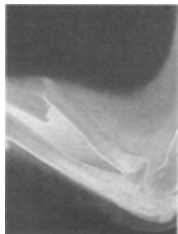


Medisch Contact

WEEKBLAD VAN DE KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

IN DIT NUMMER



Ingekleurde röntgen-opname waarop een fractuur van radius en ulna zichtbaar is. Deze onstabiele fractuur dient spoedig en exact - bij voorkeur operatief - gecorrigeerd en gefixeerd te worden om secundaire weefselschade en toekomstige functionele beperking te voorkomen.

Bron: Salisbury District Hospital/Science Photo Library

Betrouwbare informatie op internet

Veld en overheid met elkaar verzoenen - O. VAN RIJEN

1666

Tussen de lijnen

GGZ-steunpunt groot succes voor huisarts en patiënt - J.C.M. ANKONÉ

1668

Leer ons kritisch lezen en zorgvuldig schrijven

Peiling onder medisch studenten VU - F.J. MEIJMAN

1671

Leren omgaan met jezelf

Het functioneren van huisartsen verbeteren - J.G. STREEFKERK

1673

Diagnostiek van carpaaltunnelsyndroom

Een hoofdrol voor het diagnostisch centrum - L.J.M. REICHERT c.s.

1681

De kunst van het sterven

Euthanasie houdt geneeskunde in de wurggreep - J. SCHUURMANS

1684

Toetsing van mensgebonden onderzoek

Lokale commissies blijven van waarde - M.S.F. KEMP

1686

RUBRIEKEN

Contactwijzer	1658
Hoofdredactioneel	1659
NieuwsReflex	1660
Brieven	1662
MediSein	1677
Ziektebeelden <i>Vertrouwde leegte</i>	1680
Veldwerk <i>De co-assistent</i>	1683
Arts en recht <i>Anti-HIV-serum</i>	1688
Arts en net <i>Arbeid en psyche</i>	1689
Agenda	1690
Voorzitterscolumn <i>Orde</i>	1691
Officieel	1692



Medisch Contact

Weekblad van de KNMG
tel. 030 28 23 911

Redactie

B.V.M. Crul, arts, hoofdredacteur
drs. G.J. Visser, adj. hoofdredacteur
mw. C.R. van der Sluijs, redacteur
mw. drs. W.G. Juffermans, redacteur
C.J.G.M. Klaver, redacteur
drs. R.J.H. Crommentuyn, journalist
mw. I.L.E. Lutke Schipholt, journalist
drs. H. Maassen, journalist
drs. E.-J. Pronk, journalist
mw. drs. A.H. Liem, redactieassistent/
fotoredacteur
mw. D.J.M. de Nijs, opmaakredacteur
mw. C.M. Schouten, secretaresse/opmaak
mw. M.E. van Beuge, secretaresse

Redactieadres

Lomanlaan 103 Postbus 20052
Utrecht 3502 LB Utrecht
telefoon 030 282 3384/282 3323
e-mail: redactie@medischcontact.nl
www.medischcontact.nl

Postadres

Raad van Advies Medisch Contact

J.F.M. Bergen, huisarts, voorzitter
J.H.A.M. van den Bergh, longarts
P.W. de Feiter, agio-heelkunde
mw. J.M. Hoevers, sociaal-geneeskundige
mw. dr. C. Vermeulen-Meiners, gynaecoloog

Adviseurs namens het hoofdbestuur der KNMG

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

Abonnementen- & klantenservice

Voor het opgeven/opzeggen van abonnementen, het doorgeven van adreswijzigingen of het afhandelen van service-gevoelige zaken, zoals klachten over toezending: Elsevier bedrijfsinformatie bv (Hanzestraat 1) Postbus 4, 7000 BA Doetinchem. Tel. 0314 358 358; fax 0314 358 161.
Voor niet-leden van de KNMG zijn de kosten voor een abonnement f 249,- (incl. BTW); België Brf. 4980 (incl. BTW); buitenland f 408,- (incl. verzendtoeslag); Nederlandse instellingen f 264,-, Brf. 5280; studenten-niet-KNMG-leden f 99,-; losse nummers: f 15,75. Abonnementen lopen automatisch door, tenzij 30 dagen voor de vervaldatum schriftelijk wordt opgezegd. Adreswijziging: drie weken van te voren schriftelijk doorgeven.

Advertenties

Elsevier bedrijfsinformatie bv,
Planetenbaan 80-99, Postbus 1110
3600 BC Maarssen
Personeelsadvertenties: Woro Koezen,
tel. 0346 577 778, e-mail: W.Koezen@ebi.nl
Advertenties: Johan IJsebrands, tel. 0346 577 779,
e-mail: J.IJsebrands@ebi.nl
Marjolein Appel, tel. 0346 577 250,
e-mail: M.Appel@ebi.nl
Verkoopafwerking: tel. 0346 577 245,
fax 0346 577 372
Verkoopleider: Marcel Hoes, e-mail: M.Hoes@ebi.nl
Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

Oplage

32.000

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. ©2000, KNMG

Het is niet toegestaan om, zonder voorafgaande toestemming van de redactie, gepubliceerde artikelen of gedeelten daarvan over te nemen, te (doen) publiceren of anderszins openbaar te maken of te verveelvoudigen.

ISSN 0025-8245

CONTACTWIJZER

IN GESPREK MET DE ARTS

Patiënten hebben soms irrealistische verwachtingen van gesprekken over euthanasie. Artsen zijn soms onduidelijk. De gevolgen kunnen zijn dat in gesprekken over euthanasie ernstige misverstanden ontstaan. De Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE) heeft daarom psycholoog Martine Cornelisse gevraagd een brochure voor patiënten samen te stellen. De brochure besteedt aandacht aan situaties waarin sprake is van een ernstige ziekte, maar ook aan het



zogenaamde 'voorschot-gesprek', waarin een patiënt die niet ernstig ziek is met zijn arts gaat praten over de (mogelijk verre) toekomst. Een apart hoofdstuk is gewijd aan het begrip 'ondraaglijk lijden', dat onlangs weer zo'n cruciale rol speelde in de Haarlemse rechtzaak.

De brochure kost f 8,- en is te bestellen bij de NVVE
Postbus 75331
1070 AH Amsterdam
tel. 020 620 0690
e-mail: euthanasie@nvve.nl



AIDS SOA INFOLIJN

Vanaf 1 december gaan de Aids Infolijn en de Soa Infolijn samen verder als de Aids Soa Infolijn met als nieuw (betaald) telefoonnummer 0900 204 2040 en het naamnummer 0900 AIDSSOA. Deze nieuwe lijn is een samenwerkingsverband van de Stichting soa-bestrijding en de Stichting Aids Fonds. De Aids Soa Infolijn is een landelijke informatie- en hulplijn voor mensen met vragen over HIV/aids en andere seksueel overdraagbare aandoeningen. De Infolijn is zeven dagen per week 24 uur per dag bereikbaar. Via een keuzemenu geeft de lijn informatie over chlamydia, genitale wratten, herpes, hepatitis B, gonorrroe, syfilis, HIV/aids, trichomonas, schaamluis en condoomgebruik.

stichting soa-bestrijding

Informatie: B. Tempert, Stichting Aids Fonds,
telefoon 020 626 2669 of
e-mail: btempert@aidsfonds.nl

HULPVERLENING AAN ARTSEN

LANDELIJKE CONTACTPERSONEN

- mw. drs. F.M. Arendsen Hein, psychologe, psychotherapeute
De Gelderse Roos, Centrum voor Psychotherapie
Klomperweg 175, 6741 PH Lunteren, tel. 0318 572 141
 - H. van Berkestijn, psychiater
Van Ketwich Verschuurlaan 7
9721 SB Groningen, tel. 0517 398 818/398 832 (overdag)
050 527 4963 ('s avonds)
 - H.J.W. Brinkman, huisarts-supervisor
Chopinplein 4, 2421 TT Nieuwkoop, tel. 0172 572 058
 - J.M. Komen, huisarts
Prof. Lorentzstraat 27, 7557 AV Hengelo, tel. 074 250 9604 (privé)
074 291 2131 (praktijk)
 - J.J.C. Marlet, zenuwarts
Etnalaan 27, 5801 KA Venray, tel. 0478 581 610
 - drs. W.H. Melles, theoloog, systeemtherapeut
Groot Hertoginnelaan 6, 1405 EA Bussum, tel. 035 692 3630
 - dr. J. Pols, psychiater
Cederlaan 4, 9401 RC Assen, tel. 0592 300 090 ('s avonds)
 - prof. dr. M.M.W. Richartz
Postbus 88, 6200 AB Maastricht tel. 043 368 5330
 - prof. dr. W.J. Schudel
AZR-Dijkzigt, Rotterdam, tel. 010 463 3227
 - K. Visser, psychiater
Prof. Cobbenhagenlaan 784, 5037 DX Tilburg, tel. 013 515 6090
- ### ANONIEME DOKTERS
- Werkgroep IJsselstein, tel. 078 691 2292
 - Partnerwerkgroep Den Haag, tel. 070 355 9547/350 4601

AANWIJZINGEN VOOR AUTEURS

- Kopij aanleveren op diskette, met een geprinte versie. E-mailen kan ook, met vermelding van adres en telefoonnummer.
- De redactie behoudt zich het recht voor bijdragen te weigeren.
- Beperk uw artikel tot maximaal 1.900 woorden (3 blz. MC), inclusief een puntsgewijze samenvatting van maximaal 200 woorden.
- Gebruik bij het intikken zo min mogelijk functies en géén eigen pagina-opmaak.
- Literatuurverwijzingen en noten met nummers aangegeven op de juiste plaats in de tekst; bijbehorende lijst onderaan het artikel.
- Vermelding van een contactadres. Dit wordt in het artikel opgenomen zodat lezers met u contact kunnen opnemen.
- Voorzie tabellen, schema's en figuren van een bondige titel. Aanleveren op een apart vel.
- De redactie maakt de koppen, de tussenkoppen, de lead en de quotes.
- Van geaccepteerde artikelen vervalt het auteursrecht aan de redactie.
- De redactie heeft het recht bijdragen weer te geven op de website van Artsennet.

Basisverzekering en lol in je werk



Terwijl de gezondheidsbobo's zich de afgelopen maanden tijdens vele congressen warmlieden voor een nieuw verzekeringsstelsel voor de zorg, blijven het veld en de consument zeer lauw onder dit alles. Vreemd, want al die bobo's praten op hun bijeenkomsten juist over de geweldige kansen die de komende basisverzekering biedt voor de patiënt en diens zorgaanbieder c.q. de arts. Van aanbodgerichte naar vraaggestuurde zorg met daarbij een revival van het primaire proces: voor wie het vergeten mocht zijn, dat is wat er in de spreekkamer en aan het bed gebeurt. In het spel der machten dat de zorg omgeeft zullen deze plekken weer centraal komen te staan. Verzekeraars, overheid, colleges en management, zij allen zullen weer dienstbaar worden aan en slechts zorgen voor de randvoorwaarden van dat primaire proces.

Als arts krijg ik een brok in de keel bij het aanhoren van zoveel fraaie, weer opgepoetste oerbeginselen. Wat kunnen ze het toch mooi zeggen, denk ik dan ontroerd. Zouden alle problemen met mijn gedemotiveerde collegae nu tot het verleden gaan behoren? Elke van der Veen, voorzitter van de Raad van Bestuur van de uitdijende AGIS Groep Zorgverzekeraars vroeg zich dat vorige week woensdag in Amsterdam tijdens het derde Baledebat ook hardop af: 'Wat is de relatie tussen de basisverzekering en lol in je werk?' Zolang die vraag niet wordt beantwoord en politici en de SER niet verder komen dan geruzie over nominale of inkomensafhankelijke premie, verwacht hij - net als ik - geen bevlogen deelname van het veld aan het stelseldebate.

Laat u zich door het bovenstaande niet weerhouden om met uw eigen innovatieve plannen het primaire proces te stroomlijnen. Dat geeft veel lol en voldoening. Minister Borst gaf in dezelfde Balie al aan dat zij tijdens werkbezoeken veel goede, door het veld zelf verzonden oplossingen aantrof, die in geen enkele nota voorkwamen. Daar de minister een trouw MC-lezer is, zou ze hiermee bij toekomstige lezingen ook de in Sittard aangepaste diagnostiek en behandeling van het carpaaltunnelsyndroom kunnen bedoelen, die in dit nummer wordt beschreven. Behoort deze aandoening elders nog uitsluitend tot het domein van neuroloog en neurochirurg, Reichert e.a. zetten uiteen hoe bij hen de huisarts rechtst-

reeks een EMG kan aanvragen. Zeer patiëntvriendelijk en nog goedkoper ook. Ging het ooit ook niet zo met het aanvragen van scopieën door de huisarts en met diens overname van de behandeling van hypertensie en later van insulineafhankelijke diabetes? En ongetwijfeld zal er nog meer volgen. Tenminste, als die huisarts er tijd voor heeft, adequaat wordt gefinancierd en steun krijgt vanuit de tweede lijn. Bijvoorbeeld door consultatie vanuit de GGZ zoals in Den Bosch gebeurt (zie bladzijde 1668). Een snelle professionele niet-stigmatiserende interventie in de praktijk van de huisarts is niet alleen beter voor de patiënt maar ook voor de dokter. Met meer begrip tussen tweede en eerste lijn als bijwerking.

Lol houden in het werk. Dat is de enige remedie om het artsentekort op korte termijn te beperken. Blijkens het indicatieve onderzoek van Han Streefkerk, voormalig medisch adviseur bij de Artsen-Onderlinge, valt er aan het struisvogelgedrag van artsen nog veel te verbeteren. Doorgaan tot je erbij neervalt, staat wel stoer maar levert op termijn niets op. Hopelijk kan het Steun- en Consultatieproject van de KNMG, waarvoor de minister vorige week eindelijk subsidie heeft toegezegd, daadwerkelijk steun bieden. Belangrijk is verder dat artsen de wijze raad die zij hun patiënten geven ook zelf opvolgen.

En als je dan eindelijk - met de ski-schoenen nog aan - gezellig zit te luisteren naar een lezing over het nieuwste antidepressivum, valt justitie binnen. MSD moet zich eind januari bij de rechter melden vanwege te uitbundig gunstbetoon aan artsen. Maar in hoeverre lokken wij dat gedrag zelf uit? En in hoeverre wijkt ons voorschrijfgedrag daarna af van wat het beste voor de patiënt zou moeten zijn? Als MSD wordt veroordeeld, zou de justitiële schijnwerper daarna wel eens onze kant op kunnen schijnen. De inspectie lijkt zich met het Besluit Geneesmiddelenreclame in de achterzak als aandrager daarvoor al warm te draaien. Let bij uw voorschrijfgedrag ook op dat u geen middel voorschrijft waarvan de werking niet wetenschappelijk is bewezen. Dan kunt u namelijk een veroordeling van het Medisch Tuchtcollege tegemoet zien. Misschien niet te zwaar aan tillen, maar het is toch een conclusie die kan worden getrokken uit de tuchtzaak van deze week.

Al met al is het een uitdaging om lol in het werk te houden, een uitdaging waarbij u de regie zeker niet uit handen moet geven.

*In justitieel
licht*

PALLIATIEVE ZORG OP DE VIERSPRONG

Tussen 1997 en 2015 zal het aantal mensen dat jaarlijks sterft aan niet-acute aandoeningen met 20 procent stijgen. In absolute getallen gaat het om een toename van 55.000 naar 66.000 gevallen per jaar. Als de organisatie en de inhoud van het zorgaanbod niet veranderen, zal ook de vraag naar palliatieve terminale zorg tot het jaar 2015 met ongeveer 20 procent groeien. In verzorgingshuizen en verpleeghuizen zullen over dezelfde periode 24 tot 30 procent meer mensen overlijden aan niet-acute aandoeningen.

Deze en andere cijfers staan in het vorige week verschenen rapport 'Palliatieve zorg vandaag en morgen; feiten, opvattingen en scenario's', opgesteld door het Nivel en het EMGO-instituut van de Vrije Universiteit. De publicatie heeft tot doel in kaart te brengen hoe de vraag naar en het aanbod aan palliatieve zorg zich zal ontwikkelen.

Palliatieve zorg kan vier kanten op, stelt het rapport. De vier gepresenteerde toekomstscenario's variëren op een tweetal parameters. De eerste parameter is: 'nadruk op gelijkheid' (elke terminale patiënt krijgt dezelfde zorg) versus 'nadruk op individualiteit' (het zorgaanbod is gedifferentieerd naar individuele behoeften). De tweede parameter is: 'meer generalisme' (zorgverleners blijven van vele markten thuis) tegenover 'meer specialisme' (artsen en verpleegkundigen specialiseren zich in het leveren van palliatieve zorg).

Een combinatie van gelijkheid en

generalistische hulpverleners sluit het best aan bij de huidige situatie, aldus het rapport. Ook de huidige palliatieve zorg wordt immers vooral door generalisten geleverd, terwijl zeker in de palliatieve zorgverlening gelijke beschikbaarheid van zorg als een groot goed geldt.

De twee scenario's die uitgegaan van specialistische hulpverleners verhouden zich daarentegen slecht met het huidige overheidsbeleid, dat immers is gericht op het afbouwen van categorale voorzieningen. Bovendien betwijfelt het rapport of de groeiende vraag naar palliatieve zorg wel kan worden opgevangen door voornamelijk specialistische artsen en verpleegkundigen.

Het rapport signaleert een groeiende bereidheid van mensen om zelf te betalen voor zorg die goed aansluit bij individuele wensen. Zo bezien hebben scenario's die patiënten meer individuele keuzevrijheid bieden, meer kans van slagen. Bovendien doen ze een betrekkelijk gering beroep op collectieve middelen, hetgeen wel eens de beslissende factor zou kunnen zijn. Want, zo constateert



FOTO: LUKK VAN DIER LEE

het rapport, 'hoewel in onze maatschappij zeker een besef leeft dat goede zorg voor stervenden van 'levensbelang' is, is voorsnog onduidelijk in hoeverre mensen werkelijk bereid zijn om daarvoor gezamenlijk de financiële lasten te dragen.' << HM

HUISARTSENZORG IN VERZORGINGSHUIZEN ONGEWIJZIGD

Nu de Tweede Kamer het voorstel van staatssecretaris Vliegthart om de huisartsenzorg in verzorgingshuizen alleen nog via contracten met hagro's te laten verlopen heeft afgewezen, wordt ook de vergoeding van de huisartsen niet overgeheveld naar de

AWBZ. Voorlopig verandert er dus niets aan de volgens de LHV veel te lage vergoedingen voor verrichtingen door huisartsen in verzorgingshuizen.

Volgens VWS-voorlichter Pieter Idenburg zal de staatssecretaris 'ergens in 2001' met een nieuw voorstel komen. De LHV is

niet ongelukkig met het uitstel van de plannen. 'Nu is er tenminste voldoende tijd om zowel de organisatie van de huisartsenzorg in verzorgingshuizen als de vergoeding daarvoor in één keer goed te regelen', zegt woordvoerder Fulco Seegers. 'Daar hadden wij toch al op aangedrongen.' << EJP

ARBEIDSVOORWAARDENREGELING OP KOMST

Onderhandelingen van de Orde van Medisch Specialisten, de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen met het ministerie van VWS over de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten in dienstverband (AMS) verlopen voorspoedig. 'Deze maand moeten we er wel uitkomen', laat een woordvoerder van de Orde optimistisch weten.

De AMS is het vervolg op de Regeling Medisch Specialisten in Dienstverband (RMSD), die drie jaar geleden eenzijdig door de ziekenhuizen werd vastgesteld en op verzet stuitte van de beide artsenverenigingen. Sindsdien hebben de drie betrokken organisaties samen overlegd over een arbeidsvoorwaardenregeling die ieders goedkeuring zou kunnen wegdragen. Begin deze maand bereikten zij daarover in principe overeenstemming. Alleen de financiering van de voorgestelde AMS moest nog worden geregeld.

De nieuwe arbeidsvoorwaardenregeling heeft in eerste instantie betrekking op de ongeveer 2.500 medisch specialisten die nu al in dienstverband werken.



FOTO: LOEK ZUIDERDIJN

Maar ze moet er ook toe bijdragen dat het voor vrijberoepsbeoefenaren aantrekkelijk wordt de stap naar het dienstverband te maken. Dat betekent dat de regeling veel geld zal kosten. 'Het gaat niet om een paar procenten, zoals in de jaarlijkse CAO-onderhandelingen', aldus de woordvoerder van de Orde. 'Nee, het gaat om een behoorlijke opslag.'

Na een eerste overleg met de minister, medio november, wordt bij het ter perse gaan van dit nummer van Medisch Contact opnieuw onderhandeld. Met de financiering van de AMS zou naar verluidt een bedrag zijn gemoeid van 150 miljoen gulden. < JV

LAD WEERT BEDRIJFSARTSEN

Als het aan de LAD ligt, worden de bedrijfsartsen van de NVAB geen lid van KNMG. Terwijl de overige federatiepartners hun collega's van de NVAB tijdens de vergadering van het federatiebestuur op 13 november nadrukkelijk verwelkomden, stemden de vertegenwoordigers van de LAD in het bestuur tegen. Het stemgedrag van de LAD, te verklaren uit puur eigenbelang, zal overigens geen invloed hebben: de meerderheid van de bestuurders stemde vóór toetreding.

GEEN DIAGNOSE OP RECEPT

Minister Borst beraadt zich op haar voorstel om artsen te verplichten de diagnose te vermelden op een recept voor geneesmiddelen. 'De Tweede Kamer wil het niet en dus denkt de minister er opnieuw over na', zegt een woordvoerder van het ministerie van VWS. Eind oktober had de minister de Tweede Kamer per brief laten weten deze kant op te willen. Als de apothekers de diagnose kennen, kunnen zij beter inschatten of de patiënt het juiste recept voorgescreven heeft gekregen, zo luidde haar redenering. De meerderheid van de Tweede Kamer zag niets in het plan.

ZUID-AFRIKA WAARSCHUWT VERPLEEGKUNDIGEN

Het ministerie van Volksgezondheid in Zuid-Afrika waarschuwt verpleegkundigen om 'voorzichtig' te zijn met aantrekkelijke aanbiedingen voor werk in het buitenland, zo meldde de Cape Times eind oktober. Aanleiding voor de waarschuwing zijn de slechte ervaringen van de verpleegkundigen die naar Nederland waren vertrokken. Twee van hen zijn inmiddels met de hulp van de Zuid-Afrikaanse ambassade naar huis teruggekeerd. 'Ik woonde in een soort sloppenwijk en voelde me onveilig en onzeker', zo citeert de krant één van de spijtoptanten. Door de lage salarissen en de torenhoge werkdruk zoeken veel verpleegkundigen hun heil in het buitenland, legt een woordvoerder van de vakbond uit. Zij zegt aanzienlijk meer klachten te krijgen over Nederland dan over Saoedi-Arabië, een andere populaire bestemming. Niet alleen zijn het werkklimaat en de salarissen in ons land 'niet erg

goed', ook laten de woonomstandigheden te wensen over en is het niet zo makkelijk om het gezin te laten overkomen.

Randstad Gezondheidszorg ontkent de problemen. Van de 34 verpleegkundigen die via de uitzendorganisatie in ziekenhuizen in Amsterdam en Den Haag kwamen werken, zijn er vier weer naar huis, van wie twee vanwege onvoldoende functioneren. 'Eén van hen voelde zich zo gekwetst, dat hij allerlei onzin aan de pers heeft verteld', zegt L. Koppenhol van Randstad. 'De Zuid-Afrikaanse ambassadeur heeft al een brief gestuurd om de zaak te rectificeren.' Volgens Koppenhol heeft Randstad uitsluitend geworven onder relatief onervaren werkloze verpleegkundigen, die geen zin hadden in een baan op het Zuid-Afrikaanse platteland. De dertig nog werkzame Zuid-Afrikanen hebben een contract voor twee jaar: 'Het ziet ernaar uit dat ze dat gewoon volmaken.' < JV

VERPLEEGKUNDIGEN NEMEN TAKEN OVER

In het Medisch Centrum Alkmaar houden verpleegkundigen COPD-spreekuur. Hierdoor worden de longartsen ontlast en krijgen zij meer ruimte voor kwaliteit. Naar schatting nemen de verpleegkundigen 10 tot 15 procent van de spreekuurtijd over. De speciaal opgeleide COPD-verpleegkundigen mogen onder strikte voorwaarden taken uitvoeren die anders door de longartsen worden gedaan, zoals het bijstellen van medicatie en longcontrole. Aanvankelijk was dit spreekuur van verpleegkundigen een experiment. Vanwege de goede resultaten is het omgezet in een structurele voorziening.

BRIEVEN

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

Gelijke monniken, verschillende kappen



Het artikel van Van Busschbach c.s. (MC nr. 40/2000, blz. 1395-1397) geeft te denken. Als *intakers* dezelfde formulieren gebruiken en bij een vergelijkbaar zorgprobleem toch tot heel verschillende indicaties komen, is er iets mis met de nieuwe indiceringssystematiek. Het is dan zaak te bezien hoe dit kan worden verbeterd. Vooral waar het, zoals hoofdredacteur Crul stelt (MC nr. 40, blz. 1383), terugslaat op het RIO-concept van onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling volgens het Zorgindicatiebesluit.

Er zijn wel vraagtekens te zetten bij deze propositie. Zo is de organisatie waar het onderzoek werd verricht geen Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) in de zin van het Zorgindicatiebesluit. Bij het onderzoek zijn *intakers* betrokken die deel uitmaken van een organisatie die nog steeds de indicatiestelling én het aanbod van het geïndiceerde product: de thuiszorg, onder haar beheer heeft. De vraag is in hoeverre deze constructie de resultaten van het onderzoek heeft beïnvloed. Een *intaker* behoort geen band te hebben met enige zorgaanbieder, omdat dit de besluitvorming kan beïnvloeden in aanbodgerichte zin. Het artikel roept in dit verband de vraag op hoe nu eigenlijk in Rotterdam de onafhankelijke indicatiestelling is geregeld. Is er sprake van een 'zichtbaar' RIO, waar AWBZ en de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) geïntegreerd worden beoor-

deeld, of van een aan de zorgaanbieder zelf gekoppelde indicatiestelling van alleen thuiszorg? Dat verschilt nogal van wat met het RIO eigenlijk wordt beoogd.

Ook is het onderzoek bezaaid met exemplarisch voor de nieuwe wijze van indiceringssystematiek te beschouwen, omdat is gekozen voor selecte, complexe casuïstiek waarop een 'papier' indicatie is gesteld. De onderzoeksopzet was derhalve naar vorm en inhoud tamelijk 'smal'. Hoe zouden de resultaten zijn uitgevallen als voor een bredere opzet was gekozen?

Als uit onderzoek blijkt dat het ideaal van het in vergelijkbare zorgsituaties stellen van vergelijkbare indicaties nog niet wordt bereikt, moet duidelijk zijn dat dit ideaal wetenschappelijke toetsing en bijstelling van de indiceringssystematiek behoeft. Daarvoor is dan te verkiezen dat de onderzoeksmethode breder van opzet is en niet beperkt blijft tot complexe gevallen of 'papier' indicaties.

Maastricht, november 2000
W.G.M. BEEMSTERBOER, arts Sociaal Medische Advisering en Indicatiestelling

Billijkheid of juridische starheid



Sinds 1 juni 1999 is de honoreringsregeling voor medisch specialisten werkzaam in academische ziekenhuizen van kracht. De onderhandelingen over deze regeling verliepen moeizaam, maar de invoering daarvan blijkt een nog zwaarder proces. Waarschijnlijk vermoeden de onderhande-

laars van werkgevers- en werknemerszijde dit al, aangezien er zowel een billijkheidscommissie als een bezwarencommissie is ingesteld.

Inmiddels zijn tegen de voorlopige besluiten meer dan 1.000 bezwaren ingediend. Een medisch specialist kan een beroep doen op de onbillijkheid als de honoreringsregeling en de daarop gebaseerde regelingen weliswaar juist werden toegepast, maar de omstandigheden waarin de medisch specialist verkeerde niet waren voorzien in deze regelingen.

Naar aanleiding van de bezwaren heeft de billijkheidscommissie een aantal 'uitzonderlijke' uitspraken gedaan, waarvan ik u er één niet wil onthouden: Een medisch specialist wordt in 1998 bevorderd tot sectiehoofd en wordt daarom hoger ingeschaald. Door deze hogere inschaling en de systematiek van de honoreringsregeling komt de medisch specialist financieel per 1 juni 1999 echter lager uit dan wanneer geen bevordering had plaatsgevonden. In plaats van inschaling in de laatste periodiek van schaal AMS, vindt inschaling plaats in periodiek 1 van schaal AHS. Hiermee is de ervaren en bevorderde medisch specialist aanzienlijk lager ingeschaald dan zijn of haar even ervaren maar niet-bevorderde collega. Vanzelfsprekend doet de medisch specialist een beroep op de speciaal voor dit soort gevallen in het leven geroepen billijkheidscommissie. Tot zijn verbazing verklaart de billijkheidscommissie zijn beroep ongegrond. De argumentatie van de commissie komt op

het volgende neer: de regeling is volgens de letter op juiste wijze toegepast en de commissie acht zich verder niet bevoegd om de regeling te toetsen op billijkheid! Maar, waar is die commissie dan voor? Billijkheid of maximale juridische starheid? Hopelijk kan in het vervolgtraject een bevredigende oplossing worden gevonden voor dit probleem. Wees echter op uw hoede: een bevordering in een academisch ziekenhuis is voor u het weet een degradatie in inkomen.

Leiden, november 2000
P.A. VAN LUIJT, Voorzitter Academisch Specialisten Vereniging Leiden (ASV-L)

Goudse chirurgen houden avondpoli



Bovenstaande titel van een van de bijdragen in de rubriek Nieuws-Reflex (MC nr. 42/2000, blz. 1465) doet vermoeden dat in Gouda de dag in drie dagdelen is opgesplitst. Dit maakt de onlangs afgesloten CAO van de verpleegkunde mogelijk, daar overwerkvergoeding tot 23.00 uur 's avonds niet wordt gegeven. Als we het stukje kritisch beschouwen, blijkt het vooral te gaan over de organisatie van de praktijkvoering van chirurgen in Gouda. Uit de uitlatingen van collega Swank blijkt dat in Gouda tot nu toe 14 patiënten per uur worden gezien, dat wil zeggen: een tijdsbesteding van minder dan vijf minuten per patiënt. Het streven is nu om tien patiënten per uur te zien, dat wil zeggen: zes minuten per patiënt. Op zich zouden zulke tijden

Dienstenstructuur



Minister Borst schreef alle huisartsen dat vóór de zomer van 2001 er een goede dienstenstructuur moet zijn geregeld. De randvoorwaarden waren bekend en het geld lag klaar. Het advies was om plannen uit te werken en met de regionale zorgverzekeraars contact op te nemen voor de financiering.

In Midden-Limburg hebben wij een uitstekend plan ontwikkeld. We hebben dit aan de regionale zorgverzekeraars voorgelegd. Zij waren het met ons eens dat hiermee de kwaliteit voor de zorg buiten kantooruren is gegarandeerd en de onacceptabele werkdruk voor de huisartsen op bevredigende wijze wordt verminderd.

Enorm frustrerend is het voor de huisartsen als de vertegenwoordigers van de regionale zorgverzekeraars (CZ en VGZ) daarna zeggen dat ze de financiering van dit plan niet kunnen garanderen. Tijdens onderhandelingen op 6 oktober is afgesproken dat we de resultaten aan onze organisaties zouden voorleggen en daarover op een volgende vergadering zouden rapporteren. Op die volgende vergadering kwam de vertegenwoordiger van VGZ niet opdagen en liet de onderhandelaar van CZ zich vervangen door een medisch adviseur die de verslagen van de vorige bijeenkomst niet had gelezen, de door ons gepresenteerde plannen niet kende, en aangaf ons als medisch adviseur geen enkele toezegging te kunnen doen. Hoe moet het probleem van de dienstenstructuur worden opgelost als de regionale zorgverzekeraars weigeren te doen wat in Den Haag en Zeist wordt beloofd? Wij voelen ons niet serieus genomen.

De Midden-Limburgse huisartsen hebben massaal het contract met de zorgverzekeraar per 1 januari 2001 opgezegd als niet voor die tijd een acceptabele financiering van een grootschalige dienstenstructuur wordt toegezegd. Inmiddels is in het overleg van CZ en VGZ met de zuidelijke DHV's over enkele zaken overeenstemming bereikt, maar wordt nog steeds de eis gesteld dat de huisartsen zelf moeten bijdragen aan de financiering van de infrastructuur. We vrezen dat in het regionale overleg ook nu niet wordt nagekomen wat met de zuidelijke DHV's is afgesproken. En omdat de eis van medefinanciering door de huisartsen voor onze achterban niet acceptabel is, zijn we er voorlopig nog niet uit. Als er voor 1 januari 2001 geen overeenstemming is op regionaal niveau ziet het er naar uit dat we op weg zijn naar een contractloze periode.

Roermond, november 2000
J.W.M. VAN ROOIJ, secretaris RHV Midden-Limburg

kunnen worden gehanteerd, als het spreekuur wordt 'vervuld' door wondinspecties en hechtingen verwijderen. Ik kan mij niet goed voorstellen dat nieuwe vaatpatiënten, laat staan patiënten met maligniteiten aan zes minuten voldoende hebben. Wanneer we dan verder de indeling van de spreekuren zien, die van 17.00 tot 19.00 uur gaan, is er in wezen sprake van overloopspreekuren.

Ik wil de collegae in Gouda dringend adviseren hun praktijk te reorganiseren, daar er anders grote kans bestaat op burn-out op korte termijn. Als de druk op de spreekuren zo hoog is, moet er opnieuw gesproken worden met de zorgverzekeraars over uitbreiding van de erkenningsbeschikking. Het is geen goede ontwikkeling, en zeker niet van deze tijd, om harder te moeten werken voor hetzelfde honorarium.

Nijmegen, november 2000
DR. A.G.A. SPELDE, chirurg, medisch manager

Huisarts van de toekomst



De haio van nu is een arts die een marktconforme concurrerende beloning eist. Niet alleen voor zijn portemonnee, maar ook om het afbladderende imago van het vak op deze wijze aan te pakken én het achteruit-hollende animo voor de opleiding een halt toe te roepen. Een opleiding die tot kortgeleden voor slechts 10 procent van een grote groep zeer bereidwillige kandidaten werkelijkheid werd, kan op dit moment soms nauwelijks worden ingevuld. De opleidingscapaciteit voor huisartsgeneeskunde zal moeten concurreren met een ruimer toelatingsbeleid voor specialistenopleidingen, met een beter imago, betere werkom-

standigheden en een beter salaris. De toekomstige huisartsen zijn de haio's van nu. Zij kiezen ervoor om samen met hun partner kinderen te krijgen en op te voeden, parttime te werken en te genieten van het leven (om niet met een burn-out in de WAO te belanden). Zij hebben een professioneel-zakelijke houding ten opzich-

te van de bedrijfsmatige en financiële aspecten van het vak.

Er zal nu in een korte tijd veel (moeten) gebeuren. En net als bij een pizza begint dat altijd bij de bodem (de opleiding dus):

- een niet-flauwe aanpassing van haio-salarissen;
- verkorting van opleidingsduur, bijvoorbeeld door een

soepeler vrijstellingenbeleid;

- flexibele uitbreiding van opleidingsplaatsen, afgestemd op het aanbod;
- een kwalitatief goede opleiding met meer aandacht voor een zakelijke bedrijfsmatige uitoefening van het vak en gericht op de noden van de toekomst en de veranderende maatschappij;
- het als één geheel naar buiten treden van de toekomstige beroepsgroep, met een frisse professionele instelling zonder emoties over inhoudelijke aspecten én vervolgens, op basis van ons producten- en dienstenaanbod, de onderhandelingen in.

Nijmegen, november 2000
MARTIN GERHARDUS, huisarts in opleiding

Een stethoscoop met een olifantensticker (2)



Simone Goderis, voorzitter van Cirkel WV-en OKZ (Wijkverpleegkundigen Ouder- en Kindzorg) te Den Haag concludeert uit het artikel in de serie 'Praktijkgeluiden' (MC nr. 31-32/2000, blz. 1095) dat het ontbreekt aan samenwerking tussen de consultatiebureau-arts en de wijkverpleegkundige jeugdgezondheidszorg op het consultatiebureau dat figureert in genoemd stuk (MC nr. 43/2000, blz. 1506). De serie 'Praktijkgeluiden' heeft als opzet het portretteren van een arts op haar of zijn werkplek. Dit werd mij ook pas duidelijk gaande het interview, toen aan mijn verzoek aan de journalist om ook enkele consulten van de (tegelijk) spreekuurhoudende wijkverpleegkundige bij te wonen, niet kon worden tegemoetgekomen. Het artikel zou niet gaan over 'het consultatiebureau' maar over >>

<< 'een consultatiebureau-arts'. Om die reden komt de wijkverpleegkundige (evenmin als de CB-assistente) in dit artikel nauwelijks in beeld. Het raakt mij in mijn beroepsziel dat dit artikel bij mw. Goderis en haar collega's wijkverpleegkundigen de indruk heeft gewekt dat er nauwelijks overleg is tussen de CB-arts en de verpleegkundigen. Ik kan echter ter geruststelling meedelen, dat ik (en naar mijn weten de meeste CB-artsen) kan lezen en schrijven met de collega's wijkverpleegkundigen. Voor het goed functioneren van het consultatiebureau voor zuigelingen en peuters van 0-4 jaar is *partnership*: nauwe samenwerking en onderling vertrouwen tussen de verpleegkundige en de arts, van fundamenteel belang. Ik maak dan ook graag gebruik van de mogelijkheid die de verpleegkundige heeft om op (indicatie)huisbezoek te gaan. Ik kan echter bij nader inzien wel begrijpen dat citaten uit het stuk de indruk kunnen wekken dat de rol van (samenwerking met) de verpleegkundige onderbelicht wordt.

Diemen, november 2000
WILLEMIEN BOLAND, consultatiebureau-arts JGZ 0-4 jaar, en bestuurslid Landelijke Federatie van Consultatiebureau-artsen verenigingen

Medische verklaring

 Onlangs kreeg ik voor de zoveelste maal een verzoek voor een medische verklaring. Het ging om een 'briefje' dat de KLM wilde hebben in verband met het verzoek van een patiënte om extra beenruimte. Op mijn mededeling dat ik geen verklaringen afgeef, kreeg ik het dringende verzoek een diagnose te noemen in een brief. Zo niet, dan ging het feest niet door voor mijn patiënte. Hierop nam ik contact op met de juridische afdeling van de

KNMG, ik vond dit namelijk wel erg ver gaan. Wie schetst mijn verbazing toen mij werd meegedeeld dat ik gehoor diende te geven aan het verzoek. De patiënte heeft namelijk inzage-recht in het dossier en door middel van het briefje werd aldus een kopie van het dossier ter

beschikking gesteld aan de derde partij. Aangezien dit gebeurde met instemming van de patiënte, was er geen vuiltje aan de lucht. Een alternatief was om een kopie van de groene kaart mee te geven aan de patiënte, die deze weer kon doorgeven aan de derde partij.

Het KNMG-standpunt over medische verklaringen betrof enkel het oordeel van de arts, verbonden aan een diagnose. Wat niet mag, is 'vanwege diagnose X heeft mw. Y behoefte aan Z'. Ik dien me te beperken tot: 'mw. Y lijdt aan diagnose X'. Hieraan werd toegevoegd dat het verstrek-

In het slop geraakt



Op heldere wijze schetst collega Oei het probleem van de medische zorg voor illegalen (MC nr. 39/2000, blz. 1360). Hij stelt dat veel illegalen met psychiatrische problemen niet worden geholpen

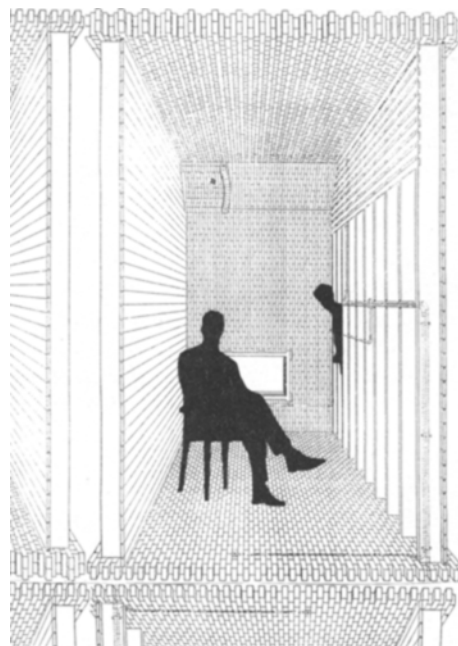
in de reguliere gezondheidszorg (eerste lijn, algemeen ziekenhuis, psychiatrisch ziekenhuis) en daardoor in de criminaliteit versukelen, zodat ze uiteindelijk in de penitentiaire inrichting belanden.

Helaas bevestigt zijn relaas de bevindingen van de Johannes Wier Stichting (JWS) dat de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor illegalen nog steeds te wensen overlaat, ook al heeft minister Borst meermaals benadrukt dat ook illegalen alle medisch noodzakelijke zorg moeten kunnen krijgen. Er bestaat geen twijfel over dat zorg voor patiënten met psychiatrische aandoeningen medisch noodzakelijke zorg kan worden genoemd.

Op basis van een enquête onder 123 organisaties betrokken bij zorg voor illegalen en een aan deze problematiek gewijd symposium, concludeerde de JWS begin dit jaar dat nog steeds veel hulpverleners en instellingen in de gezondheidszorg onbekend zijn met hun plichten en mogelijkheden om illegalen de nodige medische zorg te leveren. Bovendien is de regelgeving omtrent de financiering van deze zorg complex en hoogdrempelig. Dit geldt in het bijzonder voor de eerste lijn (en AWBZ-zorg) die op bepaalde voorwaarden kan worden gefinancierd door het Kopplegingsfonds.

Helaas blijken er nog steeds ziekenhuizen onbekend te zijn met de mogelijkheid om de kosten die zijn gemaakt voor (onbemiddelde) illegalen af te boeken bij de post 'dubieuze debiteuren'. Minister Borst heeft in een brief aan de Tweede Kamer d.d. 11 februari 2000 nogmaals gesteld dat ziekenhuizen deze kos-

ten dienen te betrekken bij de onderhandelingen met de verzekeraars voor het nieuwe budgetjaar. 'Mits zorgvuldig wordt onderhandeld met de ziektekostenverzekeraars sluit dit bekostigingssysteem financieel risico voor het ziekenhuis vrijwel uit.' Zij besluit met de uitspraak dat het nodig is om via voorlichting en transparantere procedures de bestaande mogelijkheden beter te gebruiken. Helaas heeft het ministerie niet de taak op zich genomen om informatie te verschaffen aan ziekenhuizen over de behandelplicht en de daarbij behorende procedures voor de financiële afwikkeling. Jammer, want er zijn helaas nog ziekenhuizendirecties die de medicus geen ruimte bieden om een ziek mens te helpen.



ILLUSTRATIE: ROLAND SIPS

Amersfoort, november 2000

MW. E.K. FOGELBERG, huisarts en MW. M.E.T.C. VAN DEN MUIJSSENBERGH, huisarts

Namens de Werkgroep 'Gezondheidszorg en Illegalen' van de Johannes Wier Stichting

ken van dergelijke informatie 'een maatschappelijke ontwikkeling is die niet is tegen te houden'.

Zelf sta ik nog steeds achter het standpunt: Medische verklaring? Prima, maar dan verwacht ik een schriftelijk verzoek van de medisch adviseur, en er zal een vergoeding worden gevraagd. Tot nu toe werkte dit voor mij heel goed, maar ik blij dus met mijn afhoudend beleid de wet te overtreden.

Leeuwarden, november 2000
I.M. MONZON, huisarts

Kwakzalvers op kaliloog (1)

 Medisch Contact van 27 oktober (nr. 43/2000) vertoont een merkwaardige inconsistentie. In het hoofdredactioneel pleit de hoofdredacteur herhaaldelijk voor evidence-based medicine; hij veroordeelt in scherpe bewoordingen de reclame van Numico voor het preventief toepassen van vitaminepreparaten. Dan volgt een interview met Elisabeth Barrett-Connor die gedegen onderzoek wil naar de effecten van hormoon-suppletie in de postmenopauze alvorens die toe te passen. Prima. En daarna komt er ineens een recensie over het boek van Renckens over

Rectificatie

In het hoofdredactioneel 'Commotie over bloedprop' (MC 2000/46) staat een storende vergissing. 'Misschien dacht u, zo luidt de tekst, 'na de publicatie van Farmer e.a. (...) dat de door hen aangetoonde verdubbeling van het risico op diepveneuze trombose door de pil van de derde generatie onzin was.' Dat moet natuurlijk zijn: '... de tot nu toe door anderen aangetoonde verdubbeling...'. Hetgeen de verdere redenering logisch maakt.

Nieuwe duidelijkheid over euthanasie



In zijn bijdrage over euthanasie (MC nr.44/2000, blz. 1570) beschrijft Govert den Hartogh op voortreffelijke wijze enkele nog niet eerder verwoorde situaties, bijvoorbeeld 'Hoe te handelen als het verzoek (weloverwogen en vrijwillig) niet door het lijden is gemotiveerd'.

Hij concludeert dat de arts wél in staat is het lijden te verzachten zodat het niet ondraaglijk is, maar niet de oorzaak van dat lijden. Als de patiënt deze behandeling dan afwijst, is volgens de nota's er geen sprake van een reëel behandelingsperspectief - en zo'n weigering hoeft dus inwilliging van het verzoek niet in de weg te staan. Terecht stelt hij dat artsen het met deze nieuwe duidelijkheid moeilijk krijgen. Dit kan ertoe leiden dat een arts weliswaar niet overtuigd is van het lijden, maar het verzoek van de patiënt toch inwilligt. Iets dat volgens Den Hartogh ook niet door regelgeving kan worden opgelost: 'Met deze interpretatie van uitzichtloosheid laat de wet de artsen op dit punt onnodig in de steek.'

Waarom de ethicus Den Hartogh desondanks niet bepleit dat artsen een formele mogelijkheid moet worden geboden om te kunnen weigeren, is mij volstrekt een raadsel. Want ook dit is in de voorliggende wettekst onvoldoende geregeld. Hier laat hij de artsen in de steek.

Zeist, november 2000
STEVEN MATTHIJSEN, zelfstandig psychiater

alternatieve geneeswijzen, geschreven door een huisarts die kennelijk zelf behoort tot de beoefenaren van alternatieve behandelwijzen. Een bladzijde lang koelt collega A. Bos in heftige termen zijn woede over dit boek. Ik ga daarop niet in, dat is nauwelijks mogelijk en zeker niet zinvol.

Ik heb het boek van Renckens zelf gelezen en ik heb er grote waardering voor. Renckens beschikt over een grote kennis van alternatieve behandelingen. Hij hamert er voortdurend op dat de beoefenaren daarvan de waarde van hun claims op succes op geen enkele wijze hebben aangetoond. Hij gebruikt daarbij soms ferme taal, vergelijkbaar met die van de hoofdredacteur van Medisch Contact over Numico. Beiden hebben echter wel gelijk. De vraag die bij mij opkomt, is: waarom vraagt de redactie van MC een voorstander van alternatieve behandelwijzen -

en dan nog een zo onbesuisde - om een recensie te schrijven over het boek van Renckens? De redactie heeft een ferm standpunt over een industrie als Numico, maar neemt zij artsen die vergelijkbare therapieën toepassen in bescherming? Is zij bang om een afwijzend standpunt in te nemen over alternatieve behandelingen en daardoor een groep lezers van zich te vervreemden? Als dat zo is, wekt dat twijfel aan het onafhankelijk oordeel van de redactie.

Amsterdam, november 2000
PROF. DR. P.E. TREFFERS, vrouwenarts

Kwakzalvers op kaliloog (2)



Van een recensist mag je verwachten dat hij de inhoud en kwaliteit van een boek bespreekt. Huisarts A. Bos weet dat blijkbaar niet (MC nr. 42/200, blz. 1525).

'Kwakzalvers op kaliloog' wordt helemaal niet besproken. Bos begint gewoon maar wat de discussiëren over alternatieve geneeswijzen. Vanzelfsprekend met de ruime blik die hem verheft boven de reguliere geneeskunde. Wat staan er toch een weerzinwekkende opmerkingen in deze recensie! Zoals de suggestie dat Renckens alternatieven wil bewaken met behulp van de psychiatrie 'zoals ooit de Sovjet-Unie dat deed bij zijn dissidenten'. Of dat hij zich schaamt 'dat een collega met zo'n onzindelijke manier van denken mijn beroepsgroep vertegenwoordigt'. Of: 'Ik ken weinig mensen die zo trots zijn op hun oogkleppen als Renckens. Overigens, als Bos - sporadisch - wel over het boek schrijft, verkondigt hij aperte onjuistheden.

Olst, november 2000
J.J.C. NUMAN, huisarts

Solistisch werken



Minister Borst heeft de banvloek uitgesproken over de solistisch werkende huisarts: die is 'niet meer van deze tijd'. We hebben het hier wel over een zeer grote groep, wat oudere en ervaren huisartsen die ongeveer de helft van Nederland zorg verschaffen. Zij vormen de steunpilaren van het huisartsgeneeskundig gebouw. Je moet wel heel dom zijn om in deze tijd van toenemend huisartsentekort dit fundament van de huisartsgeneeskundige zorg zo te laten vallen. Tenzij het je doelstelling is het treurige resultaat van je sloopwerkzaamheden mee te maken en nog binnen je ambtstermijn als verantwoordelijke minister het gehele Nederlandse zorgstelsel te zien instorten.

Brunssum, november 2000
D.J. VAN GEEL, huisarts

BETROUWBARE INFORMATIE OP INTERNET

Veld en overheid met elkaar verzoenen

De overheid trok zich onlangs terug uit het overleg met het veld over de oprichting van een gezondheidsportaal. Dat dreigt de komst van zo'n portaal te vertragen. Gelukkig kan het initiatief van het veld zó worden ingericht dat het voldoet aan de eisen van de overheid.

O. VAN RIJEN

Patiënten en consumenten moeten via internet toegang kunnen krijgen tot betrouwbare informatie. Overheid en veld zijn het erover eens dat het inrichten van een nationaal gezondheidsportaal - een startpagina op het world wide web die de weg wijst naar betrouwbare sites - een belangrijke optie is om dit te realiseren. Dat moet snel gebeuren. Het aantal mensen dat op internet zoekt naar informatie over gezondheid en zorg, groeit immers gestaag.

Onbetrouwbare informatie leidt voor patiënten tot onrust en mogelijk tot gezondheidsschade, voor artsen tot onnodige aandacht voor en uitleg aan patiënten.

STANDPUNT MINISTER

Het in maart 2000 door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) aan de minister van VWS uitgebrachte advies

'Patiënt en Internet' geeft op vier terreinen aan wat in Nederland moet gebeuren om de kansen die internet biedt te stimuleren en de bedreigingen te reduceren.¹

Niet alleen moet internet toegankelijk worden voor alle personen en groeperingen die het willen gebruiken, maar ook moet ervoor worden gezorgd dat de consument of patiënt kan weten waar hij informatie over gezondheid en gezondheidszorg krijgt die betrouwbaar is. Als één van de oplossingen beval de RVZ de inrichting aan van een nationaal gezondheidsportaal. Dit portaal zou toegang moeten bieden tot betrouwbare informatie, ter beschikking te stellen door de overheid, maar vooral ook door in dit opzicht betrouwbaar geachte veldorganisaties, waaronder patiënten- en artsenorganisaties.

In haar brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer van 27 oktober 2000 neemt de minister deze aanbeveling over.² Zij wil voor de ontwikkeling en het beheer van dit portaal een nieuwe, onafhankelijke organisatie oprichten. Als reden hiervoor stelt de minister dat de deskundigheid met betrekking tot het ontwikkelen en beheren van een dergelijk portaal voorop moet staan. Het informatieaanbod en de materiedeskundigheid zijn in haar visie afkomstig van partijen uit het veld die zich willen onderscheiden op het gebied van betrouwbare en toegankelijke informatievoorziening.

De nieuwe organisatie krijgt tevens opdracht een kwaliteitssysteem te implementeren om informatieproducten over gezondheid en zorg op internet te kunnen certificeren. Voor 2001 stelt de minister 5 miljoen gulden en vanaf 2002 jaarlijks 1 miljoen gulden beschikbaar voor de ontwikkeling en het beheer van dit portaal. Eind 2001 moet het portaal operationeel zijn.

PLAN UIT HET VELD

Parallel aan de standpuntbepaling door de minister ontwikkelde het veld gezamenlijk een plan om een gezondheids-

portaal in te richten. Betrokken partijen zijn: KNMG, KNMP, Zorgverzekeraars Nederland, NHG, CBO, NPCF en Consumentenbond. Het plan waarover deze organisaties overeenstemming bereikten, voldeed blijkbaar niet aan de randvoorwaarden die VWS stelde. In oktober 2000 trok VWS zich terug uit het overleg dat hierover werd gevoerd.³

TOENEMEND GEBRUIK

Inmiddels neemt het gebruik van internet toe, ook voor het raadplegen van informatie over gezondheid en zorg. Had in september 1997 nog slechts 7 procent van de Nederlandse bevolking toegang tot internet, in september 2000 was dit gestegen tot 43 procent ofwel 6,8 miljoen personen.⁴ Volgens een in opdracht van de RVZ door Flycatcher gehouden onderzoek, heeft rond 70 pro-

Raad van Toezicht kan helpen

cent van de internetgebruikers - een kleine 5 miljoen mensen - bij een gezondheidsprobleem naar informatie op internet gezocht; bijna 20 procent doet dit bij een dergelijk probleem altijd of vaak.⁵

ONHAALBAAR

Het valt te prijzen dat betrokken veldpartijen in redelijk snel tempo tot overeenstemming over de inrichting van een portaal konden komen.

VWS stelt terecht onafhankelijkheid als randvoorwaarde. De scheiding der wegen tussen overheid en veld op dit punt kan tot (ernstige) vertraging van de totstandkoming van een nationaal gezondheidsportaal leiden. Een tweede probleem zal worden gevormd door de implementatie van een kwaliteitssysteem om informatieproducten te certificeren. Voor een dergelijk systeem bestaan theo-



FOTO: PETER WOUTA, FOTOFESBIEAU/NOORDOOST

5 Miljoen Nederlanders zoeken op internet naar informatie over gezondheid en zorg

retisch fraaie modellen, maar praktische toepassing ervan op brede schaal is tot op heden nog nergens in de wereld vertoont. Wanneer toepassing als harde eis wordt gesteld, mag men vrezen dat de realisatie eind 2001 van een portaal met toegang tot informatie die voorziet in de behoeften van consumenten en patiënten, onhaalbaar wordt. Dit zou ertoe leiden dat consumenten en patiënten hun heil elders gaan zoeken.

OPTIE

Deze bedreigingen kunnen worden afgewend. Het RVZ-advies en ontwikkelingen elders in de wereld bieden hiervoor voldoende aanknopingspunten.

Zo moet het mogelijk worden geacht het initiatief van het veld zodanig te realiseren dat aan de eis van onafhankelijkheid wordt voldaan. Een constructie met een Raad van Toezicht - bestaande uit onafhankelijke deskundigen met bevoegdheden - op de door het veld gekozen organisatie, kan hiervoor waarborg vormen.

Voor de korte termijn bestaan er

alternatieven voor het certificeren van informatieproducten. Het meest voor de hand liggende model is om te kiezen voor zelfregulering. Basis hiervoor vormt de opstelling van een gedragscode voor gezondheidssites op internet. Hiervoor kan worden aangesloten worden bij de e-Health Code of Ethics, die de Internet Health Coalition heeft opgesteld, de HON-code van de Health-On-the-Net Foundation en de Guidelines voor websites van de American Medical Association (een kort overzicht van de inhoud van een dergelijke code is te zien in de uitgebreide versie van dit artikel op de website van MC). Uitsluitend websites van organisaties die de gedragscode hebben onderschreven, komen in aanmerking voor het linken van hun website aan het gezondheidsportaal. De Raad van Toezicht laat websites steekproefsgewijs toetsen.

Daarnaast moet de mogelijkheid worden gecreëerd om als internetgebruiker een klacht in te dienen over informatie of producten en diensten die via het internet worden aangeboden. Via dit

feedbackmechanisme moet een op te richten Cyber-Health-Watch nagaan of er inderdaad sprake is van overtreding van de gedragscode. Is dit het geval, dan kan actie worden ondernomen, bijvoorbeeld door het wegnemen van de link en/of het waarschuwen van gebruikers. Dit lichtere alternatief voor certificatie hoeft uiteraard niet in te houden dat wordt afgezien van het voornemen tot certificatie. De theoretische modellen verdienen uitwerking op hun haalbaarheid in de praktijk.

Snelle actie is evenwel geboden. De consumenten en patiënten zijn er klaar voor. Sterker nog: zijn al druk bezig op internet. Overheid en veld moeten ze zien bij te benen en liefst in te halen. <<

O. van Rijen,
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
Correspondentieadres: O.vanRijen@rvz.net

Noten

1. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Advies Patiënt en Internet, maart 2000. 2. Minister van VWS. Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer, 27 oktober 2000. 3. VWS stapt uit brede initiatiefgroep gezondheidsportaal. Medisch Contact 2000; 55 (43): 1504. 4. NUA: <http://www.nua.com>. 5. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Digitaal gezond. Enquête onder internetgebruikers naar het gebruik van internet voor gezondheid en gezondheidszorg, oktober 2000.

WEBSITE

Een uitgebreide versie van dit artikel, met een kort overzicht van de inhoud van een gedragscode voor gezondheidssites op internet, is te vinden op de website van Medisch Contact: www.medischcontact.nl

TUSSEN DE LIJNEN

GGZ-steunpunt groot succes voor huisarts en patiënt

De GGZ-consultatie in de huisartsenpraktijk levert gewenste, maar ook onverwachte voordelen op. De patiënt wordt sneller en gericht geholpen, de huisarts verliest werkdruk en wint aan deskundigheid, bij de consulenten uit de reguliere GGZ groeien het begrip en het respect voor de huisarts, en de tweede lijn krijgt betere verwijzingen.

ANS ANKONÉ

De laatste vijf jaar zijn de poliklinische activiteiten van GGZ-Den Bosch verdubbeld. Reden waarom zij als een van de eersten een projectvoorstel indienden inzake het GGZ-consultatieproject 'GGZ-steunpunt tussen de lijnen'. De resultaten zijn dermate bemoedigend dat het weinig moeite zal kosten huisartsen te overtuigen van het nut van intensieve GGZ-consultatie in de eerste lijn. Althans bij gelijke omstandigheden. Tussentijdse evaluatie van het landelijk project 'GGZ-steunpunt tussen de lijnen' (zie *kader*)¹ leert dat niet alle huisartsen even veel en even goede ondersteuning wordt geboden. Soms ligt dat aan de huisartsen zelf. Sommigen wimpelen GGZ-ondersteuning af als 'onnodige bemoeiing' of 'nog een taak erbij'. Soms begrijpelijk.

Anja Clement, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige bij GGZ-Den Bosch en coördinator van de eerstelijnsprojecten, en Wim Bech, huisarts in Gezondheidscentrum-West in Den Bosch, zijn echter dik tevreden over de resultaten van hun samenwerking. Bech verzorgt in Gezondheidscentrum-West met vier collega's zo'n elfduizend patiënten. Wat leeftijd en verhouding particulier-/ziekenfondsverzekerden betreft is het een doorsneepraktijk, maar wel grotendeels gesitueerd in een achterstandswijk met forse sociaal-economische problematiek. Een hoge werkdruk dus.

Anja Clement heeft die werkdruk aanzienlijk verlicht. Tussen september 1999 en mei 2000 heeft zij er zestien uur per week geconsulteerd en spreekuur gehouden en 150 patiënten gezien. De meesten met stemmingsklachten variërend van depressie tot surmenage, maar ook veel met angststoornissen, rouw-,

relatie-, arbeids-, assertiviteits- en alcoholproblematiek, incest en kindermishandeling. In verhouding echter weinig psychiatrie. Van de door VWS beoogde doelgroep: ouderen en alcohol- en drugsverslaafden, komen in Den Bosch

alleen de eerste twee aan bod. De consultatie voor patiënten met problematisch drugsgebruik wordt verzorgd samen met Novadic, de opvolger van het CAD.

TERUGVALBASIS

De fotograaf wil Wim Bech staand en Anja Clement zittend op de foto zetten, maar Bech zegt dat de verhouding feitelijk andersom is. In Den Bosch is het vooral de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV) en minder de vrijgevestigd psychiater die de huisartsen primair bijstaat. Clement: 'Ik heb met veel huisartsen contact gehad. De meesten prefereren SPV's vanwege hun brede opleiding en ervaring. Bovendien zijn wij getraind om psychische problematiek in de eerste lijn te signaleren en globale diagnoses te stellen bij enkelvoudige psychiatrische en psychosociale problematiek. En wij kennen het hele GGZ-netwerk. Psychiaters denken eerder in meervoudige psychiatrische beelden. Die komen in de eerste lijn minder voor. En meestal moet je ze toch verwijzen.'

Bech motiveert zijn deelname aan het consultatieproject aldus: 'De psychische problematiek neemt enorm toe. Die kun je als huisarts alléén niet meer behappen. Daarvoor heb je onvoldoende tijd en ervaring. Soms zie ik vormen van depressies of borderline-gevallen waarvan ik niet weet wat ik ermee aan moet. Meestal verwijs ik ze naar de tweede lijn, niet altijd zeker of ik daar goed aan doe. Dan zijn er de patiënten met klachten waarachter ik iets psychisch vermoed. Sommige patiënten verwachten echter dat hun huisarts zich louter richt op lichamelijke klachten, psychische problemen aankaarten is dan taboe. Maar als ik voorstel: 'Ga eens met iemand van de GGZ praten, dat kan hier in de praktijk', zijn die mensen eerder geneigd dat te doen. Het werkt geruststellend: de eigen

Enkele adviezen van het NIVEL en het Trimbos-instituut, na tussentijdse evaluatie medio oktober, aan de Landelijke Stuurgroep van het project 'Tussen de Lijnen':

Sommige huisartsen, psychotherapeuten en eerstelijnspsychologen zeggen onvoldoende tijd te hebben om zelf een projectaanvraag te kunnen formuleren. Zij wensen daartoe meer faciliteiten.

De doelen die in projectvoorstellen worden gesteld zijn vaak onvoldoende toetsbaar. Een voorgedrukt verplicht in te vullen projectaanvraag kan dat verhelpen.

Sommige huisartsenpraktijken wordt slechts telefonische ondersteuning aangeboden. Consultatiegever en huisarts moeten elkaar echter geregeld zien, wil de consultatie voldoende effect sorteren.

Er zijn nog onvoldoende ervaren consulenten beschikbaar voor doorvoering van de GGZ-consultatiefunctie in iedere huisartsenpraktijk.

Er zijn grote regionale verschillen in de startsituatie van het project, door verschillen in voorbereidings- en aanlooptijden.

Huisartsen krijgen frequent ondersteuning, de samenwerking met andere eerstelijnsaanbieders, met name de arbozorg, is echter relatief nog gering.

Bron: drs. W.J. de Vries, Wetenschappelijk onderzoeker Zorg, Trimbos-Instituut, tevens lid van de Landelijke Stuurgroep.

huisarts als terugvalbasis, snelle hulp, zonder een zwaar en onnodig psychiatrisch etiket. Voor de meeste patiënten is één gesprek met de SPV voldoende. Daarnaast is er de mogelijkheid van kortdurende interventie of motivatieontwikkeling, eventueel gecombineerd, in maximaal vijf sessies. Dit biedt ook een veiligheidsnet voor 'afvallers'. Mensen met een afspraak in de GGZ worden afgeschrikt door de lange wachttijden. Ze verzanden in hun problemen en geven de moed op. Zij kloppen dan voor de zoveelste keer aan bij mij, hun toevluchtsoord. Als je die mensen serieuze hulp kunt bieden, houd je ze soms toch nog buiten het psychiatrische circuit.'

BRANDJES BLUSSEN

De Riagg's en de GGZ-poli's zijn overvol, vaak met problematiek die daar niet thuishoort. Helpt deze aanpak?

Clement: 'Je kunt kleine brandjes blussen. Een vrouw die na een miskraam met een depressie zit, kun je in een vroeg

stadium helpen, zodat het geen vastzittend trauma wordt.'

Bech: 'De sociaal-psychologische problematiek in deze achterstandswijk betreft mensen die van generatie op generatie in het slop zitten, met weinig

Clement: 'Ik heb meer tijd om zoiets goed uit te zoeken. Wij zijn ook opgeleid om de patiënt in zijn extramurale sociale context te bezien.'

Bech vertelt over een jonge man die echt psychiatrische hulp nodig had,

'De huisarts als terugvalbasis, snelle hulp en geen onnodig psychiatrisch etiket'

visie op hoe zijn hun leven moeten inrichten. Veel psychosomatiek, financiële ellende, incest. Daar schrik ik nog altijd van. De hogeropgeleiden raken weer eerder burnt-out. Een vrouw die regelmatig door haar man in elkaar wordt geslagen. Je luistert, geeft handreikingen, maar ze doet er niets mee en zwijgt. Je wacht tot ze met het ware probleem voor de dag komt.'

maar deze niet wilde. Clement: 'Wim Bech voelde zich bezorgd, verantwoordelijk, en stak er heel veel tijd in. Maar die jongen moet zelf beslissen. Als een huisarts dergelijke zorgen met iemand uit de GGZ kan delen, biedt dat steun. Ook bij mensen voor wie klagen een levensbehoefte lijkt. Die stuur ik naar de poli voor onbegrepenen lichamelijke klachten. Dat baat de patiënt zelden, >>

FOTO: DAMOISEAUX PERSFOTOGRAFIE & FOTOPRODUCTIES



Huisarts Wim Bech en sociaal-psychiatisch verpleegkundige Anja Clement

<< maar het is voor de huisarts goed om te weten dat al het mogelijke is gedaan.'

Clement resumeert: 'De GGZ-consulenten moeten veel ervaring hebben en met de diverse partijen in de GGZ goed contact weten te onderhouden. Zij moeten vooral de huisarts en zijn werkring kunnen aanvoelen.'

MEER BEGRIP EN BETERE HULP

Bech: 'Soms is het voor mij moeilijk in te schatten of deze patiënt meer gebaat is bij hulp van een algemeen maatschappelijk werker, een eerstelijnspsycholoog of een psychiater. Een SPV verwijst volgens bepaalde criteria. Als we er niet uit komen, bepalen we samen naar welke deskundigen wij verwijzen. Doordat Anja voortdurend naar mij terugkoppelt, is mijn inzicht in diagnose, behandeling, indicatie

erend. Je ziet hier van non tot kunstenaar, jong en oud. Dat maakt dit werk interessant. En nuttig. Ik ben een dag met Wim Bech en een andere huisarts opgetrokken en ben geschrokken van het hoge percentage psychosomatische problematiek waarmee zij worden geconfronteerd. Ik vind het knap wat ze doen. Er wordt in de GGZ wel eens geroepen: 'Hoe kan die huisarts deze patiënt verwijzen?' Ik snap nu veel beter in welk kader huisartsen moeten werken. Dat begrip brengt de eerste en tweede lijn dichter bij elkaar. Dat kan alleen maar voordelen geven.'

EINDELIJK ONDERZOEK

Ondanks de ernst en de omvang van de problematiek is er nog weinig GGZ-onderzoek gedaan, luidde de kritiek van de Raad voor Gezondheidsonderzoek in

goed herstellen als patiënten die met dezelfde zorgvraag naar de gespecialiseerde AGGZ zijn verwezen.² De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg wordt bovendien gestimuleerd door de goede ervaringen in de Verenigde Staten en Canada.

Psychiater Paul H.P. Spronken, voorzitter van de Raad van Bestuur van GGZ-Den Bosch en participierend in de Eerstelijns GGZ-Stuurgroep Den Bosch, bezocht afgelopen april met afgevaardigden van VWS, de Hoofdinspectie en enkele collega's, vergelijkbare projecten in Toronto. 'Gedurende vijf jaar zijn vijftig huisartsenpraktijken, met een adherentie van een half miljoen patiënten, een halve dag per week ondersteund door een SPV en maatschappelijk werk, en een halve dag in de maand door een psychiater. De consulten werden - onder regie van de huisarts - ter plekke uitgevoerd. Daardoor ontwikkelden de huisartsen meer deskundigheid, ook wat betreft de medicatie, hetgeen door kortdurende training nog werd verstevigd. Het aantal verwijzingen naar de GGZ is met meer dan de helft gedaald, terwijl de huisartsen meer nieuwe casuïstiek ontdekten. De SPV in de huisartsenpraktijk is daar een godsgeschenk', aldus Spronken. 'De SPV neemt de huisarts veel werk uit handen en de psychiater traint de huisarts in de moeilijke diagnostiek. Psychiaters kregen zo meer begrip voor de huisartsen en gingen verwijzingen anders beoordelen. De satisfactie bij de huisartsen ging omhoog en de patiënten zagen dit niet als psychiatrie.'

Hoewel de Canadese situatie niet in alle aspecten vergelijkbaar is met de Nederlandse, meent Spronken dat het Canadese model hier uitstekend toepasbaar is. Hij waarschuwt echter voor al te degelijke Nederlandse bureaucratie: 'Begin niet aan aparte dossiers, aan super- of intervisie. Het gaat om praktisch en geregeld collegiaal overleg.'

Voor de jaren 2001 en 2002 is nu per jaar twaalf miljoen gulden beschikbaar gesteld om de consultatieprojecten verder uit te bouwen en te bezien welke vorm van ondersteuning voor de hele eerste lijn noodzakelijk is. <<

mw. mr. J.C.M. Ankoné,
journalist

'Ik schrok van het hoge percentage psychosomatische problematiek in de huisartsenpraktijk'

en verwijzing aanzienlijk verbeterd. Via haar heb ik ook een betere toegang tot de tweede lijn en weet ik nu hoe het mijn chronische patiënten vergaat. Daarover miste ik vroeger het overzicht.'

Bech verdient er geen cent extra mee als hij een GGZ-consulent raadpleegt: 'Maar het werk is er wel leuker op geworden. Ik denk dat we veel tijd besparen en weet zeker dat een heleboel patiënten zich beter gehoord voelen.'

Voor Clement betekent de huisartsenpraktijk een volstrekt ander werkterrein. 'Ik werkte als SPV bij de Riagg, die later is gefuseerd met het APZ Reinier van Arkel tot de GGZ-Den Bosch. Ik werk nu in de ambulante poot, de vroegere poli. Tot voor kort zag ik alleen patiënten in een laat stadium, die al een lange weg langs diverse hulpverleners waren gegaan. Dan moet je veel en lang sleutelen. Hier zie ik mensen aan het begin van het hulpverleningstraject. Zij zijn blij met elk advies en nog bereid om het uit te voeren. Je werkt kortdurend en klachtgericht. Dat is zelfs bij angststoornissen of een depressie effectief. In de GGZ moeten die mensen steeds door de hele mallemol. Als ze een paar keer in de eerste lijn zijn behandeld, staat het gros veel eerder weer op eigen benen. Het werkt ook preventief en substitu-

1999; de raad adviseerde oprichting van een landelijk kenniscentrum. Minister Borst stelt tien jaar lang veertig miljoen gulden beschikbaar voor wetenschappelijk onderzoek. Daarvan is 6,4 miljoen bedoeld voor optimalisering van de poortwachtersfunctie van de huisarts, 25 miljoen voor versterking van het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW), en ook de vergoeding voor de eerstelijnspsycholoog komt in zicht. Voor 2000 is twaalf miljoen gulden uitgetrokken voor de inmiddels honderd aangemelde consultatieprojecten en de LHV krijgt extra gelden om de deskundigheid in eigen doelgroep te bevorderen. De vraag van de huisarts, de diagnose, het behandelplan en eventuele verwijzingen worden systematisch bijgehouden en door het Trimbos-Instituut en het NIVEL verzameld en bestudeerd. Uit het brede scala aan bevindingen wordt toegewerkt naar transmurale zorgmodellen.

Eerder NIVEL-onderzoek toonde aan dat patiënten die de huisarts naar een eerstelijnspsycholoog of algemeen maatschappelijk werker stuurt, even

Noten

1. Zie tevens: De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief. Utrecht/ Amsterdam. Een gezamenlijke uitgave van LHV, VOG en LVE, 2000. 2. Haak P, Heiligers P. NIVEL, 2000.

LEER ONS KRITISCH LEZEN EN ZORGVULDIG SCHRIJVEN

Peiling onder medisch studenten VU

Medische wetenschapscommunicatie is een relatieve nieuwkomer in het medisch curriculum. Hoe denken studenten over dit vakgebied? Deze vraag leidde tot verrassende antwoorden.

FRANS J. MEIJMAN

Artsen en medisch studenten schrijven talloze medische teksten en houden mondelinge presentaties: van wetenschappelijke artikelen tot praatjes in het buurtcentrum.

Bovendien moeten zij andermans teksten en presentaties op hun wetenschappelijke kwaliteit kunnen beoordelen. Het ligt daarom voor de hand in het medisch onderwijs gericht aandacht te geven aan de overdracht van medische kennis en inzichten. Niet alleen op beroepsmatig of wetenschappelijk terrein, maar ook in de publieke dan wel journalistieke sfeer. Hoewel wetenschapscommunicatie binnen het medisch curriculum al enige aandacht krijgt, gebeurt dit doorgaans tamelijk verspreid en waarschijnlijk onvolledig. Bovendien is niet duidelijk in hoeverre het onderwijs aansluit bij de behoeften en verlangens van de studenten. Als eerste oriëntatie is daarom een peiling gehouden onder relevante groepen studenten, met als vraagstelling welke van 15 onderwerpen op het gebied van de medische wetenschapscommunicatie zij wel of niet relevant achten voor het onderwijs, welke prioriteiten zij toekennen en welke onderwijsvormen de voorkeur hebben. Eerste-, derde- en vierdejaars studenten geneeskunde werd tijdens practica ethiek gevraagd een

korte gestructureerde vragenlijst ter plekke in te vullen. In totaal zijn 450 ingevulde vragenlijsten verzameld (doelgroepbereik 65 procent). 77 Respondenten bleken geen prioriteiten te hebben aangegeven. De resultaten verrassen enigszins.

VOORKEUR VOOR DOEN EN DENKEN

De voorkeur van de benaderde studenten is tweeledig (zie *overzicht en tabel*). Enerzijds gaat hun voorkeur uit naar het aanleren van vaardigheden op het terrein van het wetenschappelijk communiceren in engere zin, dat wil zeggen bij kritisch lezen (van wetenschappelijke teksten) en schrijven (van onderzoeksverslagen, lezingen, abstracts en andere typen wetenschappelijke teksten). Anderzijds achten zij ook enkele meer beschouwende onderwerpen relevant, zoals ethiek, voorlichting in de brede zin van het woord en wetenschappelijk wan-gedrag. Speelt in de voorkeur voor het laatste de oermenselijke sensatiedrang een rol? Aan drie van de vier onderwerpen die gericht zijn op de massa- >>

Overzicht. Rangorde van voorkeur van studenten geneeskunde van de VU (n = 450) voor onderwerpen voor onderwijs op het gebied van de medische wetenschapscommunicatie; peiling winter 1999-2000.

1. Kritisch lezen van wetenschappelijke teksten
2. Schrijven van een onderzoeksverslag
3. Ethische kwesties: behoort alle medische kennis tot het publiek domein?, invloed commercie, etc.
4. Schrijven van een referaat/lezing
5. Schrijven van een samenvatting/abstract
6. Verschillen/overeenkomsten tussen wetenschaps-, gezondheids- en patiëntenvoorlichting
7. Schrijven van andere typen wetenschappelijke teksten
8. Elektronische wetenschapscommunicatie
9. Wetenschappelijke fraude/wangedrag
10. Schrijven van een literatuuroverzicht
11. Correspondentie met redacties van wetenschappelijke tijdschriften
12. Geschiedenis van het medisch-wetenschappelijk publiceren
13. Schrijven van een journalistieke tekst
14. Schrijven van een persbericht
15. Contacten met journalisten

Tabel. De mate waarin studenten geneeskunde van de VU onderwerpen op het gebied van de medische wetenschapscommunicatie relevant achten voor het onderwijs; peiling winter 1999-2000. Percentages.

onderwerp	geplaatst in topvijf voorkeur	relevant geacht voor onderwijs
	n = 373	n = 450
kritisch lezen	79	93
onderzoeksverslag	78	90
ethische kwesties	62	90
referaat/lezing	59	85
samenvatting	46	76
wetenschaps-, gez.- en patiëntenvoorlichting	40	79
andere typen teksten	32	71
elektronische communicatie	31	66
fraude/wangedrag	21	61
literatuuroverzicht	18	55
correspondentie met redacties	9	38
geschiedenis publiceren	6	24
journalistieke tekst	5	23
persbericht	4	15
contacten met journalisten	3	18

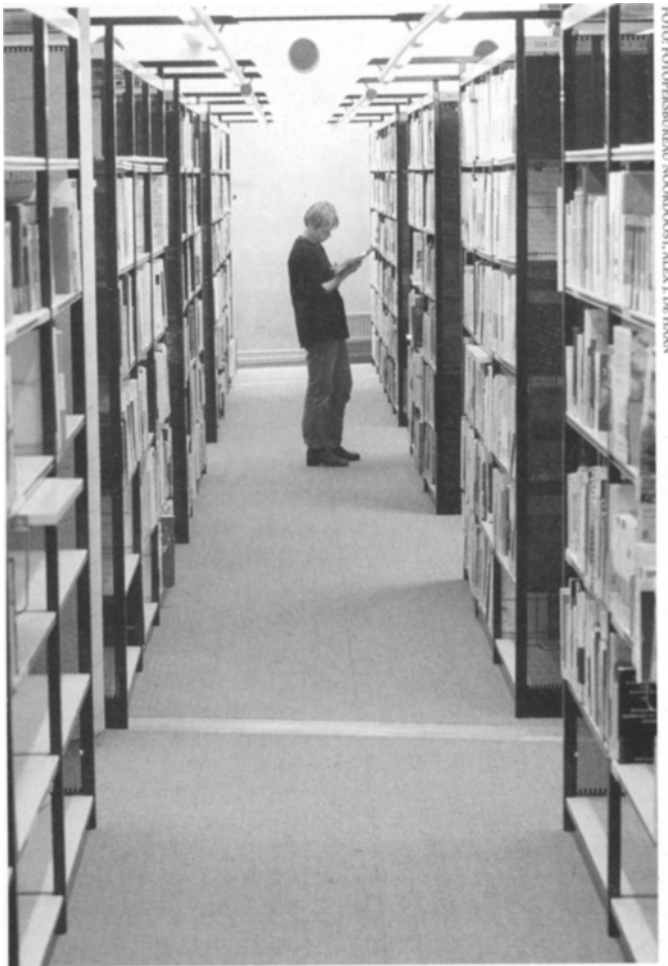


FOTO: FOTOPERSBUREAU NOORDOOST, ALEXI DE HAAN

<< media en de publieke communicatie, wordt een lage relevantie voor het onderwijs toegekend. Voor het schrijven van journalistieke teksten en persberichten alsmede voor het relatiebeheer met journalisten zien studenten dus nauwelijks plek in de opleiding.

Er zijn nauwelijks verschillen tussen de eerste-, derde- en vierdejaars studenten. Massamediale en beschouwende onderwerpen vinden de derde- en vierdejaars echter minder relevant voor het onderwijs. Alleen aan het leren schrijven van een literatuuroverzicht kennen de ouderejaars een hogere relevantie toe dan de eerstejaars. Wat moeten wij van de uitslag van de peiling denken? Uiteraard met enige voorzichtigheid: de cijfers zijn louter indicatief, hoewel het aannemelijk is dat studenten van vrijwel alle medische faculteiten zich voor een belangrijk deel zullen herkennen in de wensen en verlangens van de VU-studenten.

TRADITIE VERSUS MODERNITEIT

Wetenschappelijke teksten kritisch leren lezen stond onderaan in de vragenlijst, maar belandde bovenaan in de lijst van voorkeuren, samen met het leren schrij-

ven van een onderzoeksverslag. Deze evidente - maar uiterst traditionele - prioriteiten zijn verheugend waar het eerstejaars betreft. Dat ook vierdejaars deze prioriteiten - nog steeds - aangeven, geeft echter te denken. Zij waren ten tijde van de peiling nog maar enkele maanden verwijderd van de afsluiting van het overwegend theoretische deel van hun medische opleiding. Hebben zij het gevoel dat ze de afgelopen jaren op die terreinen te weinig zijn opgeschoten? Het lijkt er immers op dat deze twee essentiële academische vaardigheden in het basiscurriculum onvoldoende tot hun recht komen.

De lage relevantie die studenten daarentegen toekennen aan massamediale onderwerpen is zonder meer verrassend. De komende generatie artsen groeit op met de leuzen van een informatie- en communicatiesamenleving. Die leuzen lijken een versterking van de rol van artsen bij het uitdragen van medische kennis te impliceren, die verder reikt dan de arts-patiëntcommunicatie in de spreekkamer. Of medici de publieksmedia in medische aangelegenheden nu waarderen of niet, ze worden in de spreekkamer regelmatig gedrongen

in de rol van scheidsrechter tussen goed en kwaad. Waar wordt de medische kennis geweld aangedaan en wanneer getuigt een journalistieke aanpak van een verfrissende verheldering? Hoe men hier ook over denkt, slechts weinig medisch studenten lijken hun missie mede in de sfeer van de massamedia te zien liggen. Of denken zij dat massamedia enkel vermaak bieden aan het volk? Vermaak waar zij boven staan, gepantserd als zij zich voelen door het vermogen kritisch te kunnen lezen en goed te kunnen schrijven?

HOE VERDER?

Bestudering van de onderwijsprogramma's en nader overleg zullen moeten uitwijzen waar aanpassing en aanvulling nodig en mogelijk zijn om gevolg te geven aan de gerapporteerde behoeften van de studenten. De discussie moet scharnieren rond de tweespalt tussen de klassieke - wetenschappelijke - opleidingseisen versus de culturele kenmerken van onze mediamaatschappij. Afhankelijk van de doelen die men voor de medische opleiding stelt, valt nader te bezien of thema's met een lage voorkeur bij studenten mogelijk zelfs *juist* moeten worden ingeroosterd. <<

prof. dr. F.J. Meijman,
hoogleraar biomedische wetenschapsvoorlichting en journalistiek, afdeling Metamedica, Faculteit der Geneeskunde, Vrije Universiteit Amsterdam

Correspondentieadres: Prof. dr. F.J. Meijman,
Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam,
e-mail: f.j.meijman.metamedica@med.vu.nl

SAMENVATTING

- Welke verlangens hebben medisch studenten ten aanzien van onderwijs op het gebied van medische wetenschapscommunicatie? Een peiling onder 450 studenten van de Vrije Universiteit geeft hierop antwoord.
- Kritisch lezen van teksten en het leren schrijven van een onderzoeksverslag krijgen de grootste voorkeur.
- Nog acht andere onderwerpen, zoals ethische kwesties en elektro-nische communicatie, worden door minstens de helft van de respondenten relevant geacht voor het onderwijs.
- Aan omgang met de massamedia en publieke communicatie wordt een verrassend lage relevantie toegekend.

LEREN OMGAAN MET JEZELF

Het functioneren van huisartsen verbeteren

Heel wat huisartsen voelen zich niet senang. Hun partners zijn nog bezorgder. Er is een kloof tussen de capaciteiten waarover huisartsen beschikken en de eisen die hun vak stelt. Daarom zijn aanpassingen noodzakelijk.

J.G. STREEFKERK

De oorzaken van het huidige en nog toenemende tekort aan huisartsen komen ruimschoots voor het voetlicht.¹⁻⁶ In berekeningen van de toekomstige behoefte¹ kan echter moeilijk rekening worden gehouden met factoren als uitval door burn-out. Mede door burn-out beëindigen sommige artsen hun praktijk ver vóór hun 65ste. Want voor velen is de aardigheid eraf. Juist dit onberekenbare en onvoorspelbare maakt de toestand op korte termijn ondoorzichtig.

In het kader van een burn-outproject trachtte een arbeidsongeschiktheidsverzekeraar zicht te krijgen op vroege signalen. Aan alle verzekerde huisartsen in de regio Utrecht/Zuid-Holland, zo'n 900 in getal, werd gevraagd te reageren op twaalf stellingen over het persoonlijk functioneren en op twaalf stellingen inzake ondernemen en organiseren. Er kon uitsluitend met 'ja' (op mij van toepassing) of 'nee' (niet op mij van toepassing) worden gereageerd. Ongeveer 360 geretourneerde lijsten waren bruikbaar, dus 40 procent van de aangeschrevenen ofwel ruim 5 procent van alle Nederlandse huisartsen (de uitslag is niet representatief, maar wel indicatief). Op

basis van deze reacties kunnen maatregelen worden voorgesteld die kunnen bijdragen tot een deugdelijke aanpak van het tekort aan huisartsen.

PERSOONLIJK FUNCTIONEREN

Minder dan de helft van de respondenten (zie tabel 1) onderschreef stelling 1 - 'Ik voldoe aan de eisen van perfectie die ik mijzelf stel' - en hetzelfde percentage bevestigt stelling 8 - 'Ik huldig het principe "Haast u langzaam"'. De 'drivers' of negatieve geboden ('perfect moeten zijn' en 'opschieten') scoorden dus beide even hoog. Ongenuanceerd uitgedrukt: het merendeel was niet tevreden over zichzelf en nam niet de tijd voor rust.

De reactie op stelling 5 - 'Vijf jaar geleden vond ik het vak in het algemeen moeilijker dan nu' - geeft te denken. Men zou verwachten dat de meesten door vijf jaar meer ervaring hun vak gemakkelijker zouden vinden. Dit is geenszins het geval, zoals ook blijkt uit de reactie op stelling 4 - 'Nachtdiensten doe ik even gemakkelijk als vijf jaar geleden' -: ruim veertig procent vond de nachtdiensten nu zwaarder.

Stelling 3 - 'De maatregelen van bovenaf (politiek, gezondheidszorg) hebben mijn begrip' - werd door 45 procent beaamd; door meer dan de helft dus niet. Dit geeft aan dat aanpassing ('coping') moeilijk is, dat (door jezelf) onbeïnvloedbare systemen gemakkelijk als ver-

oorzaker van narigheid worden gezien en dat de 'schuld' van deze maatregelen ver weg wordt gezocht.

Tijdens nascholingscursussen in Wengen, Zwitserland, eind januari en medio maart 2000 reageerde een zaal met zestig huisartsen luidruchtig en massaal negatief op deze stelling. De enkeling die er misschien anders over dacht, hield dat zorgvuldig voor zich. De nascholende artsen in Wengen zagen de overheid en de verzekeraars niet als bondgenoten.

Dit zou wel eens kunnen betekenen dat maatregelen uit die hoek op voor-

De overheid is geen bondgenoot

hand met scepsis en wantrouwen worden beoordeeld, en dat het met huisartsen moeilijk onderhandelen is.

Overigens werd in Wengen nog een ander fenomeen bevestigd. Aan de partners van de deelnemers werd verzocht op de stellingen te reageren alsof men in de schoenen stond van de ander; de huisartsen zelf gaven op een ander moment en separaat hun reacties. De discrepanties logen er niet om. Zo gaf 82 procent (!) van de verzamelde huisartsen aan dat ze zich goed konden ont- >>

Tabel 1. Hoe ziet de huisarts zijn of haar persoonlijk functioneren?

1	Ik voldoe aan de eisen van perfectie die ik mijzelf stel	47%
2	Ik zie de toekomst met vertrouwen tegemoet	81%
3	De maatregelen van bovenaf (politiek, gezondheidszorg) hebben mijn begrip	45%
4	De nachtdiensten doe ik even 'gemakkelijk' als vijf jaar geleden	58%
5	Vijf jaar geleden vond ik het vak in het algemeen moeilijker dan nu	35%
6	Ik kan me goed ontspannen	82%
7	Gevoelsmatig is mijn pensionering nog ver weg	84%
8	Ik huldig het principe 'Haast u langzaam'	47%
9	Patiënten moeten zelf uitmaken of zij mijn adviezen opvolgen	95%
10	Klagende patiënten zijn welkom	59%
11	De kwaliteit van de waarnemers is meestal goed	92%
12	Ik slaap prima	88%

Het percentage duidt op het deel van de respondenten dat de stelling op zich van toepassing vond (n=358).

<< spannen (stelling 6) terwijl slechts de helft van hun partners dat vond. Hetzelfde gold voor stelling 12 'Ik slaap prima': als je de huisartsen mocht geloven, genoten ze vrijwel allemaal van een uitstekende nachtrust. Maar eenderde van de partners (die zich dus voorstelden dat zij de ander waren) vond van niet. De constatering dat de partner of de omge-

Iedere huisarts is kandidaat

ving een andere kijk op iemands functioneren heeft dan de persoon zelf, werd weer eens bevestigd. Zou dit bij disfunctioneren ook zo zijn?

Uit de reacties op deze twaalf stellingen valt voorzichtig te concluderen dat slechts weinig huisartsen signalen gaven die wijzen op ongecompliceerd en plezierig persoonlijk functioneren.

ONDERNEMER EN ORGANISATOR

Vrijwel alle huisartsen zagen hun praktijk als een onderneming (zie tabel 2), zeventig procent hield demografische ontwikkelingen in de gaten en bijna evenveel respondenten gaven aan een duidelijk idee over de zakelijke doelstellingen van de praktijk te hebben. Maar minder dan de helft van hen overlegde alle zakelijke beslissingen met externe adviseurs.

Vier praktijkorganisatorische zaken, genoemd in de stellingen 5 tot en met 8, scoorden sterk positief. Dat wijst erop dat deze huisartsen leergierig zijn en de behoefte voelen bij te blijven.

De reacties op de stellingen 9 tot en met 12 ademen echter een andere sfeer. Een schriftelijke taakomschrijving voor de assistente was bij slechts eenderde van de huisartsen realiteit. Afspraken voor visites werden in een kwart van de gevallen door de huisarts zelf gemaakt en beoordeeld op noodzakelijkheid. Visites zijn een van de meest tijdrovende activiteiten in de praktijk; één visite kost ongeveer evenveel tijd als drie tot vier spreekuurconsulten.

Van de respondenten werkte 56 procent in principe niet na 18.00 uur voor de praktijk. De andere 44 procent wel? In dit licht zou het geen verbazing moeten wekken dat meer dan de helft van de huisartsen zelf niet doet wat zij patiënten adviseren. Blijkbaar neemt de meerderheid óf zichzelf óf de patiënt niet serieus.

De reacties op deze twaalf stellingen geven aan dat de huisartsen wel besef hebben van de ondernemings- en organisatieaspecten van hun praktijk, maar dat hun handelen daarmee niet steeds in overeenstemming is.

SIGNALEN

Het grote aantal beantwoorde vragenlijsten duidt erop dat de onbalans tussen werkdruk en capaciteit een actueel probleem is. Bovendien valt hieruit af te leiden dat aan de bedoeling van dit onderzoek, bewustwording creëren, mogelijk een bijdrage is geleverd.

Primaire preventie (dat wil zeggen het nemen van maatregelen ongeacht de risico's in individuele gevallen) lijkt de enig haalbare en aangewezen manier om (uitval door) uitputting aan te pakken.

Tabel 2. Hoe denken huisartsen over hun onderneming/organisatie?

1	Ik beschouw de praktijk als een onderneming	93%
2	Ik houd de demografische ontwikkelingen in het praktijkgebied in de gaten	70%
3	Ik heb een duidelijk idee over de zakelijke doelstellingen van de praktijk	67%
4	Ik doe zakelijk alleen wat ik heb overlegd met externe adviseurs	39%
5	De collega's in de omgeving en de assistentes zijn mijn medewerkers	80%
6	Patiënten zijn schriftelijk geïnformeerd over de praktijkaangelegenheden	84%
7	De assistente doet zeker de helft van hetgeen zij 'theoretisch' zou kunnen doen	83%
8	Verplichting tot nascholing vind ik terecht	95%
9	De assistente heeft een schriftelijke taakomschrijving	32%
10	Ik maak visiteafspraken zelf	25%
11	Ik werk in principe niet na 18.00 uur voor de praktijk	56%
12	Ik doe zelf wat ik patiënten adviseer	47%

Het percentage duidt op het deel van de respondenten dat de stelling onderschrijft (n=357).

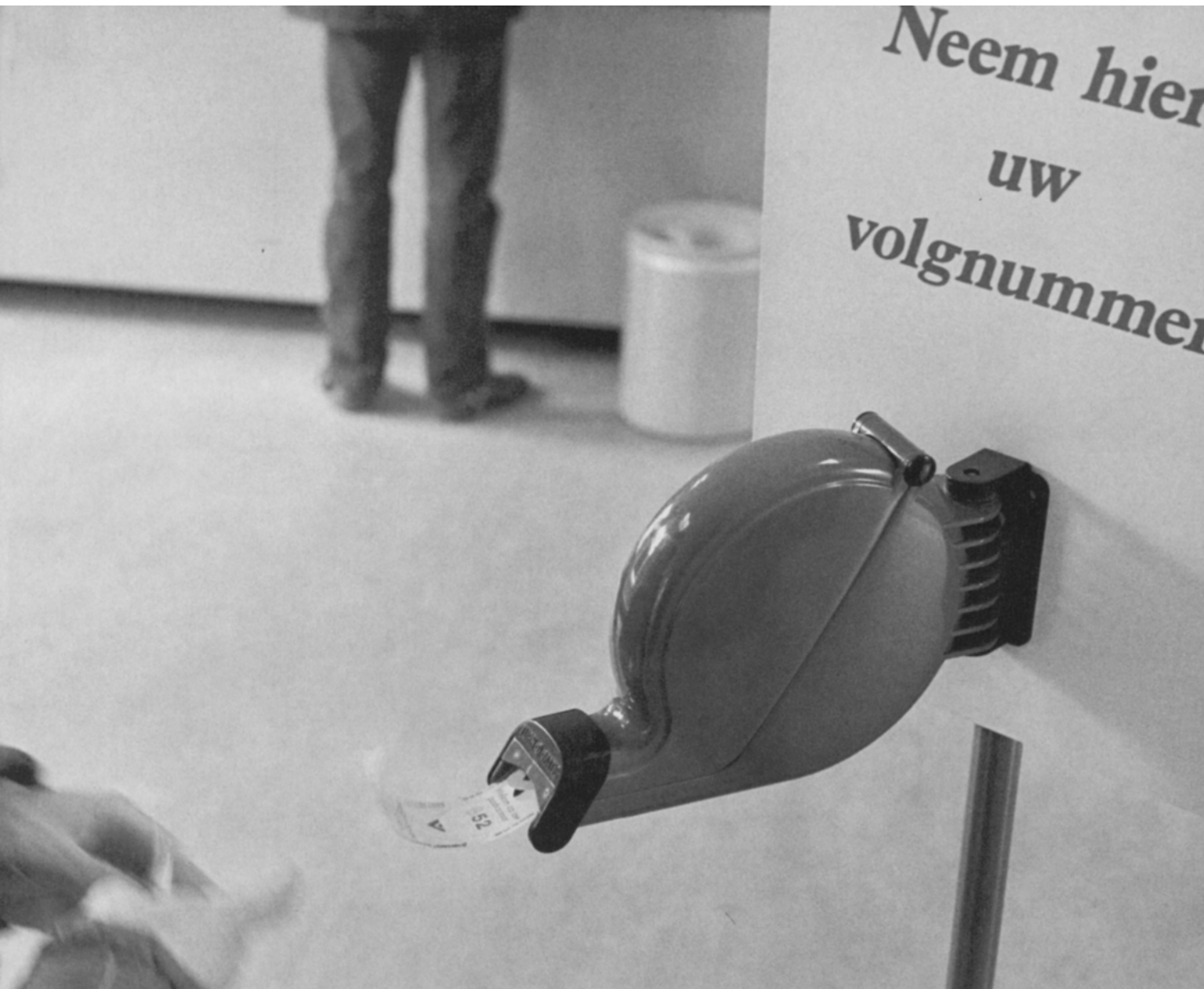


FOTO: STIJN RADEMAKER

Het begint dus met de erkenning dat iedere huisarts kandidaat is voor burn-out. Zeker als je de realiteit onder ogen ziet: eenderde van de huisartsen wordt op enig moment arbeidsongeschikt door burn-out of een vorm van uitputting die daarop lijkt, en deze groep is vooraf vrijwel niet op te sporen (zoals met secundaire preventie wordt beoogd).

Hoezeer we maatregelen 'van bovenaf' op beleidsmatig en financieel gebied ook toejuichen, we moeten er niet van verwachten dat ze een oplossing bieden voor de te hoge werkdruk, het overwerkt raken of het hierdoor minder functioneren en afhaken.

Op individueel niveau zullen huisarts en praktijk beter bij elkaar moeten passen. Maatregelen om het huisartsentekort op te heffen zullen moeten zijn gericht op het verminderen van de persoonlijk ervaren werkdruk en op het uitbreiden van de persoonlijke capaciteit(en) om het werk uit te voeren. Op



Maatregelen moeten zijn gericht op het verminderen van de ervaren werkdruk

korte en zeer korte termijn zijn dergelijke maatregelen zeer wel mogelijk.

ONDERWIJS EN VORMING

Welke aanpak werpt op korte termijn, zeker binnen drie jaar, vruchten af? In de huidige huisartsenopleiding moet niet slechts vrijblijvend en willekeurig, maar ook gestructureerd en gecontroleerd aan-

Stage in midden- en kleinbedrijf

dacht worden besteed aan het bedrijfsmatig functioneren van de aanstaande huisarts. Dit kan bijvoorbeeld door een stage van twee tot drie maanden in het midden- en kleinbedrijf verplicht te stellen. De huisarts in opleiding organiseert de stage zelf als onderdeel van de externe leer- en werkperiode. Deze maatregel is

kostenneutraal; het bedrijfsleven zal graag zonder financiële tegenprestatie intelligente en betrokken mensen een tijdlang stevig aan het werk zetten.

Tijdens de driejarige (!) huisartsenopleiding zou gestructureerd en verplicht aandacht moeten worden besteed aan het functioneren van de aanstaande huisarts en aan de eisen die aan hem of haar worden gesteld. In een radiodiscussie in april van dit jaar achtte de nieuwe LHV-voorzitter het gewenst dat 'omgaan met jezelf' tijdens de opleiding prioriteit krijgt. Het gaat om kennis van psychologische onderwerpen zoals rationeel-emotieve therapie (RET), transactionele analyse (TAA), neurolinguïstische programmering (NLP), Avatar, emotionele intelligentie, omgaan met energie en (gedrags)cognitieve begeleiding of therapie.

Het realiseren van een dergelijk programma hoeft geen tijdrovende of kostbare stappen te vergen. Vele huisartsen,

psychologen, andragogen en anderen zijn in Nederland op dit terrein ter zake kundig en gekwalificeerd. Het NHG-netwerk van supervisoren⁷⁻⁹ zou een belangrijk deel van dit onderwijs kunnen verzorgen. Uiteraard moet dit onderdeel niet naast maar in plaats van een aantal medisch-technische programma's komen. Merkbaar effect is binnen drie jaar te verwachten.

VERPLICHTE NASCHOLING

Huisartsen merken of onderkennen zelf niet dat ze uitgeput raken terwijl er in feite signalen in overvloed zijn. De ontwikkeling verloopt ondergronds en sluipend. Hoe herken je wat je nooit hebt gezien, geleerd of meegemaakt? Een eenvoudige en zeer snel te effectueren maatregel, te verordenen door het dagelijks bestuur van de LHV, is de richtlijn dat van de veertig accreditatiepunten per jaar minstens de helft moet worden 'verdiend' met programma's die het functio-

<< neren van de huisarts in een onderneming of organisatie, of het functioneren in brede zin tot onderwerp hebben. Deze richtlijn kan binnen een jaar in praktijk worden gebracht. De vrijheid voor de huisarts om zelf te kunnen kiezen zou hiermee teloor gaan. Bolhuis maakte hierover behartenswaardige opmerkingen.¹⁰ De genoemde burn-out deskundigen⁷⁻⁹ zijn in heel Nederland te vinden. Het kost - behalve een andere attitude tegenover dit soort zelfeducatie - helemaal niets: de punten moeten toch al worden gehaald. En de industrie zal blijven sponsoren.

Deze reeks activiteiten kan binnen een jaar resultaat opleveren.

ALTER EGO

Een zeer persoonlijke, misschien bedreigende, maar effectieve maatregel is het

inroepen van een alter ego, iemand met wie belangrijke kwesties uit de praktijk en het privé-leven kunnen worden besproken. Intervisie- en Balintgroepen beogen hetzelfde in groepsverband. Eigenlijk is de context waarin wordt gepraat niet belangrijk. Als er maar wordt gepraat en als het maar ergens over gaat. Dat is dus iets anders dan de repeterende discussies-zonder-oplossing over de zwaarte van de diensten, de steeds maar lastiger wordende patiënt/cliënt, de onredelijke overheid en de manipulerende verzekeraars.

Wie kan zo'n sparringpartner, feedback-gever, klaagmuur, steunpilaar, stimulator zijn? Een buitenstaander die de realiteit op een andere wijze beziet: breder, afstandelijk en verstandig. Iemand met enige onafhankelijke en objectieve deskundigheid. Dat is dus meestal niet de levenspartner. Meestal ook niet de hagro of de collega die men wel vertrouwt; niet iemand uit het eigen, benauwde, bevestigende kringetje. Maar gewoon iemand die geen kwaad kan. En iedereen kan vandaag beginnen zo iemand op te zoeken.

INTERNET

Internet biedt velerlei mogelijkheden om de werkdruk van de huisarts te verminderen. Voorwaarde is wel dat wat het net aan 'nuldijnszorg' gaat bieden van onmiskenbare medische en huisartsgeneeskundige kwaliteit is. Het in maart 2000 verschenen rapport 'Patiënt en Internet' van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)^{11,12} wijst hierop. Een genuanceerde en kritische oordeelsvorming is gewenst. Een systeem via het net moet naadloos aansluiten bij huisartsenzorg en eerstelijnszorg in het algemeen. Daardoor zal de consument (waarin de vroegere 'patiënt' steeds meer verandert) zich bij de leverancier van zorg (waarin de huisarts steeds meer verandert) vertrouwd voelen. En het voorkomt dat de patiënt van de ene zorgver-

lener naar de andere hopt. De huisarts die geen tijd of zin heeft om een onbegrijpelijke site na te lopen of die zelfs niet over een site beschikt, zal er zeker van zijn dat die informatie wordt verstrekt die hijzelf ook zou geven. Het lijkt gunstig dat het 'nationale gezondheidsportaal' inderdaad de mogelijkheid biedt om dat loket te kiezen waar de klant de beste waar voor de laagste prijs ontvangt. Dan zal, eveneens op korte termijn - want niets is zo snel als internet - de werkdruk van de huisarts substantieel en permanent afnemen.

BEZINNING

Het tekort aan huisartsen, dat in de nabije toekomst nog zal toenemen als er geen maatregelen worden genomen, vraagt om bezinning op het functioneren van de huisarts: hoe zit het met de verhouding tussen werkdruk en capaciteit(en)?

Op grond van de enquêteresultaten worden op korte termijn maatregelen mogelijk geacht op het gebied van persoonlijk functioneren, ondernemerschap, praktijkorganisatie, en vooral de combinatie van deze drie. Deze maatregelen zullen het huisartsentekort verminderen en het functioneren van de huisarts verbeteren, vooral ten gunste van haar- of hemzelf en zeker niet ten koste van de belangen van de consument. Integendeel. <<

Een woord van dank aan mevrouw J.P. Vermeulen, secretaresse bij Movir, die aan de bewerking van de reacties veel tijd en aandacht besteedde.

dr. J.G. Streefkerk,
huisarts in ruste.

Dit artikel is op persoonlijke titel geschreven. De auteur was betrokken bij het onderwijs op huisartsinstituten en was medisch adviseur bij het toenmalige Artsen-Onderlinge en later Movir N.V.

Correspondentieadres: Dr. J.G. Streefkerk, arts, Bureau SIAD, Florence Nightingalestraat 116, 2131 EE Hoofddorp. E-mail: streefkerk.jg@wolmail.nl

SAMENVATTING

- Het huisartsentekort wordt mede veroorzaakt doordat huisartsen onvoldoende capaciteiten hebben op het gebied van persoonlijk functioneren, ondernemerschap, praktijkorganisatie en de combinatie daarvan.
- Aantal en inhoud van de reacties op twee vragenlijsten geven aan dat overbelasting bij huisartsen een actueel probleem is en dat de bereidheid bestaat er iets aan te doen, met name door scholing.
- Vier maatregelen kunnen op (zeer) korte termijn het tekort aanpakken en het werkplezier terugbrengen: onderwijs en stages 'ondernemen en organiseren' tijdens de huisartsenopleiding; onderwijs 'persoonlijk functioneren' tijdens de huisartsenopleiding; verplichte geaccrediteerde nascholing 'persoonlijk functioneren in onderneming en organisatie'; het inschakelen van een alter ego.
- Beide laatste maatregelen zijn binnen een jaar te realiseren: persoonlijkheidsscholing via accreditering door de beroepsorganisatie, een alter ego door de individuele beroepsbeoefenaar. Beide maatregelen zijn kosten-neutraal.
- Internet kan een uiterst belangrijke rol spelen bij het verminderen van de werkdruk van de huisarts.

Literatuur

1. Maassen H. Inzicht in de vraag naar dokters. Interview met drs HJ Liefeld en prof dr PE Posthumus van het Capaciteitsorgaan. Medisch Contact 2000; 55:759-61.
2. Crul BVM. In een sfeer van paranoïa boek je geen resultaten. Interview met Tineke Slagter-Roukema, nieuwe voorzitter van de LHV. Medisch Contact 2000; 55:768-70.
3. Crul BVM. Nieuwsrelex. Citaat Chiel Bos van Zorgverzekeraars Nederland. Medisch Contact 2000; 55:959.
4. LHV-nieuws. Ledenvergadering LHV spreekt zich uit. Convenant, regeling van diensten, adequate kostenvergoeding met spoed uitvoeren. Medisch Contact 2000; 55:991.
5. Schreuder JLM, Giessen PHJ, Busser ASF. De kosten van een centrale dienstenstructuur. Vergoedingen aan huisartsen zijn volstrekt ontoereikend. Medisch Contact 2000; 55: 902-4.
6. Wouters PMG. LHV-nieuws; startersdagen. De Huisarts in Nederland 2000; nr 3: 25.
7. Brinkman HJW. De uitdagingen van supervisie. De Huisarts in Nederland 1999; nr 4: 34.
8. Alting von Gesau WAM, Schmitz MBG. NHG-supervisors begeleiden huisartsen met succes. De Huisarts in Nederland 1999; nr 9: 39-42.
9. Wijdeven R, Jagt L van der. Supervisie: stilstaan bij de praktijkervaring bevordert deskundigheid. Tijdschr Huisartsgeneesk 1999; 16: 33-6.
10. Bolhuis Er is meer nodig dan punten. Tijdschr Huisartsgeneesk 2000; 17: 200-1.
11. Advies Patiënt en Internet. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 2000.
12. Van Rijen AJG. Moeten artsen iets met Internet? De Huisarts in Nederland 2000; nr 6: 13-5.

ANOREXIA NERVOSA EN OSTEOPENIE

Meer dan 90 procent van de vrouwelijke patiënten met anorexia nervosa lijdt aan een beduidende afname van de botdichtheid. Tot die slotsom komen Steven Grinspoon c.s. van het Massachusetts General Hospital in een artikel in *Annals of Internal Medicine* van 21 november. Grinspoon: 'We wisten weliswaar dat verlies aan botdichtheid een belangrijk probleem is bij deze patiënten, maar onze studie laat zien hoe groot dat probleem is.'

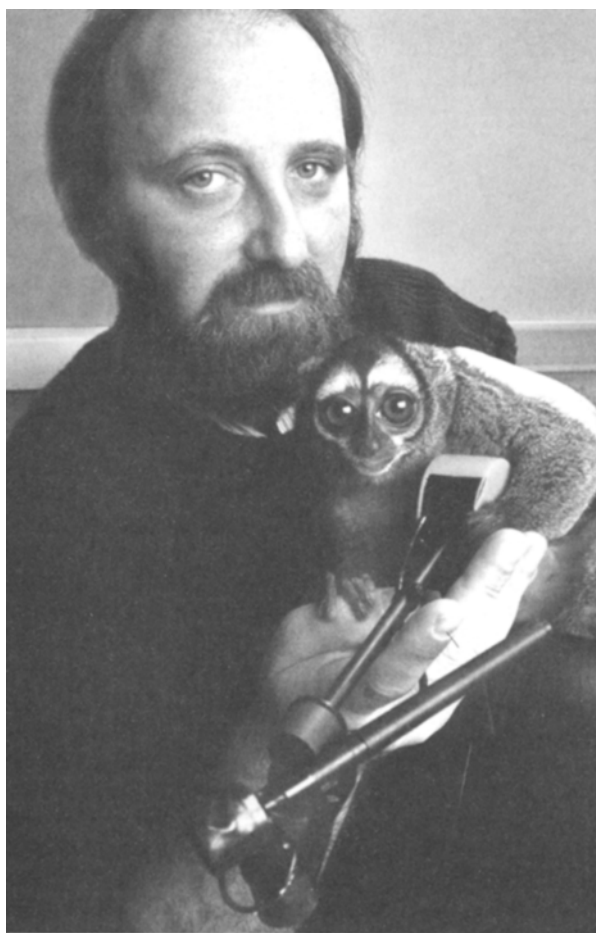
Aan de studie namen 120 vrouwen deel die allemaal halverwege de twintig jaar waren. Het bleek dat 92 procent van de participanten last had van osteopenie; 38 procent vertoonde zo veel verlies van botdichtheid dat zij volgens de criteria van de WHO voldoen aan de diagnose 'osteoporose'. Met name de wervelkolom en de heupen bleken te zijn aangetast. Noch het gebruik van oestrogenen, noch van calcium of vitamine D-supplementen bleek bij deze patiënten enig effect te hebben op de botdichtheid.

Anne Klibanski, een van de co-auteurs van het artikel: 'De mate waarin bij sommigen van deze jonge vrouwen verlies van botdichtheid optreedt, is vergelijkbaar met de mate waarin dat gebeurt bij vrouwen die tientallen jaren ouder zijn. Gezien de ernst en de prevalentie van dit verschijnsel kan het belang om anorexia-patiënten hierop te screenen nauwelijks worden overschat.'

<< HM

HERSENEN STUREN ROBOTARM

FOTO: DUKE UNIVERSITY MEDICAL CENTER



individuele neuronen in verschillende delen van de cortex. Het onderzoeksteam liet de apen bepaalde taken herhaaldelijk uitvoeren en registreerde de hersenactiviteit die door de elektroden werd gemeten. Met een computerprogramma werd vervolgens gezocht naar een patroon in de gegenereerde gegevens. Uiteindelijk kon op basis van de computeranalyse worden voorspeld welke neurale activiteit bij welke handbeweging van de apen hoort.

In een volgende stap werden de gegevens uit de elektroden na computerbewerking doorgeseind naar een robotarm. Daarbij bleek de neurale activiteit van de apen succesvol te kunnen worden omgezet in voorspelde bewegingen van de robotarm. Het was zelfs mogelijk de data over het internet te versturen en een robotarm aan te sturen die zich 1.000 kilometer verderop in een ander laboratorium bevond.

Nicolelis begint binnenkort met experimenten waar-

Er komt een dag dat geheel of gedeeltelijk verlamde patiënten hun prothesen kunnen aansturen door simpelweg de handeling in hun gedachten uit te voeren. Dat is in ieder geval de overtuiging van neurologen van Duke University Medical Center. Hun optimisme is toegenomen nu zij erin zijn geslaagd apen een robotarm te laten aansturen met behulp van geïmplanteerde elektroden.

De neuroloog dr. Miguel Nicolelis beschrijft in *Nature* van 16 november een experiment met twee makaken die ieder 96 elektroden geïmplantiseerd kregen. De minuscule elektroden werden met een nieuwe techniek verbonden met

bij gegevens van de robotarm worden teruggevoerd naar de apenhersenen. Hij hoopt dat de hersenen deze gegevens kunnen verwerken en de bewegingen van de robotarm kunnen corrigeren. Uiteindelijk wil de neuroloog nagaan of hersenen zodanig kunnen worden getraind dat zij een kunstmatig object - in dit geval een robotarm - als onderdeel van het eigen lichaam gaan zien. Op termijn moet de kennis ertoe leiden dat verlamde patiënten prothesen kunnen aansturen door de handeling in gedachten uit te voeren. Duke University sticht met dit doel binnenkort een nieuw onderzoekscentrum voor 'Neural analysis and engineering'. << RC

VRUCHTBAARHEID ONVOORSPELBAAR

De vruchtbare dagen in de menstruele cyclus van vrouwen zijn in hoge mate onvoorspelbaar, aldus British Medical Journal van 18 november.

Doorgaans wordt aangenomen dat bevruchting van de eicel alleen plaatsvindt tussen de tiende en de zeventiende dag van de cyclus. Onderzoek van het National Institute of Environmental Health Sciences in Durham bij 213 gezonde vrouwen wees echter uit dat dit maar voor 30 procent van de vrouwen opgaat. Op elk van de

dagen tussen de zesde en de eenentwintigste dag van de cyclus bleek minstens 10 procent van de vrouwen met een regelmatige cyclus vruchtbaar te zijn. De onderzoekers wijzen er - wellicht ten overvloede - op dat periodieke onthouding een weinig effectieve manier van contraceptie is. << RC

INTERVAL TUSSEN ZWANGERSCHAPPEN BEPAALT COMPLICATIES

Als de periode tussen twee zwangerschappen korter is dan zes maanden of langer dan 59 maanden, neemt de

kans op complicaties gedurende de tweede zwangerschap toe. Tot die vaststelling komen medewerkers van de Pan-Amerikaanse Gezondheidsorganisatie in Uruguay in een studie gepubliceerd in BMJ van 18 november.

De onderzoekers, Augustin Conde-Agudelo en José Belizán, maakten gebruik van een database waarin de gegevens waren opgeslagen van meer dan 450.000 vrouwen. Vrouwen bij wie de tijd tussen de zwangerschappen minder was dan zes maanden bleken onder andere een sterk verhoogd risico (70 procent) te lopen op bloedingen in de laatste stadia van de zwanger-

schap en op infectie en anemie. Vrouwen met lange intervallen tussen twee zwangerschappen hadden meer kans op het ontwikkelen van eclampsie en pre-eclampsie.

De studie heeft een belangrijke tekortkoming, zo erkennen de auteurs: het onderzoek werd uitgevoerd in ontwikkelingslanden en het is de vraag in hoeverre de resultaten generaliseerbaar zijn naar andere populaties. << HM

VERBETERDE MRI

Aan de Northwestern University in Chicago is een verbeterde versie van de MRI ontwikkeld die kan vaststellen welke patiënten al dan niet baat hebben bij een dotterbehandeling of een bypassoperatie. Dat meldt The New England Journal of Medicine van 16 november.

Onder leiding van cardioloog Raymond J. Kim werd de techniek, die bekendstaat als 'contrast-enhanced MRI', toegepast bij vijftig patiënten die op de wachtlijst stonden voor een dotter- of bypassbehandeling. Met de techniek was het mogelijk om in beeld te brengen of en in welke mate de schade aan de hartspeer irreversibel was. Op basis van deze gegevens kan vervolgens worden besloten of een dotter- of bypassbehandeling nog zin heeft.

De 'contrast-enhanced MRI'-opnamen zijn tien keer zo scherp als de beelden die andere technieken opleveren. Bovendien is dit onderzoek minder belastend voor de patiënt en zijn er geen radioactieve contraststoffen nodig. << RC

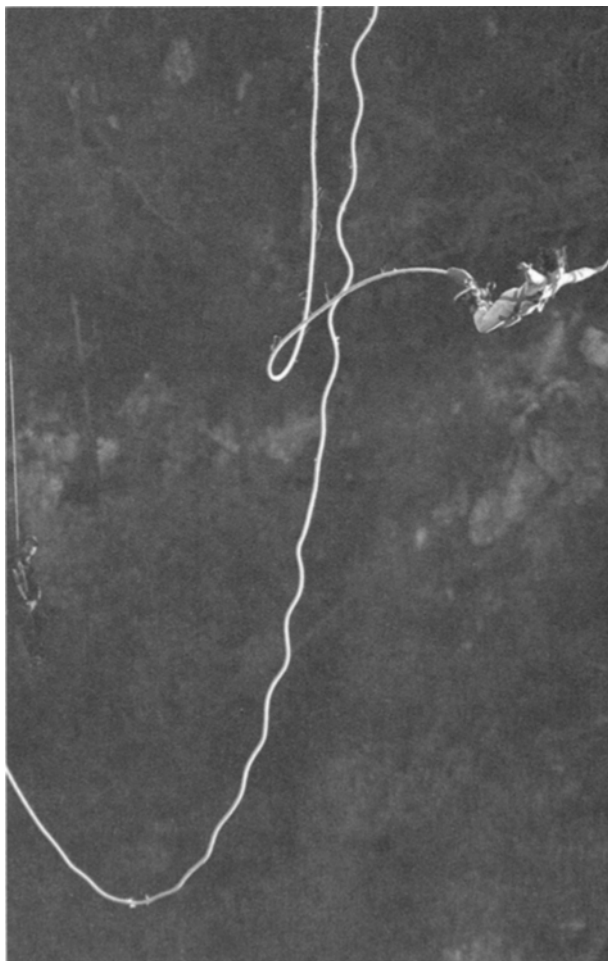
HALF MILJOEN GENPATENTEN

Meer dan een half miljoen genen van levende organismen zijn inmiddels gepatenteerd of er is patent op aan-

VERSLAVING EN SENSATIEZUCHT

Mensen die geregeld uit zijn op zinnenprikkende ervaringen (*sensation seekers*) lopen meer kans om verslaafd te raken aan roken. Onderzoekers van de Universiteit van Pittsburgh beschrijven deze relatie in een artikel in Experimental and Clinical Pharmacology van deze maand. Psycholoog Kenneth A. Perkins c.s. maten de subjectieve en cardiovasculaire responsen van 37 niet-rokers (leeftijd 21 - 40 jaar) op verschillende doseringen van een nasale nicotinespray. Daarna correleerden ze deze reacties met de gegevens afkomstig van een persoonlijkheidstest, de *Sensation-Seeking Scale*.

Het verband dat ze vervolgens vonden, komt, zo stellen de onderzoekers, overeen met hetgeen aan het licht kwam in andere studies, bijvoorbeeld naar het verslavende effect van d-amfetaminen. Het zou daarom suggereren dat het eerder gaat om een verhoogde gevoeligheid voor drugs in brede zin, en dus niet uitsluitend voor nicotine. << HM



FOUR/ANP

gevraagd, waaronder 161.195 menselijke genen of gensequenties. Wat opvalt zijn de snelheid en de schaal waarop het patenteren thans gebeurt, aldus Sue Mayer van Gen-watch UK, de groep die deze cijfers vorige week bekendmaakte in het Britse dagblad The Guardian (zie ook: New Scientist van 15 november). 'Als we de regels niet veranderen, zal in een paar jaar tijd een groot deel van deze fundamentele kennis en informatie in private handen zijn', zei de Britse onderzoekster. Soortgelijke zorgen werden vorige week verwoord in een artikel van Ottes en Van Rijen in Medisch Contact (nr. 46, blz. 1644-6).

Het Franse bedrijf Genset staat (met stip) op één met zijn patenten op menselijke gensequenties: het heeft er 36.083, dat wil zeggen 28,5 procent van het totaal aantal gearchiveerde menselijke genpatenten. Daarna volgen vijf biotechnologiebedrijven van Amerikaanse origine. Op de zevende plaats staat het Amerikaanse ministerie van Gezondheid. << HM

MOLECULAIR MECHANISME BOEZEMFIBRIL- LEREN

Patiënten met hardnekkig boezemfibrilleren hebben een tekort aan een aantal belangrijke ionkanaal-eiwitten. Onder normale omstandigheden zorgen deze eiwitten ervoor dat calcium- en kaliumionen de celmembranen kunnen passeren. Een gering aantal ionkanalen zou een verklaring kunnen zijn voor de verstoorde calciumhuishouding die kenmerkend is voor boezemfibrilleren en voor het feit dat de elektrofysiologische eigenschappen van de boezemcellen veranderen door het fibrilleren. Aldus moleculair biologe Bianca Brundel in haar proefschrift waarop ze aanstaande woensdag promo-

veert aan de Rijksuniversiteit Groningen. Haar onderzoek werd gefinancierd door de Nederlandse Hartstichting.

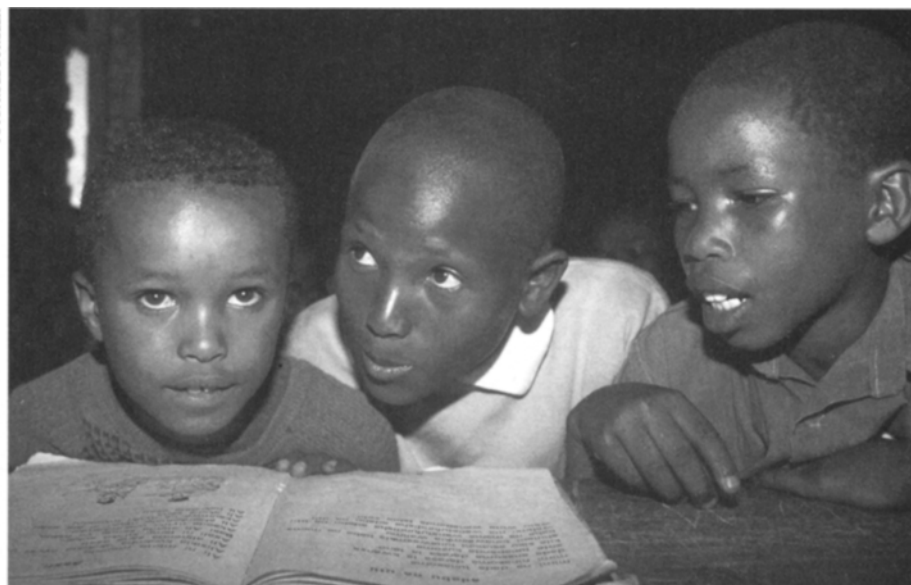
Brundel vond ook dat tij-

dens ritmestoornissen het eiwitafbrekende enzym calpain I wordt geactiveerd. Op grond daarvan stelt de onderzoekster vast dat het geringere

aantal ionkanalen niet het gevolg is van een stagnerende aanmaak, maar van een versnelde afbraak van deze eiwitten. << HM

PARASIET ONDERDRUKT ALLERGIE

FOTO: ROEL BURGIER



Het anti-inflammatoire cytokine interleukine-10 speelt een centrale rol bij het onderdrukken van allergische reacties bij Afrikaanse kinderen. Het cytokine wordt 'opgeroepen' door een chronische worminfectie: schistosomiasis. Onderzoekers, verbonden aan onder andere de afdeling Parasitologie van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), publiceerden deze vondst in The Lancet van 18 november.

Het gaat, zo stellen Anita Biggelaar, haar coauteurs én commentator Patrick Holt, om een belangrijk nieuw inzicht. Immers, de meeste aandacht in het onderzoek naar de juistheid van de zogeheten hygiënehypothese gaat uit naar de rol van bacteriële en virale infecties bij het ontstaan van allergieën. De gedachte is dat blootstelling aan deze microben tijdens de vroege kinderjaren van significante betekenis is voor het reguleren van de allergeenspecifieke immuunresponsen die aan de basis liggen van een atopische aandoening. Het immuunsysteem verlegt zijn aanvankelijke proallergische T-helper-2-reacties ten gevolge van die blootstelling naar T-helper-1-reacties. Het blijkt een plausibel verklaringsmechanisme om de prevalentie van allergieën in geïndustrialiseerde lan-

den te verklaren, vooral in het licht van de daar gangbare hygiënepraktijken die ervoor zorgen dat deze verschuiving veel minder optreedt dan vroeger. Maar dit model kan niet de grote discrepantie verklaren tussen de prevalenties in Westerse en (tropische) derdewereldlanden. In de tropen zijn het vooral parasieten, met name wormen, waarmee kinderen al heel vroeg worden geïnfecteerd, en niet zo zeer bacteriën of virussen. En parasieten stimuleren de activiteit van T-helper-2-cellen.

Vraag: waarom komen desondanks in die landen allergieën veel minder voor? Biggelaar c.s. hebben daarop het antwoord gevonden in een onderzoek onder 520 Gabonese schoolkinderen in Lambarene, de streek waar ooit Albert Schweitzer werkte. Het bleek dat kinderen met schistosomiasis minder vaak een positieve huidreactie vertoonden op de huismijt en andere allergenen dan kinderen die deze infectie niet hadden. De werking van interleukine-10 blijkt dit verschijnsel te verklaren. Volgens Patrick Holt is de studie van Biggelaar en haar collega's een belangrijke impuls voor onderzoek naar het gebruik van het bewuste cytokine als therapeutisch middel. << HM

Frans Meulenbergh

Vertrouwde leegte



In de plooiën van de moderne tijd schuilt veel klein leed. Die plooiën heeft de mens trouwens zelf zorgvuldig aangebracht. Zo is het idee van de maakbaarheid van de samenleving blijkbaar dermate aantrekkelijk dat de moderne mens nauwelijks tegenslag wenst te accepteren, zelfs al is de oorzaak van die tegenslag biologisch van aard. Neem het ouderschap bijvoorbeeld. Toen de wetenschap het mogelijk maakte de kinderwens steeds verder uit te stellen, verdween de mogelijkheid uiteindelijk kinderloos te blijven achter de horizon. En wanneer een stel, op latere leeftijd dus, plotseling met die kans geconfronteerd wordt, valt dat zwaar. Ongeveer 15 procent van alle stellen in de vruchtbare levensfase doet op enig moment een beroep op specialistische zorg vanwege een onvervulde kinderwens. Sommigen kunnen geholpen worden - door natuur of specialist - anderen niet. Voor de laatste groep begint het zwijgen, tegenover elkaar en tegenover anderen. Want kinderloosheid wordt vaak gezien als iets onnatuurlijks en misschien zelfs ervaren als een nederlaag. Vergeet daarbij niet dat de menselijke beschaving van oudsher bol staat van vruchtbaarheidsrituelen en -symbolen waardoor de kinderlozen als het ware in een onderstroom van onze cultuur terechtkomen en, en passant, in een maalstroom van emoties.

Een indicatie voor die stelling vinden wij in de belletristiek. Er zijn honderden, zo niet duizenden gedichten over zwangerschap en bevalling geschreven. Maar over onvruchtbaarheid of kinderloosheid lees je uiterst zelden. Om die reden alleen al is het debuut *Zeehond graag* van NRC-journalist Marjoleine de Vos opvallend. Zij presenteert in deze bundel dertien gedichten over mevrouw Despina, een aardige vrouw van onbestemde middelbare leeftijd die kinderloos bleef. In de scènes rond de gevoelige Despina staan regels als:

'Mevrouw Despina helpt een baby uit de tram
leest een sprookje, houdt haar tranen droog.
Het wak in mij is dichtgevroren, of
ligt er een slordige plank over de vijver?'

en enkele regels later:

'Is het missen gekrompen
het lege nest werkelijk vertrouwd'

Met weemoed laat De Vos mevrouw Despina elders verlangen naar 'Iemand lopen leren, het zachte beschermen
in ijzeren armen, koekjes kneden.'

Maar ook als mevrouw Despina niet aan het woord is, zoals in het gedicht 'Advent', noteert De Vos:

'Je wou rustige grond zijn
klaar voor de zaaier maar
niemand komt'

Natuurlijk zijn deze regels zwanger van bijbelse betekenis, maar zij zijn ook een beeld van een vrouw die hunkert naar bevruchting. Niets is immers 'zo onbegrijpelijk nieuw als babyvoetjes/vanonder het dek tevoorschijn getrappeld.'

Gaan al deze citaten nog enigszins schuil onder het dak van andere regels en thema's, zo niet in het gedicht *Geschonden beeld* dat in zijn geheel over kinderloosheid gaat:

'De kleine hand op je huid is van een kind
maar er is geen kind, moeder, alleen
zijn hand vijf vingers gaaf laat je niet los.
Vrouw met borsten van bloot marmer
geduldig buig je naar de grond, zoek je
een zoontje maar het is te laat geworden
hoop je nog op zijn lieve kinderlijf.
Was hij er wel, de warme geborene
nu voorgoed verloren uit je armen?'

Toch is zijn hand voor altijd bij je,
een al te zichtbaar teken, moeder
van een trouwe leegte, voedster
van niet te bewegen verlangen.'

In tegenstelling tot een kind valt een verlangen niet te wiegen. Verlangens kun je wel koesteren, maar slechts een fractie langer dan de realiteit je leert. De kernzin van bovenstaand gedicht zijn de wat achteloze woorden 'het is te laat geworden'. In de eerste plaats verwijst dit naar het letterlijke uur van een late middag of vroege avond waarop een moeder naar haar kind zoekt. Daarnaast is het een meer overdrachtelijk tijdstip, verwijzend naar de leeftijd van de vrouw die geen hoop meer mag hebben op een kind.

'Wat we zochten
was hoop, we wilden geloven, verwachten.'

Voorbij, voorgoed voorbij.

De Vos schrijft mooie, heldere poëzie in de stijl van Judith Herzberg. Haar zinnen zijn veelbetekenend. Neem de slotregel van de bundel waar zij schrijft 'steeds meer onzichtbaar, zelfs voor mij' te zijn. Hiermee omzeilt ze elegant de vraag naar het eventuele autobiografische karakter van haar werk. Wat de slotregel duidelijk maakt, is dat er een pijn schuurt tussen dichter en personage, tussen ervaring en gedicht. Een voelbaar verdriet juist doordat de dichter afstand houdt tot zijn verhaal. Smart wil waardig gedragen worden. Toen ik in de marge van het gedicht de slotregels van een dikke potloodstreep voorzag, klonk in mijn hoofd de echo van Max Frisch die in de wonderschone novelle 'Montauk' schreef:

'Ik heb mij (...) bloot gegeven, ik weet het, totdat ik onherkenbaar werd.'

Dat is de essentie van goede literatuur.

DIAGNOSTIEK VAN CARPAALTUNNELSYNDROOM

Een hoofdrol voor het diagnostisch centrum

Het carpaaltunnelsyndroom wordt niet altijd door de neuroloog vastgesteld. In Limburg verwijzen huisartsen rechtstreeks naar een diagnostisch centrum, waar klinisch neurofysiologen een EMG maken en interpreteren. Een patiëntvriendelijke behandelwijze, die ook nog minder kost.

L.J.M. REICHERT
H.W.M. ANTEN
J.P.M. ETES
P.G.W.M. WUISMAN
H.H.E. MORRE

Het carpaaltunnelsyndroom (CTS) is het meestvoorkomende zenuw-compressiesyndroom. De huisarts stelt de diagnose 'CTS' met behulp van het teken van Tinel en de Phalen-test. De sensitiviteit en specificiteit van deze testen zijn echter laag. Zo is het teken van Tinel ook positief bij 45 procent van de mensen zonder CTS.¹ Eigenlijk is de anamnese zelf het betrouwbaarste instrument. Om de diagnose 'CTS' met zekerheid vast te stellen verwijst de huisarts de patiënten naar de neuroloog; vervolgens wordt een elektromyografie (EMG) gemaakt en wordt eventueel chirurgisch ingegrepen.

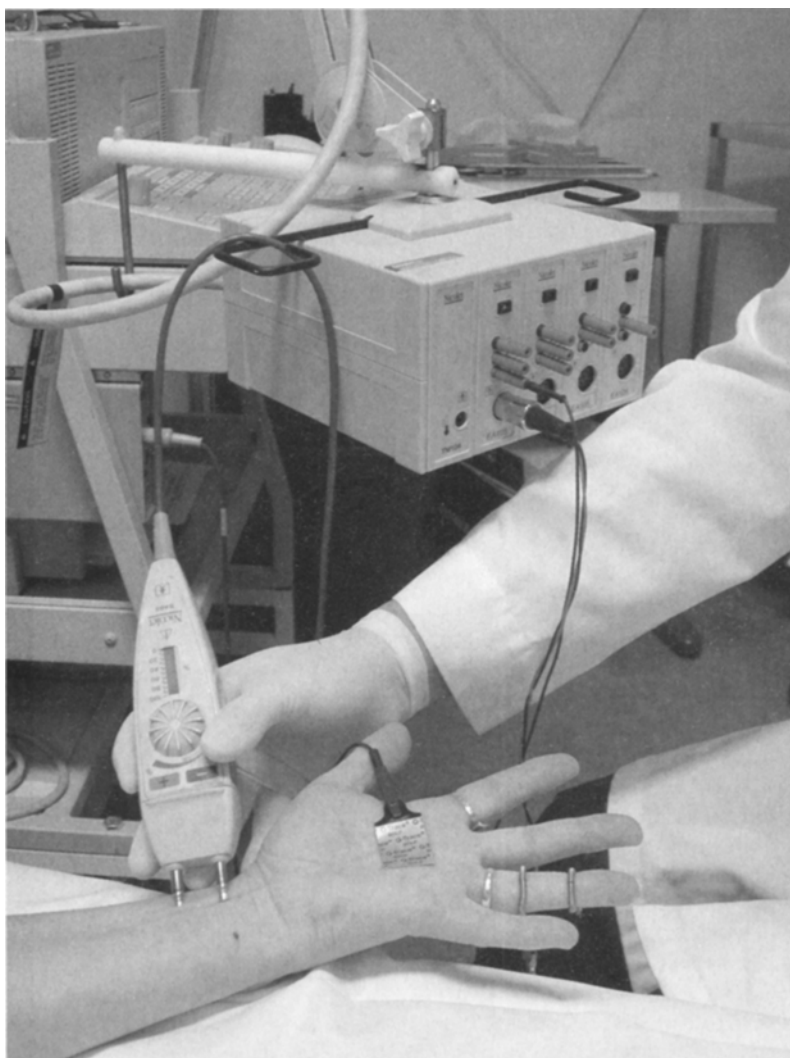
De patiënt bezoekt de neuroloog (*eerste bezoek*). Vervolgens krijgt hij een EMG (*tweede bezoek*). Daarna komt de patiënt weer op de poli bij de neuroloog (*derde bezoek*) of wordt hij telefonisch benaderd. Dan volgt een eerste polikli-

niekbezoek aan de chirurg (*vierde bezoek*), waarna de chirurgische ingreep plaatsvindt (*vijfde bezoek*). Als laatste is er de controle op de poli, waar ook de hechtingen worden verwijderd (*zesde bezoek*).

HET KAN ANDERS

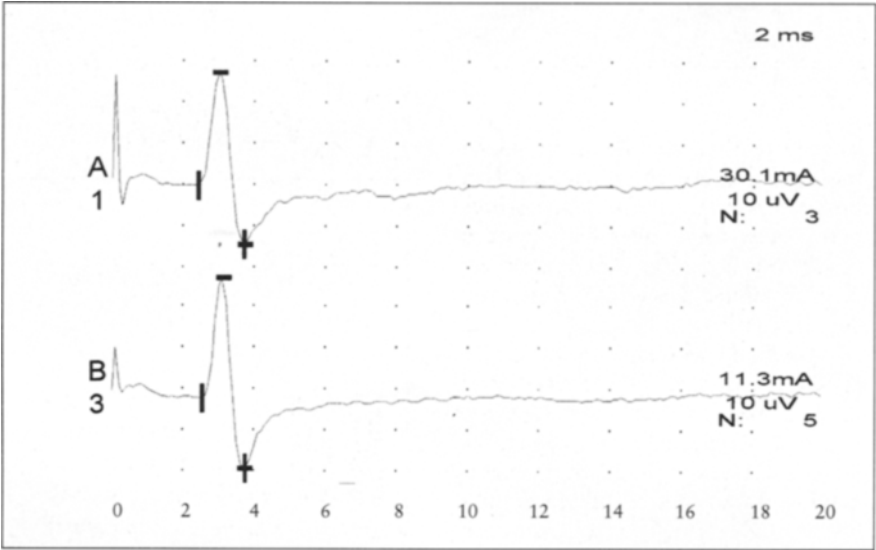
In de regio Westelijke Mijnstreek is het al enige tijd gebruikelijk dat huisartsen zelf EMG's aanvragen. Met de oprichting van het diagnostisch centrum is het aan-

tal EMG-aanvragen (met de vraagstelling 'CTS') gestegen van 204 in 1997 tot 346 in 1999. Sinds dit jaar wordt gebruikgemaakt van de injectietechniek met lidocaïne en methylprednisolon.² Proximaal van de carpal tunnel wordt 1 ml van een mengsel van lidocaïne en methylprednisolon geïnjecteerd, waarna het de carpal tunnel wordt ingemas-seerd. Deze methode zou het aantal noodzakelijke decompressie-operaties bijna halveren. De patiënt brengt >>

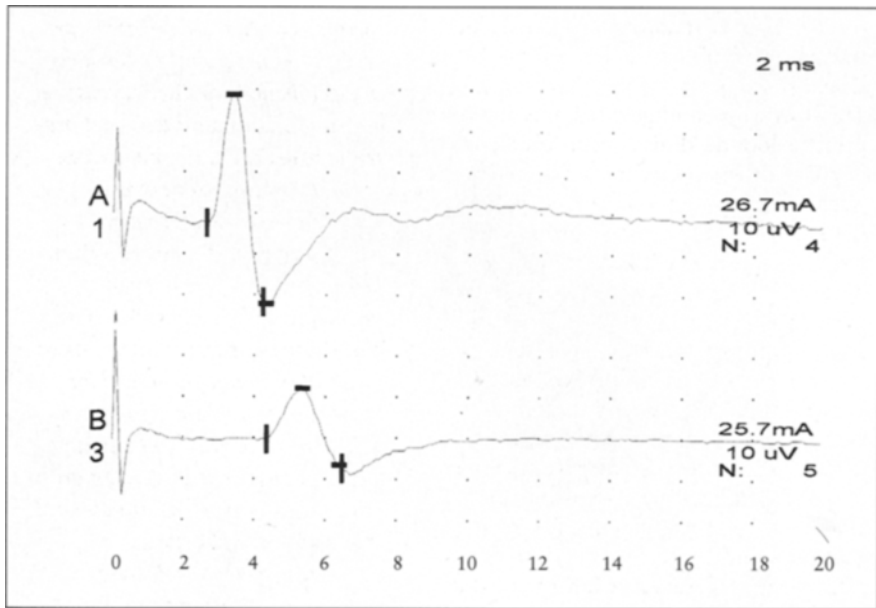


Het aantal EMG-aanvragen is sterk gestegen

FOTO: DIAGNOSTISCH CENTRUM WESTELIJKE MIJNSTREEK, P.C.M. MEIJERS



Figuur 1. Voorbeeld van sensibel zenuw geleidingsonderzoek van de n.ulnaris bij A1 gestimuleerd bij de pols, A2 bij de elleboog, van de n.medianu B3 bij de pols en B4 bij de elleboog. Geregistreerd bij de 4^e vinger. Het verschil van sensibele geleiding tussen de n.ulnaris en de n.medianus bij de pols (A1 en B3) bedraagt 0,1 ms (normaal tot 0,5 ms).



Figuur 2. Voorbeeld als bij figuur 1 wat betreft zenuwen en stimulatieplaats. Het verschil van sensibele geleiding tussen de n.ulnaris en de n.medianus bij de pols (A1 en B3) bedraagt 1,7 ms (normaal tot 0,5 ms), hetgeen wordt gevonden bij een carpaaltunnelsyndroom.

om aan te nemen dat er bij de andere klinisch neurofysioloog een ander getal zou uitkomen.

De gegevens van de klinisch neurofysioloog die CTS als eindterm gebruikt, staan in de tabel; de gegevens van de laatste drie jaar zijn hier weergegeven. Te zien is dat het aantal aanvragen voor EMG met de vraagstelling CTS bij de huisartsen met de helft is toegenomen. Bij de neurologen is een minder duidelijke toename te zien. De afname in 1998 is te verklaren door het feit dat de neurochirurg tijdelijk meer werkte in een ander ziekenhuis in de regio. De aanvragen van de andere specialismen zijn ongeveer gelijk gebleven.

De tabel laat ook zien dat de inschatting of de patiënt een CTS heeft, goed is. Bij de huisarts varieert de goede inschatting (waarbij het EMG positief is voor CTS) van 62 tot 83 procent, bij de neuroloog/neurochirurg van 72 tot 84 procent. Andere specialismen schatten in twee van de drie gevallen juist in of de patiënt wel of geen CTS heeft. Alhoewel je meer negatieve uitslagen (geen CTS) zou verwachten als huisartsen meer EMG's aanvragen, is dit niet het geval.

BESPARING

Als de huisartsen zelf gemiddeld 350 EMG's aanvragen, scheelt dit 350 bezoeken aan de neuroloog (met dito korte kaarten): een besparing van f 45.000,-. Verwacht wordt dat huisartsen nog meer EMG's zullen aanvragen.

<< dus één bezoek aan het ziekenhuis; daar wordt een EMG gemaakt en zo nodig een injectie gegeven. Het nadeel van deze injectietechniek is dat de follow-up tot nu toe in de literatuur beperkt is tot één jaar.

In het Sittardse Maaslandziekenhuis zijn twee klinisch neurofysiologen werkzaam die de EMG's maken en ze vervolgens interpreteren. De EMG's worden verricht volgens de consensus van de Nederlandse vereniging voor klinische neurofysiologie (laatste versie, 1999).

Hierbij wordt de latentietijd gemeten van de nervus medianus. Beide klinisch neurofysiologen registreren de diagnosen verschillend. De één registreert volgens het systeem van Kortbeek; dit systeem heeft echter niet CTS als eindterm en kan dus niet worden gebruikt voor dit onderzoek.³ De andere klinisch neurofysioloog heeft wel als eindterm CTS gecodeerd, zodat we deze getallen hebben gebruikt. Daar de patiënten in gelijke mate over de twee klinisch neurofysiologen worden verdeeld, is er geen reden

Tabel. Aantal aanvragen met vraagstelling carpaaltunnelsyndroom (CTS) vergeleken met het aantal positieve uitslagen (gegevens van één van de twee klinisch neurofysiologen).

	1999		1998		1997	
	aanvragen	CTS+ (%)	aanvragen	CTS+ (%)	aanvragen	CTS+ (%)
neurologen en neurochirurgen	170	123 (72%)	116	97 (84%)	147	107 (73%)
huisartsen	179	148 (83%)	164	101 (62%)	113	77 (68%)
andere specialismen	139	91 (65%)	113	86 (66%)	147	90 (61%)

SAMENVATTING

- Het is gebruikelijk dat de huisarts patiënten bij wie hij een carpaaltunnelsyndroom vermoedt, doorverwijst naar de neuroloog. Deze laat een EMG maken, waarna - indien conservatieve maatregelen falen - een chirurgische decompressie volgt.
- In de regio Westelijke Mijnstreek heeft de huisarts de mogelijkheid het EMG rechtstreeks via het diagnostisch centrum aan te vragen. Daarna wordt de patiënt eventueel behandeld met corticosteroïdinjecties.
- Deze benadering heeft gunstige gevolgen voor de patiënten: ze hoeven veel minder vaak naar het ziekenhuis en de kans op een operatie is gehalveerd.
- Ook financieel is het een aantrekkelijke methode: aanzienlijk minder verwijzingskosten voor de neurologie en chirurgie, veel minder gebruik van operatiekamer.
- De langetermijnresultaten van deze benadering zijn echter nog niet bekend.

Gemiddeld werden driehonderd chirurgische decompressies verricht, ongeveer eenderde van het totaal aantal aangevraagde EMG's met de vraagstelling CTS. Ervan uitgaande dat de injectietechniek het aantal noodzakelijke operaties zal halveren, levert dit een besparing op van 150 operaties. Aangezien de gemiddelde prijs voor decompressie van CTS f 500,- is (inclusief kosten ziekenhuis, korte kaart, honorarium specialist, etc), scheelt dit op jaarbasis f 75.000,-. In totaal wordt dus f 120.000,- bespaard op de kosten van de gezondheidszorg, terwijl de behandeling veel patiëntvriendelijker is.

STAMMENSTRIJD

Is daarmee nu duidelijk aangetoond dat huisartsen alleen maar EMG's moeten aanvragen via het diagnostisch centrum en dat patiënten alleen maar moeten worden behandeld op de afdeling Klinische Neurofysiologie (KNF)?

Vooropgesteld: de diagnose 'CTS' kan alleen met klinisch-neurofysiologisch onderzoek met zekerheid worden gesteld. Een afwijkend EMG met ver-

lengde latentietijd van de nervus medianus hoeft niet op een carpaaltunnelsyndroom te wijzen, maar kan bijvoorbeeld ook worden aangetroffen bij polyneuropathie. Van de andere kant kan een verlengde latentietijd ook vóórkomen zonder klachten.

Vanuit de neurologie wordt veel verzet gemeld tegen het gebruik van het klinisch neurofysiologisch onderzoek door anderen, met name door huisartsen.⁴ Dit verzet lijkt niet voor honderd procent op medische gronden te berusten, maar heeft ook iets weg van een stammenstrijd. En daar is niemand bij gebaat. Wij denken dat de eenvoudige CTS, zoals die regelmatig voorkomt, heel goed via het diagnostisch centrum met KNF-onderzoek kan worden uitgevoerd, met interpretatie door de klinisch neurofysioloog.

Dat de injectietechniek een chirurgische ingreep kan voorkomen, is ook meegenomen. Een nadeel van de injectietechniek is echter dat er tot nu toe een korte follow-up is van het resultaat; het is nog niet bekend of deze techniek uitsluit of afstel van de operatie betekent.

Een andere benadering is noodzakelijk als het carpaaltunnelsyndroom dubbelzijdig is, of als de patiënt nog andere klachten heeft die op een systeemziekte (diabetes mellitus, reuma) kunnen wijzen. In die gevallen is het nuttig om neurologisch onderzoek te laten verrichten. Ook in twijfelgevallen is het verstandig om het onderzoek uit te breiden met neurologisch onderzoek. Voor de meeste patiënten scheelt deze behandeling echter aardig wat ritjes naar het ziekenhuis en het levert ook nog een flinke besparing op. <<

L.J.M. Reichert,
internist-nefroloog, voorzitter Diagnostisch Centrum
Westelijke Mijnstreek

H.W.M. Anten,
neuroloog, Maaslandziekenhuis Sittard

J.P.M. Ettes,
huisarts, Geleen

P.G.W.M. Wuisman,
klinisch neurofysioloog, Maaslandziekenhuis Sittard

H.H.E. Morré,
klinisch neurofysioloog, Maaslandziekenhuis Sittard

Correspondentieadres: dr. L.J.M. Reichert, Diagnostisch
Centrum Westelijke Mijnstreek, Walramstraat 23, 6131
BK Sittard, tel. 046-4597807, e-mail: mdc@orbisconcern.
nl

Literatuur

1. Kuschner SH, Ebrahimpour E, Johnson D, Brien WW, Sherman R. Tinel's sign and Phalen's test in carpal tunnel syndrome. *Orthopedics* 1992; 15: 1297-302.
2. Dammers JW, Veering MM, Vermeulen M. Injection with methylprednisolone proximal to the carpal tunnel: randomised double blind trial. *BMJ* 1999; 19: 884-6.
3. Kortbeek LH, Mirandolle JF, Roos RA, Stam J. CSN: coderingssysteem neurologie: volgens Kortbeek. 1971.
4. Klinisch neurofysiologisch onderzoek - opinie. *De neuroloog* 1999; 6: 27-8.

VELDWERK

250 mg Seresta



Tijdens het co-schap
huisartsgeneeskunde
kom ik, zoals kan

worden verwacht, ook

geregeld in contact met patiënten met psychische dan wel psychosociale klachten. De meesten van deze patiënten houdt de huisarts in eigen beheer, om hen, eventueel gesteund door medicatie, met praten te begeleiden. En met succes.

Op een dag komt er een patiënt binnen met ernstige depressiviteits- en angstklachten. Hij krijgt een kuur met een antidepressief en een sedatief middel. Daarnaast wordt afgesproken dat hij tweemaal per week kan langskomen. In deze gesprekken krijgt hij de gelegenheid zijn angsten van zich af te praten, en ontvangt hij adviezen, meestal vooral van niet-medische aard.

Gedurende de volgende weken zien de huisarts en ik inderdaad langzaam maar zeker vooruitgang in zijn toestand en kunnen de sedativa worden afgebouwd. Tijdens één van zijn bezoeken meldt hij dat hij liever van zijn Seresta's afblijft, en ze voornamelijk voor echte paniekaanvallen bewaart. Daar staat tegenover dat hij veel steun ontleent aan de gesprekken. 'Want, dokter, als ik bij u ben geweest, doet me dat veel meer goed. Tegenover vrienden noem ik u altijd een Seresta van 250 mg.'

Een groter compliment lijkt mij ondenkbaar.

StethosCo

de co-assistent

DE KUNST VAN HET STERVEN

Euthanasie houdt geneeskunde in de wurggreep

Over ziekte, ouderdom en sterven is het moeilijk praten. Liever wordt de verantwoordelijkheid afgeschoven op de geneeskunst. In het maatschappelijk debat is euthanasie ook nog te veel een onderwerp van en voor artsen. Het wordt tijd dat patiënten hun verantwoordelijkheid weer nemen.

J. SCHUURMANS

De voorzitter van de KNMG, R. Hagenouw, heeft in de pers terecht zijn zorgen geuit over het feit dat artsen dreigen te worden gereduceerd tot doorgeefluik voor zelfdoding.^{1,2}

In mijn ogen is euthanasie een voorbeeld geworden van medicalisering van een maatschappelijk-cultureel probleem. Vergelijkbaar met de 'medicalisering van de dood', zoals door Ivan Illich in 1978 bekritiseerd in zijn studie *Grenzen aan de geneeskunde*.

De institutie 'euthanasie en hulp bij zelfdoding' in Nederland is cultuursociologisch terug te voeren op drie ideologieën: het ego-gerichte autonomie-denken (zelfbeschikkingsrecht), de christelijke

barmhartigheidsplicht (solidariteit), en het netheids- en ordedenken.³

ZELFBESCHIKKINGSRECHT

De Nederlandse Vereniging Voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE) vindt dat een verzoek om euthanasie volledig steunt op het zelfbeschikkingsrecht. Dat artsen uitzichtloosheid en lijden kunnen objectiveren, beschouwt de NVVE echter terecht als een illusie: er is slecht sprake van schijnzekerheid. Vreemd is echter dat zowel de NVVE als de wetgever een rol blijft toekennen aan de arts. Daarmee wordt het medisch reglementeren van een verkozen dood ondersteund.

Het is onmogelijk te verwachten dat de arts uitsluitend als uitvoerder van een technische handeling zou kunnen fungeren. Hierdoor zou de geneeskunst in een wurggreep worden genomen. Achter het eenzijdig benadrukken van autonomie en zelfbeschikking gaat immers een maatschappelijke en sociale verwaarlozing van relationele aspecten schuil. De mens is een sociaal dier dat continu onder invloed staat van zijn omgeving. En onze tegenwoordige maatschappelijke en culturele omgeving wordt gekenmerkt door een toenemende weerzin tegen ziekte, veroudering en aftakeling van het lichaam. Ook wel genoemd 'het halve mensbeeld', waarin de mens zelf zijn leven zin moet geven, het leven maakbaar is en het noodlot is afgeschaft.⁴

Met de huidige euthanasiepraktijk bevestigt de geneeskunde het eenzijdige niet-relatieel benadrukken van autonomie.

SOLIDARITEIT

Artsen kunnen met betrekking tot het ondraaglijk lijden een afweging maken aan de hand van 'invoelbaarheid': alweer een subjectief criterium en een eenzijdige benadering. Want lotsverbondenheid houdt ook in dat de arts verplicht is te onderzoeken of achter het euthanasieverzoek verborgen hulpvragen schuilen en zo ja, welke dat zijn.⁵ In het boek *Terminus* geeft Zylicz een aantal voorbeelden van achterliggende problemen die een rol kunnen spelen bij een verzoek om euthanasie:⁶ angst voor totale ontluistering en toekomstig lijden, burn-out, depressie, zich



FOTO: LOESE PRAKTIKEN

sociaal en psychisch opzicht al dood voelen. De ervaring in de palliatieve zorg is dat als wordt ingegaan op de 'vragen achter de vraag' en goede zorg wordt verleend, er slechts weinig verzoeken om euthanasie resteren. Terecht worden de zorgvuldigheidseisen nog ontoereikend gevonden en pleit Broeckaert voor palliatieve consultatie in een vroege fase (anticiperend aan elk verzoek om euthanasie).⁷

ORDE EN NETHEID

Als iemand dood wil, moet hij of zij dat zelfstandig regelen, aldus de officier in de 'Haarlemse zaak'. Volgens Chabot verzuimde hij echter aan te geven hoe dit op humane wijze mogelijk zou zijn.⁸ Maar al in 1996 noemde Chabot het oude principe van versterking (als een 'nette' vorm van suicide) een weg naar de dood, die in principe openligt voor iedereen zonder dat hiervoor hulp van buitenaf nodig is. Intensieve voorlichting en begeleiding van familie is dan echter meestal noodzakelijk. Voedsel en vocht toedienen, is immers een uiting van betrokkenheid bij de zieke. Verder leeft de mythe dat uitdroging altijd gepaard gaat met lijden.

Voor een leek, maar inmiddels ook voor een arts, zijn criteria als 'de aftakeling op sociaal vlak' en 'algehele uitzichtloosheid' niet te objectiveren. Recent onderzoek toont ook aan dat beslissingen rond het levenseinde sterk worden beïnvloed door persoonlijke opvattingen van artsen. De eigen levensbeschouwing is doorslaggevend. Waarom dan nog onderscheid maken in de wet, waar voor een leek geldt dat 'Hij die een ander op diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen van het leven berooft, wordt gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste twaalf jaren'?

WORGENGEL

In geval van ondraaglijk lijden en uitzichtloosheid bij chronische of terminale aandoeningen, getuigt het van veel professionaliteit als de arts samen met de patiënt zoekt naar een nieuwe balans. Het gaat dan om begeleiding, aanvaarding, aanpassing en symptoombestrijding, zoeken naar behandelalternatieven, waarvoor de patiënt uiteindelijk zelf de verantwoordelijkheid draagt, en het stimuleren van 'zelfmanagement'.⁹

De arts vervult de rol van bevorderaar (op niet-paternalistische wijze) van de functionele autonomie van de patiënt. De patiënt op zijn beurt heeft de verantwoordelijkheid om een houding te ontwikkelen ten opzichte van allerlei belangrijke, onlosmakelijke aspecten van het leven, zoals ouderdom, ziekte en dood.¹⁰

Gestreefd moet worden naar wederzijds respect, waarbij niet alleen rechten, maar ook plichten worden benadrukt. Euthanasie als sociaal aanvaard alternatief voor een natuurlijk levenseinde is in dit streven een groot dilemma, een worgengel in de geneeskunde.

TABOESFEER

Voor de geneeskunde is een rol weggelegd in de voorwaardescheppende sfeer. In de medische curri-

cula en vervolgoopleidingen moet meer aandacht worden besteed aan reeds opgebouwde specifieke medisch-vaktechnische en niet-medische kennis van de zorg aan stervende patiënten. Ook zouden ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorgorganisaties en huisartsen moeten worden verplicht om, los van een eventuele palliatieve zorgvoorziening, een beleid te ontwikkelen voor het omgaan met lijden en sterven.¹¹ Instellingen moeten in hun jaarverslagen het aantal overledenen en de kwaliteit van sterven binnen hun instelling vermelden. Als binnen de geneeskunde de dood uit de taboesfeer wordt gehaald, zal dit een uitstralend effect hebben op de samenleving.

Misschien moet bij het bereiken van de volwassen leeftijd 'de pil van Drion' als initiatierite worden uitgereikt. Dit, om de medicalisering van het euthanasiedebat te doorbreken, om het zelfvertrouwen terug te geven en om een ieder te doen inzien dat uiteindelijk het leven met al zijn verantwoordelijkheden en onvermijdelijkheden zelf geleefd of niet meer geleefd kan worden.

KWALITEIT VAN STERVEN

Kwaliteit van leven heeft voor iedereen betekenis. De maatschappij en de politiek hebben daarover vrij duidelijke meningen en doelstellingen die in grote lijnen met elkaar overeenkomen. Met kwaliteit van sterven ligt het moeilijker. Toch heeft iedereen ook daarmee te maken, in z'n omgeving en uiteindelijk ook zelf. Als het dan zover komt, wensen we onszelf en onze naasten een 'goede' dood, een waardig sterven. Maar wat is 'waardig' sterven? Als er publiekelijk meer debat zou worden gevoerd - liefst al op school - over de kwaliteit van sterven,¹² komt weer centraal te staan dat het nodig is een houding te ontwikkelen ten opzichte van allerlei belangrijke aspecten in het leven, zoals gezondheid, ouderdom, ziekte en dood. Dit zou een taboe doorbreken; een doorbreking waarvoor Elisabeth Kubler-Ross al zo'n lange tijd heeft gestreden.¹³

Tot de levenskunst behoort vanouds de *ars moriendi*: de kunst van het sterven. Hoe? Dat moet u zelf beslissen. <<<

J. Schuurmans,
huisarts in Groesbeek, consultant Centrum Ontwikkeling Palliatieve Zorg
Nijmegen

Correspondentieadres: J. Schuurmans, Burgemeester Ottenhoffstraat 18,
6561 CM Groesbeek, e-mail: jschuur@knmg.nl

Literatuur/Noten

1. Hagenouw R. Nooit: u vraagt en de arts draait. Podium Trouw 3 november 2000. 2. Hagenouw R. Haarlems vonnis maakt euthanasie gemakkelijker. *Opinie NRC* 3 november 2000. 3. Lam HM. Het nette sterven, een cultuursociologische analyse van euthanasie en hulp bij zelfdoding. *Huisarts en Wetenschap* 1999; 42 (4). 4. Thijmgenootschap. *Annalen* 87/4, 1999. 5. Smelt WLIH. De eenzijdige euthanasiediscussie. *Medisch Contact* 1997; 52 (19): 589-90. 6. Enklaar J. Terminus. *Plantaan*, 1999. 7. Broeckaert B. Goede zorg voor de dood. *Medisch Contact* 2000; 55 (45): 1597-1600. 8. Chabot BE. Vonnis zelfdoding overschrijdt geen belangrijke grens. *Opinie NRC* 31 oktober 2000. 9. Eijk JThM van. De hulpverlening in spagaat tussen autonomie en afhankelijkheid. Inaugurale rede. Maastricht, 30 juni 2000. 10. The BAM. Gedeelde zorgen. *Medisch Contact* 2000; 55 (42) 1485-8. 11. Baar FPM. Brief van het Netwerk Palliatieve Zorg voor Terminale patiënten Nederland (NPTN) naar de vaste commissie voor VWS, 1 augustus 2000. 12. Schuurmans J. De kunst om waardig te sterven. Podium Trouw 7 november 2000. 13. Kubler Ross E. *Dood, het laatste stadium van innerlijke groei*. 1975.

TOETSING VAN MENSGEBONDEN

Lokale commissies blijven van waarde

Als enkele instellingen samen een geneesmiddelen-onderzoek met proefpersonen uitvoeren, hoeft slechts één erkende toetsingscommissie te beoordelen of het onderzoek aan de medisch-ethische criteria voldoet. Staan de toetsingscommissies van de afzonderlijke onderzoekspartners daarmee buitenspel?

M.S.F. KEMP

Bijna een jaar nadat de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO) in werking is getreden, heeft de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO) een concepttoetsingsprocedure voor *multicenter*-onderzoek gepresenteerd aan de erkende Medisch-Ethische Toetsingscommissies (METC's). Zoals bekend gaat de WMO er nadrukkelijk van uit (artikel 2, 2a) dat bij *multicenter*-geneesmiddelenonderzoek beoordeling door één erkende commissie voldoende is. Tegelijkertijd formuleert de WMO voor het uitvoeren van onderzoek waarbij proefpersonen betrokken zijn, eisen aan de vakkundigheid van het wetenschappelijk onderzoek en aan de verrichtingen die hiervoor noodzakelijk zijn (artikel 3e). Om te beoordelen of aan deze wettelijke eisen is voldaan, heeft de METC kennis van de lokale situatie nodig waarover zij niet automatisch beschikt. De gang van zaken rond *multicenter*-trials bracht het afgelopen jaar

dan ook een onduidelijkheid aan het licht over de verantwoordelijkheid van die ene 'toetsende' METC en de rol van lokale instellingen - meestal voorzien van een METC - waar onderzoek plaatsvindt. Mogen 'lokale' METC's nog enige vorm van medisch-ethische afweging maken als er binnen hun instelling *multicenter*-onderzoek op de rol staat of is hun bemoeienis in dergelijke gevallen in feite marginaal?

ONTSNAPPINGSCLAUSULE

De conceptrichtlijn van de CCMO beoogt deze onduidelijkheid weg te nemen. Deze richtlijn regelt onder meer het volgende:

1. 'Vroeg' in de procedure wordt veel plaats ingeruimd om het *multicenter*-protocol te bespreken. Aan deze bespreking - onder leiding van de onderzoekskoördinator - nemen alle participerende onderzoekers deel. Aan de orde komen onder meer de informatie voor de proefpersoon, het toestemmingsformulier en de verzekering.
2. Het is de bedoeling dat de METC die uiteindelijk in juridische zin oordeelt, 'adviezen' krijgt van de deelnemende instellingen. Op grond van deze adviezen vormt de METC zich een oordeel over de lokale haalbaarheid van het onderzoek. Deze adviezen kunnen worden gegeven door een lid van de lokale METC of door een lid van de directie.

De onder 1) vermelde bespreking vooraf door de onderzoekskoördinator met alle lokale onderzoekers is zelden haalbaar. Kennelijk heeft de CCMO hierom op voorhand voorzien in een ontsnappingsclausule die het de coördinator mogelijk maakt ook individueel contact te leggen met beoogde lokale onderzoekers. Opvallend is dat in dit voortraject het 'interdisciplinaire moment' geheel ontbreekt: uitsluitend onderzoekers praten over zaken die zich toch bij uitstek lenen voor een medisch-ethische afweging.

Uit 2) blijkt dat de rol van lokale METC's in de voorgestelde procedure vrijwel tot nul is gereduceerd. Op grond waarvan zal straks 'een lid van de lokale METC of van de directie' het wettelijk vereiste advies over lokale haalbaarheid

aan de toetsende commissie uitbrengen? Als een METC goed functioneert, zal geen enkele directie buiten de eigen commissie om willen 'adviseren'. En hoe zal één lid van een lokale METC 'advies' uitbrengen zonder kennis te nemen van het hele protocol en zonder hierover - in grote lijnen - van gedachten te wisselen met de overige leden?

Er is dus een belangrijk verschil met de situatie van vóór de WMO. Naarmate een medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen op meer plaatsen wordt uitgevoerd (*multicenter*-trials) wordt de ruimte voor werkelijk medisch-ethische afwegingen kwantitatief minder, omdat dergelijk overleg expliciet wordt losgekoppeld van de plaatsen van uitvoering. In feite wordt het medisch-ethische beoordelingsmoment (voorzover niet verbonden met de mate van wetenschap-

SAMENVATTING

- De WMO stelt dat bij *multicenter*-onderzoek toetsing door een toetsingscommissie voldoende is. Nadat inwerkingtreding van de wet ontstond bij lokale commissies onduidelijkheid over de mogelijkheid om bij te sturen.
- De aan erkende toetsingscommissies voorgelegde conceptrichtlijn van de CCMO betekent een maximale rol voor de 'toetsende' commissie en minimale voor de lokale commissie.
- Met de CCMO-conceptrichtlijn worden de wettelijke implicaties van de WMO veiliggesteld (aansprakelijkheid), maar vindt tegelijk uitholling plaats van de medisch-ethische afweging.
- Bij *multicenter*-onderzoek vindt in de voorgestelde procedure slechts eenmaal medisch-ethische bezinning (op afstand) plaats, terwijl veel proefpersonen elders 'lokaal' worden behandeld.
- Voorgesteld wordt lokale commissies een reële eigen verantwoordelijkheid te laten behouden die de eindverantwoordelijkheid van de toetsende commissie in juridische zin ondersteunt.

ONDERZOEK

pelijkheid) volledig doorgeschoven naar het eind van het traject. Daarmee wordt de verantwoordelijkheid van lokale onderzoekers, verrichters en directies voor de ethische aanvaardbaarheid van wat binnen hun instelling met mensen plaatsvindt, door middel van een formeel 'advies' van één directie- of METC-lid volledig uit handen gegeven en aan een externe eindbeoordelaar overgelaten.

PROCESGERICHT

Uit de wijze waarop de CCMO dit vraagstuk benadert, spreekt een manier van denken die meer productgericht dan procesgericht lijkt te zijn. Het product staat in dit geval voor een zo kort en - in juridisch opzicht - zo waterdicht mogelijk verloopende *multicenter*-trialprocedure die academische en commerciële centra en de farmaceutische industrie welgevallig is. De ethische beoordeling laat zich echter moeilijk met dit uitgangspunt verenigen. Ethiek is bij uitstek en in essentie een proces dat interdisciplinair en continu van karakter is. De ervaring in toetsingscommissies leert dat met name het gesprek waarin de patiënteninformatie wordt afgewogen, goede mogelijkheden biedt om je met elkaar bewust te worden van de ethische implicaties van een voorgenomen onderzoek. Niet zozeer een bepaald eindpunt moet het doel zijn, maar de weg ernaar toe. Sommige medici en juristen hebben de neiging doeleinden te vangen in helder gekwantificeerde termen. Er is echter op het terrein van de ethiek niet zoiets als één eindpunt dat 'goed' is te noemen. Wel bestaat er een wijze van communiceren die ruimte schept om met inachtneming van uiteenlopende uitgangspunten tot een gezamenlijke en weloverwogen beslissing te komen. Daarbij blijkt niet zelden dat zorgvuldige interdisciplinaire afweging op verschillende plaatsen toch tot een zekere diversiteit in handelen leidt waarvan het resultaat in ten minste een aantal gevallen de kwalificatie 'goed' verdient.

De situatie tot aan het in werking treden van de WMO garandeerde dat patiënten ervan mochten uitgaan dat in elke instelling voor gezondheidszorg interdisciplinair werd nagedacht over de

medisch-ethische aspecten van wetenschappelijk onderzoek waarvoor hun arts medewerking vroeg. De thans voorliggende procedure garandeert dat er 'ergens', dat wil zeggen voornamelijk elders (in niet-academische ziekenhuizen bestaat 80 tot 90 procent van de lopende onderzoeken uit *multicenter*-trials!), één keer structureel medisch-ethisch is nagedacht. Over de kwaliteit van dat denk- en besluitvormingsproces heb ik gezien de

Ethisch gezien is er niet één 'goed' eindpunt

erkenningseisen voor METC's geen zorgen. Wel ben ik er bezorgd over dat de hooggekwalificeerde medisch-ethische gesprekken die nu nog in alle gezondheidszorginstellingen voorafgaand aan medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen plaatsvinden, vrijwel volledig verloren zullen gaan.

EIGEN VERANTWOORDELIJKHEID

De rol van lokale erkende commissies bij het beoordelen van *multicenter*-trials moet niet in een misplaatste vlag van efficiëntie tot nul worden gereduceerd. Mijn voorstel is om deze commissies een eigen verantwoordelijkheid te geven: a. voor het uitbrengen van advies over de lokale uitvoerbaarheid (dat zal in de regel niet veel moeite kosten); b. voor de uiteindelijke vaststelling van de binnen de plaatselijke instelling te hanteren patiënteninformatie en toestemmingsverklaring; en eventueel c. voor het

'checken' van de verzekering. In feite betekent dit een keuze voor centrale wetenschappelijke beoordeling (waarbij het medisch-ethische moment niet ontbreekt) naast lokale medisch-ethische afweging rond zaken als belasting, risico's en informatieverstrekking. Bij deze 'marginale toetsing' hoeft het wetenschappelijke rekenwerk niet te worden overgedaan, al moeten de lokale METC's wel van het hele protocol kennis kunnen nemen. De verantwoordelijkheid van elke instelling voor wat er 'in huis' gebeurt aan wetenschappelijk onderzoek bij de eigen patiënten, blijft hiermee liggen bij degenen die dagelijks met deze patiënten werken. Alleen op die wijze blijft de ruimte voor een serieus 'afwegend' ethisch gesprek op de werkvloer gegarandeerd en krijgen lokale commissies een reële eigen verantwoordelijkheid. Als dan toch een wetswijziging wordt overwogen, waarom dan niet een die recht doet aan het belang van continu medisch-ethische betrokkenheid op alle niveaus en daarmee aan het belang van degenen om wie het uiteindelijk gaat: de proefpersonen? <<

M.S.F. Kemp
geestelijk verzorger/ethicus, lid Medisch-Ethische Toetsingscommissie van Ziekenhuis Leyenburg te Den Haag.

Correspondentieadres: Drs. M.S.F. Kemp, Reinkenstraat 70, 2517 CX Den Haag

De auteur schreef deze bijdrage op persoonlijke titel. De METC van Ziekenhuis Leyenburg nam het commentaar van de auteur bij het CCMO-voorstel in grote lijnen over en heeft dit aan de Centrale Commissie kenbaar gemaakt

FOTO: D.G. LIEM



Een wetswijziging moet recht doen aan het belang van de proefpersonen

Anti-HIV-serum

Ook niet-regulier werkende artsen zijn onderworpen aan het wettelijk tuchtrecht. Dat ondervond een arts voor natuurgeneeskunde met als specialisatie niet-toxische therapie. De argumentatie echter die het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gebruikte in zijn veroordeling van deze arts, roept ten minste vragen op. Wat was het geval?

Een met HIV geïnfecteerde man was behalve bij een internist ook - voor een ozontherapie - onder behandeling bij de arts voor natuurgeneeskunde. Op enig moment verstrekte deze hem als proef een middel dat een seronegatieve werking zou hebben. Bijsluiter en etiket ontbraken; voor controles van het ziektebeloop vertrouwde de arts op de bloeduitslagen van de internist, die hem door de patiënt werden meegedeeld. De patiënt klaagde hem uiteindelijk aan vanwege valse beloften, het geven van adviezen die in strijd waren met de stand van de wetenschap en het niet controleren van de medische conditie van de patiënt noch het opvragen van informatie bij de internist hierover. Regionaal én Centraal Tuchtcollege



volgden de klager en maakten de arts een ernstig tuchtrechtelijk verwijt. De opvatting dat de arts een tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt vanwege het verstrekken van een middel waarvan de werking wetenschappelijk niet is bewezen, roept de vraag op of de colleges deze overweging ook ten aanzien van de toegepaste ozontherapie zouden hebben gehanteerd indien de klacht daarop betrekking zou hebben gehad. Is in algemene zin het

aanbieden van therapieën zonder een gedegen medisch-wetenschappelijk onderzoek tuchtrechtelijk verwijtbaar? Dan kunnen deze colleges nu overuren gaan maken. De meeste fysiotherapeutische behandelwijzen, maar ook vele in de psychotherapie zijn immers nauwelijks een product van gedegen wetenschappelijk onderzoek. Overigens is dat nog iets anders dan het wekken van valse hoop, zoals de aangeklaagde arts werd verweten.

B.V.M. CRUL, huisarts

MR. W.P. RIJKSEN

Uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 13 april 2000

Beslissing in de zaak van A, wonende te B, verweerder in hoger beroep, oorspronkelijk klager, tegen C, arts, wonende te D, appellant en verweerder in eerste aanleg.

I. VERLOOP VAN DE PROCEDURE

1. Klager in eerste aanleg en verweerder in hoger beroep, hierna te noemen: 'klager', heeft op 14 augustus 1997 bij het Medisch Tuchtcollege te 's-Gravenhage een klacht ingediend tegen verweerder in eerste aanleg, thans appellant, hierna te noemen: 'de arts'.

2. Bij beslissing van 25 maart 1998, gegeven onder zaaknummer 97 0 54, heeft het voornoemde College de klacht op verschillende onderdelen gegrond bevonden en de arts de maatregel van berisping opgelegd. De arts is tijdig van die beslissing in hoger beroep gekomen. Klager heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend. De arts heeft bij brief van zijn advocaat, mr. E, advocaat te F, van 16 november 1999 de volgende stukken in het geding gebracht:

a. twee rapporten van het H genummerd FR 1601 en FR 1602, en

b. een verklaring van G van 6 augustus 1998.

3. De zaak is in hoger beroep behandeld ter terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg van 9 december 1999. De arts is ter zitting verschenen, bijgestaan door mr. E voornoemd. Klager is toen niet verschenen.

II. STANDPUNTEN VAN PARTIJEN

4. Voor de feiten en omstandigheden die aanleiding hebben gegeven tot de klacht en de overwegingen die het College in eerste aanleg aan zijn beslissing ten grondslag heeft gelegd, verwijst het Centraal College naar die beslissing.

III. BEOORDELING VAN HET HOGER BEROEP

In hoger beroep kan worden uitgegaan van de volgende feiten en omstandigheden.

5. De arts - arts voor natuurgeneeskunde met de specialisatie niet-toxische therapie - is verbonden aan het I te D (hierna te noemen: 'I').

6. Klager is HIV-geïnfecteerd. Daarvoor

staat hij - in elk geval vanaf 1993 - onder behandeling van een internist die hem toen AZT en DDI had voorgeschreven.

7. In 1993 heeft klager zich tevens onder behandeling van de arts gesteld voor het krijgen van ozontherapie. Tevoren had klager van derden vernomen dat die therapie een gunstige werking zou hebben op de (vermoedings)klachten die hij ondervond door zijn besmetting met HIV. Klager heeft sinds eind 1993 in het I enige malen ozonbehandelingen ondergaan. Na die behandelingen voelde hij zich beter.

8. Op enig moment heeft de arts aan klager een middel verstrekt dat was ontwikkeld door ene J. Laatstgenoemde is ingenieur die is gespecialiseerd in medische apparatuur. Hoewel een degelijke wetenschappelijke onderbouwing daarvoor ontbrak, heeft de arts klager verteld dat voornoemd middel seronegatieve werking zou hebben. De arts is onbekend met de specifieke samenstelling van het middel. De fles waarin het middel was verpakt, bevatte geen aanduiding; een bijsluiter was niet bijgevoegd. Op de nota die klager voor dat

middel ontving, staat vermeld: anti-HIV-serum.

9. Gedurende de tijd dat de arts klager heeft behandeld, heeft hij diens bloedwaarden niet gemeten. De arts is door klager geïnformeerd over de uitslagen van de controles door diens internist.

IV. STANDPUNTEN VAN PARTIJEN

10. Door klager is - zakelijk weergegeven - de volgende klacht jegens de arts geformuleerd:

a. de arts heeft adviezen gegeven die in strijd zijn met de stand van de medische wetenschap,

b. de arts heeft klager valse beloften gedaan,

c. de arts heeft niet de werking gecontroleerd van de middelen die hij klager heeft verstrekt, noch de medische conditie van klager geverifieerd door informatie op te vragen bij diens behandelend internist.

11. De arts heeft in hoger beroep zijn gemotiveerde verweer herhaald en aangevuld. Kort gezegd, betoogt hij dat de klacht enkel is ingesteld als reactie op de incassomaatregelen die hij op enig moment heeft getroffen wegens het uitblijven van betaling van zijn nota's door klager, voorts dat de ozontherapie het gewenste effect heeft gehad en hij klager op diens eigen verzoek het door J gemaakte middel als proef heeft meegegeven, daarbij geen garantie gevende voor de positieve werking daarvan en het evenmin aanprijzende als anti-HIV-serum. Voor het voeren van overleg met de behandelend internist van klager bestond geen aanleiding. De door het College in eerste aanleg geuite kritiek op zijn verslaglegging is niet gerechtvaardigd. De opgelegde maatregel acht de arts onterecht.

12. Klager heeft in hoger beroep zijn klacht in eerste aanleg herhaald en toegelicht.

V. BEOORDELING VAN HET HOGER BEROEP

De klachtonderdelen lenen zich voor gezamenlijke behandeling.

13. Buiten kijf is dat geen gedegen medisch wetenschappelijk onderzoek de positieve werking heeft bevestigd van het middel dat J had gemaakt en de arts klager heeft verstrekt. Verder staat vast dat het middel als zodanig toen niet was geregistreerd. Het onder die omstandigheden verstrekken van dat middel kan mitsdien geenszins geacht worden in overeenstemming te zijn met de (toenmalige) stand van de medische wetenschap.

14. Bovendien is aannemelijk dat de arts - in elk geval door het verstrekken van het

genoemde middel - bij klager valse hoop heeft gewekt over de werking daarvan op diens HIV-infectie. Daarbij komt dat aannemelijk is dat de arts ten minste de indruk bij klager heeft gewekt dat het middel een 'anti-HIV-serum' was. Dat laatste staat immers vermeld op diens nota, terwijl de fles waarin het middel was verpakt, geen vermelding, althans omschrijving van de inhoud droeg. Bovendien ontbrak een bijsluiter. Deze valse hoop en onjuiste indruk dienden te worden voorkomen.

15. Gelet op wat partij en over en weer hebben gesteld en verklaard en verder gezien de door de arts aangehouden status, is aannemelijk dat de arts zich gedurende zijn behandeling niet althans onvoldoende op de hoogte heeft gesteld van de medische situatie van klager en van de werking van de door hem verstrekte middelen. In dat verband merkt het Centraal College op met het College in eerste aanleg van oordeel te zijn dat overleg met de behandelend internist door de arts geïndiceerd was, ook omdat hem bekend was dat die arts aan klager geneesmiddelen had voorgeschreven. Van zijn nalaten, mede gelet op wat hiervoor onder 13 is overwogen, is de arts een ernstig tuchtrechtelijk verwijt te maken.

16. Voorts onderschrijft het Centraal College de kritiek van het College in eerste aanleg op de verslaglegging door de arts.

17. De conclusie luidt dat het Centraal College de beslissing in eerste aanleg zal bekrachtigen.

VI. BESLISSING

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

Rechtdoende in hoger beroep:

bekrachtigt de beslissing waarvan hoger beroep;

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

Aldus gegeven in Raadkamer door: mr. J.J.R. Bakker, voorzitter; J.S. Pöll, dr. J.B.L. Hoekstra, dr. W.F. Tordoir, K.W. Woltering, leden-geneeskundigen; mr. D.M. Looten, secretaris en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 13 april 2000, door mr. R.A. Torrenga, in tegenwoordigheid van de secretaris. <<



ARBEID EN PSYCHE

Voor de arts met al dan niet beroepsmatige interesse in arbeidsrelevante psychische aandoeningen biedt de onlangs gelanceerde website van het Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Psyche (NKAP) een overzicht van vakliteratuur, een discussieplatform en een verzameling nieuwsberichten over dit onderwerp.

Van de wetenschappelijke artikelen over arbeidsrelevante psychische aandoeningen staan korte samenvattingen op de website. Voor de volledige tekst zal de gang naar de bibliotheek vaak toch nodig zijn. De bij de samenvatting vermelde ISBN-nummers zijn daarom wel zo handig.

Wel volledig op de website staan de teksten van de nieuwsberichten. De teksten zijn integraal overgenomen. Dit heeft als voordeel boven het verwijzen naar andere internetpagina's dat je nooit naar een artikel klikt dat al niet meer op de betreffende website staat.

Via de website kunnen ook vragen worden gesteld over complexe, meervoudige psychische problematiek. Het NKAP belooft dat binnen vijf werkdagen een antwoord volgt. Kosten zijn aan het gebruik van de helpdesk niet verbonden. Wel registreert het NKAP zowel vraag als antwoord om hier onderzoek mee te kunnen verrichten.

Nog meer interactiviteit moet komen van het discussieplatform op de website, dat eind deze maand van start gaat. De discussies zullen onder andere worden gebruikt om lacunes in de bestaande kennis op te sporen.

Zoals op bijna elke website zijn er op www.nkap.nl tal van links naar andere websites. Al met al is het een keurig opgezette, informatieve site. Een minpuntje: de website is monochroom. Hoewel de inhoud natuurlijk het belangrijkste is, zou het gebruik van meer kleuren de site een stuk aantrekkelijker maken. << EJP

[Http://www.nkap.nl/](http://www.nkap.nl/)

AGENDA

www.medischcontact.nl

DECEMBER

- 6-7 Capelle a/d IJssel, NascholingsCentrum Huisartsen. Tweedaagse cursus **'Laboratorium; wanneer is diagnostiek zinvol?'**, georganiseerd door CAR-Nascholing. Inlichtingen: NascholingsCentrum Huisartsen, tel. 010 220 0235, e-mail: car@knmg.nl
- 7-9 Zeist, KNVB-sportcentrum. Cursus **'Sportfysiotherapie'**, georganiseerd door de Stichting opleidingen in de sportgeneeskunde (SOS), Doelgroep: sportartsen (in opleiding), huis-, bedrijfs- en verzekeringsartsen. Inlichtingen: J.J. Brandt Corstius, coördinator SOS, tel. 030 225 2290, e-mail: bsn@xs4all.nl
- 8 Den Haag, Nederlands Congres Centrum. NHG-congres 2000 **'Met spoed en goed! Spoedeisende geneeskunde in de huisartspraktijk'**. Inlichtingen: NHG-congresssecretariaat, tel. 030 288 1700.
- 8 Amsterdam, Academisch Medisch Centrum. **'Infectieziekten symposium'**, georganiseerd door de Vereniging voor Infectieziekten (VIZ) en de afdelingen Infectieziekten, Tropische Geneeskunde en aids van het AMC. Doelgroep: belangstellende in infectieziekten, medisch microbiologen, internisten, kinderartsen en assistenten in opleiding voor deze specialismen. Inlichtingen: Nicolaes Tulp Instituut, tel. 020 566 8585, e-mail: tulpinst@amc.uva.nl
- 11 Groningen, Academisch Ziekenhuis. Multidisciplinaire regioavond **'Acuut respiratoir insufficiënt: intuberen en dan? Interactieve IC casusbespreking'**, georganiseerd door het K.F. Wenckebach Instituut. Doelgroep: intensivisten, longartsen, internisten, anesthesiologen, chirurgen en assistenten in opleiding vanuit genoemde vakgebieden. Inlichtingen: D.J. Nieborg, K.F. Wenckebach Instituut Groningen, tel. 050 361 8022, e-mail: info@wenckebach.nl
- 11-12 Capelle a/d IJssel, NascholingsCentrum Huis-

artsen. Tweedaagse cursus **'Allergologie'**, georganiseerd door CAR-Nascholing. Inlichtingen: CAR-Nascholing, tel. 010 220 0235, e-mail: car@knmg.nl

- 12 Amsterdam, Koninklijk Instituut voor de Tropen. Themamiddag **'Letselschade en smartengeld'**, zie *Uitgelicht*.
- 13 Capelle a/d IJssel, NascholingsCentrum Huisartsen. Cursus **'Palliatie'**, georganiseerd door CAR-Nascholing. Inlichtingen: CAR-Nascholing, tel. 010 220 0235, e-mail: car@knmg.nl
- 13 Groningen, Academisch Ziekenhuis. Multidisciplinaire regioavond **'(A)specifieke polsproblemen'**, georganiseerd door het K.F. Wenckebach Instituut. Doelgroep: revalidatieartsen, plastisch chirurgen, orthopeden, radiologen, traumatologen en assistenten in opleiding vanuit genoemde vakgebieden, fysiotherapeuten en ergotherapeuten geïnteresseerd in polsproblematiek. Inlichtingen: H.F.E.M. Gubbels, K.F. Wenckebach Instituut Groningen, tel. 050 361 1396, e-mail: info@wenckebach.nl
- 14 Goes, Yamanouchi Gebouw. Cursus **'Urologie: de ouder wordende man'**, georganiseerd door De Bode Nascholing. Doelgroep: huisartsen, verpleeghuisartsen en apothekers. Inlichtingen: De Bode Nascholing, R. de Boo, tel. 0341 434 658, e-mail: mcdeboo@debode.nl
- 14 Utrecht, UMC. **'Voorkomen, belangrijker dan ... Cursus Preventieve geneeskunde voor de huisarts'**, georganiseerd door PAO-H. Inlichtingen: Secretariaat PAO-H, tel. 033 422 9998.
- 14 Groningen, Thoraxcentrum Academisch Ziekenhuis. Symposium **'Pijn op de borst; en dan?'**, georganiseerd door K.F. Wenckebach Instituut. Doelgroep: huisartsen, cardiologen, klinisch chemici, assistenten in opleiding vanuit genoemde disciplines, verpleegkundigen. Inlichtingen: mw. D.J. Nieborg, K.F. Wenckebach Instituut Groningen, tel. 050 361 8022, e-mail: info@wenckebach.nl
- 14-15 Leiden, Leids Universitair Medisch Centrum.

Workshops

Cure & Care Development (CCD), adviseurs voor kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg, wil de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van behandelingsstrategieën binnen de (geestelijke) gezondheidszorg onder de aandacht van de beroepsbeoefenaren brengen. Om dit doel te bereiken organiseert CCD symposia, workshops en opleidingen. Voor 2001 staan de volgende workshops (van 9.30-17.00 uur) op het programma:

- Paniekstoornis (27 november of 8 februari)
- Cognitieve gedragstherapie bij somatisatie en de angst voor ernstige ziekten (29 november of 28 februari)
- Onderzoek psychische stoornissen (5 december of 6 maart)
- Oplossingsgerichte korte psychotherapie (7 december of 7 februari)
- Gecompliceerde rouw en verliesverwerking: 1: diagnostiek en behandeling (14 december); 2: Cognitieve therapie/RET bij de behandeling van gecompliceerde rouw (24 januari)
- Suïcidaleit. 1: Behandelingsstrategieën bij suïcidaleit (18 januari); Crisisinterventie bij borderline (suïcidale) patiënten (14 maart)
- Forensische diagnostiek en risicotaxatie (8 en 22 februari)
- Protocolaire behandeling van patiënten met een posttraumatische stress-stoornis (13 februari)
- Behandeling en diagnostiek bij burn out. 1: Diagnostiek en psy-

- chopathologie (15 februari); 2: Protocolaire behandeling (27 februari); 3: Directieve interventies (1 maart); 4: Omgaan met moeilijke mensen (19 maart)
- Schizofrenie. Zorg op maat; diagnostiek en behandelingscoördinatie (20 februari); Psycho-educatieve psychotherapie (13 maart); Cognitieve therapie bij schizofrenie (27 maart)
- Partner-/relatietherapie (22 februari)
- Kortdurende interventies in de ambulante geestelijke gezondheidszorg (26 februari)
- Borderline persoonlijkheidsstoornis. Dialectische gedragstherapie (8 maart)
- Diagnostiek en behandeling van kinderen en pubers met ADHD (12 maart)
- Bulimia nervosa (21 maart)
- Inleiding in de cognitieve therapie (21 maart)

Locatie : Altrecht (voorheen H.C. Rümke Groep) te Zeist of Den Dolder

Doelgroep : psychiaters, psychologen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en overige professionals in de geestelijke gezondheidszorg

Inlichtingen : Cure & Care Development, tel. 030 691 2650, e-mail: curecare@curecare.nl

UITGELICHT

De Nederlandse Vereniging voor Medische Administratie (NVMA) organiseert op 12 december een themamiddag 'Letselschade en smartengeld. Zorg door zorg?'

Na een algemeen inleidend verhaal over letselschade en smartengeld worden de volgende onderwerpen aan de orde gesteld door een patiënt, een advocaat, een klachtenfunctionaris, een behandelaar en een verzekeraar: Hoe dien ik een klacht in, waar kan ik terecht in het ziekenhuis? Welke informatie is beschikbaar voor wie, wie beheert deze informatie? Hoe gaat men met privacy om en wat zijn de bewaartermijnen? Wat is de rol van de advocaat en van de klachtenfunctionaris, hoe wordt de klacht behandeld? Hoor en wederhoor. De rol van de verzekeraar. Hoe wordt de hoogte van het smartengeld vastgesteld, wie beslist hierin? Praktijkvoorbeelden.

De NVMA heeft voor deze middag naast experts op het gebied van letselschade en smartengeld ook sprekers uitgenodigd die in de dagelijkse praktijk te maken hebben (gehad) met de consequenties van medische fouten. Tevens wordt aangegeven wat hiervan de gevolgen zijn voor de patiënt, de behandelaar, het ziekenhuis en de verzekeraar.

doelgroep : artsen, hoofden van poliklinieken, kwaliteits- en klachtenfunctionarissen, beleidsmedewerkers en een ieder die geïnteresseerd is in dit onderwerp

locatie : Koninklijk Instituut voor de Tropen te Amsterdam

tijd : 12.30-16.15 uur

kosten : f 125,- NVMA-leden, niet-leden betalen f 225,-

inlichtingen : NVMA, M.J.G.M. Dekker, fax 0252 531 995, e-mail: nvma@wx.nl

Cursus **'Vorderingen in de praktijk'**, georganiseerd door de Boerhaave Commissie. Doelgroep: huisartsen en zij die hiervoor in opleiding zijn. Inlichtingen: Bureau Boerhaave Commissie, mw. D. Hage, tel. 071 527 5293, e-mail: D.Hage@lumc.nl

15-16 Groningen, Academisch Ziekenhuis. Cursus **'Upper extremity'**, georganiseerd door K.F. Wenckebach Instituut. Doelgroep: plastisch chirurgen (i.o.). Inlichtingen: Ch.L. Brugman, K.F. Wenckebach Instituut Groningen, tel. 050 361 2745, e-mail: info@wenckebach.nl

18 Groningen, Beatrix Kinderkliniek Academisch Ziekenhuis. Multidisciplinaire thema-avond **'Kindermishandeling en dan?'**, georganiseerd door het K.F. Wenckebach Instituut. Doelgroep: Kinderartsen, kinderverpleegkundigen, maatschappelijk werkers, assistenten in opleiding vanuit genoemde vakgebieden en andere geïnteresseerde hulpverleners vanuit de noordelijke regio. Inlichtingen: Ch.L. Brugman, K.F. Wenckebach Instituut Groningen, tel. 050 361 2745, e-mail: info@wenckebach.nl

18-19 Capelle a/d IJssel, NascholingsCentrum Huisartsen. Blok cursus **'Interne'**, georganiseerd door CAR-Nascholing. Inlichtingen: CAR-Nascholing, tel. 010 220 0235, e-mail: car@knmg.nl

20 Capelle a/d IJssel, NascholingsCentrum Huisartsen. Cursus **'Ondersteuning gedragsverandering'**, georganiseerd door CAR-Nascholing. Inlichtingen: NascholingsCentrum Huisartsen, tel. 010 220 0235, e-mail: car@knmg.nl

Goodwillperikelen

A.M. Vosmer, voorzitter Kamer Vrij Beroep
Orde van Medisch Specialisten

FEDERATIE KNMG

Koninklijke Nederlandse
Maatschappij tot
bevordering der Genees-
kunst

R.G.P. Hagenouw,
voorzitter
mr. W.P. Rijksen,
algemeen directeur
tel. 030 28 23 911

FEDERATIEPARTNERS

LHV

Landelijke Huisartsen
Vereniging
mw. T.M. Slagter-
Roukema, voorzitter
mw. H.E. van Baasbank,
wnd. algemeen
directeur
tel. 030 282 3723

Orde

Orde van Medisch
Specialisten
F.B.M. Sanders,
voorzitter
dr. R.J.M. Dillmann,
arts, directeur
tel. 030 282 3301

LAD

Landelijke vereniging
van Artsen in Dienst-
verband
dr. G.M.H. Tanke,
voorzitter
mr. A.W.J.M. van
Bolderen, directeur
tel. 030 282 3360

IVSG

Landelijke Vereniging
van Sociaal-Genes-
kundigen
prof. dr. H. Rengelink,
voorzitter
drs. B.H.J.M. Reerink,
directeur
tel. 030 282 3208



Voor de Algemene
Ledenvergadering
van de Orde van 2
november 2000
stond een voorstel
van het bestuur op
de agenda om het
betalen van goodwill

bij de overdracht van de specialistenprak-
tijk te beëindigen.

Uitgangspunt van dit voorstel
waren bijdragen van de overheid
en van de zittende en instro-
mende medisch specialisten. Op basis
hiervan zou met geleend geld een fonds
kunnen worden gevormd dat in aandelen
zou gaan beleggen. Naar verwachting zou
door dit goodwillfonds een zodanig gun-
stig rendement kunnen worden gehaald
dat het fonds aan zijn doelstelling, name-
lijk uitbetaling van de goodwill en terug-
betaling van de lening, in 12 jaar zou kun-
nen voldoen.

De opvatting dat een dergelijke
constructie haalbaar zou zijn,
was gebaseerd op inlichtingen die
bij deskundigen, financiers en beleggers,
waren ingewonnen. Overleg met de Stichting
Pensioenfonds Medisch Specialisten
over de uitvoering van de regeling leidde
vervolgens tot een verzoek aan de firma
Ortec om de risico's die
aan deze kleefden te
analyseren. Uit de ana-
lyse van Ortec bleek dat
de kans dat het voor-
gestelde fonds op de
einddatum niet aan
zijn verplichtingen zou
kunnen voldoen, on-
aanvaardbaar groot
was. Behaalde rendementen in het ver-
leden, zo leren vele reclamespotjes die
beleggingsvormen aanprijzen, geven geen
garantie voor de toekomst. En ook in deze

constructie bestaan zulke garanties niet,
moesten wij met enige schaamte erkennen.
Uiteraard was dit aanleiding om het voor-
stel in deze vorm terug te trekken.

Het bestuur betreurt deze gang van
zaken, doch zal zich - rekening
houdend met het voorgaande -
maximaal inspinnen om op zo kort moge-
lijke termijn en mede in overleg met het
ministerie van Volksgezondheid, Welzijn
en Sport een nieuw voorstel te ontwikke-
len. In dit nieuwe voorstel zullen de risico's
tot aanvaardbare proporties worden
teruggebracht.

In de komende tijd zullen uitvoerige
discussies moeten worden gevoerd over
de regeling zelf. Het bestuur van de
Orde staat daarbij open voor suggesties
van leden, die kunnen leiden tot een betere
versie van de regeling. Deze suggesties die-
nen uiteraard wel binnen de kaders van de
financieringsmogelijkheden te passen. Er
is het bestuur veel aan gelegen om een zo
groot mogelijke betrokkenheid van de
leden en daarmee zoveel mogelijk draag-
vlak onder de leden te verkrijgen.

Hoewel het zeer wenselijk is om op
korte termijn zekerheid te ver-
krijgen over de toekomst van de
goodwillbetaling mag deze wens niet lei-
den tot concessies aan
de zorgvuldigheid van
het besluitvormings-
proces. Ik nodig alle
leden van de Orde dan
ook dringend uit om
deel te nemen aan de
discussie in de Alge-
mene Ledenvergade-
ring en aan de bijeen-
komsten die begin volgend jaar op locatie
zullen worden gehouden en waarop over
de goodwillregeling zal worden gediscus-
sieerd.

Goodwill ...
geen garantie
voor de toekomst

Adres
Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
Postadres
Postbus 20051, 3502 LB Utrecht
Postbanknummer
58083
Bankrekeningnummer ABN-AMRO
45 64 48 969
Telefax
030 282 3326

Algemene vragen?

030 282 3911

Vragen over:

- de regionale structuur, 030 282 3239
- medisch-ethische en juridische onderwerpen, 030 282 3322/3382
- studentenzaken, 030 282 3807
- KNMG-uitgaven, 030 282 3333

Andere vragen?

Dienst Communicatie, 030 282 3201

KNMG-website: www.artsen.net.nl

KNMG OPLEIDING EN REGISTRATIE
mw. H. Brouwer, hoofd secretariaat
tel. 030 282 3272

- **CHVG, CCMS, CSG**
College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde
Centraal College Medische Specialismen
College voor Sociale Geneeskunde
mr. J.C. de Hoog, secretaris
tel. 030 282 3281
- **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
tel. 030 282 3358
- **MSRC**
Medisch Specialisten Registratie Commissie
prof. dr. Bredée, secretaris a.i.
W.T.J.M. Koster, bureauhoofd
tel. 030 282 3244
- **SGRC**
Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie
mw. mr. P.A. Hadders, secretaris
mw. D. Hennevelt-Wolters, secretaresse
tel. 030 282 3277
- **ACO**
Adviescommissie bij bezwaarschriften
mw. mr. V.J. Schelfhout-van Deventer, secretaris
tel. 030 282 3292

Bibliotheek

prof. dr. M.J. van Lieburg, bibliothecaris
Hoofdstraat 24
9915 PD 't Zandt, fax 0596 581 052

Serviceverlening Werkgelegenheid Geneeskundigen

SWG Uitzendbureau, tel. 030 282 3371
SWG Werving en Selectie, tel. 030 282 3760
Voor een selectie van vacatures en werkzoekende artsen (met opgave-mogelijkheid): www.artsennet.nl/swg

229STE ALGEMENE VERGADERING IN TEKEN VAN UITBREIDING FEDERATIE

Uitbreiding van de federatie en een steviger financieel fundament staan centraal in de decemberbijeenkomst van de Algemene Vergadering (AV) van de KNMG op 19 december. De Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) heeft op 4 oktober 2000 de wens uitgesproken zich - 2.200 personen sterk - per 1 januari 2001 rechtstreeks bij de KNMG aan te sluiten.

Nu de LVSG met ingang van de komende jaarwisseling ophoudt te bestaan, zijn sociaal-geneeskundigen niet langer rechtstreeks vertegenwoordigd in de KNMG. 'Wel zijn individuele leden op persoonlijke titel lid van de LAD. Een volledige vertegenwoordiging via de LAD is voor de NVAB geen optie,' schrijft het NVAB-bestuur in zijn toetredingsverzoek, 'gezien de beperkingen die wij daarin zien ten aanzien van met name de inhoudelijke aspecten van de beroepsuitoefening.' Aansluiting via LHV of Orde van Medisch Specialisten ligt volgens de NVAB evenmin voor de hand. 'Als arbeids- en bedrijfsgeneeskundig adviseur van werkgever en werknemer onderscheidt de bedrijfsarts zich zozeer van de curatief werkende collega's dat dit een geheel eigen specifieke functie binnen de volksgezondheid en binnen de federatie KNMG rechtvaardigt,' aldus de bedrijfsartsen.

Het toetredingsverzoek van de NVAB wordt door het federatiebestuur ondersteund. KNMG-voorzitter Ruud Hagenouw liet dit

jaar al bij verschillende gelegenheden weten een warm voorstander te zijn van een brede en slagvaardige federatie die - naast de bedrijfsartsen - binnen afzienbare tijd ook andere sociaal-geneeskundigen en de verpleeghuisartsen zou kunnen omvatten.

Behalve met verbreding en vernieuwing van de federatie houdt de AV zich ook bezig met de vaststelling van de Begroting 2001. Deze begroting draagt nog de sporen van de financiële problematiek in 1999. Niet voor niets heeft de AV in mei 2000 ingestemd met een opdracht die moest leiden tot 'een analyse van de feiten en processen die geleid hebben tot een overschrijding van de begroting 1999' en het doen van aanbevelingen om herhaling in de toekomst te voorkomen. Het Federatiebestuur heeft inmiddels de hoogleraren W.J. de Gooijer (bedrijfskunde) en J.H. Blokdijk (accountancy) bereid gevonden een dergelijk onderzoek in te stellen. Zij zullen de AV mondeling en schriftelijk van hun bevindingen op de hoogte stellen.

Convocatie voor de 229ste Algemene Vergadering van de Federatie Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst in Domus Medica, Lomanlaan 103 te Utrecht op dinsdag 19 december 2000, 17.30 uur.

AGENDAPUNTEN

- 
1. Opening
 2. Inleiding voorzitter
 3. Vaststelling van de notulen van de Algemene Vergadering van 30 mei 2000
 4. Mededelingen van het Federatiebestuur
 5. Jaarrekening KNMG 1999
- Toelichtende notitie Jaarrekening 1999
 6. Rapportage Commissie De Gooijer en Blokdijk
 7. Begroting 2001
- Advies Commissie van de Geldmiddelen
- Besluit Federatiebestuur d.d. 14 november 2000
 8. Vaststelling toelatingscriteria
 9. Toetredingsverzoek NVAB
 10. Voorstel wijzigingen interne tuchtrechtspraak
 11. Voorstel wijziging Statuten/Algemeen Reglement KNMG
 12. Stichting Ondersteuningsfonds
- Jaarverslag 1999
- Jaarrekening 1999
- Advies Commissie van de Geldmiddelen
 13. Benoeming leden Federatiebestuur
 14. Rondvraag
 15. Sluiting

WERKGROEP KNMG EN AAG OVER ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN

Het gebied van de alternatieve behandelwijzen is binnen de KNMG-gelederen een weerbarstig onderwerp, waarbij discussies al gauw ontaarden in polariserende stellingen. Dit schept onhelderheid in de contacten, die de KNMG onderhoudt met de Artsenfederatie Alternatieve/ Additieve Geneeswijzen (AAG). Deze onhelderheid is de aanleiding geweest voor het Federatiebestuur om een werkgroep in te stellen, bestaande uit drie leden namens de KNMG, drie leden namens de AAG en een onafhankelijk voorzitter.

De opdracht van de werkgroep luidde: het onderzoeken van de haalbaarheid om over specifiek te benoemen onderwerpen wel of geen overeenstemming te bereiken. De werkgroep, onder voorzitterschap van prof. dr. J.A. Knottnerus, is drie keer bij elkaar geweest en heeft een aantal onderwerpen onder de loep genomen en bekeken bij welk onderwerp de KNMG een actieve rol zou kunnen spelen in de contacten met de AAG. Het federatiebestuur heeft besloten dat de volgende onderwerpen zich lenen voor verdere bespreking met de AAG:

- Uitwisseling van ervaringen opgedaan met complicatieregistratie en visitaties.
- Uitwisseling van ervaringen opgedaan met de klachtenregeling.

- Nadere uitwerking van mogelijkheden van uitwisseling van medisch relevante gegevens.

Onderwerpen waar de KNMG geen actieve rol zal spelen zijn onder andere de wetenschappelijke onderbouwing. Dat wil echter niet zeggen dat dit onderwerp niet van belang is. De werkgroep heeft lang gesproken over de noodzaak van een wetenschappelijke onderbouwing. In het kader van acceptatie van elke nieuw voorgestelde behandelwijze en de evaluatie van bestaande behandelwijzen speelt de wetenschappelijke onderbouwing een essentiële rol. Wat betreft de door de AAG voorgestane behandelwijzen is het de verantwoordelijkheid van de AAG zelf om hieraan invulling te geven.

Ten slotte ziet de KNMG geen rol voor haar weggelegd bij de uitwerking van het onderwerp 'uitoefening alternatieve behandelwijzen van niet-artsen'. De KNMG is een organisatie voor artsen en beschouwt bemoeienis met behandelwijzen door niet-artsen niet tot haar terrein.

Voor meer informatie of het opvragen van het rapport van de werkgroep kunt u contact opnemen met mw. Els M. de Bruijn, arts, beleidsmedewerker federatie KNMG, tel. 030 282 3341, e-mail: e.de.bruijn@fed.knmg.nl



IN- EN UITSCHRIJVINGEN HVRC

De Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie van de KNMG heeft de volgende artsen ingeschreven in het register van erkende huisartsen:

Avendonk, M.J.P. van, per 15-10-2000
Birker, L.W.J., per 10-10-2000
Boerma, H., per 01-10-2000
Cavelaars-Bossink, M.W.N., per 16-09-2000
Halteren, M.M. van, per 01-09-2000
Husen-Mol, E.E., per 08-10-2000
Ingwersen, R., per 12-10-2000
Janssen, S.A., per 01-06-2000
Mulder, E., per 01-09-2000
Peucker, H.C., per 07-10-2000
Pijbes, F.E., per 01-09-2000
Rotteveel, H.F., per 01-10-2000
Shapiro, N., per 01-10-2000
Smits, A.A.L., per 01-10-2000
Son, M.J. van, per 05-10-2000
Soudant-van Hout, S.M., per 10-10-2000
Steins, S.L., per 17-10-2000
Tibosch, C.P.J.G.M., per 16-09-2000

Vanwersch, K.G., per 15-10-2000
Vrakking, A.W.G.M., per 01-09-2000
Weisscher, P.J., per 01-10-2000
Zwartsenburg, J., per 07-10-2000
Zweers, I.M., per 01-09-2000

De Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie van de KNMG heeft de volgende artsen ingeschreven in het register van erkende verpleeghuisartsen:

Bruggen, A.C. van, per 01-09-2000
Hoogenboezem, I., per 01-09-2000
Koomen, I.P.A., per 01-09-2000
Ligthart-Sarvasova, D. per 01-09-2000
Mens, J.Th. van, per 01-09-2000
Oudewortel, L., per 01-09-2000
Sepers, R.H.J.M., per 01-09-2000
Souw, J.S.H., per 01-09-2000
Uijtewaai, J.S.M., per 01-09-2000
Versluis-van Winkel, S.Y., per 01-09-2000

De Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie van de KNMG deelt mee

dat op grond van de Regeling Opleiding en Registratie van de KNMG van onderstaande artsen de inschrijvingen in het register van erkende huisartsen per genoemde datum beëindigd zijn:

Abeelen, M.C.A.P.J. van, Haaren, per 01-10-2000
Beckers, P.L., Selfkant-Saeffelen (Duitsland), per 01-10-2000
Brugman, N.J., Amsterdam, per 01-10-2000
Bruyn, P. de, IJmuiden, per 01-10-2000
Buik-Meijer, mw. M.M., Zoeterwoude, per 01-10-2000
Ekering, J.H., Culemborg, per 02-10-2000
Linthorst, mw. A.M., 's-Gravenhage, per 01-10-2000
Maat, J.P., Doorwerth, per 01-10-2000
Rooij, H.G.P.M. van, Heusden, per 01-10-2000
Verhagen, D.A., 's-Gravenhage, per 01-10-2000

JAARVERSLAG 1999

COLLEGE VOOR SOCIALE GENEESKUNDE

ALGEMEEN

In de decembervergadering in het verslagjaar werd afscheid genomen van prof. drs. E.W. Roscam Abbing die, sinds 1993 als voorzitter, een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan de beleidsontwikkeling van het College. Hij heeft in een moeilijke periode sturing aan de activiteiten gegeven en het hoofdstromenbeleid en de daarmee verband houdende discussie over de titelaanduiding tot een zinvolle afronding weten te brengen. In zijn slotwoord benadrukte de scheidend voorzitter dat de overeenkomsten tussen de sociaal-geneeskundige disciplines groter zijn dan de verschillen. Roscam Abbing werd opgevolgd door prof. dr. J.H.B.M. Willems. Tot vice-voorzitter werd gekozen prof. dr. G. van der Wal. Een memorabel feit in het afgelopen jaar was dat de jarenlange discussie over de titelaanduiding kon worden afgesloten met een tot tevredenheid stellend compromis, dat werd neergelegd in een Collegebesluit. Nadere informatie hierover geeft het betreffende hoofdstuk in dit verslag.

OVER DE BESLUITEN

Besluiten inzake opleiding maatschappij en gezondheid: Besluit CSG no. 1 - 1999, opleidings- en Besluit CSG no. 2 - 1999, (algemene) erkenningseisen

In de juni-vergadering van het verslagjaar konden de opleidings- en erkenningseisen ten behoeve van de opleiding maatschappij en gezondheid worden vastgesteld. Met de betreffende Besluiten is een integrale opleiding voor de hoofdstroom maatschappij en gezondheid, vormgegeven volgens het zogeheten assistentenmodel, waarbij de opleiding voorafgaand aan het functioneren in de praktijk wordt gevolgd, gerealiseerd. De Besluiten werden, voorzien van een overzicht van de financiële consequenties, in de reguliere goedkeuringsprocedure gebracht. De begroting voor de opleiding werd opgesteld onder auspiciën van de NSPH en met betrokkenheid van GGD-Nederland en de LAD. Ter begeleiding en afstemming van een en ander werd op 16 september van het verslagjaar een rondetafelconferentie gehouden, waaraan alle bij de opleiding betrokken partijen deelnamen. Het College verwacht dat de nieuwe opleiding zal voorzien in de groeiende maatschappelijke behoefte aan sociaal-geneeskundigen die in staat zijn bij te dragen aan de oplossing van complexe vraagstukken op het terrein van de *public health*.

Besluit titelaanduiding, CSG no. 3 - 1999

Ook in het verslagjaar 1999 werd intensief gesproken over de wijze waarop de wettelijke bescherming van specialistentitels in de sociale geneeskunde moet worden vormgegeven. Kernpunt van de voortgaande discussie was het zoeken naar een compromis tussen het beleidsmatige uitgangspunt van de

indeling van de sociale geneeskunde in twee hoofdstromen en de opvatting dat een titel een concrete beroepsaanduiding behoort weer te geven. De discussie werd aan het begin van het verslagjaar vervolgd met het bespreken van een modificatie op de eerder vastgelegde keuze voor een 'drieslag'-model, waarbij de gemeenschappelijke sociaal-geneeskundige stam wordt aangeduid als ook de hoofdstroom en de beroepsdifferentiatie. In overleg met de betreffende sociaal-geneeskundige wetenschappelijke verenigingen werd vervolgens een vereenvoudigd model vastgesteld, inhoudend een registratie op het niveau voor de hoofdstroom met daarnaast een toevoeging die rechtstreeks verband houdt met het gevolgde opleidingstraject. De realisering van dit compromis in de vorm van een concrete tekst voor een concept-Besluit had nogal wat voeten in de aarde: Om enige zekerheid te verkrijgen over de haalbaarheid van het compromis was veelvuldig en indringend overleg met en tussen de betrokken ministeries (van VWS en SZoWe) nodig, hetgeen de snelheid van de besluitvorming niet ten goede kwam. In de november-vergadering kon tenslotte de tekst voor een Besluit worden vastgesteld waarin drie sociaal geneeskundige specialismen werden vastgelegd: maatschappij en gezondheid, arbeid en gezondheid - bedrijfs-geneeskunde en arbeid en gezondheid - verzekeringsgeneeskunde.

Herziening Besluit CSG no. 2 - 1984 inzake opleiding in de sociale geneeskunde door middel van een medewerkerschap aan een universiteit

In de novembervergadering werd een eerste bespreking gewijd aan de aanpassing van bovengenoemd Besluit, noodzakelijk in het kader van de herziening van de regelgeving als gevolg van de inwerkingtreding van de Regeling inzake de opleiding en registratie van specialisten. Daarbij stelde het College vast, dat het assistentschap bij de hoogleraar een inhoudelijk goede zaak is en dat van de gelegenheid gebruik moet worden gemaakt de bestaande regeling nog eens kritisch te bezien.

ANDERE ONDERWERPEN

Aanwijzing representatieve sociaal geneeskundige wetenschappelijke verenigingen

In het vorige verslagjaar werden de criteria vastgesteld op grond waarvan een vereniging van sociaal-geneeskundigen door het CSG wordt erkend in het kader van de doelstellingen en de taken van het College. Aan de hand van deze criteria werden in het verslagjaar zes verenigingen als zodanig aangewezen, te weten de Vereniging van Adviserend Geneeskundigen bij Ziekenfondsen (VAGZ), de Vereniging van Indicerende en Adviserende Artsen (VIA), de Vereniging van Geneeskundig Adviseurs bij Verzekeringmaatschappijen (GAV), de Vereniging van Artsen werkzaam in de Tuberculosebestrijding (VvAwT), het Forensisch Medisch Genootschap (FMG) en

de Nederlandse Vereniging voor Medische Milieukunde (NVMM).

Beleidsplannen Colleges

Met het inwerking treden van de Regeling inzake de opleiding en registratie van specialisten per 1 oktober 1998 zijn de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de Colleges uitgebreid en is de inhoudelijke positie van deze organen verstevigd. Met het oog hierop is voor de jaren 2000 tot en met 2003 een beleidsplan uitgezet waarin activiteiten worden onderscheiden die voor ieder van de drie Colleges aan de orde zijn en onderwerpen die een specifieke uitwerking vergen. Ontwikkelingen die zich bij alle Colleges zullen voordoen:

- Herstructurering van de specialistische vervolgoopleidingen.
- Herregistratie. Mede in het licht van de herziening van de bestaande Besluiten (voor 1 oktober 2000) zullen de vigerende herregistratiebesluiten moeten worden hernieuwd en, met het oog op de inzichtelijkheid en de rechtsgelijkheid, zoveel mogelijk op dezelfde leest worden geschoeid.
- Herziening regelgeving. In de Regeling inzake de opleiding en registratie van specialisten is bepaald, dat alle Collegebesluiten die voor 1 oktober 1998 van kracht waren, vóór 1 oktober 2000 moeten zijn herzien en dat de inhoudelijke uitvoeringsregelingen van de registratiecommissies op dat moment moeten zijn opgenomen in Collegebesluiten.

Afkortingenlijst

BOA	Branche Organisatie Arbodiensten
CSG	College voor Sociale Geneeskunde
FB	Federatiebestuur KNMG
FMG	Forensisch Medisch Genootschap
GAV	Vereniging van Geneeskundig Adviseurs bij Verzekeringmaatschappijen
GGD	Gemeentelijke danwel Gewestelijke Gezondheidsdienst
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LCOKZ	Landelijk Centrum Ouder- en KindZorg
LVGGD	Landelijke Vereniging voor GGD'en
LAD	Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband
LOSGIO	Landelijke Organisatie van Sociaal-Geneeskundigen In Opleiding
LVSG	Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen
NSPH	Netherlands School of Public Health
NVMM	Nederlandse Vereniging voor Medische Milieukunde
SGRC	Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie
SoZaWe	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
VAGZ	Vereniging van Adviserend Geneeskundigen bij Ziekenfondsen
VIA	Vereniging van Indicerende en Adviserende Artsen
VvAwT	Vereniging van Artsen werkzaam in de Tuberculosebestrijding
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

• Voorzittersoverleg. De Regeling opleiding en registratie voorziet in een overleg van de voorzitters van de Colleges (en van de registratiecommissies) waarin onder meer wordt gesproken over eventuele aanpassingen van de Regeling en over aangelegenheden die de samenhang tussen de activiteiten van de Colleges kunnen bevorderen. In dit overleg worden ook verzoeken behandeld tot het instellen van nieuwe specialismen. Een van de voorzitters van de Colleges woont de vergaderingen van het FB van de KNMG als adviseur bij.

Voor wat betreft het CSG zullen daarnaast in de komende jaren naar verwachting de volgende onderwerpen aan de orde zijn:

• Evaluatie hoofdstromenbeleid
Met het CSG-Besluit no. 1 - 1994 werd de sociale geneeskunde ingedeeld in de hoofdstromen toen nog genoemd Occupational Medicine en Community Medicine. Deze benamingen werden vervolgens gewijzigd in 'Arbeid en Gezondheid' en 'Maatschappij en Gezondheid'. Redenen voor deze herindeling, waarbij van een indeling in zogeheten takken werd afgestapt, waren de maatschappelijke ontwikkelingen, het vinden van een betere aansluiting bij de Europese regelgeving en de

behoefte aan flexibiliteit naast differentiatie. Op 12 februari 1996 werd het eerste hoofdstroom-brede Besluit vastgesteld, de opleidingseisen bevattend voor arbeid en gezondheid (Besluit CSG no. 1 - 1996). Dit Besluit werd gezien als een interim-regeling, omdat gestreefd wordt naar een opleidingsmodel, leidend tot registratie in het register van erkende sociaal-geneeskundigen. Met het oog hierop zal de regeling worden geëvalueerd. Begin 2000 zal worden gezien of het moment voor een zinvolle evaluatie is aangebroken.

• Opleiding arbeid en gezondheid
Voor de opleiding in de hoofdstroom maatschappij en gezondheid is inmiddels een Besluit vastgesteld dat voorziet in een opleiding volgens een model, waarbij de sociaal-geneeskundige in opleiding cursorisch onderwijs volgt bij een opleidingsinstituut en voor de praktijkopleiding gedurende de opleiding in dienst is van een erkende opleidingsinstelling. De theoretische scholing en de praktijkopleiding zijn aan elkaar gelijkwaardig voor wat betreft het opleidingskarakter. In de komende jaren zal worden gezien, of een dergelijk 'assistenten-model' ook voor de opleiding arbeid en gezondheid een goede optie is.

• Herregistratie
Augustus 1998 is een herregistratiebesluit voor de sociale geneeskunde van kracht geworden. In dit Besluit is onder meer vastgelegd, dat de Sociaal-Geneeskundigen Registratiecommissie tot taak heeft het aanbod van bij- en nascholing te accrediteren. Dit brengt in beginsel een individuele beoordeling van ieder afzonderlijk bij- en nascholingsinitiatief (cursus, congres, etc.) met zich mee. Naar het zich laat aanzien zal voor de drie registratiecommissies in de toekomst voor een opzet worden gekozen, waarbij de registratiecommissies aanbieders van bij- en nascholing voor een bepaalde periode certificeren. Daarbij wordt er van uitgegaan dat het aanbod van deze aanbieders, die voldoen aan criteria die zijn neergelegd in een Collegebesluit, zonder nadere toetsing door de Registratiecommissie kan dienen als basis voor de herregistratie van de individuele specialisten, in casu sociaal-geneeskundigen. Deze andere systematiek zal vooral voor het CSG veel overleg met betrokken partijen meebrengen.

mr. J.C. de Hoog,
secretaris

BIJLAGE

VERGADERINGEN EN SAMENSTELLING

Het College voor Sociale Geneeskunde kwam in 1999 viermaal bijeen.

In de samenstelling deed zich tussentijds een aantal wijzigingen voor: Het adviserend lidmaatschap namens de minister van VWS van mw. drs. I. Jansen werd in het verslagjaar beëindigd. Zij werd hierin opgevolgd door mw. drs. H.E. Schiereck.

Per 8 juni 1999 werden achtereenvolgens de heren F.C.W. Klaassen, J.W.H. Bruins Slot, R. van Linschoten en B.J. Starink benoemd tot lid van het CSG (lid benoemd in overeenstemming met het bestuur van de LVSG).

Mw. M.L.I.E. Ausems-van Herten liet weten per 1 juli 1999, in verband met haar benoeming tot Inspecteur voor de Gezondheidszorg Limburg, haar plaatsvervangend lidmaatschap (plv. lid benoemd in overeenstemming met het bestuur van de LVSG) te beëindigen.

Ook mw. prof. dr. L.J. Gunning-Schepers zegde haar lidmaatschap (lid benoemd op voordracht van resp. de medische faculteiten en de niet-universitaire instituten) per 1 juli 1999 op in verband met het neerleggen van haar aanstelling als hoogleraar Sociale Geneeskunde.

De op 1 oktober 1998 in werking getreden Regeling inzake de opleiding en registratie van specialisten bracht met zich mee, dat voor de adviserende leden geen plaatsvervangers meer kunnen worden afgevaardigd. Een en ander hield derhalve in, dat de zittingstermijn van de heer J. van de Heuvel (plv. adviserend lid namens de minister van VWS), de heer C.A. de Vries (namens de LOSGIO), de heer S. Buma (namens de minister van SoZaWe) per 1 oktober 1999 was verstrekken.

Als opvolger van mw. M.M.G.E.C. de Jong (adviserend lid namens de LOSGIO) werd per 2 november 1999 de heer C.A. de Vries benoemd tot adviserend lid.

De heren prof. dr. D. Post en prof. dr. N.S. Klazinga werden per 15 november 1999 benoemd tot respectievelijk lid en plaatsvervangend lid in de categorie lid benoemd op voordracht van respectievelijk de medische faculteiten en de niet-universitaire instituten.

Per 15 december werden achtereenvolgens de heren mr. C. Das, H.W.A. Jans en C. van Lintel benoemd tot lid in de categorie lid benoemd in overeenstemming met het bestuur van de LVSG.

De heer J.C. van Beek en mw. H.W.M. van Velzen-Mol werden per 15 december 1999 benoemd tot plaatsvervangend lid in de categorie lid benoemd in overeenstemming met het bestuur van de LVSG.

De heer A.C. Lanssen trok zich eind 1999 terug als lid van het CSG (lid benoemd in overeenstemming met het bestuur van de LVSG).

Per 31 december 1999 ontstond er een vacature door het vertrek van prof. drs. E.W. Roscam Abbing.

De samenstelling van het College voor Sociale Geneeskunde was op 31 december 1999 als volgt:

Gewone leden

Leden benoemd in overeenstemming met het bestuur van de LVSG:

mw. E.A. Brouwers-de Jong; mw. H.W.M. van Velzen-Mol (plv.)
J.H.W. Bruins Slot; J.C. van Beek (plv.)
C. van Lintel; prof. dr. F. Sturmans (plv.)
B.J. Starink; J.G.N.M. Hoevenaars (plv.)
F.C.W. Klaassen; vacature (plv.)
R. van Linschoten; prof. dr. W.L. Mosterd (plv.)
mr. C. Das; vacature (plv.)
H.W.A. Jans; vacature (plv.)

Leden benoemd op voordracht van respectievelijk de medische faculteiten en de niet-universitaire instituten:

prof. dr. D. Post; prof. dr. N.S. Klazinga (plv.)
vacature; prof. dr. F.J.H. van Dijk (plv.)
prof. dr. G. van der Wal (vice-voorzitter); prof. dr. J.P. Mackenbach (plv.)
prof. dr. J.H.B.M. Willems (voorzitter); mw. dr. J. Meulmeester (plv.)

Leden uit de kring van organisaties waar sociaal-geneeskundigen werkzaam zijn:

- Branche Organisatie Arbodiensten (BOA):
M.J. van Til; vacature (plv.)
- Landelijke Vereniging voor GGD'en (LVGGD) (per 1 januari 2000: GGD Nederland):
vacature; vacature (plv.)
- Landelijk Centrum Ouder- en KindZorg (LCOKZ):
mw. drs. J.F. Lim-Feijen; vacature (plv.)

Adviserende leden

Namens de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS):

mw. drs. H.E. Schiereck

Namens de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SoZaWe):

mw. J.A. Ringelberg

Namens de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ):

mw. dr. R.R.R. Huijsman-Rubingh

Namens de Landelijke Organisatie van Sociaal-Geneeskundigen In Opleiding (LOSGIO):

C.A. de Vries

Secretaris Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)

mw. mr. P.A. Hadders.

EINDELIJK, EN SUBSTANTIEEL!

Salarisverbetering huisartsen in opleiding

Zo'n vier jaar geleden (juni 1996) stonden de huisartsen in opleiding (zeg maar: haio's) al op het Binnenhof. Om aandacht te vragen voor de verbetering van de inhoud van de opleiding. En voor een betere betaling. Want ook dat laatste was voor de collega's jarenlang een fors punt van kritiek. Inhoudelijk veranderde er het een en ander, maar het basisinkomen bleef te laag. Maar dat verandert binnenkort waarschijnlijk ook.

Vorige week vrijdag bracht KPMG het rapport 'Onderzoek honorering huisarts in opleiding' uit. In dit onderzoek worden de functies verpleeghuisarts in opleiding en huisarts in opleiding met elkaar vergeleken. De uitkomst is luid en duidelijk: het salaris van de haio moet ten minste 30 procent omhoog als dit de vergelijking en concurrentie met andere medische vervolgoopleidingen wil doorstaan.

LAD en LOVAH (Landelijke Organisatie Van Aspirant-Huisartsen) hebben minister Borst inmiddels opgeroepen de conclusies over te nemen.

FUNCTIEVERGELIJKINGSONDERZOEK

In uiteindelijk 'slechts' enkele maanden is, op aandringen van de Tweede Kamer en met instemming van VWS, het KPMG-onderzoek uitgevoerd naar de grote inkomensachterstand van de huisartsen in opleiding. Met maximaal zo'n f 3.500,- bruto per maand in hun laatste opleidingsjaar staken zij altijd al schril af bij vergelijkbare functies. Maar versterkt door de toenemende aandacht voor het huisartsentekort, leek de politiek ook op dit punt wakker te worden. In 1996 was daar namelijk op dit punt nog sprake van 'diepe rust'.

GELIJKWAARDIG, DUS OOK FINANCIIEEL

Gezien de al overeengekomen uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen huisartsgeneeskunde, verwachten LOVAH en LAD dat hiermee een belangrijke bijdrage is geleverd aan meer animo daarvoor bij de huidige medisch studenten.

De samenwerkingspartners stellen in een eerste reactie zich te kunnen vinden in de conclusies van het KPMG-onder-

zoek. LAD en LOVAH verwachten dat 'de politiek' per kerende post duidelijk maakt welke financiële consequenties hieraan worden verbonden.

TERUGWERKENDE KRACHT

Zij verwachten voorts dat binnen enkele weken duidelijk is of de inkomensreparatie met terugwerkende kracht tot 1 januari 2000 wordt uitgevoerd. Minister Borst heeft al toegezegd een beslissing te zullen nemen op basis van het KPMG-rapport. In afwachting daarvan lijken acties niet meer nodig. Het komt nu echt op daden aan!

EERSTE STAP

De kop is er dus af. De in vele jaren opgelopen inkomensachterstand kan nu worden weggewerkt. In het CAO-overleg tussen LAD/LOVAH en werkgeversorganisatie SBOH moeten nog wel de nodige concrete stappen worden gezet. Er zijn ongeveer 1.100 artsen in opleiding tot huisarts. Dit aantal stijgt gaandeweg naar zo'n 1.600 in 2004.

GRATIS LAD-LIDMAATSCHAP CO'S

Co-assistenten kunnen gratis junior-lid worden van de LAD. Zij hebben recht op vergelijkbare diensten als 'gewone leden' en krijgen dus ook het LAD-Bulletin én wekelijks Medisch Contact. Het ledental onder de co's is inmiddels verviervoudigd!

Het co-assistentenschap is de eerste kennismaking met de beroepspraktijk. Een eerste oriëntatie op de toekomstige werksituatie hoort daar natuurlijk bij. Steeds meer artsen werken in dienstverband. Als LAD-lid kunnen co's gratis kennismaken met die kant van de beroepsuitoefening. Naast LAD-Bulletin en MC hebben zij recht op 10 uur gratis rechtshulp per jaar; een aantrekkelijk geprijsde arbeidsongeschiktheidsverzekering; LAD-folders en -rapporten én de dienstverlening van SWG, het uitzendbureau voor artsen.

Kent u een co-assistent die nog geen lid is? Aanmelden of informatie opvragen kan via internet (<http://www.artsenet.nl/lad>) of per telefoon: 030 282 3348.

Wat kan de LAD
voor jou als
co-assistent
betekenen?

