Het gebruik van de voornaam van een patiënt door arts of verpleegkundige onder deze omstandigheden suggereert een niet bestaande en, als regel, ook niet gewenste intimiteit. Het kan de zieke mens zelfs beroven van het laatste restje menselijke waardigheid. Oppervlakkigheid strookt niet met het verwachtingspatroon; iedereen vindt dat zijn kwaal de ergste is, zijn nood het hoogst. Dat herkennen en erkennen is óók supportieve zorg. Uit het ontbreken van een scheiding tussen supportieve en dagelijkse medische zorg put ik de motivatie om aan mijn leeropdracht, die uniek is in Nederland en in Europa, inhoud te geven.

## ACADEMISCHE PATIËNTENZORG

Om in de geneeskunde vooruitgang te boeken, zijn medische hoogstandjes een absolute voorwaarde. Zoals de ruimtevaart voor het dagelijks gebruik onder andere klittenband, teflon en betere kookpannen heeft opgeleverd, zo danken we aan de topzorg verbeterde infuuslijnen, groeifactoren en sterkere antibiotica. Deze kunnen ook van nut zijn bij minder kritische patiënten.

Een behandelingsprotocol, opgesteld door de voor dat onderwerp best gekwalificeerden, staat garant voor een goede behandeling. Het protocol is ondergeschikt aan de patiënt en niet de patiënt aan het protocol. Immers, de tolerantie voor een behandeling kan sterk afhangen van individuele factoren zoals leeftijd, bijkomende ziekten en psychische weerbaarheid. Bij het opstellen van een behandelplan moet een arts ook beschikken over een 'klinische blik', dat wil zeggen: aanvoelen dat er iets niet helemaal klopt ondanks de beschikbare feiten.

Zolang een arts zich bewust is van zijn beperkte kennis mag, nee, móet hij

zich enigszins autoritair en dominant gedragen. Ingelfinger, de oud-hoofdredacteur van de *The New England Journal of Medicine*, gaf al aan dat 90 procent van de patiënten een dokter bezoekt voor aandoeningen die óf vanzelf overgaan óf waarvoor geen behandeling bestaat. Dus als we aannemen dat een patiënt zich in de meeste gevallen toch beter voelt na een bezoek aan de dokter, moet dat gebaseerd zijn op een psychisch overwicht waardoor de patiënt geneigd, is in pillen of verklaringen te geloven. Als het overwicht echter gepaard gaat met ijdelheid of gebrek aan medeleven verwordt het tot een belediging van de medemens. Ook een arts die, als een verkoper, alle alternatieven voor een behandeling uitstalt en aangeeft dat de patiënt moet kiezen omdat het uiteindelijk zijn leven is, is verkeerd bezig. De dokter behoort, met uitleg over voor- en nadelen, de keuze te maken en de verantwoordelijkheid daarvoor te nemen.

Als een patiënt in feite is uitbehandeld, kan het de arts zwaar vallen hem dat te vertellen. Hoewel experimenten alleen verantwoord zijn in het kader van goedgekeurd klinisch onderzoek, kunnen sentimenten ons ertoe verleiden aan een experimentele kuur te beginnen. Een enkele patiënt kan dan geluk hebben, maar daar staat tegenover dat anderen voortijdig zullen overlijden aan de gevolgen van zo'n ingreep; wie welk lot treft is, zeker onder deze omstandigheden, volstrekt onvoorspelbaar. Een arts moet durven zeggen dat iets niet kán, ook al druist dat in tegen het verwachtingspatroon van de patiënt. Het is wonderlijk dat de meeste mensen, inclusief dokters, blijkbaar liever leven met schijnzekerheden dan met onzekerheden. Door grotere openheid in de communicatie zou men in de laatste decennia een verandering in dit patroon hebben mogen verwachten. De openheid wordt echter tenietgedaan door een groeiend gebrek aan aandacht en tijd. Foto's, kijkoperaties, bloedproeven en, als afschuwelijke klap op de vuurpijl, schriftelijke vragenlijsten bieden een modern surrogaat voor het tijdsintensieve persoonlijke contact. Soms sta je als patiënt al weer buiten voordat je de tijd hebt gekregen om te zeggen wat je mankeert, laat staan dat je kunt zeggen hoe je je voelt. Hier moeten we oppassen geen terrein te verliezen aan geneeskundigen die er een alternatieve zienswijze op na houden.



## Wie welk lot treft, is volstrekt onvoorspelbaar

Deze geven hun patiënt in feite niets meer dan aandacht. Dat is weliswaar een essentieel onderdeel van wat mensen bij een dokter zoeken, maar aandacht alleen is niet voldoende.

Patiëntenzorg, met hoeveel toewijding ook beoefend, kent in een academische omgeving weinig prestige. En toch versmelten juist in goede patiëntenzorg de Geneeskunde en Geneeskunst tot één geheel. De patiëntenzorg maakt ons tot halve alpha's of halve bèta's, en doet ons balanceren op het evenwichtskoord tussen aanvoelen en weten, tussen filosofie en feit. Vaak gaat het er niet om dat we alles weten, maar dat we beter hadden moeten weten.

De positie van de professor binnen de academische structuur is niet benijdenswaardig. De functie vereist organisatorisch vermogen, wetenschappelijk talent, didactische kwaliteiten en medische deskundigheid, terwijl men geselecteerd wordt op basis van al dan niet vermeende wetenschappelijke prestaties. Eenmaal benoemd, wordt de hoogleraar geconfronteerd met leergierige studenten, met artsen die hun attitude aan die van hem spiegelen, met patiënten die van hem oplossingen verwachten die anderen niet konden bieden en met een ziekenhuis- en faculteitsorganisatie die zo complex is dat zelfs de sturende instanties elkaar in de wielen rijden.

Maatregelen van de overheid om de groeiende kosten in de gezondheidszorg te drukken, draaien bijna altijd uit op een bevrozing van de status quo. Hierdoor worden de disciplines benadeeld die op dat moment in een opgaande lijn zitten. Dikwijls worden waardevolle ontwikkelingen geremd, terwijl specialisten in een consoliderende fase juist

voordeel krijgen. Als je al stilstaat, ondervind je niet veel hinder van het aantrekken van de handrem; het is dan zelfs verstandig.

### ONDERZOEK

In tegenstelling tot wat sommigen denken, vind ik fundamenteel onderzoek in de juiste proporties én uitgevoerd door gekwalificeerde mensen, waardevol.

In de *Lancet* van 4 mei 1996 schetst een aantal Nederlandse prominenten hoe bezuinigingen het doen van onderzoek bedreigden. Om dat gevaar het hoofd te bieden, zag de organisatie voor Nederlands Wetenschappelijk Onderzoek, NWO, het levenslicht. Subsidieaanvragen bij deze instelling werden en worden beoordeeld door raden waarin de fundamentele wetenschappers rijkelijk zijn vertegenwoordigd. Ook is de laatste decennia via de collectebusfondsen veel geld beschikbaar gekomen. Het leek zo theoretisch mogelijk om de uitvindingen uit het fundamentele onderzoek een plaats te geven in de dagelijkse praktijk. Het doel van de medische wetenschap is immers niet het vergroten van de kennis, doch het verbeteren van de gezondheid. Helaas blijkt dat de klinische projecten zelden voldoen aan de overigens zeer mysterieuze kwaliteitseisen.

Het was voor mij bijzonder leerzaam om te vernemen dat het geheim van de kracht van het Nederlands onderzoek moest worden gezocht in de vanaf 1992 opgerichte onderzoeksscholen. De differentiatie in de onderzoeksactiviteiten van deze scholen zou leiden tot een verscheidenheid in het zorgaanbod van de aan de scholen gelieerde ziekenhuizen. Tussen de academische zieken- >>

<< huizen groeit inderdaad een differentiatie in topreferentiefuncties, maar dit wordt absoluut niet gestuurd door het fundamenteel onderzoek. Ieder jaar moet iedere onderzoeker zich weer in bochten wringen om voor het jaarverslag woorden te vinden die een samenhang tussen de verschillende afdelingen zouden kunnen suggereren. In feite wordt er een toneelstuk opgevoerd in een decor dat de overheid welgevallig is. 'To be or not to be, that's the question,' maar nu uitgesproken door Macbeth in het decor van een Midzomernachtsdroom.

De hele visie achter het beleid werd samengevat door de vice-voorzitter van de Gezondheidsraad. Hij wees op het belang van fundamenteel onderzoek door te stellen dat de academische ziekenhuizen niet alleen een taak hebben voor de patiënt van vandaag, maar ook voor die van overmorgen. Kortgeleden heb ik oude jaargangen van belangrijke medische tijdschriften doorgebladerd. Daar zou ik immers de oplossing voor de problemen van vandaag moeten kunnen vinden. Nee, dus. In 25 jaar is ons inzicht in de biologie van kanker enorm toegenomen zonder dat dit tot nu toe heeft geresulteerd in een verbetering van de overleving. Men gaat, terecht, verder met investeren in de moleculaire biologie, maar voorlopig is het de horoscoop versus de blotechniek: vroeger leek het lot verborgen in de sterren, nu geloven we dat de toekomst ligt opgesloten in de genen. Het is de mythe van onsterfelijkheid gebaseerd op de misvatting dat technologie een oplossing kan bieden voor alle problemen. De medici wekken steeds weer hoop met nieuwe ontdekkingen in het laboratorium en de samenleving wil het graag horen.

In 1997 trok de Nederlandse Kanker Bestrijding ruim 80 miljoen uit voor onderzoek. In totaal werd, naar opgave in het jaarverslag, 35 procent van het budget besteed aan projecten ter verbetering van de kankerbehandeling, de helft aan onderzoek naar het ontstaan van en 10 procent aan de opsporing van kanker. Echter, van de 'klinische' projecten blijkt minder dan de helft klinische relevantie te hebben.

Theoretisch zijn we het erover eens dat de effectiviteit van een behandeling moet zijn bewezen voordat je die kunt toepassen. Men noemt dat evidence-based medicine, maar veelal ontbreekt daartoe noodzakelijk klinisch onderzoek. Helaas wordt vergelijkend onderzoek vaak beschouwd als tweederangs werk; het is blijkbaar te eenvoudig. Ik houd echter staande dat alleen goed klinisch onderzoek de kansen van patiënten met kanker kan doen keren en dat weinig moeilijker is dan het opzetten en uitvoeren van een goede klinische trial. Clinici gemotiveerd voor vergelijkend onderzoek raken gefrustreerd door onwil van de wetenschappelijke gemeen-

***“Alleen goed klinisch onderzoek kan de kansen van patiënten met kanker doen keren”***

schap om hierin te investeren. Ze moeten sterk in hun schoenen staan om niet toe te geven aan de verlokkingen van een door de farmaceutische industrie royaal gesponsorde trial. Een gevaarlijke ontwikkeling. Als onderzoek volledig afhankelijk wordt van direct belanghebbenden, scheppen de resultaten eerder verwarring dan dat ze een probleem oplossen. Samenwerkingsverbanden zoals de European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) kunnen door monopolisering van grote patiëntenpopulaties de farmaceutische industrie serieus tegenspel bieden, waarbij wederzijds overleg hoort te beginnen bij het ontwerpen van de trial.

Ik zou de overheid in overweging willen geven om voor de kosten welke een farmaceutische industrie maakt voor klinisch onderzoek, dat wordt uitgevoerd in een groot coöperatief verband, een apart tarief voor belastingafrek te hanteren. In ieder geval gunstiger dan voor kosten van symposia in aantrekkelijke oorden.

Clinici zijn te laks in het werven van patiënten voor vergelijkend onderzoek. Per jaar wordt minder dan 10 procent van de patiënten met kanker behandeld volgens een erkende klinische trial. Het is

dan ook gewenst dat algemene ziekenhuizen meer betrokken raken bij klinische research.

#### ONDERWIJS

Minder dan tien jaar geleden kon de voorzitter van een benoemingsadviescommissie aan onze faculteit kandidaat-hoogleraren nog belerend toevoegen dat het naïef was te veronderstellen dat vakkennis en onderwijs capaciteiten van enige waarde waren bij de selectieprocedure. Gelukkig is daar een kentering in opgetreden en lijkt onderwijs weer de plaats te krijgen die het verdient. In direct patiëntgebonden onderwijs behoort veel tijd te worden geïnvesteerd.

Onderwijs dient te worden verzorgd door de seniorstaf die de daartoe noodzakelijke klinische ervaring heeft. Naast zorg en aandacht voor het bijbrengen van vakkennis moet verder aandacht worden geschonken aan het aanleren van attitudes. Als onderdeel daarvan behoort elke arts-assistent mee te doen

aan afdelingsgebonden onderzoek, met als doel zich rationeel en kritisch denken eigen te maken. Het hoofdproduct van een afdeling of faculteit is niet de som van alle publicaties, noch het geslaagde medische hoogstandje, maar de aan de maatschappij afgeleverde arts die enkele decennia lang zelfstandig een academische professie moet kunnen uitoefenen.

Als een wetenschapper zijn kennis niet schriftelijk of mondeling kan overdragen, zijn de bevindingen slechts van uiterst beperkte en tijdelijke waarde. Hoe kennis breed toegankelijk gemaakt kan worden en ingebouwd in de dagelijkse praktijk is dé uitdaging voor de toekomst.

Publicaties in medische vakbladen noemen we literatuur. De overeenkomst met 'echte' literatuur is dat het geen makkelijke leeskost is. In de medische wetenschap komt dat vooral door de beperkte taalbeheersing en het gebrek aan ruimte. Frequent wordt gebruikgemaakt van 'preliminary', 'our results suggest' en vooral van 'however', waaruit men abusievelijk zou kunnen afleiden dat de auteur zijn bevindingen relativeert.

Zelfgenoegzaamheid past nooit in de gezondheidszorg. Immers, 'als je denkt dat je er bent, ben je er geweest' <<

## Nood of deugd?



**Siem Buijs**, CDA-Tweede-Kamerlid: 'Een deugd. Mijn motto: houd op het platteland de apotheekhoudend huisarts in stand! Hij heeft

daar van oudsher een waardevolle positie. Omdat prescriptie en uitgifte in één hand liggen, heeft de apotheekhoudend huisarts beter zicht op het voorschrijfpatroon. Bovendien werkt hij gemiddeld 20 procent goedkoper dan de apotheker. En dat is toch wat we willen. De bereikbaarheid van de reguliere apotheekhoudend huisarts is ook beter dan een uitdeelpost van een apotheker. Ik zie het niet gebeuren dat een apotheker een voorziening treft in een dorp met vijftig zielen.'

**Hans Witmer**, apotheekhoudend huisarts en bestuurslid van de LHV: 'Onbegrijpelijk, erg onbehoorlijk en ondoordacht. Voor een deel van onze beroepsgroep wordt de bestaanszekerheid acuut bedreigd. De opvolging en financiering van de praktijken worden in één klap geblokkeerd. Dit veroorzaken spanningen voor gezinnen en werknemers, geeft veel onrust onder patiënten, en bedreigt de medisch-farmaceutische voorziening in de regio. En dat terwijl de minister eerder met ons over een heel andere toekomst voor de apotheekhoudenden heeft gesproken. De geloofwaardigheid staat onder druk. Om de houding van de gehele beroepsgroep te bepalen, heeft het LHV-bestuur een extra ledenver-

Als het aan minister Borst

ligt, zijn de dagen van de apotheekhoudende huisartsen geteld. Het is een noodvoorziening die in het kader van de modernisering Wet op de Geneesmiddelenvoorziening overbodig wordt. Bewoners van het platteland kunnen hun medicijnen voortaan ophalen bij 'uitdeelposten'.

Apotheekhoudende huisartsen: nood of deugd?



Foto: Studio Anand Ruzakov

Schiermonnikoog zou het een ramp betekenen. Ik ben hier de enige huisarts en mijn inkomen uit de praktijk en uit de apotheek samen is lager dan dat van huisartsen op de wal: ik word gesubsidieerd door de gemeente.

Zonder apotheek heeft Vlieland geen huisarts meer. Een uitdeelpost? Toen ik hier zeven jaar geleden begon, had geen enkele apotheker interesse om de medicijnenuitgifte over te nemen.'

RGZ zorgverzekeraar, Provinciaal Patiënten en Consumentenplatform Groningen en de DHV Groningen in een gezamenlijke reactie: 'In de provincie werken twintig huisartsen die zonder apotheek niet kunnen bestaan. De huisartsen zullen verdwijnen, waardoor de dorpen minder leefbaar worden. Juist in een tijd waarin thuiszorg belangrijker wordt, is huisartsenzorg essentieel. Uit cijfers van de verzekeraar blijkt dat in de regio Groningen apotheekhoudende huisartsen 10 procent goedkoper werken. Als

alle huisartsen apotheekhoudend zouden zijn, bespaart dat de minister circa 600 miljoen gulden op geneesmiddelen.'

**Anita Direcks**, stafmedewerker in- en externe communicatie Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie: 'In dunbevolkte gebieden kunnen huisartsen zonder apotheek niet altijd bestaan. Met de maatregel komt niet alleen hun eigen praktijk maar ook de waar-

platteland in gevaar. Het f uitdeelposten de par-lichting, medicatie-ricen kunnen bieden. vinden wij scheiding belangrijk. Maar dat nkoop van apotheeksen elders onder te

**Mark Hagenzieker**, voorzitter KNMP: 'De eerlijkheid gebiedt mij te zeggen dat wij nogal verrast waren. Maar op zich is het een logisch gevolg van het plan om het voorschrijven en het afleveren van geneesmiddelen bij twee verschillende partijen onder te brengen. De KNMP heeft altijd gezegd dat een apotheker de plaats van een apotheekhoudend huisarts moet innemen op plaatsen waar dat

economisch rendabel is. Op lokaal niveau hebben we daar wel eens strijd over met de LHV.

In grotere en dunbevolkte gebieden zoals in Scandinavië wordt al jaren gewerkt met uitdeelposten voor geneesmiddelen. Dat werkt prima.'

**J.P. Deen**, huisarts te Vlieland: 'Zoals altijd worden de eilanden vergeten. Dat was met de Wet op het Ambulancetvervoer ook al zo. Voor Vlieland en

neming op het pla is verder de vraag o tiënt wel goede vobewaking en serv Evenals de ministe van zorg en inkoop kan ook door de i houdende huisart brengen.' <<

**Roel Otten**  
**Sabine E. Wildevu**



# HERBALS OF ECODRUGS

*Natuurlijk, veilig en effectief? Vergeet het maar!*

Van slechts enkele plantaardige middelen zijn de veiligheid en de werkzaamheid bewezen. Vaak blijken ze allesbehalve veilig te zijn.

JAN M. KEPPEL HESSELINK

Iedere huisarts herkent de situatie: een patiënt komt de spreekkamer in en vraagt wat de dokter vindt van kruid X dat zo goed zou zijn voor aandoening Y. De patiënten zijn meestal overtuigd van de associatie 'natuurlijk is goed voor u' en 'baat het niet, het schaadt ook niet'. Minder bekend is dat er regelmatig rapporten verschijnen over patiënten die chronische hepatitis of terminale nierinsufficiëntie oplopen door het gebruik van bepaalde kruiden. Of die eraan sterven.

Er zijn zeker kruiden die een duidelijk bewezen werkzaamheid hebben, met weinig of geen bijwerkingen. De verschillende preparaten van het Sint Janskruid (*Hypericum*) zijn daarvan een goed voorbeeld. Het heeft een goed gedocumenteerde werkzaamheid bij depressies en het bijwerkingenprofiel is zeer acceptabel.

Er zijn veel kruiden waarvan wordt gesuggereerd dat ze zeer werkzaam zijn voor een veelheid aan uiteenlopende aandoeningen. Hier geldt de algemene regel: hoe mooier het klinkt, hoe onwaarschijnlijker het is dat het middel werkzaam is.

## ONJUISTE ASSOCIATIES

Met de term 'ecodrugs' wordt een verband gesuggereerd tussen een plantaardig middel en de ecologie, een verband dat nergens op slaat. Onder ecologie verstaan we immers die discipline uit de biologische wetenschappen die de relatie tussen een planten- of diersoort en haar milieu in kaart brengt. De associatie die bij de consument wordt opgeroepen, is dan ook eerder een impliciete: zij lijkt te duiden op harmonie in de natuur en



roept de hoop op dat de harmonie van de eigen fysiologische functies kan worden bewerkstelligd door het innemen van dergelijke ecodrugs. Er zijn zelfs enkele plantaardige middelen op de markt die gebaseerd zijn op kruiden die direct uit het tropische regenwoud komen en die daarmee dus allesbehalve het predicaat 'eco' verdienen. Het ecosysteem wordt door het oogsten van dergelijke middelen immers onder druk gezet.

Een tweede onjuiste associatie is dat deze middelen, omdat ze natuurlijk zijn, geen schadelijke bijwerkingen hebben. Dit 'groene' imago van deze middelen is echter geenszins een vaststaand feit. Integendeel, er zijn in de literatuur veel meldingen te vinden van onherstelbare nier- en leverschade na het gebruik van bepaalde plantaardige middelen en er zijn zelfs mensen aan gestorven.

## ZEGEN OF VLOEK

Middelen van plantaardige oorsprong kunnen een zegen zijn, maar ook een vloek. Goede, gebalanceerde voorlichting over de sterke en de zwakke punten van het gebruik van plantaardige middelen is zeldzaam. Voor eenvoudige huistuin-en-keukenkwaaltjes is het zeker niet noodzakelijk om naar de huisarts te gaan. Het inzetten van onschuldige middelen van plantaardige oorsprong komt

dan ook veel voor, bijvoorbeeld echinacea-tinctuur bij verkoudheid. In hoeverre die middelen werken, is niet goed gedocumenteerd, maar het is wel duidelijk dat dergelijke middelen geen ernstige bijwerkingen veroorzaken. De grens tussen veilige en niet-veilige preparaten is echter zeer onduidelijk, temeer daar de oorsprong van een bepaald kruid of de samenstelling van een kruidenpreparaat niet altijd duidelijk is omschreven.

Plantaardige middelen omvatten een veelheid aan 'formuleringen' en kunnen bestaan uit:

- onbewerkte delen van planten, zoals bladeren, bast, wortels en bloemen;
- extracten van delen van de plant op basis van alcohol of water en elixirs;
- thee;
- destillaten uit plantenonderdelen, zoals aromatische olie en tabletten, capsules of poeders.

De preparaten kunnen ook mengsels zijn van verschillende kruiden, of er kunnen verschillende stoffen aan het plantaardige preparaat zijn toegevoegd: mineralen, vitamines of aminozuren. De argumentatie om dergelijke middelen daarvan te voorzien, is vergelijkbaar met het toevoegen van vitamine C aan Aspirine; een rationele basis ontbreekt.

Een verantwoorde keuze maken tussen al deze middelen is voor de consu-



VIER KLASSEN VAN ECODRUGS			
antioxydantie/ immuunstimulantia	activerende/ stimulerende preparaten	anxiolytica/ antidepressiva/ nootropica	diverse preparaten
rode-klaverextract (Trifolium pratense)	efedra-preparaten (Herbal extasy; Ma Huang)	Guto Kola	echinacea
Pycnogenol	Sassafras	Kava-kava	Saw Palmetto
planten-mineralencombinaties	Guarana	Ginko biloba	orgaanpreparaten
planten-vitaminecomplexen	Yohimbine	Sint Janskruid (Hypericum)	Ginseng
Schizandra	Damiane	passieflora	knoflook
Silymarin	Calamus	valeriaan	Germanium

Overzicht 1.  
Vier klassen van  
ecodrugs.

ment niet gemakkelijk en eigenlijk vrijwel onmogelijk, daar de informatie om tot een gewogen keuze te komen vaak ontbreekt in de bijsluiter of op de etiketten. Een keuze maken is eigenlijk alleen mogelijk als de consument:

- weet wat precies de inhoud van het preparaat is (omschreven in duidelijke bewoordingen);
  - weet waar het middel is geproduceerd en of er kwaliteitscontrole heeft plaatsgevonden (uitsluiten van contaminatie van het plantaardig materiaal met bestrijdingsmiddelen, micro-organismen of zware metalen);
  - een beschrijving heeft van de gedocumenteerde veiligheid van het middel, met een vermelding van het bijwerkingenprofiel;
  - een beschrijving heeft van de bewezen werkzaamheid van het middel bij een eenduidig omschreven indicatie.
- Bij veel preparaten van plantaardige origine ontbreekt deze informatie, of is de informatie onjuist of misleidend.

#### ECODRUGS BIJ NAAM GENOEMD

Welke middelen vallen nu onder de noemer 'ecodrugs'? Ook dat is niet duidelijk. Er bestaan uiteraard geen criteria voor en daarom vinden we vele uiteenlopende preparaten die met deze term omschreven worden. In *overzicht 1* worden enkele voorbeelden gegeven van plantaardige middelen of combinaties van plantaardige middelen en vitamines of mineralen. Er zijn uiteraard zeer veel preparaten op de markt. Deze ecodrugs worden het meest gebruikt om:

- het immuunsysteem te stimuleren en 'oxidatie' tegen te gaan;
  - het lichamelijk uithoudingsvermogen te vergroten (activerende en potentieverhogende middelen);
  - de geestelijke functies te versterken en cognitief verval te remmen;
  - depressies en angsten tegen te gaan.
- De middelen worden verder toegepast bij diverse klachten, zoals atherosclerose,

prostatisme, artrose, verkoudheid en griep.

Verder zijn er verschillende exotische middelen verkrijgbaar, waarvan de producenten zelfs opmerken dat het middel wel enorm goed is, maar dat er weinig over bekend is. Een voorbeeld van een dergelijk middel is Galanga, een preparaat bestaande uit gemalen wortel van een plant uit Nieuw-Guinea, dat als hallucinerend middel kan worden gebruikt. De effecten zouden door bepaalde essentiële oliën worden veroorzaakt. Volgens de producent (Smart Botanics) is in de literatuur bijna niets vermeld over het gebruik van dit kruid. Laat staan dat er gegevens bekend zijn van de 'therapeutische index' en de bijwerkingen.

Dat verschillende kruiden nare bijwerkingen kunnen veroorzaken, is in de toxicologische literatuur bekend: de olie van sassafras; safrol, is kankerverwekkend; verscheidene Afrikaanse kruiden veroorzaken nierschade; bepaalde Chinese kruiden om gewicht te verliezen zijn renotoxisch, hepatotoxisch of kunnen cardiomyopathie veroorzaken; en van Ma Huang (een efedrine-preparaat) zijn vele bijwerkingen beschreven, van acute hartdood tot nierstenen.<sup>1-8</sup> Een kleine epidemie van hepatotoxiciteit vond enkele jaren geleden plaats in België ten gevolge van de inname van een Chinees kruid: Jin bu huan

Anodyne. Ook zijn er vergelijkbare gevallen van leverbeschadiging beschreven in Californië. Verschillende kruiden bevatten bestanddelen die hepatotoxisch zijn of stoffen die het levermetabolisme remmen en zo aanleiding kunnen geven tot geneesmiddeleninteracties. Sommige kruiden zijn ook MAO-remmers en kunnen bij combinatie met serotonerge stoffen het potentieel dodelijke serotoninesyndroom veroorzaken.

In *overzicht 2* staan enkele gegevens over toxiciteit van bepaalde plantaardige stoffen.

In mengsels van planten met aminozuren, mineralen of vitamines kunnen verontreinigingen zitten. Die verontreinigingen kunnen dodelijke gevolgen hebben. In 1989 ontstond er ten gevolge van een verontreiniging in een voedings-supplement: het L-tryptofaan, een epidemie die meer dan 1.500 mensen trof en 38 doden veroorzaakte. Voorstanders van kruidentherapie merken vaak op dat vele miljoenen gebruikers nooit problemen hebben met deze middelen. Dat is juist, maar als de werkzaamheid niet vaststaat, is eigenlijk elk risico op een nare bijwerking er één te veel. Als een jonge student die veel sport, acuut doordvalt na een training en hij blijkt een 'powerdrink' te hebben gebruikt op basis van efedrine, en efedrine is aantoonbaar in de hartspeer, is dat één dode te veel. De suggestie van toegevoegde energie >>

TOXICITEIT VAN ENKELE PLANTAARDIGE MIDDELEN		
hepatotoxiciteit	renotoxiciteit	carcinogeniteit, cardiotoxiciteit, diverse toxiciteiten
Kombucha-thee	diverse Chinese kruiden	Safrole (Sassafras)
Jin bu huan (Lycopodium serratum)	Tung shueh-pillen	efedra- preparaten (Herbal Extasy)
Chaparral (Larrea divaricata)	Aristolochia	Lobelia
Germander (Teucrium)	Magnolia	Pennyroyal-olie
Licopodium	Stephanie	Tussilago
Livrex	Yerba bueno	Symphytum

Overzicht 2.  
Toxiciteit van  
enkele plant-  
aardige middelen.

door deze middelen, weegt daar niet tegenop. Een suggestie die bovendien niet is bewezen. Efedrine verhoogt de lichamelijke prestaties namelijk niet.<sup>9</sup>

#### VERANTWOORD ONDERZOEK ONTBREEKT

Het is niet zo dat alle middelen die in de handel zijn alleen schadelijk zijn en niet werkzaam. Er zijn enkele stoffen waarvan goed gedocumenteerd is dat die plantaardige preparaten werkzaam zijn. En ook mag duidelijk zijn dat uit planten vele werkzame middelen geïsoleerd zijn, van digitalis en Aspirine tot het antitumorale middel Taxol.

Welke plantaardige middelen hebben nu een bewezen werkzaamheid? Dat zijn er niet zo veel. Van Sint-Janskruid (depressie), knoflook (verlaging bloedlipiden), kava-kava (anxiolyse), saw palmetto (prostatisme) en gingo biloba (dementie) zijn positieve resultaten bekend uit methodologisch verantwoord onderzoek.<sup>10-13</sup>

Dit zijn uitzonderingen en zelfs bij deze middelen is de discussie over hun werkelijke effectiviteit nog niet gesloten.

Het merendeel van de indicaties voor fytotherapeutica is medisch niet eenduidig (immuunstimulatie) en dus onbewijsbaar, of is weliswaar duidelijk (diarree), maar bewijzen van effectiviteit volgens gerandomiseerd, placebogecontroleerd, klinisch geneesmiddelenonderzoek ontbreken, of het onderzoek is methodologisch onjuist opgezet.

Een aspect dat vrijwel altijd ontbreekt bij plantaardige middelen is informatie over hoe men tot de aanbevolen dosis is gekomen. In principe kan de beste dosis alleen via geneesmiddelenonderzoek worden bepaald, onderzoek waarin verschillende doseringen met elkaar en met placebo zijn vergeleken; dit onderzoek ontbreekt vrijwel altijd.

Bij mengsels kan men er eigenlijk altijd van uitgaan dat bewijs voor de werkzaamheid en veiligheid ontbreekt of insufficiënt is. Ook als er stoffen worden toegevoegd die niet bestaan, zoals vitamine P, mag men twijfelen. Combinaties

die orgaanextracten bevatten, kan men beter altijd mijden, omdat er kans bestaat op virale contaminatie en op de opname van te veel (geslachts)hormonen, met alle gevolgen van dien (prostaatkanker, borstkanker, cyclusstoornissen). Een voorbeeld hiervan is 'Super male plax', een combinatiepreparaat dat per e-mail te bestellen is en dat de volgende ingrediënten bevat: testiculair weefsel, Damiana, Ginseng, vitamine E, octacosanol, histine, Sarsaparilla, Saw Palmetto, prostaatweefsel, pollen, vitamine B-15, zink, oesterextract, cayenne, Gotu Kola, selenium, niacine en royal jelly. De zin van een dergelijke combinatie ontgaat eenieder, behalve de producent en de door de producent 'voorge-lichte' consument.

Overdreven claims zijn ook gemakkelijk te herkennen, die van pycnogenol bijvoorbeeld. Dit middel wordt aanbevolen als een natuurlijk plantenproduct, afkomstig van de bast van een pijnboom: de *Pinus maritima*. Hiervan wordt beweerd dat het 'de krachtigste antioxidans' is die bescherming biedt tegen ecotoxinen, en research zou hebben aangetoond dat pycnogenol 50 maal sterker werkzaam is dan vitamine E en 20 maal potenter dan vitamine C. Pycnogenol zou bloedvataandoeningen als varicositas tegengaan, alsook bloedingen, diabetische retinopathie en hoge bloeddruk. Het spreekt vanzelf dat behalve preklinisch en dierexperimenteel onderzoek er geen methodologisch verantwoord onderzoek bestaat dat deze beweringen ondersteunt. En 'evening primrose oil' kan gelukkig de volgende kwalen verlichten of genezen: obesitas, premenstruele syndromen, artritis, multiple sclerose, eczemen, hartziekten, hoge bloeddruk, alcoholisme en schizofrenie.

#### CONCLUSIE

Er zijn slechts enkele plantaardige middelen waarvan de veiligheid en de werkzaamheid bewezen zijn. Van de meeste middelen ontbreekt een duidelijk bewijs van werkzaamheid en regelmatig blijken plantaardige middelen allesbehalve veilig

#### SAMENVATTING

- De term 'ecodrugs' voor plantaardige preparaten is misleidend, de suggestie dat het om 'groene middelen' gaat is veelal onjuist.
- Slechts van enkele kruiden en plantaardige preparaten is de werkzaamheid en veiligheid voldoende bewezen.
- Combinatiepreparaten zijn vrijwel altijd zinloos, evenals toevoegingen van aminozuren, mineralen, vitamines, hormonen en orgaanextracten.
- Voor het merendeel van de plantaardige middelen ontbreekt deugdelijk werkzaamheidsbewijs, terwijl de veiligheid niet gegarandeerd is.
- De algemene regel is: hoe mooier het klinkt des te groter is de kans dat het om een onwerkzaam preparaat gaat.

te zijn. Ze kunnen leiden tot onherstelbare lever- en nierbeschadigingen (vooral exotische kruiden) of zelfs acute hartoed veroorzaken (efedrine-preparaten). Bovendien is van vrijwel alle middelen de oorsprong niet bekend, de kwaliteit niet beschreven en gecontroleerd, besmettingen met bacteriën niet uitgesloten, noch verontreinigingen met zware metalen en bestrijdingsmiddelen. Combinatiepreparaten dienen altijd te worden gemeden; er is niet op deugdelijke wijze bewezen dat deze middelen veilig en werkzaam zijn.

Consument: laat u niet verleiden kruiden te gebruiken als wat ervan wordt beweerd te mooi is om waar te zijn!

Huisarts en apotheker: bij vrijwel alle kruiden kan men gerust stellen dat het middel geen bewezen werkzaamheid bezit en dat de veiligheid niet gegarandeerd is. Geld uitgeven aan goede voeding en een gezonde levensstijl nastreven heeft meer zin. <<

prof. dr. J.M. KEPPEL HESSELINK,  
arts-farmacoloog, Laboratorium voor Farmacologie,  
Universiteit Witten/Herdecke, Duitsland

**Literatuur** 1. Kapiadia GJ, Chung EB, Ghosh B, Shukla YN, Basak SP, Morton JF, Pradhan SN. Carcinogenicity of some folk medicinal herbs in rats. *J Natl Cancer Inst* 1978; 60: 683-6. 2. Stewart MJ, Steenkamp V, Zuckerman M. The toxicology of African herbal remedies. *Ther Drug Monit* 1998; 20: 510-6. 3. Yang HY, Chen CF. Pharmacology and toxicology of herbal medicine: subacute toxicity of commonly used Chinese drugs. *J Toxicol Sci* 1998; 23 Suppl 2: 229-33. 4. Powell T, Hsu FF, Turk J, Hruska K. Ma-huang strikes again: ephedrine nephrolithiasis. *Am J Kidney Dis* 1998; 32: 153-9. 5. Ferguson JE, Chalmers RJ, Rowlands DJ. Reversible dilated cardiomyopathy following treatment of atopic eczema with Chinese herbal medicine. *Br J Dermatol* 1997; 136: 592-3. 6. Food and Drug Administration Center for Food Safety and Applied Nutrition. Adverse Events Associated with Ephedrine-Containing Products, August 16, 1996. 7. Clarkson PM, Thompson HS. Drugs and sport. Research findings and limitations. *Sports Med* 1997; 24: 366-84. 8. Linde K, Ramirez G, Mulrow CD et al. St. John's wort for depression: An overview and meta-analysis of randomized clinical trials. *BMJ* 1996; 313: 253-8. 9. Plosker GL, Brogden RN. Serenoa repens: A review of its pharmacology and therapeutic efficacy in benign prostatic hyperplasia. *Drugs Aging* 1996; 9: 379-5. 10. Zink T, Chaffin J. Herbal 'health' products: what family physicians need to know. *Am Fam Physician* 1998; 58: 1133-40. 11. Le Bars PL, Katz MM, Berman N, Itil TM, Freedman AM, Schatzberg AF. A placebo-controlled, double-blind, randomized trial of an extract of *Ginkgo biloba* for dementia. *North American EGB Study Group. JAMA* 1997; 278: 1327-32.

door: Frans Meulenbergh

## Zwangerschapsgehalte



New York, juni 1961. De 31-jarige Niki de Saint Phalle presenteert haar expositie 'Feu à volonté'. De galerie lijkt een schietbaan. Aan de wanden hangen doeken met blikjes en tubes verf, bijeengehouden in een stroperige substantie. Bezoekers krijgen een pistool, dat zij op de doeken leegschieten. Verf spat, druipt en glibbert over het werk. Deze destructieve kunstbenadering maakt de tentoonstelling tot een *overnight sensation*, het kortstondige orgasme van de avant garde.

Pas vier jaar later maakt De Saint Phalle furore met haar eerste Nana-sculpturen. Grote, veelkleurige beelden van voluptueuze en sterke vrouwen. Oer-vrouwen die een paradox behelzen. Want de naam 'Nana' verwijst niet alleen naar de *femme fatale* uit het werk van Emile Zola, maar tevens naar de moederrol - het bindmiddel van het gezin. De smalle koppen en vlezige lijven doen denken aan antieke vruchtbaarheidsgodinnen als de Venus van Willendorf. De 'godinnen' van Niki de Saint Phalle zijn echter niet van steen, maar zachter en kneedbaarder. Haar archetypes zijn gemaakt van draadconstructies, omwikkeld met papier-maché, stof en verf. De lyriek is exuberant: alles lijkt onmatig in de wereld van Niki de Saint Phalle.

In hartje Rotterdam, tussen Coolsingel en Erasmusbrug, opent over enige tijd Asklepion, een attractiepark over alles wat met mensen en hun gezondheid te maken heeft. Dit medisch pretpark is gevestigd in een dertig meter hoge, zwangere Nana, gecomposeerd uit duizenden stukjes bontgekleurd keramiek en glas. Het beeld bestaat uit drie etages. Op de derde verdieping, in het hoofd, kan de bezoeker de werking van de hersenen bekijken. Een etage lager bevindt zich een metershoog hart. De ademhaling en de functie van het bloed komen daar aan de orde. Zo gaat Asklepion, genoemd naar de Griekse god van de gezondheid, inzicht bieden in de werking van het menselijk lichaam.

De keuze voor Niki de Saint Phalle als ontwerper is niet verbazingwekkend. Zij heeft belangstelling voor de gezondheidszorg. Zo schreef en illustreerde zij het wonderlijk-vrolijke patiënteninformatieboekje 'Aids, you can't catch it holding hands'. En een kolossaal Nana-gebouw ontwierp zij al in 1966 in Zweden: een enorme, op de grond liggende Nana, de knieën

opgetrokken. De entree tot de tentoonstelling was geplaatst tussen de gespreide benen

Rotterdam krijgt een zwangere Nana. Zwanger? Hoogzwanger, volgens haar eerste ontwerp (zie illustratie). Te hoogzwanger, aldus criticasters. Onder hen ook erkende kunstkeners. De Volkskrant citeert Chris Dercon, directeur van het Museum Boymans van Beuningen: 'Ik schaar de Nana onder de noemer Efteling-architectuur: naïeve architectuur, die snel gaat vervelen. Dergelijke gebouwen raken vaak aan slijtage onderhevig, niet in materiële zin, maar in de beleving van de mensen.' Aan zijn zijde vindt hij H. Walgenbach, directeur van het Centrum voor Beeldende Kunst in Rotterdam, die het 'een

brutalesk gebouw' vindt dat 'dominant aanwezig' is. 'Dit gebouw doet mij denken aan een totempaal of aan een vogelverschrikker. Het is alsof je een prachtig gedicht leest en je halverwege een paar afschuwelijke regels tegenkomt.'

Dit alles is wat vreemd. Asklepion wil het nationale symbool voor een gezond leven zijn en bezoekers een ontdekkingsreis door het lichaam bieden. Is er een ruimtelijker lijf denkbaar dan dat van een zwangere? Daarnaast is het zwangerschapsgehalte een bizar criterium. In het eerste ontwerp leunt Nana inderdaad achterover in een even logge als kwetsbare balans, zwaar van buik, het gezicht wat omhoog geheven. Ze draagt de lome katachtige glimlach van een zwangere en de lome gratie waarmee zwangerschap gepaard kan gaan. Je hoort als het ware hoe een amechtige zucht uit haar mond

ontsnapt. Het beeld lijkt een passende illustratie bij het gedicht 'Zwangerschap' van Esther Jansma uit de bundel 'Stem onder mijn bed'. De slotregels:

*Maar plotseling ben ik zo groot.  
Het rammelt in mij en het groeit.  
Er komen nieuwe ruimten bij.*

*Soms ben ik bang. Ik begrijp het  
niet goed. Hoe volmaakt is een god  
die veranderen moet?*

Goden scheppen mensen, mensen baren kinderen. Maar Nana blijft, ook in het bijgestelde ontwerp van Niki de Saint Phalle, een barend godin met een lijf als een kathedraal. <<



# BURNOUT IN DE ONCOLOGIE

## Resultaten van een landelijk onderzoek

### Zorgverleners in de oncologie lopen een verhoogd risico op 'opbranden'

P.M. LE BLANC, W.B. SCHAUFELI EN  
N.C.A. VAN HEESCH

De laatste jaren is de maatschappelijke aandacht voor het welzijn van werknemers in dienst c.q. zorgverlenende beroepen, zoals de gezondheidszorg, sterk toegenomen. Een verschijnsel dat hierbij steeds vaker op de voorgrond treedt is burnout ('opbranden'), een vorm van chronische werkstress waaraan drie aspecten kunnen worden onderscheiden. Ten eerste emotionele uitputting, ofwel het gevoel helemaal 'leeg' en 'op' te zijn doordat alle reserves zijn verbruikt. Als gevolg hiervan probeert een zorgverlener zichzelf te beschermen door afstand te nemen van zorgvragers (patiënten, cliënten). Deze afstandelijkheid wordt depersonalisatie genoemd en is het tweede aspect van het burnout-syndroom. Kenmerkend hierbij is een cynische, negatieve, onverschillige houding ten aanzien van de mensen met wie de zorgverlener werkt. Ten slotte wordt de eigen werkprestatie negatief geëvalueerd. Men heeft het gevoel niet meer naar behoren te functioneren en geen waardevolle dingen meer te bereiken in het werk. Dit vormt het derde aspect van burnout: verminderde persoonlijke bekwaamheid.

Burnout vormt echter niet alleen een gevaar voor het welzijn van zorgverleners zelf, maar kan op den duur ook negatieve gevolgen hebben voor de kwaliteit van de zorgverlening en voor de organisatie waarin de betrokkenen werkzaam zijn.<sup>1</sup> Voorbeelden van dit laatste zijn een toename in ziekteverzuim en personeelsverloop.

#### AANLEIDING TOT HET ONDERZOEK

Vanwege de intensiteit van de interpersoonlijke relaties met (familieleden van) patiënten zou kunnen worden verondersteld dat zorgverleners in de oncologie een groter risico lopen om op te branden dan zorgverleners in andere, emotioneel

minder belastende specialismen. Wetenschappelijk onderzoek naar (oorzaken van) burnout in de oncologie is tot op heden echter relatief schaars. Hoewel een aantal buitenlandse studies laat zien dat zorgverleners in de oncologie inderdaad een belangrijke risico-groep vormen wanneer het gaat om burnout,<sup>2,3</sup> is de kwaliteit van deze studies twijfelachtig. Veelal is gebruikgemaakt van zeer kleine onderzoeksgroepen en niet gevalideerde instrumenten om burnout te meten.

Hoewel er vanuit de praktijk signalen komen die erop wijzen dat burnout-problematiek ook bij zorgverleners in de Nederlandse oncologie speelt, is tot op heden in ons land nog geen systematisch onderzoek op dit terrein verricht. Om inzicht te verkrijgen in de incidentie, de etiologie en de preventie van burnout bij oncologische zorgverleners in Nederland, is in april 1996 bij de vakgroep Sociale en Organisationspsychologie van de Universiteit Utrecht gestart met een grootschalig onderzoeksproject 'Burnout in de oncologische zorg'. In het eerste deel van dit project is door middel van een schriftelijke vragenlijst getracht inzicht te krijgen in de incidentie van burnout-klachten bij oncologische zorgverleners in Nederland en in mogelijke verschillen in burnout-niveaus tussen artsen, radiotherapeutisch laboranten en verpleegkundigen. Daarnaast is nagegaan welke (de)motiverende aspecten van het werk c.q. de werksituatie samenhangen met het optreden van burnout-klachten bij elk van bovengenoemde groepen. De onderzoeksgroep bestond uit 816 oncologische zorgverleners (179 artsen, 227 radiotherapeutisch laboranten en 410 verpleegkundigen) die benaderd zijn via vijf Nederlandse wetenschappelijke verenigingen.

#### HET NIVEAU VAN BURNOUT

De mate van burnout in de onderzoeksgroep is gemeten met behulp van de Nederlandstalige versie van de Maslach

Burnout Inventory,<sup>4</sup> een valide en betrouwbaar instrument om de drie bovengenoemde aspecten van burnout te meten. Voor de subschalen 'emotionele uitputting' en 'depersonalisatie' geldt dat een hogere score aangeeft dat de persoon meer is opgebrand; bij de subschaal 'persoonlijke bekwaamheid' geldt daarentegen dat een lagere score overeenkomt met een sterkere mate van opgebrand zijn.

In tabel 1 worden de gemiddelde scores op de drie burnout-componenten voor de totale onderzoeksgroep vergeleken met die van a. de Nederlandse normgroep, bestaande uit 3.800 zorgverleners uit diverse beroepsgroepen in de gezondheidszorg,<sup>4</sup> b. een representatieve steekproef bestaande uit 507 huisartsen,<sup>5</sup> c. een groep van 190 intensive care(IC)-artsen, en d. een groep van 770 intensive care(IC)-verpleegkundigen.<sup>6</sup> De gemiddelden zijn berekend op basis van individuele scores van respondenten op elk van de drie subschalen van de MBI-NL.

Wat betreft hun score op de eerste twee (kern)componenten van burnout, blijken oncologische zorgverleners significant\* méér te zijn opgebrand dan huisartsen, IC-artsen en IC-verpleegkundigen; ook scoren zij beduidend hoger dan de Nederlandse normgroep. Daarentegen is hun gevoel van persoonlijke bekwaamheid aanzienlijk sterker dan dat van de andere beroepsgroepen en de normgroep. Hierbij dient in gedachten te worden gehouden dat het gaat om de relatieve hoogte van de burnout-scores ten opzichte van die van min of meer vergelijkbare groepen zorgverleners. Hoewel de werksituatie van oncologische zorgverleners verhoudingsgewijs dus meer aanleiding lijkt te geven tot vermoeidheidsklachten en een afstandelijke houding ten opzichte van patiënten zijn zij desondanks het positiefst over de kwaliteit en het nut van hun werkzaamheden. Wat hiervan precies de achtergrond is, weten we niet, maar er zou

GEMIDDELDE SCORES OP DE DRIE BURNOUT-ASPECTEN					
	normgroep (n = 3.800)	zorgverleners oncologie	huisartsen	IC- artsen	IC-verpleeg- kundigen
emotionele uitputting	15,5	20,7	16,6	15,1	15,6
depersonalisatie	7,4	9,7	9,0	7,6	7,2
persoonlijke bekwaamheid	27,3	38,2	27,1	31,8	30,4

Tabel 1.

GEMIDDELDE BURNOUT-SCORES VOOR ARTSEN, VERPLEEGKUNDIGEN EN LABORANTEN.			
	artsen (n = 179)	verpleegkundigen (n = 410)	radioth. laboranten (n = 227)
emotionele uitputting	20,0	21,4	19,9
depersonalisatie	10,5	9,4	9,3
persoonlijke bekwaamheid	39,5	38,6	36,4

Tabel 2.

kunnen worden gespeculeerd dat dit te maken heeft met het feit dat oncologische zorgverleners bij uitstek werkzaam zijn in hooggekwalificeerde, specialistische beroepen, die ook maatschappelijk gezien in hoog aanzien staan ('de strijd tegen kanker').

#### ONCOLOGISCHE ZORGVERLENERS ONDERLING VERGELEKEN

In tabel 2 staan de gemiddelde burnout-scores voor elk van de drie onderzochte oncologische beroepsgroepen afzonderlijk vermeld. Er komt een aantal interessante verschillen tussen de drie beroepsgroepen naar voren. Allereerst blijken verpleegkundigen significant hoger te scoren op de schaal die emotionele uitputting meet dan de andere twee beroepsgroepen. Alleen verpleegkundigen zijn dag én nacht 'belast' met de zorg voor de (familie van) patiënten. Als zodanig hebben zij verhoudingsgewijs het meest te maken met (emotioneel) belastende contacten, die uiteindelijk kunnen resulteren in gevoelens van geestelijke uitputting. Dat parttime werk geen bescherming biedt tegen emotionele uitputting blijkt uit het feit dat bij verpleegkundigen waar het meest parttime wordt gewerkt (58 procent tegenover, respectievelijk 15 procent en 38 procent bij artsen en radiotherapeutisch laboranten) de meeste vermoeidheidsklachten worden gerapporteerd.

Ten tweede scoren artsen significant hoger dan de andere beroepsgroepen op de schaal die depersonalisatie meet. Wellicht kan dit worden verklaard doordat artsen vanuit hun opleiding traditioneel sterk zijn georiënteerd op 'cure', de

medisch-technische kant van de behandeling. Hun beroepshouding zou daarvoor wellicht wat afstandelijker kunnen zijn dan die van verpleegkundigen en laboranten die meer gericht zijn op 'care', de (psychosociale) zorg voor de patiënt. Daarnaast zou een rol kunnen spelen dat artsen zich sterk persoonlijk verantwoordelijk voelen als een patiënt ondanks alle inspanningen toch niet verbetert. Een mogelijkheid om zichzelf te beschermen tegen de negatieve gevoelens (schuld, frustratie) die hiermee gepaard gaan, is het aannemen van een meer afstandelijke houding ten opzichte van de patiënt.

Tot slot zien we dat gevoelens van persoonlijke bekwaamheid beduidend lager zijn bij radiotherapeutisch laboranten dan bij de andere twee beroepsgroepen. Een veelgehoorde klacht bij deze beroepsgroep is een gebrek aan feedback over (de kwaliteit van) de verrichte werkzaamheden. Daarnaast geven relatief veel laboranten aan dat ze hun 'top' hebben bereikt en zich niet verder meer kunnen ontwikkelen in hun beroep.

#### (DE)MOTIVERENDE WERKASPECTEN

Met een schriftelijke vragenlijst is eveneens informatie verzameld over de ervaren belasting door een aantal demotiverende werkaspecten ('stressoren'), respectievelijk de tevredenheid over een aantal motiverende werkaspecten ('satisfiers'). Met behulp van multiële regressieanalyses is nagegaan welke van deze werkaspecten relatief gezien de sterkste samenhang hebben met elk van de drie burnout-aspecten. In de eerste stap van

deze analyses is gecontroleerd voor mogelijke 'versturende' effecten van geslacht, aantal jaren werkervaring in de oncologie en het al dan niet vervullen van een leidinggevende functie. Binnen de groep artsen zijn afzonderlijke analyses uitgevoerd voor internisten, chirurgen en radiotherapeuten.

Tabel 3 geeft een schematisch overzicht van de relatie tussen de ervaren werksituatie en burnout. In deze tabel worden alleen de sterkste relaties tussen de verschillende werkaspecten en de drie componenten van burnout weergegeven. Dit wil niet zeggen dat de overige werkaspecten niet van belang zijn voor (het ontstaan van) burnout-klachten, maar dat hun samenhang met burnout relatief gezien minder sterk is.

De belangrijkste resultaten kunnen als volgt worden samengevat:

Emotionele uitputting blijkt voor alle groepen de sterkste samenhang te vertonen met werk-privé-interferentie; dat wil zeggen dat het privé-leven te lijden heeft onder de werkzaamheden. Voor twee van de vijf groepen wordt daarnaast gevonden dat een gebrek aan autonomie, respectievelijk negatieve aspecten van de relatie met collega's samenhangen met meer gevoelens van emotionele uitputting.

Depersonalisatie blijkt met name samen te hangen met de belasting door tijdsdruk en een gebrek aan autonomie. Deze stressoren brengen een beperking in de handelingsvrijheid met zich mee, die waarschijnlijk een onpersoonlijke benadering van patiënten in de hand werkt. Daarnaast worden samenhangen gevonden tussen deze burnout- >>

SIGNIFICANTE RELATIES TUSSEN DE 'SATISFIERS', DE 'STRESSOREN' EN ELK VAN DE DRIE BURNOUT-COMPONENTEN			
	emotionele uitputting	depersonalisatie	verminderde persoonlijke bekwaamheid
<b>satisfiers</b>			
positieve aspecten relatie patiënten	V -	I -	C I L V -
positieve aspecten relatie collega's	L -		
positieve aspecten specialisme		V -	V -
bijdrage wetenschap/kennisoverdracht		L -	
variatie werkzaamheden	C -		
ontwikkelingsmogelijkheden/groei	C -		
<b>stressoren</b>			
negatieve aspecten relatie patiënten			V +
gebrek aan autonomie	I L +	C L V +	
negatieve aspecten relatie collega's	C V +		
tijsdrukt	V +	I L V +	I +
afdelingsgebonden problemen	L +		V +
confrontatie met dood	I +	I +	
negatieve aspecten specialisme			
emotionele belasting/identificatie met patiënt		R +	R L V +
onregelmatige diensten			V +
voldoen aan wetenschappelijke 'eisen'	C +		
lichamelijk zwaar werk	L +		
durende maatschappelijke waardering	C +	I +	
werk-privé interferentie	R C I L V +	V +	
onbillijkheid salaris			

R = radiotherapeuten; C = chirurgen; I = internisten; L = radiotherapeutisch laboranten; V = verpleegkundigen.  
+ = positieve relatie; - = negatieve relatie.

dimensie en een aantal specifiek patiënt-gebonden werkaspecten.

Gevoelens van (verminderde) persoonlijke bekwaamheid blijken vooral samen te hangen met de emotionele belasting in de relatie met patiënten, respectievelijk met positieve aspecten van deze relatie (zoals waardering en openheid). Blijkbaar vormt de kwaliteit van de relatie met patiënten voor zorgverleners in de oncologie de belangrijkste graadmeter voor hun functioneren. Ook organisatorische zaken (afdelingsproblemen, onregelmatige diensten, tijdsdruk) blijken samen te hangen met deze burnout-dimensie.

#### AANDACHTSPUNTEN VOOR BELEID

Om de belasting door werk-privé-interferentie te verminderen, zouden werkroosters en werktijden opnieuw kunnen worden gezien en waar mogelijk aangepast. Hierbij dient te worden gestreefd naar zoveel mogelijk regelmaat en over-

zichtelijkheid, bijvoorbeeld door aaneengesloten periodes van gelijksoortige diensten. Ook moet erop worden gelet dat zorgverleners voldoende herstelmogelijkheden hebben, zowel gedurende de werkdag als tussen de verschillende diensten in.

Ten tweede verdient het aanbeveling de mate van autonomie in het werk te vergroten, mede omdat we uit arbeidspsychologisch onderzoek weten dat dit mensen beter in staat stelt met een hoge werkdruk om te gaan.<sup>7</sup> In aanvulling hierop zou, voorzover mogelijk, de werkdruk beter kunnen worden gedoseerd door een evenwichtiger verdeling van de werklast over de verschillende werknemers op een afdeling, taakrotatie en een goede beheersing van het opnamebeleid.

Tot slot blijft het van belang om in de opleiding en nascholing van oncologische zorgverleners ruimschoots aandacht te besteden aan het leren hanteren van de emotionele belasting die inherent is aan

Tabel 3.

de zorg voor kankerpatiënten. Ook de mogelijkheid om over deze emotioneel belastende ervaringen te spreken met collega's, bijvoorbeeld door middel van vaste intervisiebijeenkomsten, kan helpen de negatieve effecten van dit type belasting op het welzijn van zorgverleners te verminderen. De organisatie zou hierbij een faciliterende rol kunnen vervullen, door tijd en geld beschikbaar te stellen voor dit type bijeenkomsten: gezonde werknemers vormen immers de basis voor het goed functioneren van de organisatie!<<

Wij danken de leden van de begeleidingscommissie van het onderzoek: prof. dr. J. Bensing, dr. C. Koning, dr. M. Nooy en prof. dr. A. Zwaveling. Dit onderzoek is gefinancierd door de Nederlandse Kankerbestrijding/Stichting Koningin Wilhelmina Fonds.

mw. dr. P.M. le Blanc,  
psycholoog

prof. dr. W.B. Schaufeli,  
hoogleraar organisatiepsychologie

mw. drs. N.C.A. van Heesch,  
psycholoog, Universiteit Utrecht, Vakgroep Sociale en  
Organisatiepsychologie

#### SAMENVATTING

- De vakgroep Sociale en Organisatiepsychologie van de Universiteit Utrecht heeft onderzoek gedaan naar de incidentie, de etiologie en de mogelijkheden van preventie van burnout bij oncologische zorgverleners.
- Oncologische zorgverleners zijn als totale groep meer 'opgebrand' dan andere zorgverleners.
- De gevoelens van burnout hangen vooral samen met sociale (interpersoonlijke) werkaspecten, tijdsdruk en een gebrek aan autonomie in het werk.

**Literatuur** 1. Schaufeli WB, Enzmann D. *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London: Taylor & Francis, 1998. 2. Olkinuora M, Asp S, Juntunen J, Kauttu K, Strid L, Aärinmaa M. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1990; 25: 81-6. 3. Stewart BE, Meyerowitz BA, Jackson LE, Yarkin KL, Harvey JH. Psychological stress associated with outpatient oncology nursing. *Cancer Nursing* 1982; 5: 387-93. 4. Schaufeli WB, Dierendonck D van. Burnout, een concept gemeten. *De Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory (MBI-NL)*. *Gedrag en Gezondheid* 1994; 22: 153-72. 5. Bakker AB, Schaufeli WB, Sixma HJ, Bosveld W, Dierendonck D van (aangeboden ter publicatie). Harassment by patients, perceptions of inequity and burnout: a five-year longitudinal study among general practitioners. 6. Reis-Miranda D, Spangenberg JFA. *Kwaliteit, doelmatigheid en organisatie van Intensive Care Units in Nederland*. Groningen: FRICE, 1992. 7. Karasek RA, Theorell T. *Healthy work*. New York: Basic Books, 1990.





**1** (4) **Tobben in voor-spoed.** A.J. Dunning e.a. Meulenhoff, f 24,90.

Opstellen over de paradox van de geneeskunde.

**2** (-) **De man die zijn vrouw voor een hoed hield.** O. Sacks. Meulenhoff, f 9,90. Goedkope herdruk van deze bestseller.

**3** (1) **Op het scherp van de snede - goed en kwaad in de geneeskunst.** Heleen Dupuis. Balans, f 39,50. Essays.

**4** (2) **Codex Medicus.** Eyskens e.a. (red). Elsevier, f 198,00. Beknopt naslagwerk, ook op CD-Rom.

**5** (5) **Geneeskundig woordenboek 1999.** Pinkhof e.a. (red). Bohn Stafleu Van Loghum, f 139,50. 10e druk, al 75 jaar toonaangevend.

**6** (3) **Kleine kwalen in de huisartspraktijk.** J.G. Streefkerk en Th. J. M. Verheij (red.). Bunge, f 62,50. Toegankelijke gids.

**7** (10) **Infiltratietechnieken.** Dos Winkel e.a. Lasion, f 271,00. CD-Rom, Nederlands.

**8** (8) **Vouwfouten - prionziekten als model.** Borst, J.J.E. van Everdingen en W.A. van Gool (red). Boom/Bevelde, f 39,50. Essays inzake verkeerd vouwende eiwitten.

**9** (-) **Geneeskundig jaarboek 1999.** Diverse auteurs. Nijgh Periodieken, f 69,50.

**10** (6) **Het psychiatrisch onderzoek.** M.W. Hengeveld en W.J. Schudel. Bunge, f 47,50. Handleiding bij het onderzoek van de volwassen patiënt.

*De boekentoptien en het signalement worden samengesteld door Scheltema, Amsterdam, en zijn gebaseerd op gegevens verstrekt door de Boekhandels Groep Nederland. Prijzen onder voorbehoud.*

### Beknopt signalement van opmerkelijke en spraakmakende nieuwe boeken

#### Onze genen

Handboek menselijke erfelijkheid.

Marnix Cokelaere en Pol Craeynest zetten de stand van kennis systematisch en overzichtelijk uiteen. Voor studenten en afgestudeerden in de medische en psychosociale richtingen. Acco, paperback, 424 blz., f 68,50

#### Behandeling en preventie van RSI

RSI ofwel CKK is een overbelastingssyndroom dat ontstaat als gevolg van

langdurige, statische kort-cyclisch repeterende arbeid. Van Gorcum, paperback, 65 blz., f 35,00.

#### Tijdelijk feest

In de nieuwe roman van Bert Keizer wordt nagedacht, gestorven en begraven, maar ook gelachen en liefgehad. Sun, paperback, 288 blz., f 39,50

#### Op de achtergrond.

Een onderzoek naar de problemen van partners van patiënten met een chronische ziekte.

Marina Kuypers interviewde dertig partners van patiënten met kanker, hartinfarct, multiple sclerose, reuma en andere ziekten.

Thela, paperback, 212 blz., f 39,50.

#### Whisky met een rietje

Dagboek van een zieke huisarts.

Arts Jos van Bommel verhaalt over de periode die hij in het ziekenhuis doorbracht. 'Als dokters dokters behandelen, kijkt Murphy altijd mee (de wet van ... ).'

Boom, pocket, 179 blz., f 35,00.

### Recensie van B.J.P. Crul, hoogleraar pijnbestrijding

J. Passchier, R.W. Trijsburg, R. de Wit R, S.L.C.

**Eerdmans-Dubbelt (red). Psychologie van onbegrepen chronische pijn.**

Assen: Van Gorcum, 1998. 210 blz. ISBN 90 232 3235 6. Prijs f 55,-.

Psychologen en artsen stelden dit handboek samen. Het geeft een overzicht van de inzichten rond de psychologie van het chronisch benigne pijnsyndroom (CBPS). De laatste decennia is het voorkomen van dit ziektebeeld sterk toegenomen. Alleen al in Nederland kampen honderdduizenden mensen met onbegrepen chronische pijnklachten: lage-rugpijn, whiplash, hardnekkige hoofdpijn en buikpijn. Behalve leed voor de betrokkenen, veroorzaken deze aandoeningen ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en een medische consumptie die de samenleving jaarlijks miljarden kost.

In de eerste hoofdstukken wordt een uitstekend beeld gegeven van de achtergronden van het probleem. Aan bod komen onder meer het meten van pijn, de rol

van de eerste lijn en de raakvlakken met de psychiatrie.

De volgende hoofdstukken zijn opgezet als capita selecta. Hier worden de verschillende psychologische interventies besproken. Ieder hoofdstuk is voorzien van een uitgebreide literatuurlijst als leidraad voor de lezer bij het verder exploreren van de achtergronden.

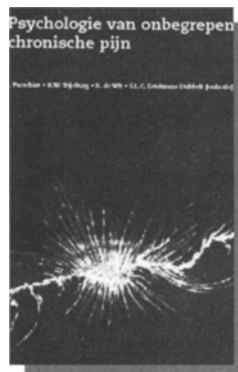
Enkele woorden van kritiek: alleen in het hoofdstuk over fibromyalgie wordt de verwijzing van arts naar psycholoog inhoudelijk uitgewerkt. Meer aandacht hiervoor leidt tot realistischer verwachtingen bij patiënt en arts. Hierdoor zullen minder patiënten afhaken tijdens een behandeling door de psycholoog. Ook zou er een hoofdstuk kunnen worden toegevoegd dat is geschreven vanuit het perspectief van de patiënt. In de praktijk blijkt vaak dat hulpverleners moeite hebben zich in te leven in het referentie-

kader van de patiënt.

Dit geldt nog meer ten aanzien van de groeiende groep patiënten met een allochtone achtergrond. Een tekort aan inzicht over de specifieke beleving en betekenis van pijn binnen een bepaalde cultuur bezorgt zowel de patiënt als de behandelaar een gevoel van onmacht, teleurstelling en irritatie.

Toch geeft het boek een uitstekend overzicht van de bijdragen die de psychologie en de psychiatrie kunnen leveren aan een beter begrip - en daarmee aan een betere behandeling - van de patiënt met onbegrepen chronische pijn.

Het werk is uitermate geschikt als studieboek en als naslagwerk bij de verschillende beroepsopleidingen binnen de gezondheidszorg. Ook andere geïnteresseerden in de rol van de psychologie bij chronische pijn zullen in dit boek veel van hun gading kunnen vinden.



# ZORGCOÖRDINATIE VOOR LASTIGE PATIËNTEN

*Een middel tegen systematische overlast in de huisartspraktijk*

Voor patiënten met chronische complexe problematiek - lastige patiënten - is meestal een combinatie van verschillende zorgsoorten noodzakelijk. De vraag is: wie coördineert deze zorg?

A.R.M. DE RUITER EN J.W. BLOEMERS

**P**atiënten met chronische complexe problematiek zijn vaak een schrikbeeld voor huisarts en zorgverlener, vooral wanneer er sprake is van psychosociale problematiek. Zorgcoördinatie, in de vorm van een bespreking en het aanstellen van een coördinator, kan ervoor zorgen dat de chronische overlast tot een minimum beperkt blijft. Dit komt alle betrokken partijen ten goede. Een illustratie aan de hand van vier voorbeelden.

**Mevrouw A**, een 64-jarige alleenstaande, heeft ernstig longemfyseem en fobische klachten. Zij heeft tweemaal een echtgenoot verzorgd die aan kanker is gestorven. Haar eerste man overleed na een lang ziekbed uiteindelijk in een verpleeghuis. Haar tweede man verzorgde ze tot het eind toe thuis, omdat zij het verpleeghuis het ergste vindt wat een mens kan overkomen.

Ze wordt begeleid door het maatschappelijk werk en de thuiszorg. Herhaaldelijk heeft zij conflicten met de verzorgsters en meermalen werd de hulp tijdelijk opgezegd. Telkens weer moet de huisarts dan als bemiddelaar optreden.

Met haar kinderen heeft ze nauwelijks contact. Als zij na verslechtering van haar longemfyseem afhankelijk wordt van zuurstof, is het eigenlijk niet langer verantwoord dat zij thuisblijft. Een aanleunwoning of een verzorgingshuis wijst zij resoluut van de hand. Het verzorgingshuis is voor haar synoniem aan het verpleeghuis. Gezien de voortdurende aanvaringen met de thuiszorghulpverleners zijn we in een impasse geraakt. Met de huisarts, de thuiszorg, het maatschappelijk werk en een lid van de familie beleggen wij een zorgcoördinatiebespreking. In deze bespreking wordt afgesproken dat mevrouw haar klachten niet afreageert op de verzorgsters, maar ze indient bij de maatschappelijk werkster. Die zal op haar beurt de klacht doorspreken met de coördinator van de thuiszorg en zo nodig met de huisarts. Als sanctie wordt afgesproken dat bij overtreding van deze regel een gele kaart zal worden uitgedeeld. Drie gele kaarten is een rode kaart, en een rode kaart betekent stopzetting van de thuiszorg. Mevrouw wordt ervan doordrongen dat een rode kaart voor haar absoluut het einde betekent van thuis wonen.

**Patiënt B** is een 54-jarige gescheiden man, die bij zijn hoogbejaarde ouders woont. Hij is ernstig verslaafd aan alcohol en medicijnen. Diverse opnames in de psychiatrie hebben daaraan niets kunnen veranderen. Psychiatisch staat hij als te boek als 'borderline'. Telkens maakt hij zijn maandvoorraad medicijnen in een paar dagen op, hangt dronken aan de telefoon of timmert de boel kort en klein. Dan wordt hij weer ergens tijdelijk opgenomen. Met de psychiater, de verslavingszorg en de huisarts wordt een zorgcoördinatiebespreking belegd. Afgesproken wordt dat hij een zorgcoördinator van de verslavingszorg krijgt. De huisarts zal - in overleg met de

apothek - de medicatie zo voorschrijven dat de patiënt deze per dag kan afhalen bij de apotheek. Er wordt voor hem een beschermde woonvorm gezocht.

**De heer C**, 38 jaar, is op zijn 24ste gedwongen opgenomen geweest in een psychiatrisch ziekenhuis in verband met zelfverwaarlozing. In die tijd had hij verwondingen die niet uit zichzelf genazen. Na deze opname blijft hij alle huidartsen van Noord-Nederland consulteren met wonden. Hij is ervan overtuigd dat hij een pathogene huidbacterie heeft. Hij gebruikt grote hoeveelheden jodium, chloorhexidine-zalf en verbandmiddelen en stinkt een uur in de wind.

Iedereen is ervan overtuigd dat de patiënt zichzelf de wonden toebrengt en hij saboteert alle pogingen om een kweek lege artis te laten afnemen. Psychiatrische interventie wijst hij af. Vanwege die gedwongen opname wil hij niets meer van psychiaters weten. Bovendien is dit volgens hem geen psychiatrisch probleem.

Omdat de zaak onhoudbaar dreigt te worden, houden de huisarts, de psychiater en de dermatoloog van het Academisch Ziekenhuis Groningen (die als coördinator optreedt voor de dermatologen) een zorgcoördinatiebespreking.

Voor de dagelijkse zorg van zijn huid kan hij via de verpleging van het project SPITS (substituerende psychiatrische intensieve thuiszorg service) terecht op het crisisbureau. De psychiater treedt zo nodig in overleg met de dermatoloog om een afspraak voor hem te regelen. De afspraak is dat niemand behalve de psychiater nog wondverzorgingsmiddelen voorschrijft en dat iedereen hem terugwijst naar de psychiater.

**De familie D**, van Hindoestaanse afkomst, heeft na acht jaar kinderloosheid eindelijk een zoon gekregen.



Van het begin af aan ligt het kind regelmatig met koortsconvulsies of onbegrepen koortsp periodes in het ziekenhuis. Eenmaal is hij door de huisarts ingestuurd met een status epilepticus. Het kind doet het verder goed en vertoont geen afwijkingen in zijn ontwikkeling. De ouders zijn echter overbezorgd. Ze staan om de haverklap klaar om zijn temperatuur te meten en zodra die boven de 38 graden is, geven zij de jongen Valium 2 mg en zepillen. Op het laatst komen zij twee- à driemaal per week op het spreekuur om het kind te laten onderzoeken. Er volgen diverse opnames bij de kinderarts omdat de ouders er niet meer tegenop kunnen. Overleg met het maatschappelijk werk van het ziekenhuis heeft tot gevolg dat er gespecialiseerde gezinszorg wordt ingeschakeld en het kind op de wachtlijst komt voor een medisch kinderdagverblijf. Ook deze maatregelen helpen niet en de ouders zijn ten einde raad. Dan volgt overleg met de coördinator van het crisisbureau en op korte termijn wordt voor beide ouders een afspraak gemaakt. De moeder blijkt ernstig depressief te zijn en de vader is randpsychotisch. Het kind wordt tijdelijk opgenomen. De moeder wordt op antidepressiva ingesteld en de vader krijgt een antipsychoticum en wordt aangemeld voor dagbehandeling. Met de kinderarts, het maatschappelijk werk, de arts van het medisch kinderdagverblijf, de gespecialiseerde gezinszorg en de huisarts wordt een zorgcoördinatiebespreking georganiseerd, waarop strakke afspraken worden gemaakt ten aanzien van de zorg voor de zoon. De huisarts neemt de coördinatie daarvan op zich.

Al deze patiënten hebben gemeen dat ze bekend zijn bij verschillende hulpverleners die vaak onderling tegen elkaar worden uitgespeeld. De complexiteit van de problematiek en de lange duur ervan maakt een multidisciplinaire aanpak noodzakelijk. Soms worden collega-hulpverleners ingeschakeld, vaak schakelt de patiënt zelf meerdere hulpverleners en instanties in. De problematiek wordt dan beurtelings bij de verschillende hulpverleners neergelegd, die ieder afzonderlijk worden besmet met de machteloosheid van de patiënt zelf. De huisarts, als centrale figuur in het zorgveld, krijgt dan niet



Foto: Lutz Zeyher

alleen van de patiënt maar ook van de diverse zorgverleners veel en vaak tegenstrijdige berichten.

#### DE ZORGOÖRDINATIEBESPREKING

De neiging de patiënt naar een ander door te verwijzen (af te schuiven) is begrijpelijk. Wanneer dat niet goed lukt (omdat die ander dezelfde neiging heeft) ontstaan er irritaties.

Uit onderzoek in de Verenigde Staten blijkt dat 15 procent van de eerstelijns populatie als moeilijk of lastig werd ervaren.<sup>1</sup> Bij deze patiënten bleken enkele psychiatrische stoornissen meer voor te komen, zoals de multisomatoforme stoornis, dysthymie, paniek en angststoornissen, depressie en verslaving. Kenmerken van deze patiënten zijn vaak dat ze de behandeling saboteren, agressief zijn en zichzelf kunnen verwonden.<sup>2</sup> Door hun gedrag kunnen ze huisarts en hulpverleners in een patstelling drijven, waardoor er een gewapende vrede of status quo ontstaat, waarbij niemand - en vooral de patiënt niet - gebaat is. Er zijn dan verschillende mogelijkheden. De huisarts kan zo'n patiënt uit de praktijk zetten, als dat al lukt, want niemand wil zo'n patiënt aannemen c.q. overnemen. Een andere flexibele mogelijkheid is - in ons geval - de psychiater van het crisisbureau (COCB) telefonisch te consulteren of hem het probleem persoonlijk voor te leggen. In dezelfde lijn ligt dat de huisarts kortdurend doorverwijst, waarna patiënt met advies terugkomt.

Deze flexibele mogelijkheden voorkomen onterechte verwijzingen (afschuiven), maken een betere selectie voor de juiste verwijzing mogelijk en werken als versterking van de mogelijk-

heden van de eerste lijn.<sup>3,4</sup>

Wanneer dat alles niet werkt, is de zorgcoördinatiebespreking een zeer bruikbare mogelijkheid. Het begrip 'zorgcoördinatie' komt voort uit de ontwikkeling van het casemanagement in Nederland. Casemanagement was in de jaren zeventig één van de pijlers van het *community support system* (CSS) in de Verenigde Staten.<sup>5</sup> Dit systeem werd ingevoerd om vooral chronische patiënten in de maatschappij te ondersteunen na het rigoreus sluiten van grote psychiatrische ziekenhuizen. Was in de psychiatrische ziekenhuizen alles goed geregeld en op elkaar afgestemd (van kapper tot tandarts), buiten het ziekenhuis

bleek de chronische patiënt vaak niet in staat om vast te stellen wat hij nodig had.

In Nederland ging deze deïnstitucionalisering langzamer, maar ook hier ontstond de behoefte aan zorgcoördinatie.<sup>6</sup> Instellingen binnen de algemene gezondheidszorg en welzijn bieden een gevarieerd palet aan zorgmogelijkheden. Patiënten met chronische complexe problematiek behoeven vaak een combinatie van verschillende zorgsoorten; de vraag is alleen: wie coördineert deze zorg?

#### WIE WORDT DE ZORGOÖRDINATOR?

De huisarts als centrale figuur in het zorgveld is door deze positie al de coördinator van zorg voor zijn patiënt en daarom de aangewezen persoon om aanzet te geven tot zo'n zorgcoördinatiebespreking. Het staat niet a priori vast dat hij ook de 'zorgcoördinator' wordt van deze patiënten, omdat dit nogal wat werk met zich kan meebrengen. Wie zorgcoördinator wordt, hangt af van de specifieke zorgproblematiek van patiënt, zoals blijkt uit bovenstaande voorbeelden. De zorgcoördinator is de vaste persoon naar wie de patiënt stevast wordt terugverwezen met zijn hulpvraag. Hij bewaakt de afspraken en overlegt zo nodig met de andere zorgverleners over eventueel inschakelen van deze zorgverleners. In wezen is dat niet anders dan de huisarts, specialist en andere zorgverleners doen met hun patiënten/cliënten. Het bijzondere eraan is dat nu alle zorgverleners ervan op de hoogte zijn wie de zorgcoördinator is in dit specifieke geval. Bij patiënt A was het maatschappelijk werk de zorgcoördinator, bij patiënt B de verslavingszorg en bij patiënt C de psychiater van het crisisbureau. >>

## OORLOGSTRATEGIE

Een belangrijk aandachtspunt voor de huisarts als initiatiefnemer van zo'n zorgcoördinatiebijeenkomst is het bewaken van de intentie van de deelnemers. De irritaties kunnen zo hoog oplopen dat de patiënt als een gezamenlijk vijand wordt gezien. De bespreking kan dan het karakter krijgen van het ontwikkelen van een oorlogsstrategie. De patiënt kan in zo'n situatie alleen nog maar verliezen.

De kunst is echter de patiënt te laten winnen: de gemaakte afspraken moeten ertoe leiden dat de patiënt maar één kant uit kan: de goede kant.

Om de uitkomst van zo'n bespreking te bewaken, kan het nodig zijn een evaluatiebijeenkomst te plannen. Dat verplicht enerzijds de deelnemers ertoe de gemaakte afspraken na te komen, anderzijds schept deze de mogelijkheid om afspraken bij te stellen wanneer het afgesproken beleid niet werkt. Belangrijk is dat alle huisartsen van de waarneemgroep op de hoogte zijn van de gemaakte afspraken. Dit kan door middel van een lijst 'probleempatiënten'. Hierop staat wat de afgesproken gedragslijn is en wie de zorg coördineert, zodat de huisartsen niet tegen elkaar kunnen worden uitgespeeld. Voor de categorie verslaafden gelden vaste voorschrijfsafspraken in de diensten (ten hoogste voor avond/nacht c.q. weekeinde). Opvallend was dat na de zorgcoördinatiebespreking de 'overlast' voor alle zorgverleners verdween.

## GEEN PANACEE

Patiënt A liep na vijf jaar haar eerste gele kaart op.

Patiënt B werd voor zijn verslavingsgedrag consequent terugverwezen naar zijn zorgcoördinator en hij houdt zich al acht jaar aan de afspraken over zijn medicatie. Een plaats in een beschermde woonvorm wees hij van de hand, omdat daar allemaal 'psychisch gestoorden' waren. Hij woont nog steeds bij zijn hoogbejaarde ouders.

Patiënt C is enkele malen bij zijn zorgcoördinator geweest, maar wilde toch niets weten van de aangeboden hulp. Hij verdween in de alternatieve-geneeskundesferen. Een enkele maal probeert hij een waarnemend huisarts of

## SAMENVATTING

- Toepassing van zorgcoördinatie van lastige patiënten in de huisartspraktijk is een middel om systematische overlast van de huisarts te voorkomen.
- In een aantal praktijkvoorbeelden wordt beschreven hoe patiënten met chronische complexe problematiek systematische overlast kunnen geven aan de huisarts.
- Overleg met de regionale geestelijke gezondheidszorg of een kortdurende verwijzing kan een hulpmiddel zijn.
- Goede ervaring is opgedaan met de organisatie van een zorgcoördinatiebespreking door de huisarts.
- Behalve het ontwikkelen van een zorgbeleid voor de patiënt, wordt afgesproken wie van de betrokken zorgverleners de zorgcoördinator wordt; dit is afhankelijk van de specifieke zorgproblematiek.
- De ervaring leert dat een zorgcoördinatiebespreking een positieve invloed heeft op het verdere verloop van de zorg en overlast wegneemt van de huisarts.

een dermatoloog zover te krijgen dat die hem wondverzorgingsmiddelen voorschrijft. Hij wordt dan stevast terugverwezen naar zijn zorgcoördinator (waar hij overigens niet verschijnt).

Van de familie D werd de vader verder behandeld in de psychiatrie; de moeder werd, met medicatie, terugverwezen naar de huisarts. De zoon doet het prima op het medisch kleuterdagverblijf; hij was de afgelopen jaren maar enkele weken absent wegens griep.

Zorgcoördinatie is geen panacee voor de problematiek van deze patiënten. Door de zorg te optimaliseren, waardoor deze lastige patiënten beter hanteerbaar worden, kan echter systematische overlast voor de huisarts en andere zorgverleners worden voorkomen. <<

dr. A.R.M. de Ruiter,  
huisarts

J.W. Bloemers,  
psychiater

## >> VELDWERK <<

### De dag des oordeels



Nog 51 weken tot het nieuwe millennium. Een gevoelsmatige grens, want mathematisch breekt het derde millennium pas aan op 1 januari 2100. Duizend jaar geleden werd de wereld geteisterd door ondergangsscenario's. Nu is dat niet anders, alleen in ons digitale tijdperk worden die gekleurd door angst voor een computercollaps. De millenniumbug als nieuw paradigma voor de dag des oordeels.

Deze eeuw zijn er veel lange lijnen uit het verleden doorgesneden. In luttele decennia smolt het dorp, sinds het neolithicum de belangrijkste leef- en cultuurgemeenschap, weg uit onze samenleving. 'God heeft Jorwerd verlaten', zegt Geert Mak. Maar er zijn meer plaatsen waar de 'goden' zijn verdwenen. Ingeluid door protesten van studenten, de beslissers van nu, ging eind jaren zestig de macht van een sterke, zich op autoriteit baserende generatie definitief teloor. Deze sociale omwenteling hield geen halt bij de muren van het ziekenhuis. De bewustwording van de patiënt heeft ook de dokters van hun voetstuk gestoten.

Dit neemt niet weg dat de kliniek een ongeëvenaarde groei doormaakt als gevolg van een onstuitbare reeks wetenschappelijke ontdekkingen en succesvolle innovaties, ons wekelijks voorgeschoteld door de moderne toverlantaarn, de televisie. Dit geeft voedsel aan een vooruitgangsgeloof met een claim op een bijna maakbare gezondheid in een hedonistisch verlangen naar de eeuwige jeugd, een ziektevrij leven en een gezonde dood. In de 21ste eeuw zal dit niet anders zijn: geloof en wetenschap in een wederzijdse houdgreep, met op de dag des oordeels de dokter als hogepriester voor ons gemeenschappelijk altaar, de computer. <<

Column door J. Herre Kingma

**Literatuur** 1. Hahn SR, Kroenke K, Spitzer RL, Brody D, Williams JB, Linzer M et al. The difficult patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment. *J of Gen Int Med* 1996; 11 (1): 1-8. 2. Gallop R, Lancee W, Shugar G. Residents' and nurses' perceptions of difficult-to-treat short-stay patients. *H & C Psych* 1993; 44 (4): 352-7. 3. Buis WMNJ. Psychiatrische Diagnostiek en advies. Een door huisartsen gewaardeerde service. *Medisch Contact* 1997; 52 (15): 467-70. 4. Buis W, Acker W van, Beeftink A, Beijderwellen A, Felix-Schollaart B. Onbegrepen lichamelijke klachten. Van individueel getob naar een gezamenlijke aanpak. *Medisch Contact* 1998; 53 (9): 292. 5. Cox JMPP, Broekhuizen FJ. Casemanagement in de psychiatrische hulpverlening. Utrecht: NZI 1998, publicatie 88.580. 6. Polstra L, Baart P. Zorg en Coördinatie, 1994 [aanbevolen literatuur].

## Tropenarts in Zambia

## Waar een vinger is ...



De Bemba-bevolking kent de uitdrukking: één rotte pinda kan de hele zak bederven. Onze grootouders hadden ook zo'n gezegde, maar dan over appels en een worm. In ieder geval betekent het dat de oogst te redden valt door op tijd de slechte aardnoot te vinden en die eruit te gooien. Je kunt je afvragen of omgekeerd een erg smakelijke pinda de middelmatigheid van de andere kan goedmaken. Ik geloof het niet. Mensen zijn natuurlijk geen pinda's; je moet het maar met ze doen.

Ik herinner me dat ik tijdens mijn opleiding gynaecologie eens klaagde over een van de verpleegkundigen op de verloskamers. Ze was niet snel genoeg of ik vond dat ze niet deed wat er van haar mocht worden verwacht. Juist jij moet dan alle diensten met haar draaien, merkte een van mijn opleiders droogjes op. Hij had lang genoeg in Kenia gewerkt om te weten waarover hij sprak. Op dit moment zou ik met veel waardering over deze verpleegkundige spreken en juist haar aan mijn zijde willen hebben. De kwaliteit van verpleegkundige zorg is in het ziekenhuis van Luwingu tot ver beneden normaal gedaald. Zorg voor patiënten behoort allang niet meer tot het takenpakket. Een bed opmaken, een wasbeurt, een po aanreiken of een wond verzorgen, ik heb het nog nooit mogen aanschouwen. Sommige verpleegkundigen gaan zelfs zo ver dat ze hun diensttijd in hun kantoortje zitten te verkletsen en wachten tot een familielid de medicatie van een patiënt komt ophalen. Soms kan ik nergens een zuster vinden, die is dan even naar huis voor het een of ander, of boodschappen doen op de markt.

Zonder familielid aan je bedzijde is het gevaarlijk verblijven in het ziekenhuis. Kinderen worden altijd opgeno-

men met de moeders en soms ook met de andere kinderen. Zij zijn het ook die de zuster komen vertellen dat een patiënt achteruitgaat of dat het infuus leeg is. Bevallen in het ziekenhuis kan zo mogelijk nog gevaarlijker zijn: Zuster, hoe is het met die priem op de verloskamer? Welke priem, dokter? Eerlijkheidshalve moet ik toegeven dat dit soms ook te wijten is aan een tekort: twee of soms zelfs maar één zuster voor zestig patiënten is geen uitzondering. Ik heb eens gevraagd waarom ik eigenlijk visite liep, als orders toch niet werden uitgevoerd. Het antwoord daarop was verpletterend: omdat de patiënten graag de dokter willen zien en om de moeders een plezier te doen.

Het werd tijd voor een aantal eenvoudige maar ingrijpende maatregelen. Daarmee moest mijn probleem andermans probleem worden.

De allereerste verandering was de invoering van het ochtendrapport: de 'nacht' draagt om klokslag half acht over aan de ochtendstaf. De nacht wil graag snel naar huis, dus de ochtendstaf moet wel op tijd komen. We lopen langs alle bedden, waarbij een korte samenvatting van de diagnose, behandeling en conditie van de patiënt wordt gegeven. Daarna wordt het geschreven rapport voorgelezen, waarbij ook de clinical officers aanwezig zijn en eventuele casuïstiek of behandeling wordt besproken. Ook andere problemen komen aan de orde: van een kapotte lamp tot iemand heeft zich ziek gemeld en wie er invalt. Dan is er het partogram voor iedere zwangere op de verloskamer. Gebeurde het eerder regelmatig dat een vrouw volledig ontsloten uren bleef liggen of uiteindelijk in haar eentje beviel,

nu wordt er driftig heen en weer gelopen. Het partogram moet immers worden ingevuld! Een minder prettige bijwerking hiervan is dat ik het ook veel drukker heb gekregen. Alle wondverzorging heb ik opgedragen aan mijn OK-assistente. Vroeg in de ochtend, in de middag en aan het einde van de dag loopt zij met badjes, jodium, gazen en pincet over de afdelingen. Ik overdrijf niet als ik zeg dat zij wonderen verricht door de gruwelijkste brandwonden en onlangs een welhaast onherkenbaar been er weer fris en rood te laten uitzien. De toewijding en het geduld die zij kan opbrengen, zijn vele malen groter dan bij de verpleging.

De schoonmaakster van de kinderafdeling is verantwoordelijk voor de ondervoede kinderen. Zij maakt de pap, weegt de kinderen tweemaal per week en bemoedigt de moeders. Zij is er iedere dag en loopt mee met de visite.

Tot slot de medicatie. Iedere patiënt heeft aan het voeteneind een kaart met de voorgeschreven medicijnen. Iedere gegeven dosis moet worden afgetekend. Geen krabbel betekent dat de betreffende verpleegkundige die dienst heeft, geen vrije dag mag opnemen. Deze straf hebben ze voor zichzelf verzonnen. Tegenwoordig is de medicatie zelden onafgetekend.

Weliswaar zijn we nog ver van de grote prijs voor de beste patiëntenzorg. Er is een ander Bemba-gezegde: 'Apali umunwe, e pali ibala', wat betekent: waar een vinger is, wordt een akker bewerkt. Uiteindelijk moet dat toch hele goeie pinda's opleveren. <<

Esther Scheers, tropenarts,  
bericht op gezette tijden uit Zambia

# ARTS EN FARMACEUTISCHE INDUSTRIE: EEN ONAFSCHEIDELIJK DUO?

De geneeskunde dreigt in de houdgreep van de farmaceutische industrie verstrikt te raken. Hun relatie is dan ook nodig aan herziening toe.

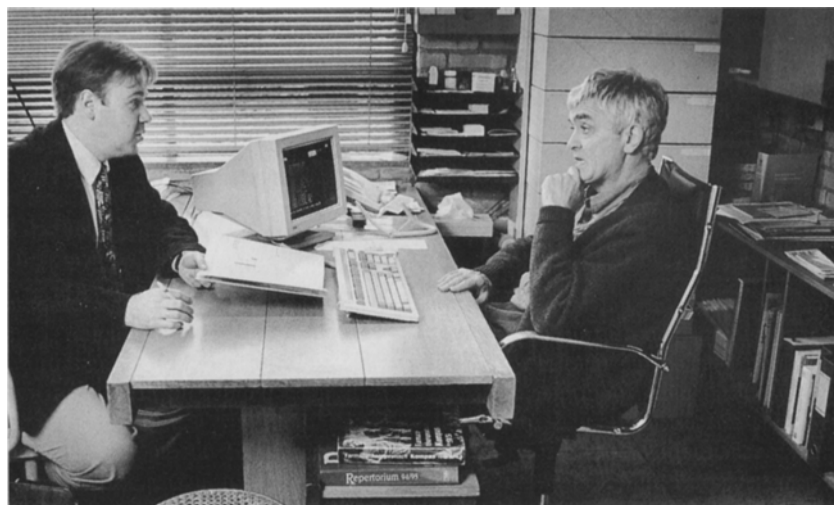
W.M.N.J. BUIS, M.M.J. SCHUURMANS EN  
A.J.M. LOONEN

**A**rtsen en de farmaceutische industrie kunnen niet zonder elkaar: artsen hebben de industrie nodig om steeds betere geneesmiddelen te kunnen voorschrijven en de farmaceutische industrie heeft artsen nodig om de patiënten van hun producten te voorzien. Onderzoek naar de werking en bijwerkingen van geneesmiddelen en met name van nieuwe middelen is een gezamenlijk belang van (potentiële) patiënten, artsen en industrie. Er lijkt echter een scheefgroei te hebben plaatsgevonden, waardoor de industrie een té bepalende rol is gaan spelen in de geneeskunde.

## SINTERKLAAS

Artsen krijgen cadeautjes van de industrie, zoals ballpoints, tassen, bekers, T-shirts, boeken, kaartjes voor tenniswedstrijden, borrels, dineetjes en snoepreises.

Het hoort bij het leven van de dokter: bijgeschoold worden met een hele club Nederlanders in een ver oord aan het strand of in de sneeuw. Er wordt zeker ook wat gedaan aan het vak, men treft er vaak de beste sprekers aan. Maar het is toch vooral een uitje, al dan niet met partner. De artsenbezoeker annex reisleader zorgt ervoor dat de club goed dineert en verpozing vindt. Wie niet wil



teren op de zak van de industrie, ziet zich genoodzaakt af te dwalen van de kudde.

## STUDIEBEURS EN -BEGELEIDER

De industrie is steeds belangrijker geworden voor de artsen. Niet zozeer vanwege de cadeautjes die het leven kunnen veraangenamen, maar vooral vanwege de vakinhoudelijke inbreng. Die is langzamerhand onmisbaar geworden voor de medische beroepsgroep.

De industrie sponsort congressen, organiseert en financiert bijscholing, betaalt internationale coryfeeën voor een lezing, zorgt voor literatuurservice en voor verslagen en boeken op het vakgebied. Zij ontwikkelt en bekostigt voorlichtingsmateriaal voor patiënten en programma's ten behoeve van de behandeling.

Een arts die zich zonder sponsoring van de industrie op zijn vakgebied wil bijscholen, ontwikkelen of manifesteren, komt bedrogen uit: dat is heden ten dage niet mogelijk. De hele beroepsgroep zit in de tang van de industrie: geen congres of bijscholing zonder sponsoring. Het hoort erbij, met alle nadelen van dien. En bijna alle dokters vinden het heel gewoon.

Ook als het gaat om het accrediteren van bijscholing wordt het doorgaans geen probleem gevonden dat de industrie hierbij sterk bepalend is, mits er geen expliciete reclame wordt gemaakt voor het middel van de betreffende firma.

## BEPALER VAN HET ONDERZOEKSBELEID

De industrie bepaalt in sterke mate welk onderzoek er gebeurt en met welke middelen. De industrie zorgt veelal voor de onderzoeksopzet en zoekt artsen die het onderzoek mee willen uitvoeren. Dat is natuurlijk heel nuttig als het gaat om een nieuw, veelbelovend middel te vergelijken met een ouder middel met veel bijwerkingen.

Veel beginnende onderzoekers vinden het prettig om onderzoekservaring op te doen met dergelijk onderzoek afkomstig van de farmaceutische industrie. Wat zij mogelijk niet altijd in de gaten hebben, is dat het ook kan gaan om seeding-onderzoek. Bij dergelijk onderzoek gaat het niet zozeer om de resultaten, maar om het verspreiden van het middel op de markt. Er worden wel wat vragen gesteld over het effect van de medicatie en de onderzoeker krijgt ook een beloning voor zijn participatie aan

het onderzoek, maar de onderzoeksresultaten zijn van weinig belang. Dat het middel werkt, is in een eerdere fase al bewezen. Officieel mag dergelijk pseudo-onderzoek natuurlijk niet, en attente medisch-ethische onderzoekscommissies zullen er ook niet hun fiat aan geven. Maar het gebeurt toch nog steeds.

Bij onderzoek waarin geneesmiddelen hun effect nog moeten bewijzen, gaat het vaak om middelen die zich in weinig onderscheiden van die van de concurrent. Er zijn grote financiële belangen mee gemoeid, dus het is vanzelfsprekend dat de industrie er veel voor over heeft om artsen voor hun onderzoek te interesseren en aan zich te binden.

Maar op de keper beschouwd zou het meer rendement opleveren voor de patiënt en de kwaliteit van zorg als de diverse firma's niet zouden concurreren, maar samenwerken en zich profileren via middelen voor verschillende doelgroepen.

Voor onderzoek dat artsen zelf bedenken, is vaak weinig geld beschikbaar. Dan wordt sponsoring door de industrie gevraagd. Dat zal vooral lukken als de industrie er belang bij heeft. Onderzoek naar geneesmiddelen zal hierdoor worden bevorderd, terwijl zeer relevant onderzoek naar psychosociale aspecten van de geneeskunde onvoldoende stimulans en middelen krijgt en ten onrechte gemarginaliseerd blijft.

Onderzoek met goedkope, oudere geneesmiddelen kan eveneens wegens geldgebrek niet plaatsvinden. Het onderzoek dat wel gebeurt, wordt betaalbaar door de bijdrage van de industrie, maar uiteindelijk wordt de geneeskunde duurder doordat de onderzochte dure middelen worden voorgeschreven.

Maar het ergste is dat de beroepsgroep haar greep verliest op het stellen van prioriteiten voor het onderzoek op vakgebied. Niet alleen de individuele artsen zitten in de houdgreep van de industrie, de hele geneeskunde dreigt erin verstrengeld dan wel verstrikt te raken.

#### WAT DOET DE OVERHEID?

Onze landsbestuurderen staan zwijgend aan de kant, maar klagen wel over de kostenstijging van de geneesmiddelen. De overheid kleedt het reguliere onderwijs uit en dwingt zelfs universiteiten zich te laten sponsoren door de industrie en zich te voegen naar de wensen van de industrie. Dit is echter ongewenst als het gaat om de kwaliteit van de

gezondheidszorg en het medisch-wetenschappelijk onderzoek. Als beroepsgroep dienen we ruchtbaarheid te geven aan de kwalijke langetermijneffecten van het overheidsbeleid.

#### RISICO'S VAN BELANGEN- VERSTRENGELING

In de Verenigde Staten is het sponsoren door de industrie sterk aan banden gelegd. Snoepreises mogen niet meer. Aan congresbundels wordt een lijst toegevoegd waarop alle financiële banden van de sprekers en onderzoekers met de industrie worden vermeld.

Ons land heeft de Gedragscode Geneesmiddelenreclame.<sup>1</sup> Daarin staat

onder meer dat middelen niet beter mogen worden voorgesteld dan ze zijn en dat artsen geen premies mogen krijgen van de industrie. Wie dit leest, realiseert zich dat er in de praktijk heel wat gebeurt waarbij de industrie feitelijk te vrijgevig is en te veel aan klantenbinding doet om haar afzetmarkt te vergroten.

Het risico is groot dat de druk van de industrie het beleid in de spreekkamer meer gaat bepalen dan objectieve onderzoeksgegevens en de state of the art. Het komt erop neer dat de vermeniging van het belang van de industrie met het belang van de individuele arts het patiëntenbelang kan schaden.

Nog bezwaarlijker is de vermen- >>

#### CORRUPTIEBEWUSTWORDINGSLIJST: WAAR LIGGEN UW GRENZEN?

*Welke cadeautjes van de farmaceutische industrie vindt u acceptabel?*

##### A. Niet-vakgerelateerd zonder (overeengekomen) verplichtingen

- |                                      |          |
|--------------------------------------|----------|
| A.1. Een ballpoint                   | ja / nee |
| A.2. Een borrel                      | ja / nee |
| A.3. Een CD met muziek               | ja / nee |
| A.4. Een diner                       | ja / nee |
| A.5. Een snoepreijse                 | ja / nee |
| A.6. Een snoepreijse voor uw partner | ja / nee |

##### B. Vakgerelateerd zonder (overeengekomen) verplichtingen

- |   |          |
|---|----------|
| B.1. Een boek op vakgebied                                    | ja / nee |
| B.2. Literatuurservice of buitenlandse tijdschriften          | ja / nee |
| B.3. Een lezing door een buitenlandse spreker in uw instituut | ja / nee |
| B.4. Betaling van uw congreskosten                            | ja / nee |
| B.5. (Mede)financiering van de drukkosten van uw proefschrift | ja / nee |
| B.6. Een prijs voor uw prestaties op vakgebied                | ja / nee |

##### C. Vakgerelateerd met expliciete verplichtingen

- |   |          |
|---|----------|
| C.1. Een computer + programma voor het registreren van patiëntgegevens met de verplichting de depotmedicatie van de betreffende firma voor te schrijven | ja / nee |
| C.2. Een riant betaling voor een lezing om een nieuw geneesmiddel te promoten   | ja / nee |

- |   |          |
|---|----------|
| C.3. Een riant betaling om een voorlichtingsboekje te schrijven over depressie met het middel van de fabrikant in de subtitel     | ja / nee |
| C.4. Een riant betaling voor het verrichten van seedingsonderzoek (dat bedoeld is om een geneesmiddel op de markt te verspreiden) | ja / nee |
| C.5. Sponsoring van uw onderzoek op voorwaarde dat u ervoor zorgt dat het middel van de sponsor in het instituut-formularium komt | ja / nee |
| C.6. Sponsoring van uw onderzoek met als voorwaarde dat u voor de sponsor nadelige onderzoeksresultaten niet zult publiceren      | ja / nee |

Voorstel tot interpretatie:

- ☉ 'Ja'-antwoorden op A zijn te duiden als corruptiekenmerken van het infantiele stadium: u gelooft nog in de industrie als Sinterklaas.
- ☉ 'Ja'-antwoorden op B verwijzen naar corruptiekenmerken van de adolescentiefase: u kunt nog niet op eigen benen staan en de industrie is uw studiebeurs en -begeleider.
- ☉ 'Ja'-antwoorden op C wijzen op een volwassen stadium van corruptie: de vermenging van uw eigenbelang met het belang van de industrie kan het patiëntenbelang schaden.

Vragenlijst behorend bij de lezing van W. Buis op 28 november 1997

ging van de (financiële) belangen van onderzoekers met die van de industrie. Want dat kan een belemmering zijn voor de ontwikkeling op het vakgebied, omdat vakinhoudelijke en wetenschappelijke argumenten én het patiëntenperspectief onvoldoende doorslaggevend zijn bij het bepalen van de prioriteiten.

Het is in het belang van de patiënt - én het doel van de geneeskunde - dat de beste behandeling wordt geboden, al dan niet farmacotherapeutisch, met de meeste voordelen en de minste nadelen. Bij gelijke kwaliteit verdienen goedkopere middelen de voorkeur.

#### EINDE AAN HET SPROOKJE?

In de wandelgangen spreken wij, artsen, natuurlijk weleens over onze relatie met de farmaceutische industrie. Bijvoorbeeld op congressen, waar de stands van de industrie de prominentste plaatsen innemen en waar de beste koffie met iets lekkers is te krijgen. De posters van de beroepsgenoten moeten het vaak doen met een veel mindere outfit in een achterafzaaltje.

Collega's vertellen dan dat ze goed opletten bij wat ze afspreken als ze in zee gaan met de industrie, voor het organiseren van een wetenschappelijk bijeenkomst, of voor het doen van onderzoek. Ze vertellen ook dat ze vinden dat het nodig is dat de industrie congressen sponsort, omdat bijscholing anders veel te duur is. En dat ze natuurlijk die gezellige uitjes van de industrie naar het buitenland, met lezingen op hoog niveau en veel vertier niet willen missen. Wie daar vraagtekens bij zet, wordt beschouwd als een puritein. Wel worden er voorbeelden genoemd van collega's die dingen doen die écht niet kunnen, zoals het schrijven van een voorlichtingsboekje over depressie met de naam van het antidepressivum van de sponsor in de subtitel. Ook wordt verteld dat industrieën voor hen nadelige onderzoeksresultaten vertraagd vrijgeven. Of dat ze erop aandringen dergelijke onderzoeksresultaten niet te publiceren.

Verontwaardigd wordt soms gezegd dat er firma's zijn die na daden van vrijgevigheid erop toezien of hun middel nadien is voorgeschreven. Met een dergelijke niet-nette industrie willen de art-

sen dan geen contact meer. Kennelijk vinden zij het heel gewoon om van alles te krijgen zonder tegenprestatie.

Soms bekruipt je het idee dat je door vraagtekens te zetten bij de verstrengeling van beroepsbeoefenaren met de industrie je collegae-medici berooft van een belangrijke aantrekkelijke kant van het vak. Een einde aan het sprookje van een goede relatie?

De in het kader afgedrukte vragenlijst werd door W.M.N.J. Buis gepresenteerd op het symposium 'De psychiatrie en de farmaceutische industrie'.<sup>2</sup> Wellicht kan deze ook andere artsen aan het denken zetten.

#### ALTERNATIEVEN

De relatie tussen de beroepsgroep en de farmaceutische industrie lijkt aan herziening toe. Er kan worden gedacht aan gedragsregels om belangenverstrengeling te vermijden. Hiervoor wordt gepleit in een artikel over 'Belangenverstrengeling in debat over calciumantagonisten' naar aanleiding van de bevinding dat er een sterke samenhang lijkt te bestaan tussen de mening van een schrijver over een controversieel farmacotherapeutisch probleem en diens financiële betrokkenheid bij de farmaceutische industrie.<sup>3</sup>

Een rigoureuze, effectieve maatregel kan zijn om door de industrie gespon-

***De hele beroepsgroep zit  
in de tang van de  
industrie: geen congres  
of bijscholing  
zonder sponsoring***

sorde nascholingsbijeenkomsten en congressen niet goed te keuren voor accreditering. Wij zouden daar krachtig voor willen pleiten!

Prioriteiten voor onderzoek zouden moeten worden bepaald door wetenschappelijke beroepsverenigingen in samenspraak met patiëntenbelangen-groeperingen. Vervolgens kan met de diverse industrieën worden overlegd wie zich op welke prioriteit gaat richten. Ook de overheid heeft hierin een rol als het gaat om financiering en kwaliteitsbewaking.

#### SAMENVATTING

- Artsen en de farmaceutische industrie kunnen niet zonder elkaar.
- Een gezamenlijk belang van artsen, patiënten en de industrie is de ontwikkeling van en onderzoek naar de werking en bijwerkingen van geneesmiddelen.
- Er lijkt een scheefgroei te hebben plaatsgevonden, waardoor de industrie een te bepalende rol is gaan spelen in de geneeskunde.
- De industrie geeft cadeautjes, zorgt voor symposia en vakliteratuur, levert instructiemateriaal voor patiënten en sponsort onderzoek.
- Artsen laten zich massaal bijscholen in aantrekkelijke oorden ver van huis op kosten van de industrie.
- Zonder industrie kun je je nauwelijks ontwikkelen of manifesteren op vakgebied.
- De vraag is of wij ons als medici niet moeten onttrekken aan deze verstrengeling met de industrie, zodat we weer baas worden in eigen huis en zelf, in overleg met de patiënten, de prioriteiten voor behandeling en onderzoek bepalen.

Belangrijk is te bedenken dat de industrieën gezamenlijk een zeer hoog bedrag besteden aan marketing. Per individuele psychiater is dat bijvoorbeeld f 50.000,- per jaar!<sup>4</sup> Met een beetje creativiteit en goed overleg valt daar heel wat beters mee te doen dan wat er nu mee gebeurt.

De vraag is waar de verandering moet beginnen. Bij de beroepsgroep? Kunnen individuele artsen afstand nemen van 'de industrie als Sinterklaas en als studiebeurs en -begeleider'?

Kunnen we de industrie missen voor onze persoonlijke promotie en onze carrière? Of moeten we wachten op de publieke opinie of de politiek? <<

mw. dr. W.M.N.J. Buis,  
psychiater

dr. M.M.J. Schuurmans,  
internist,  
Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis te Nijmegen

dr. A.J.M. Loonen,  
arts/klinisch farmacoloog,  
Delta Psychiatrisch Ziekenhuis te Poortugaal

**Noten/Literatuur** 1. Gedragscode Geneesmiddelenreclame, d.d. 23 november 1995. 2. Symposium van de secties Beleidspsychiatrie en Biologische Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 28 november 1997. 3. Stelfox HT, Chua G et al. Conflict of interest in the debate over calcium-channel antagonists. *N Engl J Med* 1998; 338: 101-6 (abstract in het *Ned Tijdschr Geneesk* 1998; 142 (20): 1164). 4. Mededeling van R. Hoogenboom, Lundbeck International Psychiatric Institute, in zijn lezing over 'De positie en de mogelijkheden van de farmaceutische industrie' op het onder 2 genoemde congres.



# Op het verkeerde been gezet?



Voor het uitsluiten van borstkanker vormt een mammografie geen onfeilbaar kompas. Dit onderzoek ontslaat niemand van de verantwoordelijkheid zelf alert te blijven. Zo blijft naast mammografie zorgvuldig fysisch onderzoek door de huisarts onverkort belangrijk. Toch mag naar aanleiding van onderstaande casus de vraag worden gesteld of de veroordeelde huisarts door de röntgenoloog niet onnodig op het verkeerde been is gezet.

Wat was het geval? Een 26-jarige vrouw ontdekte in maart 1989 twee knobbeltjes in haar linkerborst. De huisarts palpeerde en liet een mammogram maken. De tevens aangevraagde echo werd niet gemaakt, omdat de röntgenoloog dit gezien de geringe omvang van de verdichting niet zinvol achtte. Het mammogram gaf geen aanwijzingen voor benigne of maligne tumorgroei en werd als normaal afgegeven. Op advies van de huisarts werd eerst na een halfjaar en daarna in principe jaarlijks een mammogram vervaardigd, hetgeen met een eenmalige interval van bijna tweeënhalf jaar trouw geschiedde.

Het beeld was steeds status quo. In 1995 consulteerde klaagster haar huisarts wegens bloedverlies uit de linkerborst. Na een aanvankelijk onjuiste diagnose 'mastitis' - de antibiotica deed niets - kon zij drie weken later bij de chirurg terecht. In het door hem aangevraagde mammogram waren nu wél microcalcificaties zichtbaar en uiteindelijk bleek een totale mastectomie nodig met okselkliertoilet.

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg vindt dat de huisarts van zijn handelen een verwijt kan worden gemaakt en bevestigt de maatregel van waarschuwing van het

College in eerste aanleg. De huisarts had bij deze ongeruste patiënte, wier ongerustheid toenam toen in 1993 haar moeder borstkanker bleek te hebben, behalve een jaarlijks mammogram ook steeds de specifieke anamnese moeten afnemen en onderzoek moeten doen, zeker toen zij zwanger was. Het Centraal College mist op de patiëntenkaart sowieso elke anamnese en kan daarom bijvoorbeeld niet verifiëren of patiënte reeds een jaar eerder met de klacht van vocht uit de tepel de arts zou hebben geconsulteerd. Maar ook op andere punten is de kaart onvolledig ingevuld.

De NHG-Standaard Mammografie M 07 uit maart 1993 erbij nemend, vragen wij ons af of de radioloog steeds terecht de code 'normaal' heeft afgegeven. Was het inderdaad een occulte tumor? Alleen al bij de code 'benigne' was de vrouw protocollair in een andere groep gevallen en had de huisarts, de standaard volgend, op een aanvullende echografie moeten aandringen en haar om de drie tot zes maanden moeten blijven onderzoeken, waarbij een cytologisch onderzoek in de rede had gelegen. Het college lijkt in zijn uitspraak vooruit te lopen op de komende herziening van de CBO-consensus Mammografie, waarbij de eisen bij het vinden van een palpabele tumor zullen worden aangescherpt. Zo zal hierin staan dat een persisterende mammatumor in ieder geval moet worden benaderd door palpatie, radiologie/echografie en cytologie. <<

B.V.M. CRUL, huisarts  
mr. W.P. RIJKSEN

## Uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 23 april 1998

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg heeft de navolgende beslissing gegeven in de zaak van P, wonende te Q, appellant, verweerder in eerste aanleg, hierna te noemen: de arts, tegen R, wonende te S, klaagster in eerste aanleg.

### 1. DE LOOP VAN DE PROCEDURE

De arts is tijdig in hoger beroep gekomen van de beslissing van het Medisch Tuchtcollege te Eindhoven van 16 september 1996. Bij die beslissing is de arts de maatregel van waarschuwing opgelegd.

In het op 21 november 1996 namens de arts door mr. T, advocaat te U, inge-

diende aanvullend beroepsschrift verzoekt de arts het Centraal Tuchtcollege de bestreden beslissing te vernietigen en de in eerste aanleg ingediende klacht als nog ongegrond te verklaren. De arts heeft de stukken uit eerste aanleg overgelegd, waaronder de originele patiëntenkaart van klaagster en de uitslagen van de bij haar uitgevoerde mammografieën. Op 30 januari 1997 heeft mr. V, advocaat te W namens klaagster een verweerschrift ingediend, waarin is verzocht de bestreden beslissing eventueel met aanvulling van gronden te bevestigen.

Op 29 januari 1998 is de zaak ter zitting van het Centraal Tuchtcollege behandeld. De arts is in persoon verschenen,

bijgestaan door zijn advocaat. Klaagster is niet in persoon verschenen en heeft zich ter zitting laten vertegenwoordigen door haar advocaat.

### 2. DE FEITEN

Het Centraal College gaat uit van de volgende door het College van Eerste Aanleg weergegeven feiten, waartegen de arts in hoger beroep geen bezwaren heeft aangevoerd.

Klaagster is geboren op 8 juli 1962. Zij heeft, omdat zij twee knobbeltjes voelde in haar linkerborst, op 20 maart 1989 verweerder, haar huisarts, geconsulteerd. Deze heeft klaagster toen onderzocht en de plaats van de knobbeltjes aangete- >>

<< kend op de patiëntenkaart. Hij heeft klaagster voor een mammografie en een echografie verwezen naar de röntgenoloog.

Deze heeft op 20 maart 1989 een mammografie gemaakt, waarvan de uitslag luidt als volgt: 'Bij uw pat. mw. R zagen we op de mammografische snedes bdz. voor de leeftijd normaal beeld van het mam-maweefsel. Geen aanw. voor benigne of maligne tumorgroei. De kleine verdichting in de li mamma is zo klein dat deze echografisch niets detecteren. Er is derhalve afgezien van echografisch onderz.' Verweerder heeft toen met klaagster afgesproken jaarlijks een mammografie te laten maken en het onderzoek voor de eerste maal te herhalen na een half jaar. De uitslag van de mammografie van 20 september 1989 luidde als volgt: 'Er wordt vergeleken met een onderzoek d.d. 20-03-89. Er is een volledig ongewijzigd beeld. Geen aanw. voor maligniteit.' Vervolgens is weer een mammografisch onderzoek uitgevoerd op 12 februari 1992 met de volgende uitslag: 'Bdz. ziet het stroma er normaal uit. Er zijn geen tekenen van pathologie.'

Vervolgens werden weer mammografieën gemaakt op 10 november 1993 en 11 augustus 1994. De uitslag van het eerste onderzoek luidde als volgt: 'De mammografische opn. tonen ons fraaie symmetrische beelden. Er is een normale verdeling van klier- en vetweefsel. Er zijn geen circumscripte verdichtingen, geen aanw. voor een benigne of maligne proces. In vergelijking met het vorige onderzoek een beeld status quo.'

De uitslag van de mammografie van 11 augustus 1994 luidde: 'Symmetrische configuratie van de klierschijf. Voor de leeftijd normaal beeld van het klierweefsel. Geen aanwijzingen voor benigne of maligne tumorgroei.'

Klaagster heeft op 8 augustus 1995 verweerder geconsulteerd, omdat er sprake was van bloedverlies uit de linkerborst. Verweerder vond toen een gezwel met een doorsnede van circa 4 cm dat rood en pijnlijk was. Zijn werkdiagnose was dat er sprake kon zijn van een mastitis. Hij heeft Floxapen voorgeschreven. Omdat de zwelling niet kleiner werd en het bloedverlies aanhield, is klaagster enige dagen later teruggegaan naar verweerder en heeft zij gevraagd om een verwijfsbrief voor de chirurg. Deze heeft haar gezien op 31 augustus 1995. Op diezelfde dag is een mammografie verricht, waarvan de uitslag luidde als volgt: 'Re g. b. Li is er mediaal onder een gebied

te zien met diffuse microcalcificaties. Echografisch zien we in dit gebied toch enkele wat wijde ductuli. Excisie van dit gebied lijkt wenselijk.'

Op 6 september 1995 is het gezwel verwijderd en werd okseltoilet uitgevoerd van de linkeroksel. Na pathologisch-anatomisch onderzoek bleek dat het noodzakelijk was de gehele linkerborst weg te nemen. Deze ingreep is uitgevoerd op 12 september 1995.

### 3. DE KLACHT

Klaagster verwijt de arts dat hij is tekortgeschoten in de behandeling van de in maart 1989 gevonden zwellingen in haar linkerborst, dat hij onvoldoende onderzoek heeft verricht, dat zijn aantekeningen op de patiëntenkaart onjuist zijn, dat hij in augustus 1995 een verkeerde diagnose heeft gesteld en haar eerder naar een chirurg had moeten doorverwijzen.

### 4. DE BESTREDEN BESLISSING

Naar het oordeel van het College van

Eerste Aanleg heeft de arts te veel vertrouwd op het (regelmatig) verrichte mammografisch onderzoek. Daarnaast had hij ter aanvulling van dat onderzoek regelmatig fysisch-diagnostisch onderzoek aan de borsten moeten uitvoeren teneinde na te gaan of er veranderingen waren opgetreden in de aard en de omvang van de in maart 1989 gevonden zwellingen. Daarvoor was te meer aanleiding nu aan de arts bekend was dat bij de moeder van klaagster in 1993 wegens een mammacarcinoom een borst was geamputeerd.

Voorts heeft het college geoordeeld dat de arts, die bij het consult van 8 augustus 1995 geschrokken was van het aspect en de omvang van de zwelling en van de mededeling van klaagster dat zij bloed verloor uit de tepel, en die toen eerst antibiotica voorschreef wegens een mogelijke mastitis, klaagster ten onrechte niet geïnstrueerd dat zij aan het einde van die antibioticakuur direct weer bij hem moest terugkomen.

## >> VRAAG & ANTWOORD <<

*Vraag: Welke vergoeding mag een arts in rekening brengen bij het verstrekken van een afschrift uit het medisch dossier?*



Antwoord: Op grond van de wettelijke regeling omtrent de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) mag een hulpverlener een 'redelijke kostenvergoeding' in rekening brengen.

Omdat verreweg de meeste medische dossiers systematisch toegankelijk zijn - voor zover ze al niet in geautomatiseerde vorm worden bijgehouden - is ook de Wet Persoonsregistraties van toepassing. En

op grond van die wet mocht tot voor kort ten hoogste f 10,- in rekening worden gebracht, ook al stond dit bedrag soms in geen enkele verhouding tot de daadwerkelijk gemaakte kosten. Dit bedrag werd in de praktijk dan ook - niet geheel onbegrijpelijk - veelal als ten minste te ongenueanceerd beschouwd en geenszins als een redelijke kostenvergoeding. Mede om die reden is het zogenaamde tientesbesluit onlangs gewijzigd en gelden nu de volgende tarieven:

- ten hoogste f 10,- indien het afschrift bestaat uit ten hoogste 49 pagina's;
- ten hoogste f 50,- indien het afschrift bestaat uit 50 tot 100 pagina's;
- ten hoogste f 75,- indien het afschrift bestaat uit meer dan 100 pagina's;
- als een afschrift niet op papier, maar op een andere wijze, bijvoorbeeld op diskette, of een afdruk van een (röntgen-)foto wordt verstrekt: ten hoogste f 100,-;
- eveneens mag ten hoogste f 100,- in rekening worden gebracht, indien een afschrift wordt verstrekt van een in technische zin moeilijk toegankelijke registratie (bijvoorbeeld op microfilm vastgelegde gegevens vergen voor het maken van afschriften de nodige bewerking).

Voor alle duidelijkheid: indien voor het verstrekken van een afschrift meerdere vergoedingen zouden kunnen worden gevraagd, mag alleen de hoogste in rekening worden gebracht.

(Bron: Besluit van 8 oktober 1998, houdende vaststelling van de maximale vergoeding van de kosten van een bericht als bedoeld in de artikelen 29 en 32 van de Wet Persoonsregistraties (Stb. 1998, 594).)

*Verzorgd door Juridische Afdeling KNMG*



## 5. DE GRIEVEN

De arts stelt ook in hoger beroep dat hij mocht vertrouwen op de uitkomsten van het mammografisch onderzoek op 20 maart en op 20 september 1989, waarbij geen aanwijzingen voor een benigne of maligne tumorgroei zijn gevonden, en dat hij de zaak toen als afgedaan mocht beschouwen. Ter zitting heeft hij verklaard dat hijzelf de borsten slechts tweemaal fysisch heeft onderzocht, op 20 maart 1989 en op 8 augustus 1995, daar hij veronderstelde dat de röntgenoloog bij de mammografieën in 1989, 1992, 1993 en 1994 ook fysisch onderzoek deed. Voorts stelt hij dat een mammacarcinoom van een moeder pas een indicatie is voor onderzoek bij de dochter vanaf 5 jaar voor de leeftijd waarop de moeder het carcinoom heeft gekregen. Ten slotte meent hij dat hij klaagster op 8 augustus nadrukkelijk heeft gezegd dat zij moest terugkomen indien na drie dagen na aanvang van de antibioticakuur de zwelling in haar borst niet was verdwenen.

Klaagster weerspreekt deze stellingen. Voorts houdt zij ook in hoger beroep vol dat zij reeds een jaar voor het consult van 8 augustus 1995 had geklaagd over vochtverlies uit de tepel, dat de arts ten onrechte daarvan geen melding heeft gemaakt op de patiëntenkaart, en dat de arts haar onmiddellijk naar een chirurg had moeten verwijzen, toen hij op 8 augustus 1995 schrok van het gezwel en het bloedverlies uit de tepel.

## 6. HET OORDEEL IN HOGER BEROEP

Uit de overgelegde stukken en het verhandelde ter zitting is gebleken dat de arts te maken had met een ongeruste patiënte met twee knobbeltjes in de linkerborst, wier ongerustheid begrijpelijkkerwijs toenam toen haar moeder borstkanker bleek te hebben. Het Centraal College is van oordeel dat de arts is tekortgeschoten in de begeleiding van klaagster door zich in de periode van 20 maart 1989 tot 8 augustus 1995 te beperken tot het op verzoek van klaagster schrijven van verwijsbriefjes naar de röntgenoloog zonder dat er sprake was van enige eigen anamnese en eigen waarneming door middel van fysisch onderzoek. Daar komt bij dat klaagster in die periode regelmatig op het spreekuur van de arts is geweest, mede in verband met een zwangerschap, zodat het voor de hand had gelegen dat de arts toen ook haar borsten had gecontroleerd. Met het College van Eerste Aanleg is het

## >> VRAAG & ANTWOORD <<

*Vraag: Mag een huisarts ten behoeve van eigen patiënten een verklaring afgeven waarin slechts bevestigd wordt dat een patiënt zich op het spreekuur heeft gemeld?*



Antwoord: De KNMG is van mening dat dergelijke bezoekerklaringen, bijvoorbeeld ten behoeve van de werkgever of de schoolleiding, niet door een behandelend arts moeten worden afgegeven. Evenals bij geneeskundige verklaringen, waarin een arts een oordeel geeft, geldt ook hierbij dat behandelend artsen geen controlerende taak behoren te hebben en dat het inschakelen van de curatieve sector bij de controle op bijvoorbeeld ziekteverzuim als ongewenst wordt beschouwd.

*Verzorgd door Juridische Afdeling KNMG*

Centraal College van oordeel dat de arts eigen diagnostisch onderzoek had moeten doen. De arts heeft geenszins aangetoond dat klaagster door de röntgenoloog fysisch aan haar borsten is onderzocht, althans, dat hij erop mocht vertrouwen dat zulks geschiedde.

De arts heeft niet aannemelijk gemaakt dat hij klaagster heeft gemaand om op 11 augustus 1995 terug te komen als de zwelling niet zou zijn verdwenen. Het Centraal College neemt daarbij in aanmerking dat daaromtrent niets staat vermeld op de patiëntenkaart en/of de spreekuuragenda.

De grieven van de arts moeten mitsdien worden verworpen.

Met het College van Eerste Aanleg is het Centraal College van oordeel dat niet is vast te stellen of klaagster reeds voor het consult van 8 augustus 1995 tegen de arts geklaagd had over vochtverlies uit de tepel.

Het Centraal Tuchtcollege acht niet verwijtbaar dat de arts eerst een mastitis wilde uitsluiten. Op zich levert een wachttijd van drie dagen nog geen undue delay op, zodat niet kan worden gezegd dat de arts klaagster op 8 augustus 1995 direct had moeten doorverwijzen naar een chirurg, al heeft de arts ter zitting verklaard dat hij er spijt van heeft dat hij dat heeft nagelaten.

Ten slotte is het Centraal College van oordeel dat de patiëntenkaart dermate onvolledig is ingevuld, dat de arts ook op dit punt is tekortgeschoten in de zorg van zijn patiënte. De arts heeft kennelijk miskend dat ook negatieve bevindingen van belang zijn en dat een status niet alleen dient als een geheugensteuntje voor de behandelend arts, doch tevens als kenbron voor andere artsen, zoals praktijkwaarnemers. Frappant is bijvoorbeeld dat elke anamnese ontbreekt.

Een patiëntenkaart behoort zodanige leesbare gegevens te bevatten dat deze ook voor derden, bijvoorbeeld een praktijkwaarnemer, begrijpelijk zijn.

Op grond van het vooroverwogene komt het Centraal College tot de slotsom dat de gedragingen van de arts verwijtbaar medisch handelen in de zin van art. 1 van de Medische Tuchtwet opleveren en dat de bestreden beslissing dient te worden bevestigd.

Gezien het algemeen belang van de overwegingen van het Centraal Tuchtcollege zal deze uitspraak openbaar worden bekendgemaakt.

## 7. DE BESLISSING

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, rechtdoende in hoger beroep:

verwerpt het beroep;  
*bevestigt de bestreden beslissing, waarbij aan de arts de maatregel van waarschuwing is opgelegd;*

bepaalt dat deze beslissing met inachtneming van het bepaalde in artikel 13b, eerste lid, van de Medische Tuchtwet zal worden bekendgemaakt door plaatsing in de Nederlandse Staatscourant en door toezending aan de redactie van Medisch Contact en het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht met het verzoek tot plaatsing.

Aldus gegeven in Raadkamer door mr. C.L. de Vries Lentsch-Kostense, voorzitter; dr. J.J. Hamming, mw. E.C.M. Plag, prof. dr. A.H.M. Taminiau, K.W. Woltering, leden-deskundigen, en mr. F.A. Arnbak-d'Aulnis de Bourouill, secretaris, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 23 april 1998, door mr. J.J.R. Bakker, in tegenwoordigheid van de secretaris. <<

## JANUARI 1999

- 19 Ede, De Reehorst. Symposium **'Vitamines en senioren'**. Doelgroep: diëtisten, voedingsdeskundigen, verpleeghuisartsen, verpleegkundigen, huisartsen, gerieters en overige geïnteresseerden. Inlichtingen: Symposiumsecretariaat, E. Busink, tel. 030-6944749.
- 20 Amsterdam, Hotel Mercury Amsterdam a/d Amstel. Intensieve workshop, **'De nieuwe Wet bescherming Persoonsgegevens'**. Doelgroep: bedrijfsjuristen, informatiemanagers, databasemanagers, marketingmanagers, hoofden personeelszaken en beheerders van persoonsregistraties. Inlichtingen: Helga Visée, tel. 040-2974848.
- 22 Eindhoven, Evoluon. Symposium **'Losse eindjes of ...; zorg voor chronisch zieken en preventie in de eerste lijn: hoe brengen we landelijk beleid en lokale uitvoering bij elkaar?'**, georganiseerd door Stichting Gezondheidscentra Eindhoven. Doelgroep: beleidsmakers, coördinatoren en zorgmanagers, alsmede hulpverleners in de regio Eindhoven. Inlichtingen: Stichting Gezondheidscentra Eindhoven, tel: 040-2444475.
- 22 Amsterdam, Tropen Instituut. Cursus **'Sportmedische begeleiding in den vreemde'**, georganiseerd door de Stichting Opleidingen in de Sportgeneeskunde (SOS). Doelgroep: artsen en specialisten met interesse in sportgeneeskunde. Inlichtingen: SOS, secretariaat, tel. 030-2886763.
- 22 Amersfoort, Congrescentrum De Eenhoorn. Congres **Wetenschappelijke Vergadering Nederlandse Vereniging ter Bestudering van Pijn**. Inlichtingen: Tonne Verdonk, tel. 040-2852212.
- 23 Doorwerth, de Branding. Symposium **'Patiënten met kanker ... ontwikkelingen in de behandeling'**. Doelgroep: artsen (in opleiding), verpleegkundigen

en andere werkers in de gezondheidszorg die betrokken zijn bij de zorg voor kankerpatiënten.

Inlichtingen: ABNG, secretariaat, tel. 020-6440794/0527-252987.

- 26 Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg. PAOG- refereeravond **'Moderne voortplantingstechnieken'**. Doelgroep: consultatiebureau-artsen, school- en jeugdartsen, huisartsen, kinderartsen, kinder- en jeugdpsychiaters, kinderpsychologen en overige geïnteresseerden.

Inlichtingen: PAOG Jeugdgezondheidszorg Limburg, mw. M. Wanders, tel. 043-4581387.

- 28 Amsterdam, RAI Congrescentrum. Congres **'Tussen kans en risico. Dokter of adviseur?'**, georganiseerd door de Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties (VSOP) in samenwerking met het Bureau van de Boerhaave Commissie. Doelgroep: huisartsen, verloskundigen, gynaecologen, jeugdartsen, okz-verpleeg-

kundigen, gezondheidswijzers, klinisch genetici, kinderartsen, opleidingsinstituten, consultatiebureau-artsen en lidorganisaties van de VSOP. Inlichtingen: Bureau van de Boerhaave Commissie, drs. M.J. Baan, tel. 071-5275297.

- 28 Ede, De Reehorst. Praktijkseminar **'Kwaliteit. Goed en snel aanpakken van kwaliteitszorg in verpleeg- en zorgcentra'**, georganiseerd door B Wise bv en Van Loveren & Partners bv. Inlichtingen: 073-6464911 of 024-6776969.

- 28 Hilversum, Hotel Lapershoek. Bijeenkomst **'Nieuwe meldingsplicht beslissingen rond het levenseinde. De betekenis van de nieuwe wetgeving en meldingsplicht voor de praktijk'**. Inlichtingen: Medilex Seminars Zeist, Mw. W. Bloemendal, tel. 030-6933887.

- 28 Rotterdam, Auditorium Ziekenhuis Dijkzigt. Studiemiddag **'Chronisch Benzodiazepinegebruik: tolereren of terugdringen?'** Doelgroep: (huis)artsen, psychiaters, apothekers, hulpverleners in de GGZ, verslavingszorg, vrouwenhulpverlening en andere betrokkenen. Inlichtingen: Marina Smit, tel. 010-4635978.

- 29 Utrecht, Descartes Centrum Universiteit Utrecht. PAOH-Stratenum-Cursus **'Reizigersgeneeskunde. Een basiscursus medische reizigersadvisering in de huisartsenpraktijk'**. Inlichtingen: Erik Sickmann tel. 033-422 9998.

- 29 Amersfoort, De Flint. Congres **'Allergie: een groeiend probleem voor patiënten, artsen en onderzoekers'**. Doelgroep: allergologen, biochemici, (medisch) biologen, dermatologen, epidemiologen, farmacologen, fysiologen, huisartsen, immunologen, kinderartsen, KNO-artsen en longartsen. Inlichtingen: Lunteren IV, fax. 0182-383399, e-mail: cees@arenaevents.nl.

## UITGELICHT

**Cursus 'Arts en aansprakelijkheid'**

*Op donderdag 21 januari 1999 organiseren KNMG en VVAA de cursus 'Arts en aansprakelijkheid'. Het doel van de cursus is artsen te leren omgaan met mogelijke conflictsituaties met patiënten.*

*Behandeld wordt met welke wet- en regelgeving en jurisprudentie artsen te maken kunnen krijgen wanneer zij worden aangesproken op fouten/klachten bij de beroepsuitoefening. Bovendien komt aan de orde hoe artsen dienen te handelen wanneer zij worden geconfronteerd met een klachtencommissie, een tuchtcollege of een gerechtelijke instantie. Alle onderwerpen worden besproken aan de hand van concrete praktijkgevallen.*

*De cursus is bestemd voor artsen (in opleiding) en wordt gehouden op donderdag 21 januari 1999 in Domus Medica, Lomanlaan 103 te Utrecht.*

*Leden van de KNMG en/of VVAA betalen f 175,- (inclusief lunch en cursusmateriaal), niet-leden betalen f 225,-. Het cursusmateriaal wordt vooraf toegezonden.*

*Aanmeldingen: mw. A.S. Ijtsma, afd. Regionalisatie en Verenigingszaken van de KNMG, tel. 030 - 28 23 758.*

# Geen geld, geen Zwitsers

prof. dr. H. Rengelink, voorzitter LVSG



Nog steeds zijn er artsen in ons land die menen het zonder een beroepsorganisatie te kunnen stellen. Er zijn zelfs artsen die weliswaar erkennen dat een beroepsorganisatie onmisbaar is, maar hun collega's intussen voor de kosten daarvan laten opdraaien.

Pijnlijk genoeg komen deze free-riders het meest voor onder de sociaal-geneeskundigen. Uitgerekend de sociaal-geneeskundige zou beter moeten weten. Want aan het door hem geclaimde inzicht in de organisatie van de gezondheidszorg en de totstandkoming van het volksgezondheidsbeleid ontleent het vak immers deels zijn bestaansrecht. Als geen ander zou de sociaal-geneeskundige daarom moeten inzien dat de politiek, die per definitie in termen van macht denkt, krachtig tegenspel dient te worden geboden, wil zij de sociale geneeskunde nog zien staan. Zeker nu het beleid steeds meer lijkt te worden gedicteerd door departementale boekhouders die geobsedeerd schijnen te zijn door nog slechts één ambitie: kostenbeheersing. En die blijkens de laatste VWS-begrotingsstukken weinig of geen boodschap hebben aan de sociaal-geneeskundige boodschap. Tenzij de vrijblijvende gemeenplaatsen in het laatste JOZ als zodanig moeten worden beschouwd!

Een weerbare belangenorganisatie, gedragen door een brede, onderling solidaire en professioneel georganiseerde achterban, beroepstrots die voortkomt uit het geloof in de waarde van de sociaal-geneeskundige visie op de gezondheid(szorg) en actieve stellingname tegenover bedreigende maatschappelijke ontwikkelingen zijn evenzoveel voorwaarden voor de toekomst van het beroep. Want het aantal twijfelaars groeit. Ook bij de overheid.

Het lidmaatschap van de LVSG van de KNMG maakt het mogelijk de sociaal-geneeskundige belangenbehartiging van nabij te vergelijken met die van de huisartsen en specialisten. Het verschil is onthutsend groot. De organisatiegraad van de sociaal-geneeskundigen is nog geen derde van die van de huisartsen, terwijl hun aantal vergelijkbaar is. De beschikbare middelen corresponderen daarmee. Toch slaagt het LVSG-bestuur er steeds weer in zijn partijtje binnen en buiten de KNMG mee te blazen. En met meer succes dan zijn beperkte mogelijkheden zouden

doen geloven. Mede dankzij de KNMG die, ondanks haar van huis uit curatieve oriëntatie, steeds meer blijk geeft van een toenemende affiniteit met het sociaal-geneeskundige gedachtegoed. De KNMG-commissies Volksgezondheid & Preventie en Arts & Arbeid zijn daarvan tastbare voorbeelden. En de steeds betere samenwerking met de federatiepartners. Veelbelovende ontwikkelingen!

De per 1 januari gestarte federatie KNMG zal de perspectieven voor de sociale geneeskunde zeker vergroten. Doel van de federatie is immers de KNMG, meer nog dan voorheen, door de beroepsverenigingen te laten dragen. Bestuurlijk, organisatorisch, én beleidsinhoudelijk. Strevend naar geïntegreerde standpuntbepaling en belangenbehartiging tegenover derden. Dit doet een groter beroep op de sociale geneeskunde.

Ter completering van de curatieve invalshoek van huisartsen en specialisten kan de sociaal-geneeskundige optiek niet worden gemist. Voor een gezaghebbende en complete KNMG is een solide sociaal-geneeskundige pijler dan ook onmisbaar. Niet alle sociaal-geneeskundigen lijken dit te beseffen, want het komt nogal eens voor dat het lidmaatschap van de LVSG wordt opgezegd met het argument dat met het KNMG-lidmaatschap kan worden volstaan. Daarmee wordt dan enige contributie bespaard. Een kortzichtige misvatting waarmee zo'n lid zijn beroepsgroep en uiteindelijk zichzelf tekortdoet.

De waarde van het 'samen sterk binnen de KNMG' geldt niet minder voor de sociaal-geneeskundige belangenbehartiging zelf. Daarom wordt er gewerkt aan de oprichting van een federatie van sociaal-geneeskundige wetenschappelijke verenigingen die in de loop van 1999 in enigerlei vorm haar beslag moet gaan krijgen. En die zal toetreden tot de KNMG. Als de leden van de wetenschappelijke verenigingen tenminste daarmee instemmen.

Bovenal dient de sociaal-geneeskundige zijn verantwoordelijkheid te nemen door lid te zijn van zijn beroepsvereniging. Nu van de LVSG, straks via zijn wetenschappelijke vereniging van de sociaal-geneeskundige federatie en daardoor van de KNMG.

Op de bescheiden contributie kan het niet vastzitten! <<

N.B. 'Geen geld, geen Zwitsers': Wie geen geld heeft, kan geen macht uitoefenen, zich niet van de dienst van een ander verzekeren (Van Dale).

## KNMG

Koninklijke  
Nederlandsche  
Maatschappij tot  
bevordering der  
Geneeskunst

## Dagelijks Bestuur

prof. dr. J.M.  
Minderhoud, voorzitter  
R.G.P. Hagenouw,  
ondervoorzitter  
dr. A.A.W. Kalis,  
(vz.LAD)  
R.W.M. van Velzen,  
(vz.LHV)  
F.B.M. Sanders,  
(vz.Orde)  
prof. dr. H. Rengelink,  
(vz.LVSG)

## Bureau

dr. P.J.J.M. van Loon,  
algemeen directeur  
dr. R.J.M. Dillman,  
secretaris-arts  
mr. W.P. Rijkse,  
secretaris-jurist  
mw. C. Hagelstein,  
hoofd communicatie  
R.J. Mulder,  
projectleider KNMG-  
jubileum  
K. Theunissen, hoofd  
fin. en admin. zaken

## Adres

Lomanlaan 103, 3526  
XD Utrecht  
tel. 030-2823911

## Postadres

Postbus 20051  
3502 LB Utrecht

## Postgironummer

58083

## Bankrekeningnummer

## ABN-AMRO

45 64 48 969

## Telefax

030-2823326

## LHV

Landelijke Huisartsen  
Vereniging  
drs. Chr.R.J. Laffr e,  
algemeen directeur  
tel. 030-2823723

## Orde

Orde van Medisch  
Specialisten  
P.A.W. Edgar, arts,  
MBA, directeur  
tel. 030-2823301

## LAD

Landelijke vereniging  
van Artsen in  
Dienstverband  
mr. A.W.J.M. van  
Bolderen, directeur  
tel. 030-2823360

## LVSG

Landelijke Vereniging  
van Sociaal-  
Geneeskundigen  
tel. 030-2822081

"Sociale  
genees-  
kunde  
een  
onmisbare  
pijler"

# AAN ALLE BELANGSTELLENDEN 'DOKTERS VOOR DE KLAS'

## KNMG

### COLLEGE- EN REGISTRATIECOMMISSIES

#### CCMS, CSG en CHVG

Centraal College Medische  
Specialismen,  
College voor Sociale Geneeskunde en  
College voor Huisartsgeneeskunde en  
Verpleeghuisgeneeskunde  
mr. J.C. de Hoog, secretaris  
mw. C.S. Danz-de Jong, secretaresse  
mw. J.F.M. van Zandvoort, secretaresse

#### MSRC

Medisch Specialisten Registratie  
Commissie  
dr. A.A.W. Op de Coul, secretaris  
N.J.F.G. Kolkman, bureauhoofd

#### SGRC

Sociaal-Geneskundigen Registratie  
Commissie  
mw. mr. P.A. Hadders, secretaris  
mw. D. Hennevelt-Wolters, secretaresse  
Dagelijks telefonisch bereikbaar van  
9.00-12.00 uur.

#### HVRC

Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie  
Commissie  
dr. L.R. Kooij, algemeen secretaris  
N.F. de Pijper, secretaris  
mw. drs. E.T. Wismeijer, chef de bureau

#### Bibliotheek

prof. dr. M.J. van Lieburg,  
bibliothecaris  
Industrierondweg 16  
8321 EB Urk, fax. 0527-686833

#### Serviceverlening Werkgelegenheid Geneeskundigen

SWG Uitzendbureau, tel. 030-2823371  
SWG Werving en Selectie, tel. 030-  
2823760  
SWG Vacaturetelefoon, tel. 030-  
2823307 (opgeven van vacatures)  
tel. 0900-4040340 (beluisteren van  
vacatures)

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

De mailing over het jubileumpro-  
ject 'Geschenk aan de samenle-  
ving' is een succes gebleken. Zoals  
u ook kunt lezen in de 'special' die  
u bij deze Medisch Contact  
aantreft, bestaat het 'geschenk' uit  
drie onderdelen, waaronder het  
deelproject 'Dokters voor de klas'.  
Naast alle giften die we hebben  
ontvangen en die nog steeds bin-  
nenstromen, hebben zich de eerste  
week na de mailing meer dan  
1.000 KNMG-artsen aangeboden  
om in het project te participeren  
en enkele uren voor de klas te  
staan. En nog steeds komen de  
aanmeldingen binnen. Uiteraard  
onze dank hiervoor.  
Naast aanmeldingen zijn er vra-  
gen. Helaas is het door het enorme  
aantal inzendingen niet mogelijk  
iedereen persoonlijk te antwoor-  
den. Om zo veel mogelijk mensen  
van dienst te zijn, treft u hier de  
zes meest gestelde vragen aan!

*Ik wil graag meewerken aan 'Dok-  
ters voor de klas', maar ik heb geen  
ervaring met het voor de klas staan.  
Word ik voldoende voorbereid?*  
Er komt een uitgebreide lesbrief  
met informatie over en instructie  
voor het verzorgen van een lesuur.  
Hierin wordt een onderscheid  
gemaakt in leerlinggroepen. Er zit  
nu eenmaal verschil in het aanbie-  
den van leerstof aan een 6-jarige  
of aan een 12-jarige. Er worden  
handreikingen gedaan over onder-  
werpen die u kunt behandelen en  
de wijze waarop dat kan gebeuren.  
Ook de onderwijzer(es) ontvangt  
de informatie. Hij of zij kan de  
klas dan van te voren vertellen dat  
er een dokter komt en wat de  
bedoeling daarvan is.

*Hoe worden de scholen benaderd?  
Of moet ik dat zelf doen?*  
Alle basisscholen in Nederland  
worden in het voorjaar door ons  
benaderd om ze te informeren  
over dit project en hun te vragen  
eraan te willen deelnemen.  
Vervolgens vindt een 'matching'  
plaats van het KNMG-lid dat

'Dokter voor de klas' wil  
zijn, met een belangstel-  
lende school. Hierover  
wordt u de komende tijd  
nog geïnformeerd.  
Uiteraard is de matching  
ook afhankelijk van het  
aantal artsen dat wil  
meewerken en de lande-  
lijke dekking.

*Ik ben gepensioneerd. Kan  
ik dan ook meedoen, of  
moet ik praktiserend arts  
zijn?*  
Deelname is niet aan  
leeftijd gebonden. Alle  
KNMG-leden kunnen  
aan dit project  
deelnemen.  
Enthousiasme is  
eigenlijk de enige  
voorwaarde.

*Ontvangen artsen een  
vergoeding?*  
Het project 'Dokters voor  
de klas' maakt deel uit  
van het 'Geschenk aan de samenle-  
ving' dat de KNMG eind volgend  
jaar op symbolische wijze wil  
overhandigen. Aangezien het pro-  
ject dus een cadeau is dat alle  
leden van de KNMG de  
maatschappij aanbieden, ontvan-  
gen de vrijwilligers die zich opge-  
ven voor dit project geen  
vergoeding. Bovendien gaat het  
slechts om een of enkele uren per  
jaar.

*Als bestuur van een afdeling van de  
KNMG vinden we het een goed ini-  
tiatief, dat we graag willen  
ondersteunen. Kunnen we ook als  
afdeling een rol spelen?*  
Het behoort tot de mogelijkheden  
dat een afdeling van de KNMG de  
uiteindelijke uitvoering van het  
project lokaal ter hand neemt. Al  
het instructie- en lesmateriaal, de  
lijst van KNMG-leden en de  
namen van de scholen die zich  
hebben opgegeven, kunnen aan de  
desbetreffende afdeling worden  
doorgegeven. De 'matching' van de



*De reacties op de mailing 'Geschenk aan de  
samenleving' zijn overweldigend. Frits Schmidt  
wordt bijna bedolven onder de inzendingen.*

dokter voor een klas met de  
betreffende school kan dan lokaal  
worden geregeld, evenals een  
lokaal aanspreekpunt voor  
informatie aan leden en scholen.

*Voorlichting aan kinderen is niet  
nieuw. Hoe verhoudt het project  
zich tot de werkzaamheden van  
jeugdartsen, schoolartsen en  
GGD'en?*

Dit project wil uitdrukkelijk geen  
inbreuk maken op de taak van bij-  
voorbeeld schoolartsen. Het kan  
juist een bijdrage leveren aan de  
nut en noodzaak van de werk-  
zaamheden van de artsen werk-  
zaam in de jeugdgezondheidszorg.  
Inpassing in een groter opgezet  
gezondheidsproject als verlengstuk  
van GVO-onderwijs is echter ook  
mogelijk. In de lesinstructie zal  
hieraan aandacht worden besteed.  
Uiteraard staan we open voor sug-  
gesties.

Frits Schmidt, arts,  
stafmedewerker KNMG