

MEDISCH CONTACT

Nummer 31/32 – 2 augustus – 46e jaargang

De KNMG nieuwe stijl, een gemeenschappelijke speerpunt (ex-voorzitter Cense), een middel dat het mogelijk maakt de gemeenschappelijke taken beter te vervullen (voorzitter Van Leeuwen), die federatie functioneert nu een half jaar. Daarover ondervraagd, maakt secretaris-generaal Th. M. G. van Berkestijn duidelijk dat de vernieuwing zich ook uitstrekt tot het denken: dat richt zich voortaan op een structurele aanpak.

Bij de gewenste toepassing van erfelijkheidsdiagnostiek dient grote zorgvuldigheid te worden betracht. Daarnaast zijn maatregelen nodig om ongewenste toepassingen tegen te gaan. Het nemen van dergelijke maatregelen laat de overheid voor een deel aan de betrokken groeperingen over. Dat kan, maar dan moeten betrokkenen wel eerst hun kennis en inzicht vergroten, stelt Mw.Mr. E. T. M. Olsthoorn-Heim.

De Werkgroep Seksueel Misbruik Jeugdigen stelt voor WVC richtlijnen op voor het handelen bij (een vermoeden van) seksueel misbruik. Werkgroepslid Dr. R. A. Hirasing gaat in op de rol van de jeugdgezondheidszorg ter zake.

In Amsterdam wordt de indicatie tot een bevalling buitenshuis wel erg vlug gesteld. Dat althans zag men bij het Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken als een vermoedelijke oorzaak van het (ten opzichte van het landelijk gemiddelde) zeer hoge aantal klinische opnamen voor gynaecologie in de hoofdstad. Een eigen enquête leverde de bevinding van een verhoudingsgewijs bijna tweemaal zo hoog percentage primair medische indicaties voor Amsterdamse ziekenfondsverzekerden op (40% om 22%). Nog een bevinding: het aantal medische indicaties daalt, indien verloskundigen de selectie tot entree tot de tweede lijn verrichten.

Regionale of zelfs provinciale netwerken om het revalidatiegeneeskundig beleid te verbeteren: dat is waarnaar men in het Haagse streeft. In Zuid-Limburg zijn met het oog hierop twee maanden lang stelselmatig gegevens verzameld van alle revalidatiepatiënten.

INHOUD

Actueel. Secretaris-generaal Van Berkestijn: 'KNMG nieuwe stijl pakt thema's structureel aan' – 903

Erfelijkheidsdiagnostiek en gentherapie. Welke discussie?
E. T. M. Olsthoorn-Heim – 907

De rol van de jeugdgezondheidszorg bij seksuele kindermishandeling
Dr. R. A. Hirasing – 911

Bericht uit Amsterdam. De medicalisering van het geboorteprocés en de rol van het ziekenfonds. Een enquête onder Amsterdamse verloskundigen
E. V. Simons, L. van der Hulst en A. van Gelder-Hertzberger – 913

De vraag naar revalidatie. Patiënten in Zuid-Limburg geregistreerd
Drs. E. Terpstra-Lindeman, Dr. J. J. Carpay en Dr. F. Nieman – 915

Voor Artsen zonder Grenzen naar Afghanistan. Een dag
Bert Schilte – 918

Over het besnijden van meisjes, vrouwen en jongens. Is een verbod op zijn plaats?
Dr. A. P. J. van der Burg – 921

Verslag 202de Algemene Vergadering – 924

Colofon 898 – Hoofdredactioneel commentaar 899 – Voorzitterskolom LHV 900 – Brieven 901 – Portretten uit een huisartspraktijk 910 – Boeken 920 – Officieel 923

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

Bestuur Medisch Contact

F. N. M. Bierens, voorzitter
R. Bekendam, secretaris
Wipstrikkeralee 115, 8023 DX Zwolle
Mw. Dr. C. Vermeulen-Meiners
Dr. H. W. M. Anten
Dr. R. J. E. A. Höppener

Dr. C. Spreeuwenberg, hoofdredacteur
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris

Redactie: Mw. W. G. Juffermans,
P. L. Pajzs, Mw. C. R. van der Sluys,
R. A. te Velde

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

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

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

Leden van de KNMG ontvangen Medisch Contact als onderdeel van hun lidmaatschap. Niet-leden kunnen een abonnement nemen bij de uitgever.

Voor niet-leden van de KNMG binnen de Benelux, op de Nederlandse Antillen en in Suriname zijn de kosten voor een abonnement f 144,35 (inclusief BTW); overige landen f 254,25.

Opgave en administratie:
Wegener Tijl Tijdschriften Groep BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EC Amsterdam
telefoon 020-518 28 28
telefax 020-518 28 43

Advertenties:

De advertentie-exploitatie van Medisch Contact is in handen van:
Wegener Tijl Medische Media
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
telefoon 020-518 28 28
telefax 020-518 28 43
Sales manager: F. J. Content
Personeelsadvertenties: F. Schopman
Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.
Geldend advertentietarief: januari 1991

Druk: Tijl Offset,
Zwolle

Bij de voorplaat:

Rugoperaties. Illustraties uit een manuscript naar het beroemde werk 'Chirurgia' van Abu'l Qasim (936-1013 Cordoba) uit de Cod. Vinlob. Ser. nr. 2641, 2de helft van de 14de eeuw.
Österreichische Nationalbibliothek, Wenen.

KNMG | LHV | LSV | LAD | LVSG | KNMG

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

Dagelijks bestuur

Dr. M. van Leeuwen, voorzitter; R. J. M. Vandevelde, ondervoorzitter; H. Knook, Dr. A. W. Mulder, R. H. Levi, E. Iwema Bakker.

Secretariaat

Th. M. G. van Berkestijn, secretaris-generaal; Mw. Mr. W. R. Kastelein, secretaris; R. J. Mulder, secretaris Verenigingszaken en PR; K. Theunissen, hoofd financieel-economische en administratieve zaken.

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)

A. L. J. E. Martens, directeur; Mw. J. A. van Walderveen-van der Louw, secretaresse.

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

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

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

A. L. J. E. Martens, secretaris; Mw. C. S. de Jong, secretaresse.
Mr. J. C. de Hoog, secretaris; Mw. C. S. de Jong, secretaresse.

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie (HVRC)

Dr. L. R. Kooij, secretaris HVRC; N. F. de Pijper, secretaris VA; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, chef de bureau.

Bibliotheek

Prof. Dr. M. J. van Lieburg, bibliothecaris, p.a. Universiteitsbibliotheek, Singel 425, Amsterdam.

Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen

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

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

Privé-klinieken

Enige maanden geleden heeft de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) de staatssecretaris van WVC een advies aangeboden over privé-klinieken. Officieel heeft de staatssecretaris nog niet op het advies gereageerd, maar duidelijk is inmiddels wel dat hij er geen principiële bezwaren tegen zal maken.

Een privé-kliniek is een kleinschalige, bedrijfseconomisch en juridisch zelfstandig functionerende instelling voor medische hulpverlening die buiten de regelgeving – in dit geval de Wet Ziekenhuisvoorziening (WZV) – valt. Tot de privé-klinieken kan men tevens de fertiliteitscentra en de drie kuuroorden rekenen.

Het gaat hier geenszins om een toekomstige ontwikkeling. Hoewel tot voor kort werd verondersteld dat de Nederlandse wetgeving geen privé-klinieken toelaat – een veronderstelling die niet juist blijkt te zijn – functioneren er op dit moment al tenminste 39 privé-klinieken.

Discussies over privé-klinieken verlopen verwarrend, mede omdat deze klinieken uit zeer uiteenlopende – zowel ideële als commerciële – motieven worden opgericht en het niet altijd gemakkelijk is na te gaan of de verbaal geuite argumenten pro en contra ook de werkelijke zijn.

Het ontstaan van privé-klinieken loopt vooruit op de stelselwijziging, waarin de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars via overeenkomsten in de regio de aard en de omvang van de te leveren zorgprestaties grotendeels gaan bepalen. Vanuit het aan de stelselwijziging ten grondslag liggende concept is er geen enkele reden van vanzelfsprekendheden uit te gaan. Het ontstaan van privé-klinieken leidt tot onrust, en dat is begrijpelijk; immers, het vertrouwde patroon wordt verstoord.

Omdat privé-klinieken zoveel verschijningsvormen hebben en vanuit verschillende motieven worden opgericht, is het moeilijk zich er een algemeen oordeel over te vormen. Terecht acht de Nationale Raad het daarom zinvol de privé-klinieken te beoordelen op basis van de drie algemene voorwaarden die staatssecretaris Simons van WVC in december jongstleden heeft genoemd: toegankelijkheid voor iedereen, goede kwaliteit van de geleverde zorg en geen opwaartse druk op het macro-budget voor gezondheidszorg.

In het Nederlandse bestel wordt met *gelijke toegang* bedoeld, dat het voor iedere burger op gelijke voorwaarden mogelijk is een verzekering te sluiten waarin recht bestaat op behandeling in een privé-kliniek. Er mag dus geen selectie zijn op grond van medisch risico. Het is goed voorstelbaar dat het voor een verzekeraar financieel aantrekkelijk is voor zaken als flebologie, geboorteregeling en kleine chirurgie contracten met privé-klinieken af te sluiten. In zo'n geval zal de toegang geen probleem zijn. Gaat het echter om luxevoorzieningen en om bepaalde voorrechten, zoals een snellere behandeling, dan zal de prijs die de privé-kliniek bedingt wellicht hoger zijn dan die van het ziekenhuis. Dit houdt vanzelfsprekend in dat de verzekeraar een hogere premie, of het nu de nominale premie uit de basisverzekering of de premie voor de aanvullende (plus)-verzekering betreft, zal moeten vragen. Dan kan niet meer van gelijke toegankelijkheid worden gesproken. Op zich hoeft dit niet verwerpelijk te zijn. Of het dat is, hangt af van de aard

Dr. C. Spreeuwenberg

van de voordelen die de privé-kliniek biedt.

De *kwaliteit* van een privé-kliniek moet op dezelfde wijze als de andere voorzieningen worden beoordeeld. Zowel de interne als de externe kwaliteitsbewaking dient te zijn verzekerd. Verder moeten er goede regelingen zijn getroffen voor de opvang bij complicaties en voor het bewaken van de continuïteit.

Wat het *macro-budget* betreft, is het belangrijk te weten of hiertoe straks slechts de kosten voortkomend uit de basisverzekering worden gerekend. Zolang niet vaststaat hoe het basispakket eruit gaat zien en wat aanvullend moet worden verzekerd, is het moeilijk hier een oordeel over te geven. In ieder geval is het niet redelijk om allerlei franje, zoals de extra kosten van een klassebehandeling, in het macro-budget op te nemen: dan zouden de voorzieningen voor de welgestelden ten koste gaan van die voor de minder bedeelden.

Bepalend voor het macro-budget is niet alleen de prijs, maar ook de invloed van privé-klinieken op het to-

taal aantal verrichtingen. Op dit moment is er nog geen zicht op of privé-klinieken leiden tot substitutie of nieuwe vraag oproepen. Hier ligt een taak voor het regionaal overleg om te bewaken dat er geen overcapaciteit en een daarmee gepaard gaand creëren van vraag ontstaat. Willen privé-klinieken en ziekenhuizen eerlijk met elkaar concurreren, dan vereist dit wel een fundamenteel andere tariefsstructuur voor de kosten van het ziekenhuis. Immers, de thans in rekening gebrachte tarieven komen niet overeen met de werkelijke kosten.

Het verschijnsel 'privé-kliniek' past in onze hedendaagse cultuur, waarin service, smaak en ambiance worden gewaardeerd. Privé-klinieken kunnen wat dit betreft een prikkelende werking hebben op de reguliere zorg. Het is echter ook voorstelbaar dat het werken in een privé-kliniek zó aantrekkelijk is voor medisch en verpleegkundig personeel dat daardoor de kwaliteit van de ziekenhuisvoorzieningen achteruitgaat. Dit geldt vooral voor die sectoren – denk aan de orthopedie en de oogheelkunde – waar de wachttijden lang zijn en vaak 'nee' moet worden verkocht. Het gevolg kan zijn, dat de betere service in de privé-kliniek leidt tot nog langere wachttijden in de ziekenhuizen en dat er daarmee een niet te accepteren tweedeling in de gezondheidszorg ontstaat.

De ontwikkeling van privé-klinieken is voorzien in het ontvlechtingscenario van het rapport 'Ziekenhuis in de 21e eeuw' van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG). De denkbeelden over de organisatie van de gezondheidszorg en de ontwikkelingen in de technologie, doen het inzicht ontstaan dat het niet vanzelfsprekend is dat specialisten en afdelingen zijn gebonden aan het ziekenhuis. Specialistische merken dat er buiten de ziekenhuismuren een markt is voor hun diensten, dat kleinschaligheid door de patiënt wordt geapprecieerd en dat er enige bekoring zit in het overzichtelijke heer- en-meesterschap.

Mijn conclusie is dat er weinig reden is om ons defensief op te stellen. In-dachtig het gezegde 'If you cannot beat them, join them', lijkt het me verstandig als de ziekenhuizen en de aldaar werkende specialisten proberen via netwerkrelaties de privé-klinieken in het reguliere regionale systeem op te nemen.

LHV-voorzitter H. Knook:

Huisartsen: slipgevaar!

In welk jaargetijde vallen de meeste slachtoffers als gevolg van slippartijen met auto's? Dat is de eerste vraag bij een anti-slipcursus. Het antwoord is: in de zomer. Als het gaat regenen na een periode van droogte, vermengen olie- en stofresten zich met het regenwater en ontstaat er een spekgladde laag op de weg. En juist omdat niemand er in de zomer op bedacht is en het rijgedrag dus niet aanpast, gebeuren er ongelukken. Het is dus belangrijk alert te blijven op problemen die zich kunnen voordoen en je niet te laten misleiden door een ogenschijnlijk ongevaarlijk seizoen.

Waarom vertel ik u dit? De situatie rond de stelselwijziging heeft wel wat weg van slipgevaar in de zomer. Politiek gezien is letterlijk en figuurlijk de zomer ingetreden. Staatssecretaris Simons heeft zijn plannen door de Tweede Kamer kunnen loodsen; er is een nieuwe impuls gegeven aan de tweede stap in de stelselwijziging. Een stap die onder meer de huisartsenhulp in de AWBZ moet onderbrengen. Overigens moet de politiek nog beslissen of dit daadwerkelijk gaat gebeuren.

Daags nadat de Kamer het debat over de volksgezondheid had afgerond, heeft de LHV aan de staatssecretaris duidelijk gemaakt dat wij de politieke realiteit zouden kunnen accepteren indien de gladde weggedeelten waarop elke haast gevaarlijk is, zijn verdwenen. Zonder beeldspraak: als aan een aantal voorwaarden niet is voldaan, achten wij het volstrekt onverantwoord dat de huisartsenhulp op 1 januari wordt ondergebracht in de AWBZ.

Het is goed die voorwaarden nog eens duidelijk uiteen te zetten:

Er moeten landelijk goede overeenkomsten komen tussen de LHV en de koepels van zorgverzekeraars en particuliere ziektekostenverzekeraars. Die overeenkomsten vormen een raamwerk van afspraken die beschrijven op welk ni-

veau wat met wie moet worden geregeld. De LHV heeft zich hier het afgelopen jaar sterk voor ingezet. Maar – zoals bekend – voor een overeenstemming heb je ook de ander nodig.

Wat op hoofdpunten de inhoud van de afspraken betreft: er moet minimaal volstrekte duidelijkheid zijn over de honoringsstructuur en over de centrale financiering van Goodwillfonds, beroepsopleiding, deskundigheidsbevordering en ondersteuning van de beroepsgroep. Daarnaast dient er een vestigingsbeleid te zijn gerealiseerd.

Voorts wil ik politici erop wijzen, dat aan het functioneel omschrijven van huisartsenzorg grote risico's kleven. Ik verwijs onder meer naar het advies van de



Ziekenfondsraad en het commentaar van collega Spreeuwenberg in Medisch Contact van 5 juli jl. (MC nr. 27-28/1991, blz. 835).

Ik stel vast dat er maximale inspanning moet worden geleverd om te komen tot afspraken die een verantwoorde en fatsoenlijke overgang van de huisartsenhulp naar de AWBZ mogelijk maken. Begin september – ruim voor de politieke besluitvorming – moet duidelijk worden of dergelijke afspraken er zijn. Dan nog zullen alle onzekerheden niet uit de weg zijn geruimd, want ook de uitwerking van gemaakte afspraken zal na september grote inzet vergen.

Wat de inhoud van de zorg betreft blijven we vasthouden aan de uitbouw van de 'as huisarts-specialist', zoals dat in ons jargon is gaan heten. Een nog betere samenwerking en afstemming tussen de

eerste en de tweede lijn is van eminente betekenis voor het toekomstige systeem van gezondheidszorg in Nederland. Er mogen geen permanente schotten in het financieringscircuit worden opgeworpen die gevaar opleveren voor het samenwerkingstraject dat is uitgezet. Huisartsenhulp in de AWBZ is dan ook ondenkbaar zonder helder zicht op de invoering van de zorgverzekering.

Laat één ding duidelijk zijn: de LHV was, is en blijft geporteerd voor de uitgangspunten van de stelselwijziging. De AWBZ is een tussenstap die in hoge mate wordt bepaald door premietechnische overwegingen en moet slechts tijdelijk zijn; de AWBZ is bedoeld voor een overgangperiode naar de Wet op de Zorgverzekering.

De weg naar het einddoel (via deze tussenstap) wordt echter gevaarlijk als er buien zouden losbarsten: als er geen goede afspraken te maken blijken te zijn. Voor alle betrokkenen is het de opdracht dat niet te laten gebeuren. De gezondheidszorg in ons land is er niet mee gediend als de huisartsgeneeskundige zorg in de slip raakt.

H. Knook, huisarts,
voorzitter LHV

Plaatsing van bijdragen in de rubriek 'Brieven' houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. Om dit te voorkomen worden schrijvers verzocht zich in hun ingezonden brieven tot hoofdzaken te beperken.

ANTROPOSOFISCHE GENEESKUNDE

Het is jammer, dat B.C. Witsenburg in zijn artikelenserie (MC nrs. 12-14/1991, blz. 379, blz. 410 en blz. 444) de wereldbeschouwing van Steiner niet nader heeft toegelicht, daar zijn geneeswijze daaruit voortvloeit. Antroposofie betekent volgens zijn Griekse wortels: wijsheid betreffende de mens, en deze naam werd door Rudolf Steiner (1861-1925) geadopteerd voor zijn systeem van occulte leerinhouden, die hij ook 'Geisteswissenschaft' noemde. In 1924 definieerde hijzelf antroposofie als 'een weg van kennis om de geest in de mens te leiden naar de geest in het universum'. Hij gebruikte de term 'antroposofie' in duidelijke tegenstelling tot de term 'theosofie' als 'wijsheid betreffende God'. Volgens Steiner vereiste onze eeuw occulte kennis die niet afhankelijk was van externe openbaring, maar van de kracht van het eigen menselijke denkvermogen om door te dringen in de geestelijke werelden. Hij legde sterk de nadruk op epistemologie, de mogelijkheid van een persoonlijke verificatie van zijn bevindingen. Deze epistemologie noemde hij 'objectief idealisme'. Hij beargumenteerde, dat op een zeker niveau van denken een zintuigenvrije, intellectuele perceptie van een wereld van zuivere concepten plaatsvond. Deze concepten hadden volgens Steiner een objectieve inhoud op zichzelf. Hij meende dan ook objectieve maar transcendente verschijnselen te kunnen bestuderen door middel van cognitieve methoden, die onbereikbaar waren voor het empirisme van onze fysische zintuigen. Zijn 'Geisteswissenschaft' was volgens hem 'Wissenschaft' als systematische kennis en 'Erkenntnis' als cognitie en perceptie. Hij heeft drie ontwikkelingsstadia beschreven die de student moet doormaken om valide, betrouwbare kennis te kunnen verwerven van de hogere, geestelijke werelden, namelijk: 'Vorbereitung', 'Erleuchtung' en 'Einweihung'. Deze drie stadia gaan volgens hem samen met drie verschillende vormen van cognitie, namelijk: imaginatie, inspiratie en intuïtie. Meer en meer wordt de student via de afgelegde scholingsweg bevrijd van de wereld van de verschijnselen en wordt een zuivere wereld van denken geopend, waarin interactie met de metafysische, transcendente werelden mogelijk is. Daar de term 'occult' (verborgen), toen en nu, wordt verbonden met irrationeel, bijeloof, magie, geestelijk afwijkend en belar-



chelijk, deed Steiner, die zijn 'Geisteswissenschaft' als echte wetenschap zag, alle moeite zijn 'occulte wetenschap' te verdedigen tegen andere vormen van occultisme, magie, mysticisme, spiritualisme, die hij sterk veroordeelde als antieke restverschijnselen. Hoewel kennis van het occulte een contradictie is, handhaafde Steiner tegenover zijn tegenstanders zijn mening dat het 'occulte' bereikbaar was op een denkniveau met een helder bewustzijn. Omdat het 'occulte' niet kan worden ontsloten door de perceptie van de zintuigen of via laboratoriumprocedures, daarom is het volgens Steiner nog niet intrinsiek onkenbaar of geheim. Ieder, die bereid is volgens de juiste voorgeschreven methoden occulte kennis te zoeken zal het verwerven, althans volgens Steiner.

De vraag is of antroposofische geneeskunde enige realiteitswaarde kan hebben voor diegenen die de door Steiner aangegeven scholingsweg niet hebben afgelegd. De vooronderstelling van de natuurwetenschappen is, dat men via rationele methoden de werkelijkheid kan beschrijven, kennen en verklaren. Het zien van de mens is echter altijd een zien-als, op een bepaalde wijze zien, dat wil zeggen men interpreteert.

Goirle, juni 1991
Dr. A. J. Swaak

Literatuur

Steiner R. Anthroposophical Leading Thoughts. Londen: Rudolf Steiner Press, 1973.

Steiner R. Occult Science-An outline. Londen: Rudolf Steiner Press, 1963.

Naschrift

Aan het slot van zijn bewonderenswaardige samenvatting stelt collega Swaak de vraag of de antroposofische geneeskunde realiteitswaarde kan hebben voor degenen die de door Steiner aangegeven scholingsweg niet hebben afgelegd.

Dit is een cruciale vraag. Realiteitswaarde trouwens voor wie? Voor de patiënt die baat vindt bij een therapie, is dit nauwelijks een vraag. Het is voor hem een erva-

ringswaarde; voor de wetenschappelijke realiteitswaarde zal hij minder oog hebben. Voor de arts, antroposofisch of niet, ligt dit anders.

Vooropgesteld zij, dat er bij mijn weten er geen (antroposofische) artsen zijn die de scholingsweg geheel hebben afgelegd. Al zijn zij op weg, zij bezitten dus niet de kennisvermogens die Steiner beschrijft. Zij ontleen de realiteitswaarde van de antroposofische geneeskunde dus voorlopig aan wat anders.

Zij constateren dat het logische, begripsmatige, natuurwetenschappelijke denken op het niet-levende deel van de natuur is toegesneden, dat daarmee te doorgronden is en zelfs daaraan ontwikkeld is. Bijvoorbeeld een begrip als een cirkel, als een verzameling punten in een plat vlak die alle even ver van een punt zijn verwijderd, 'zien' we gewoon met ons denken en heeft geen bewijs nodig; het is een ervaringsbegrip te noemen.

In de levende natuur beperkt de wetenschap zich tot beschrijven. Van een begripsmatig doorgronden is al geen sprake meer. Is daarom van geen wetenschap meer sprake? Zeker wel. Als we bijvoorbeeld beschrijvend weten, dat zuigelingen in een liefderijke omgeving beter groeien en gezonder zijn dan zuigelingen met dezelfde verzorging doch zonder de liefderijke omgeving, dan is dat een wetenschappelijk 'bewijs' voor de groeizame kracht van positieve aandacht. Groei is wellicht nog natuurwetenschappelijk te definiëren, positieve aandacht of liefde niet meer. De werking van het een op het ander is wel te verifiëren, heeft realiteitswaarde.

In de antroposofie beleef ik het niet anders. Steeds vraagt Steiner een idee dat hijzelf met zijn kennisvermogens heeft 'gezien' – vergelijk de cirkel – als een hypothese te nemen, ermee aan het werk te gaan en te zien of het op de werkelijkheid van hier en nu past. Langzamerhand doe je dan je eigen ervaringen op, soms als bewijs, soms als een ervaring die haar eigen realiteitswaarde heeft. Zo breidt die realiteitswaarde van de antroposofie zich voor je uit. Als je de sporen in de sneeuw van iemand volgt, weet je dat daar iemand heeft gelopen, ook zonder hem te hebben gezien. Als een ander je uit eigen waarneming kan vertellen wat die iemand in de sneeuw deed, kun je aan de sporen verifiëren of het klopt.

Ziekte, genezing, het genezingsproces, de geneesmiddelen, en wat arts en patiënt

hieraan doormaken, 'zien' we vaak nog niet, maar we kunnen de sporen volgen. De exactheid waarmee dat moet gebeuren, hebben we ontwikkeld aan de natuurwetenschap. Dat de mens die exactheid voorbij de grens van de natuurwetenschap kan behouden, heeft Steiner onder andere beschreven in zijn 'Philosophie der Freiheit'.¹ Vandaar dat het terecht is, te spreken van een geesteswetenschap naast een natuurwetenschap. De werkelijkheid waarvan de zintuiglijk waarneembare sporen die uitdrukking zijn, is de inhoud van de antroposofie.

Zo geeft de antroposofie een verdieping aan de bestaande geneeskunde en is niet een alternatief in de gebruikelijke zin. Ook op andere terreinen is een praktische verdieping door de antroposofie ontstaan, zoals in de landbouw (biologisch-dynamisch) en de pedagogiek (Vrije Scholen). Alleen diegene die categorisch zijn horizon beperkt tot daar waar zijn zintuigen hem voeren, kan de realiteitswaarde hiervan bij voorbaat ontkennen.

Haarlem, juni 1991
B. C. Witsenburg.

Literatuur

1. Steiner R. Die Philosophie der Freiheit. Freies Geistesleben, 1962.

EÉNTAFELSYSTEEM: DUURDER MAAR OOK BETER?

De Nederlandse anesthesiologische praktijkvoering onderscheidt zich van die in de ons omringende landen. In 1983 hebben de Nederlandse anesthesiologen zich vastgelegd op het zogenoemde maximaal-tweetafelsysteem; dat wil zeggen dat de beroepsgroep heeft gesteld, dat één anesthesioloog alleen aan twee patiënten gelijktijdig anesthesie kan toedienen, indien aan stringente voorwaarden is voldaan.

In de lekenpers wordt regelmatig stelling genomen tegen deze wijze van praktijk voeren. Dit berust op (opzettelijk?) onvolledige en dus onjuiste informatie, die door een enkeling aan deze media wordt verstrekt.

De Nederlandse praktijkvoering onderscheidt zich in mondiaal verband op een aantal punten zeer gunstig:

1. Nederland was het eerste land in de wereld dat een minumpakket aan anesthesiologische bewakingsapparatuur verplicht stelde. Dit begint nu ook elders in de wereld navolging te vinden.
2. Nederland is het enige land in de wereld met een landelijke, door de NZR georganiseerde opleiding voor anesthesiologische hulpmiddelen: de anesthesiemedewerkers, en het enige land dat ondersteuning van de anesthesioloog door dergelijke hooggekwalificeerde medewerkers bij elke anesthesietoediening verplicht stelt. Zij zijn onder meer opgeleid om patiënten tijdens de

meeste anesthesieën veilig te kunnen bewaken.

Alleen wanneer de anesthesioloog én over de benodigde apparatuur kan beschikken én kan worden bijgestaan door gekwalificeerde hulpmiddelen, kan hij aan meer dan één patiënt gelijktijdig anesthesie toedienen, en dan nog alleen wanneer de toestand van de patiënt en de aard van de ingreep dit toelaten.

Toepassing van deze regels waarborgt volgens de beroepsgroep een veilige anesthesietoediening.

Het is triest dat deze wijze van praktijk voeren steeds ter discussie wordt gesteld wanneer zich een calamiteit heeft voorgedaan, waarbij meestal blijkt dat niet aan deze regels werd voldaan. Het systeem is daarmee niet verkeerd, maar de uitvoering ervan.

Anesthesiologen krijgen nog steeds in onvoldoende mate wat ze menen nodig te hebben voor zo'n veilige praktijkvoering. Ondanks jarenlang aandringen levert een aantal ziekenhuizen nog steeds onvoldoende apparatuur of onderhoudt het deze apparatuur onvoldoende. Ook levert een aantal ziekenhuizen nog steeds onvoldoende en/of onvoldoende geschoold anesthesiepersoneel. Directies hebben er onvoldoende begrip voor dat buitenlands personeel dat niet volgens de hoge Nederlandse standaard is opgeleid en de Nederlandse taal niet machtig is, een gevaar voor de anesthesieverlening oplevert. Je moet het er maar mee doen.

Ondanks alle risico's zetten sommige snijdende specialisten hun collegae anesthesiologen regelmatig onder druk om zonder dat aan de basisvoorwaarden is voldaan en zonder dat voldoende personeel en middelen aanwezig zijn toch maar operaties te laten doorgaan. De anesthesioloog zou hieraan geen medewerking moeten verlenen. Niet het systeem van praktijkvoering is verkeerd, maar de omstandigheden in sommige ziekenhuizen deugen niet.

Moeten wij om deze redenen van het tweetafelsysteem afstappen en dit vervangen door een ééntafelsysteem? Het feit dat wij anders werken dan in het buitenland vormt op zich geen reden. Misschien doen wij het wel beter, zoals is gebleken bij thuisbevalingen en het drugsbeleid. Het 'anders-zijn' vormt op zichzelf dus nog geen reden tot verandering.

Om de praktijkvoering in Nederland te toetsen is een onderzoek naar de mortaliteit en ernstige morbiditeit ten gevolge van anesthesie in een vergevorderd stadium van voorbereiding. Het is zeer belangrijk dat dit onderzoek zeer ruime medewerking van anesthesiologen, ziekenhuizen, en overheden zal krijgen.

Wij zijn tegenwoordig niet alleen meer verantwoordelijk voor een zo goed mogelijke kwaliteit van zorg, maar ook voor zorg tegen een zo redelijk mogelijke prijs. Wanneer het tweetafelsysteem correct wordt toegepast, is naar de ervaring van de be-

roepsgroep een ééntafelsysteem niet zeker veiliger, maar wel zeker duurder. Ook dat moet ons een zorg zijn.

Nijmegen, juli 1991

Namens het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie,
Dr. F. M. Werner, voorzitter

BIJSLUITERS

Aan het overigens uitstekende artikel 'Modern bijgeloof' van collega C. P. van der Smagt (MC nr. 25/1991, blz. 779) zou ik het volgende willen toevoegen:

Ook door bijsluiters bij het verstrekken van geneesmiddelen verplicht te stellen draagt de overheid bij aan de vlucht in het alternatieve circuit. Immers, de meest afschuwelijke ziektes worden voorspeld bij de innemer van een van de allopathische geneesmiddelen. Probeer maar eens een bèta-blokker voor te schrijven aan een lijder aan hyperventilatie: alle ziektes, waarvoor hij vreesde staan vermeld in de lijst van indicaties en de rest bij de mogelijke bijwerkingen. Verder is het niet meer mogelijk een placebo voor te schrijven of bijvoorbeeld vitamine C als slaapmiddel. De patiënt moet immers mondig worden gemaakt. Het alternatieve circuit heeft hier zeer handig op ingespeeld: homeopathische middelen bijvoorbeeld hebben onbegrijpelijke indicaties en werkingsmechanismen en (uiteraard bij dergelijke verdunningen!) geen bijwerkingen!

Ook aan dit aspect van patiëntenvoorlichting zouden KNMG en KNMP nog eens aandacht moeten besteden.

Maastricht, juli 1991

J. A. G. Meijers, huisarts

RECHTZETTING

Modern bijgeloof

In zijn artikel 'Modern bijgeloof' (MC nr. 25/1991, blz. 779) maakte C. P. van der Smagt melding van het literatuuronderzoek van J. Kleijnen, P. Knipschild en G. ter Riet, waarbij uit honderdzeven effectiviteitsonderzoeken naar homeopathische middelen er tweeëntwintig werden geselecteerd die niet zoveel methodologische tekortkomingen vertoonden dat zij minder dan 55 punten voor kwaliteit kregen van de 100 die er te verdienen waren.

Van die 55 is in de tekst tot tweemaal toe 25 gemaakt – een verschrijving onzerzijds.

Regulier en alternatief

Als ondertekenaar van de brief 'Regulier en alternatief 1', afgedrukt in MC nr. 20/1991, blz. 618, noemden we Dr. W. Nooij, 's-Gravenhage. Dit moet zijn: Dr. W. Mooij, 's-Gravenhage.

Redactie Medisch Contact

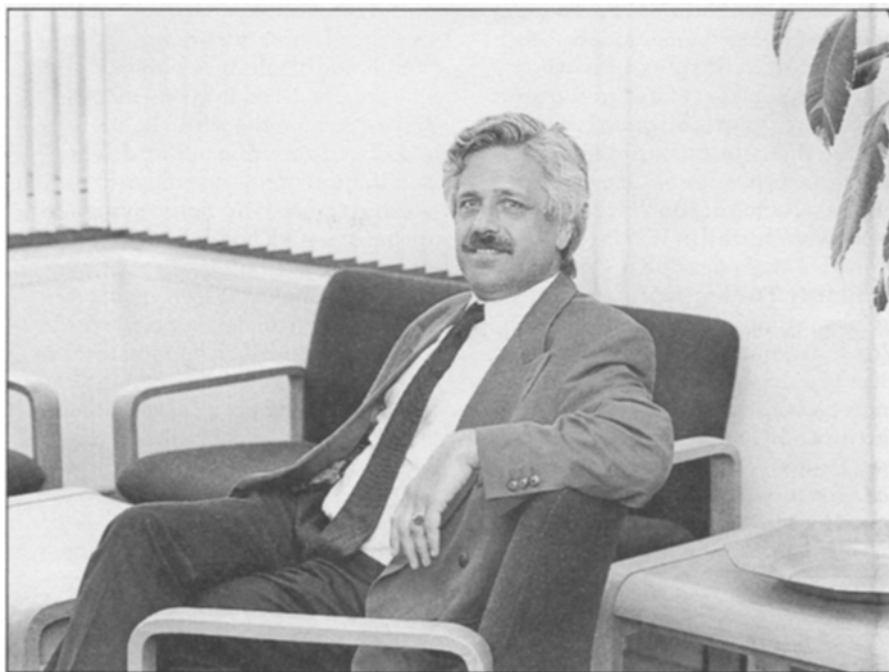
actueel

Secretaris-generaal Van Berkestijn:

'KNMG nieuwe stijl pakt thema's structureel aan'

De scheidende voorzitter van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, W. H. Cense, bestempelde in een interview met Medisch Contact (MC nr. 51-52/ 1990, blz. 1529) de nieuwe structuur van de artsenorganisatie als een gemeenschappelijke speerpunt, waarin een aantal gezamenlijk geformuleerde taken binnen alle geledingen gemeenschappelijk wilde worden gedragen. Vanuit een takenpakket kon dan een veel offensiever beleid worden gevoerd. Voor de nieuwe voorzitter, Dr. M. van Leeuwen, was de nieuwe structuur geen doel, maar een middel, dat het mogelijk maakt de gemeenschappelijke taken beter te vervullen (interview MC nr. 2/1991, blz. 39). Die nieuwe structuur is op 9 juli 1991, de dag waarop Medisch Contact een interview heeft met de secretaris-generaal van de KNMG nieuwe stijl, Th. M. G. van Berkestijn (52), op de kop af 190 dagen oud.

De lange discussies over nieuwe vormen van samenwerking, profilering binnen de nieuwe vorm, taken en verantwoordelijkheden van de respectieve beroepsverenigingen – maatschappelijke verenigingen voorheen – zijn achter de rug. Het heeft er veel van weg dat de KNMG zich na dit groeiproces nu helemaal kan richten op de inhoud. Niet dat het één los staat van het ander. Natuurlijk, de discussie over de structuur heeft in-



derdaad geleid tot vernieuwde bestuursmechanismen, die nu professioneler zijn, maar die professionaliteit heeft zich ook binnen het bureau van de KNMG doorgezet. Het secretariaat is met een aantal deskundigen uitgebreid dat zich bezighoudt met de verschillende taakgebieden van de KNMG; zo is er een arts-ethicus aangetrokken, is de juridische poot aanmerkelijk versterkt, zijn er de disciplines gezondheidszorgwetenschappen en bestuurskunde bij gekomen en een emancipatiemedewerkster. Allemaal mensen met een eigen professioneel terrein die, behalve dat ze het bestuur ondersteunen, de communicatiekanalen met de bureaus van de beroepsverenigingen aanmerkelijk hebben

verbeterd. Ook de installatie van een directeurenoverleg – een orgaan dat officieel genoemd wordt in de huiselijke reglementen van de KNMG – waarin de secretaris-generaal en de directeuren van de beroepsverenigingen elkaar geregeld spreken, benadrukt de wens dat binnen de artsenorganisatie zaken gezamenlijke moeten worden aangepakt, dat naar buiten eendrachtig dient te worden opgetreden, waardoor veel dingen stukken helderder worden.

Van Berkestijn is in oktober 1989 benoemd tot secretaris-generaal. Er speelde in die tijd heel wat bij de KNMG: de herstructureringsoperatie liep op volle toeren, de voorbereidingen voor de nieuwbouw en de renova-

tie van de oude Domus gaven de nodige kopzorg, kortom: een hectische periode voor de nieuwkomer in de functie.

Van huis uit is Van Berkestijn huisarts, hij heeft tien jaar praktijk gehouden, daarnaast hield hij zich bezig met verslaafdenzorg. Met een praktijk in Velp, vlak bij de Duitse grens, kwam hij door omstandigheden in aanraking met het probleem van de verslaafden en druggebruikers die ons land binnenkwamen en hier vervolgens nergens terecht konden. Binnen de kortste keren had hij de handen vol aan junks die in kraakpanden een goed heenkomen hadden gezocht – naast de huisartspraktijk een naar eigen zeggen 'zeer onevenredig grote belasting'. Toen is hij gaan lobbyen: bij de gemeente, bij de provincie, en zo kwam hij in aanraking met de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid, waarvan hij in 1977 directeur werd. De stap naar de KNMG maakte hij in 1984. En daar heeft hij nog steeds geen spijt van.

Van Berkestijn: 'Het leuke van de functie van secretaris-generaal, zoals die nu is geworden, is dat je meemaakt dat de KNMG nu, veel meer dan vroeger, toen zij reactief bezig was, op lange termijn denkt en problemen structureel aanpakt. Via een beleidsplan dat de Algemene Vergadering wordt voorgelegd kunnen wij nu veel beter aangeven wat de activiteiten voor de toekomst behoren te zijn. En als je zo'n beleidsplan vertaalt in geld, dan kan de Algemene Vergadering, kunnen ook de besturen, veel beter dan tot nu toe, beslissen aan welke keuzen het geld moet worden besteed. Vroeger hadden we veel minder te kiezen, er ging ook veel meer energie zitten in de ontwarring van de vele onduidelijkheden over taakverdeling en verantwoordelijkheden. Die situatie heeft menigmaal geleid tot een ad hoc karakter van de activiteiten. Dat traject hebben we nu gelukkig achter ons.'

'Wat dat beleidsplan betreft: er is een aantal taken dat de KNMG nader heeft uitgewerkt; op een aantal gebieden zijn vaste commissies geïnstalleerd en wij gaan zeer sterk *themagericht* te werk. We pakken een onderwerp op en dat gaan we niet alleen maar uit-

werken, maar we blijven het ook volgen. Een sleutelwoord daarbij is vaak: *actualiteit*.'

WAO-PROBLEMATIEK

Van Berkestijn: 'Zo heeft staatssecretaris Simons ons gevraagd wat artsen kunnen betekenen bij de oplossing van de WAO-problematiek. Want er wordt heel sterk gemedicaliseerd, veel zaken worden op het bord van de dokter geschoven, terwijl ze daar niet thuishoren. Toch is het juist, dat de oplossing van dit probleem mede wordt bemoeilijkt door de scheiding in denktrant en werkwijze van de verschillende disciplines binnen de geneeskunde. Door de goede federatieve structuur die wij nu hebben, juist ook door de binding tussen de verschillende soorten curatieve artsen en sociaal-geneeskundigen, kunnen wij nu gezamenlijk nadenken hoe de artsenwereld kan helpen dit probleem op te lossen – wat kan je, en vooral: wat kan je niet. Want ten aanzien van de bijdragen die artsen kunnen leveren heersen er zowel bij de overheid als bij de werkgevers en de werknemers maar al te vaak overspannen verwachtingen.'

MC: 'Hoe denkt de beroepsgroep over de WAO-problematiek?'

Van Berkestijn: 'Er zijn heel wat problemen in de werksfeer die men probeert op te lossen door mensen in de WAO te plaatsen. Je ziet nu zelfs, heel merkwaardig, dat de politiek vindt dat mensen dan ook maar niet-passend werk moeten accepteren. Nu denk ik dat één van de belangrijkste oorzaken dat mensen ten gevolge van het werk ziek worden is, dat ze geen passende arbeid hebben. Als je dan het ziek worden ten gevolge van werkomstandigheden gaat bestrijden door de ziekmakende factoren te vergroten, dan ben je volgens mij onlogisch bezig.'

MC: 'Je hoort ook het voorstel dat artsen eraan moeten meewerken het begrip 'ziekte' of 'ziek-zijn' aan andere criteria te koppelen.'

Van Berkestijn: 'Arbeidsongeschiktheid' is een ander begrip dan 'ziekte'. Over de relatie ziekte-arbeidsongeschiktheid wil de artsenwereld inderdaad gezamenlijk nadenken. Daarbij

wil ik aantekenen, dat iemand die ziek is niet persé arbeidsongeschikt is en dat iemand die arbeidsongeschikt is niet meteen ziek hoeft te zijn. Ik wil ook nog dit kwijt: er wordt zo makkelijk gepraat over sociaal-medische begeleiding, maar dat echt goed doen is een hele verantwoordelijkheid; de curatieve artsen, huisartsen en specialisten, aan de ene kant en aan de andere kant de bedrijfsartsen en de verzekeringsgeneeskundigen – gezamenlijk moeten zij een persoon begeleiden.'

'Op zich een prachtig beeld, ware het niet dat 70 procent van de Nederlandse beroepsbevolking verstoken is van bedrijfsgeneeskundige hulp. Of neem nu mijn huisarts: hij werkt waar ik woon en kent mijn gezinssituatie. Maar mijn werk speelt zich op een afstand van 70 kilometer bij hem vandaan af; hij kan dus onmogelijk iets weten van mijn werkomstandigheden. En mijn bedrijfsarts kan weer heel moeilijk communiceren met mijn huisarts, want die twee kennen elkaar niet. De verzekeringsgeneeskundige zit vaak weer op een andere plek. Voor de patiënt een heel verwarrende situatie, die ook door de artsenwereld niet in een handomdraai is op te lossen. De problematiek heeft dus veel te maken met allerlei structuren, en daarover moet worden nagedacht. Ook de scheiding van behandeling en controle zoals wij die tot nu toe hebben gekend, dient te worden herijkt – een verouderd woord trouwens: controle. Zo zijn er heel wat dingen op te sommen waarover moet worden nagedacht en die moeten worden besproken. Al die zaken willen wij aan de orde laten komen tijdens een WAO-conferentie later dit jaar.'

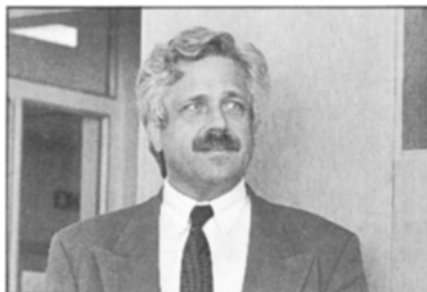
De KNMG organiseert op 12 en 13 december van dit jaar twee *conferenties* over de betrokkenheid van de diverse artsen bij de problematiek van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Als belangrijk doel wordt gesteld het verschaffen van meer zicht op taken en verantwoordelijkheden van medici en van degenen die direct met hen samenwerken aan de overheid, de patiënten- en consumentenorganisaties, de uitvoeringsorganen, de werknemers en de werkgevers op landelijk en individueel niveau. Naast deze orde-

ning van taken en verantwoordelijkheden zal men zich buigen over de vraag in hoeverre de huidige situatie vatbaar is voor verbetering en, zo ja, op welke wijze.

Van Berkestijn: 'Er is nu een artsenwerkgroep bezig, onder voorzitterschap van oud-KNMG-voorzitter Cense, waarin alle artsengroepen: specialisten, huisartsen, verzekeringsgeneeskundigen en bedrijfsartsen, brainstormen over de vraag: hoe moeten wij als dokters een positieve bijdrage leveren aan de oplossing van het probleem? Wat daaruit komt moet cumuleren in de WAO-conferentie.

Daar gaan wij van gedachten wisselen met een gering aantal – zeg maar: zeventig – mensen, representanten van de werkgevers, de werknemers, de overheid, mensen die iets te zeggen hebben en ook nog gezag hebben. En aan die mensen leggen wij dan voor wat wij, medici, te bieden hebben. Wij willen niet minder bieden, maar men moet van ons ook niet méér verwachten. Eén van onze uitgangspunten daarbij is, dat problemen die op de werkvloer ontstaan niet in de spreekkamer dienen te worden opgelost.'

'In die zin willen wij meewerken aan de oplossing van de WAO-problematiek. Daarbij moet wel duidelijk zijn dat wij als artsen niet afwachting blijven toekijken hoe ons allerlei rollen worden toegeschoven die wij niet behoren te hebben. En, ik heb het daar net al gezegd: zo'n SER-advies over niet-aangepaste arbeid vind ik toch héél merkwaardig; mensen worden daar alleen maar zieker van. En dan het feit dat een bedrijfsarts op de stoel van de controleur wordt gezet en moet gaan beoordelen of het ziekteverzuim wel geoorloofd is; dáár zijn dokters niet voor. Zo mag je volgens het SER-advies bij de WAO-keuring geen rekening houden met psychische en sociale factoren – alleen de somatische tellen. Terwijl als je de mens ontdoet van zijn psychische en sociale factoren, dan is hij niet somatisch maar *mechanisch* geworden – een robot. Het zijn immers juist vaak de psychische en sociale factoren die bij ziek zijn en beter worden heel belangrijke rollen spelen. Op die zaken moeten wij als artsenwereld onze visie geven. En op



Th. M. G. van Berkestijn,
secretaris-generaal KNMG:
'Professionele autonomie mag niet onttaarden in professionele autocratie'

die manier moeten wij ertoe bijdragen dat de verwarring niet al maar groter wordt, dat er niet steeds schijnoplossingen worden bedacht, maar dat alle betrokkenen tot gezamenlijke uitgangspunten komen, dat begrippen eenduidig worden geformuleerd en dat er vervolgens goede afspraken worden gemaakt.'

KWALITEITSBELEID

'Een ander belangrijk en actueel punt voor de beroepsgroep is de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid. Daar zijn wij heel duidelijk mee bezig, zoals ook blijkt uit onze twee conferenties in Leidschendam, vorig jaar. Daar hebben wij afspraken gemaakt met consumenten en verzekeraars over hoe dat kwaliteitsbeleid er uit moet zien. Daarbij is voor de inhoud van de kwaliteit van de zorg en de criteria daartoe de verantwoordelijkheid geclaimd door de beroepsgroep, de aanbieders van de zorg. En die verantwoordelijkheid is door de anderen erkend; wij van onze kant houden vast aan die afspraken.'

'Inmiddels zijn wij begonnen met de uitwerking op onderdelen van dat hele kwaliteitsgebeuren, dat zich voornameelijk afspeelt in de driehoeksrelatie: consument/patiënt-aanbieder van zorg-verzekeraar. Een voorbeeld van de invulling is de zogenoemde modelregeling, die de relatie consument/patiënt-aanbieder van zorg beschrijft. Bij sommige artsen roept dat nog wel eens weerstanden op: al die wetten, de regelgeving, dat is repressief, dat is contraproductief, dat keert zich te-

gen ons. Dat is niet altijd waar. Wij beginnen bijvoorbeeld bij juridische procedures te merken, dat goede regelgeving juist de nodige ondersteuning kan geven aan artsen, omdat zij zich daarop kunnen beroepen.'

'Met kwaliteit heeft ook te maken de hele discussie rond de *alternatieve geneeskunde* – ook daarin hebben wij duidelijk het kwaliteitsbeleid als richtsnoer genomen. In dit verband wil ik twee dingen benadrukken: wij dringen er heel sterk op aan dat er binnen de KNMG plaats is voor alle artsen, want wij zijn een club van artsen. Maar wij vinden dat al die artsen met gelijke mate moeten worden gemeten: gelijke monniken, gelijke kappen. Dat betekent onder andere het volgende: wanneer het gaat om discussies die wij nu voeren met de overheid en de ziektekostenverzekeraars waarbij het gaat om de noodzaak om doelmatig en doeltreffend te werken, hetgeen erop neerkomt dat artsen over hun werk en over de kwaliteit van hun werk rekening en verantwoording moeten afleggen – en dat gaat op een steeds klemmender wijze – vinden wij dat geen enkele arts zich daaraan mag onttrekken. Als hij dat toch doet, is er binnen onze vereniging geen plaats voor hem.'

'Alle onverantwoord slechte geneeskunde is in theorie af te straffen, dat is een middel; maar praktisch is zoiets nauwelijks uitvoerbaar, omdat je er zo verschrikkelijk veel mee overhoop haalt. Veel constructiever is het kwalitatief verantwoorde geneeskunde te stimuleren.'

'De hamvraag is: hoe stel je de criteria vast? Wij zullen proberen die tijdens de Algemene Vergadering in het najaar te bepalen. Daarbij maken wij ons er toch heel ongerust over dat de desbetreffende commissie in de Nationale Raad over alternatieve geneeswijzen heel vaag is gebleven over de wijze waarop alternatieve genezers, inclusief artsen, rekening en verantwoording moeten afleggen over hun werk. Dat is *meten met twee maten*; ook alternatieven zullen met toetsbare criteria moeten komen. Elke arts moet in staat zijn aan elke collega glashelder uiteen te zetten hoe en waarom hij of zij tot bepaalde beslis-

singen is gekomen. Wezenlijk is, dat een arts zijn of haar methoden moet kunnen en willen verantwoorden – professionele autonomie mag niet ontaarden in professionele autocratie, maar moet evolueren naar professionele verantwoordelijkheid. Daar waar men zich niet kan verantwoorden, zoals dat het geval is bij een aantal alternatieve genezers – op sommige van die gebieden wordt heel wat gerommeld – daar ben ik het met critici eens; dat moet voor eens en altijd zijn afgelopen. Maar ik ben het ook eens met de andere kant, die zegt dat de alternatieven de gelegenheid moeten hebben zich inhoudelijk kwalitatief te profileren en zélf aan te geven waar het kaf van het koren moet worden gescheiden.'

'Wij hebben nu eenmaal een samenleving, waarin voor allerlei randverschijnselen ruimte is gereserveerd, waarin *consumentisme* hoogtij viert. Vaak wordt daarbij gezegd: mensen gaan naar de alternatieve genezer omdat ze niet tevreden zijn over de reguliere dokter. Uit onderzoek is gebleken dat dat helemaal niet waar is. Dat gedrag is typerend voor de veelgebruiker, het is een patroon geworden: men gaat naar de dokter-men gaat naar de alternatieve genezer, men gaat naar de apotheek-men gaat naar de drogist.'

'Kwalitatief verantwoorde geneeskunde; dan kan ik niet om het *medisch onderwijs* heen. Daarin zou ik een arts ook de aspecten willen leren die sommigen aangeven als redenen waarom mensen kiezen voor alternatieve genezers; de zogenaamde bejegening-aspecten bijvoorbeeld. Maar met alle bezuinigingen in de gezondheidszorg en het medisch onderwijs is dat een schier onmogelijke opgave. Want als wij pleiten voor praktijkverkleining, voor uitbreiding van bepaalde vakken of opleidingen, dan kost het ons de grootste moeite om een en ander voor elkaar te krijgen; soms lukt het zelfs niet eens. Frustrerend is dat sommige van deze wensen niet op inhoudelijke gronden, maar om financiële redenen worden afgewezen. Er wordt dus geen geld beschikbaar gesteld om artsen goed op te leiden en geen voldoende ruimte om naar behoren te werken.

Als mensen dan roepen dat de arts meer tijd moet maken voor zijn patiënt, dan zeggen wij: dat klopt, maar dan moet hij ook meer tijd krijgen!' 'Goede kwaliteit hangt samen met, vloeit voort uit goede opleidingen. Vandaar ook dat de KNMG met de universiteiten nadenkt over herziening van de opleiding. Onze zorg is een goed onderwijscontinuüm: dus eerst de basisarts, dan de vervolgopleiding, vervolgens de nascholing – dat moet achter elkaar bekliven. Maar de zaak ligt wat moeilijk, want de verantwoordelijkheden liggen nogal wijd uit elkaar: eerst heb je voor de basisopleiding het ministerie van onderwijs en de universiteiten, dan voor de vervolgopleiding WVC en de KNMG. Het is dan ook een goede zaak, dat de KNMG bij het regelen van de vervolgopleiding de universiteiten betreft bij de colleges en de registratiecommissies en dat de universiteiten op hun beurt de KNMG betrekken bij de basisopleiding.'

'Ook vinden wij dat er in het medisch onderwijs veel meer ruimte moet komen voor gezondheidsrecht en medische ethiek. De verantwoordelijke voor het basiscurriculum zegt dan: waar moet ik het vandaan halen, wat moet weg? Dat is natuurlijk waar, daar zit een spanningsveld. Maar dat neemt niet weg, dat wij steeds vaker merken dat artsen professioneel en met hun geweten in de knoop komen doordat ze oplopen tegen gezondheidsrechtelijke en medisch-ethische vraagstukken. Dat moet vervolgens bekliven in de vervolgopleiding en de nascholing en bijscholing.'

MEDISCHE ETHIEK

'Onze Commissie Medische Ethiek heeft een beleidsplan gemaakt om medisch-ethische vraagstukken aan te pakken. Zo zullen wij ons bezighouden met de keuzen in de zorg, waarbij wij als uitgangspunt de arts nemen. Vanuit diens professionele verantwoordelijkheid kijken wij wat hij aan professionele autonomie moet inleveren en waaraan hij beslist moet blijven vasthouden.'

'De laatste tijd is ook een aantal vraagstukken rond het levenseinde actueel geworden. Als KNMG hebben

wij ons onlangs nog gebogen over de zogenoemde wils-onbekwamen.

Daarbij hebben wij ons niet primair gericht op levensbeëindiging, maar hebben wij ons in eerste instantie afgevraagd wat de arts legitimeert om almaar door te gaan met behandelen. Waar ligt de grens?'

'Bij wils-onbekwamen hebben wij ons eerst beziggehouden met de heel zwaar gehandicapte pasgeborenen en de comateuse patiënten. Wij zijn vervolgens gaan nadenken over de demente bejaarden. Naar aanleiding van het recente rapport van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie en de discussie daaromheen hebben wij besloten versneld met een eigen standpunt te komen ten aanzien van de kwestie van *hulp bij zelfdoding van psychiatrische patiënten*. Dat onderwerp stond als laatste op het lijstje van de commissie, maar met name door de rapportage van de NVVE, waarin erg veel wordt gezegd over wat artsen nu wel en niet zouden moeten en kunnen, vind ik dat de artsen daarover zelf hun mond open kunnen doen. Wij hebben dus besloten dit probleem met voorrang te behandelen en dat zal ons ook lukken, want we hebben al heel wat ervaring met de vorige nota's.'

'Maar het moet me van het hart, dat ik de kwestie van de psychiatrische patiënten heel moeilijk vind, omdat zij in zoverre een aparte categorie vormen dat hun aandoening in beginsel geen onomkeerbaar proces is; dit in tegenstelling tot de andere categorie patiënten, die meestal terminaal zijn. Er zijn echt zeer depressieve mensen met succes van zelfdoding afgehouden en menigeen onder hen leidt nu toch een min of meer dragelijk bestaan. Bij deze problematiek doet zich vaak de vraag voor: waar trek je de grens? Wanneer is dat psychiatrisch lijden onomkeerbaar en niet meer te verdragen? Dat die limiet maar al te vaak wordt overschreden, weten wij allemaal: er zijn nog altijd mensen die zich onder de trein werpen of die van de flat springen van wie de arts achteraf zegt: ik heb het zien aankomen, ik heb alles aan medische mogelijkheden benut en toch heb ik machteloos moeten toezien dat het gebeurde . . .

Erfelijkheidsdiagnostiek en gentherapie

Welke discussie?

In gesprekken over genetica valt vaak een gevoel van angst te proeven dat de controle over nieuwe mogelijkheden zoekraakt. Er is onzekerheid over wat er wel en niet kan, en of we blij moeten zijn met nieuwe ontdekkingen.

Ruim een jaar geleden kwam een commissie van de Gezondheidsraad met het advies: 'Erfelijkheid: wetenschap en maatschappij'.¹ De hoofdconclusie luidde: 'Het erfelijkheidsonderzoek biedt een belangrijke bijdrage aan de gezondheidszorg, maar misbruik van de uitkomsten moet worden tegengegaan'.² De regering nam in november 1990 over dat (gevraagde) advies een standpunt in;³ daarin wordt uiteengezet hoe het overheidsbeleid zal zijn en waar regelgeving nodig lijkt. De volgende stap is de discussie in de Tweede Kamer, naar verwachting in de loop van dit jaar. Waarover zal die discussie moeten gaan? Voor welke vragen ziet de samenleving zich geplaatst? Wie hebben er op dit moment belang bij erfelijkheidsonderzoek en hoe is dat in de toekomst? Om daarover helderheid te krijgen geef ik een globaal overzicht van daadwerkelijke en mogelijke toepassingen van erfelijkheidsdiagnostiek. Hoe moeten deze worden beoordeeld, welke toepassingen zijn misschien niet aanvaardbaar en hoe houden we die tegen?

VOOR WIE?

Voor het *individu* kan erfelijkheidsdiagnostiek heel waardevol zijn. Bij sommige afwijkingen is een medische behandeling mogelijk, andere kunnen worden voorkómen, bijvoorbeeld door het volgen van een dieet. Erfelijkheidsdiagnostiek maakt ook erfelijkheidsvoorlichting mogelijk: *mensen die kinderen willen*, kunnen door informatie over eventuele risico's een keuze doen die past bij hun eigen situatie en hun eigen opvattingen. Via diagnostiek vóór de geboorte kunnen bepaalde afwijkingen worden aange-toond of uitgesloten: op die manier wordt het ook voor mensen met een

E. T. M. Olsthoorn-Heim

Bij de gewenste toepassing van erfelijkheidsdiagnostiek dient grote zorgvuldigheid te worden betracht. Daarnaast zijn maatregelen nodig om ongewenste toepassingen tegen te gaan, maatregelen die van overheidswege voor een deel aan de betrokken groeperingen worden overgelaten. Maar die moeten dan wel eerst hun kennis en inzicht vergroten, stelt Mw. Mr. E. T. M. Olsthoorn-Heim, secretaris bij de Gezondheidsraad, in dit à titre personnel geschreven artikel.

verhoogd genetisch risico mogelijk een gezond kind te krijgen. Ook anderen dan de mensen voor wie erfelijkheidsdiagnostiek is bedoeld kunnen er belang bij hebben. Een *werkgever* zou via erfelijkheidsdiagnostiek bij sollicitanten kunnen nagaan of er door de genetische aanleg kans bestaat op schade aan de gezondheid bij bepaalde soorten arbeid of bij blootstelling aan bepaalde stoffen in de arbeidsomgeving. Op die manier zou de sollicitant kunnen worden beschermd tegen gezondheidschade en de werkgever tegen het aannemen van een ongeschikte werknemer. Daarnaast zou de werkgever straks tijdens het dienstverband via erfelijkheidsdiagnostiek willen volgen of de arbeid schadelijk is voor het erfelijke materiaal van de werknemer. Een *particuliere verzekeraar* wil tevooren beoordelen of hij een aanvraag voor een verzekering moet accepteren of niet en, zo ja, onder welke voorwaarden. Voor die beslissing zijn medische gegevens interessant, zeker ook genetische gegevens; het gaat de verzekeraar immers vooral om het medische risico in de toekomst. Hoe korter de levensverwachting van de aanvrager, hoe groter de neiging tot uit-

sluiting of een extra hoge premie. Daar komt het verschijnsel van de zogenoemde zelfselectie nog eens bij: mensen die weten dat zij een verhoogd risico hebben, zijn eerder geneigd zich goed te verzekeren dan mensen met een gezond vooruitzicht. Het is logisch dat verzekeraars zich willen verdedigen tegen een kennisvoorsprong van kandidaat-verzekerden.

Ook de *overheid* kan belang hebben bij de toepassing van erfelijkheidsdiagnostiek: erfelijkheidsvoorlichting kan als effect hebben de preventie van aangeboren afwijkingen. Als er minder gehandicapte kinderen worden geboren, gaan de kosten in de gezondheidszorg misschien omlaag en worden ook de collectieve lasten gedrukt: er zijn minder speciale voorzieningen nodig.

Tenslotte heeft de *samenleving als geheel* belang bij het voorkómen van leed en verdriet, en bij het vergroten van de eigen keuzevrijheid van mensen. De samenleving kan profiteren van de verworvenheden van de genetica, als daardoor tenminste inderdaad de keuzemogelijkheden voor mensen worden vergroot en er de garantie is dat individuele keuzen worden gerespecteerd door de omgeving.

TUSSENSTAND

Wat betreft de betekenis van erfelijkheidsdiagnostiek voor *individen* en *maatschappijen* zien we na het advies van de Gezondheidsraad en het regeringsstandpunt het volgende beeld: De ontwikkeling van erfelijkheidsdiagnostiek moet worden bevorderd, inclusief wetenschappelijk onderzoek in de zin van het zoeken naar nieuwe genen en de ontwikkeling van nieuwe diagnostische methoden, maar de toepassing ervan moet aan een aantal voorwaarden voldoen; het gaat dan vooral over (gewenste) toepassingen van erfelijkheidsdiagnostiek binnen de gezondheidszorg. Daarnaast liggen toepassingen van erfelijkheidsdiagnostiek buiten de gezondheidszorg in het verschiet, die ter discussie

staan. Ook binnen de gezondheidszorg of op de grensgebieden daarvan is dat het geval. Van sommige toepassingen kan nu al worden gezegd dat ze niet aanvaardbaar zijn, bij andere ligt dat genuanceerder.

GEWENSTE TOEPASSINGEN

Bij vormen van erfelijkheidsdiagnostiek die aantoonbaar bijdragen aan het welzijn van individu en samenleving gaat de discussie niet langer over de wenselijkheid ervan, maar meer over de grondrechten van mensen, met name het beginsel van de zelfbeschikking. In onze samenleving heeft ieder mens het persoonlijke recht zijn leven naar eigen inzicht in te richten, rekening houdend met de rechten van anderen. De overheid heeft tot taak deze rechten waar nodig actief te beschermen. De instrumenten daarvoor zijn de rechten op informatie, toestemming, geheimhouding, privacy en zeggenschap over het gebruik van lichaamsmateriaal. De regering meent, dat de rechtspositie van de patiënt/adviesvrager voldoende zal worden beschermd in de toekomstige Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). De Tweede Kamer heeft het voorstel van WGBO kritisch ontvangen.⁴ Verder vindt de regering, dat met de bestaande Wet Persoonsregistraties en de ruimte die deze wet biedt voor zelfregulering, voldoende waarborgen voor de privacy aanwezig zijn. De overheid moet daarnaast het nodige doen om publieks- en patiëntenvoorlichting te stimuleren en garanties te bieden voor een goed gebruik van erfelijkheidsdiagnostiek. De overheid moet geen drempels opwerpen voor mensen die erfelijkheidsadvies willen vragen, maar omgekeerd ook geen drang of dwang uitoefenen op mensen die daarvan afzien.⁵ De kwaliteit van erfelijkheidsdiagnostiek moet gegarandeerd zijn. De regering doet geen concrete voorstellen over scholing en voorlichting. Wel heeft de Nationale Raad voor de Volksgezondheid inmiddels geadviseerd inzake de voorlichting over preventie van aangeboren afwijkingen.⁶ De Vereniging van Samenwerkende Ouder- en Patiëntorganisaties (VSOP) is zeer actief op het terrein van voorlichting. Inzake de kwaliteit en de toegankelijkheid van erfelijkheidsdiagnostiek

wil de regering een voorwaarden-scheppend beleid voeren door middel van de instrumenten van planning, verstrekkingen en subsidies. De verkrijgbaarheid van doe-het-zelftests wil zij beperken tot de klinisch-genetische centra. Over het tegengaan van dwang of drang zegt de regering dit: 'Wij zijn van mening dat, wanneer een medische indicatie aanwezig is, het aan ieder individu zelf is te beslissen een erfelijkheidsonderzoek te laten verrichten en beslissingen te nemen op grond van de uitkomsten van dat onderzoek. Van enige mate van overheidswang bij deze beslissing mag en zal geen sprake zijn.' De regering zegt hiermee tegelijk, dat mensen die geen medische indicatie hebben (bijvoorbeeld alleen willen weten of het een jongen of een meisje wordt) niet in aanmerking komen voor erfelijkheidsdiagnostiek.⁷

TOEPASSINGEN TER DISCUSSIE

Allereerst zijn er mogelijke nieuwe toepassingen van erfelijkheidsdiagnostiek binnen de gezondheidszorg. *Bevolkingsonderzoek* bijvoorbeeld. Een aantal screeningsprogramma's wordt al jaren uitgevoerd en is algemeen geaccepteerd, zoals de hieprijs bij pasgeborenen (fenylketonurie en congenitale hypothyreoïdie). Nieuwe soorten van bevolkingsonderzoek dienen zich aan, bijvoorbeeld het testen van jonge volwassenen op dragerschap van kystische fibrose. Zowel de Gezondheidsraad als de regering meent, dat er hoge zorgvuldigheidseisen moeten worden gesteld aan bevolkingsonderzoek en dat er geen bevolkingsonderzoek na de geboorte moet plaatsvinden naar ernstige ziekten en aandoeningen waarvoor nog geen mogelijkheden voor behandeling of preventie bestaan. De regering wil bevolkingsonderzoek naar genetische afwijkingen (ook aan de vrucht) of naar de aanleg voor genetisch bepaalde aandoeningen, die mogelijk psychische of lichamelijke schade kunnen opleveren, aan een vergunningsplicht onderwerpen via de komende Wet op het bevolkingsonderzoek.⁸ Een heel andere mogelijke toepassing van erfelijkheidsdiagnostiek is de zogenoemde *pre-implantatiediagnostiek*.⁹ Deze techniek zou een alternatief bieden voor mensen met een ver-

hoogd risico op de geboorte van een kind met een erfelijke ziekte: het niet implanteren van een aangedane vrucht zou de voorkeur kunnen hebben boven abortus. Een nadeel zou wel zijn dat de bevruchting in de reageerbuis moet plaatsvinden. Los van allerlei andere vragen rond een dergelijke techniek is nu al duidelijk dat experimenten met pre-embryo's onmisbaar zijn voor het ontwikkelen ervan. Zijn deze experimenten toelaatbaar en, zo ja, mogen daarvoor alleen 'rest-embryo's' worden gebruikt (embryo's die overblijven bij reageerbuisbevruchting) of mogen voor dat wetenschappelijk onderzoek ook speciaal pre-embryo's gekweekt worden? Zowel het advies als de regering meent dat een 'neen', tenzij hier op zijn plaats is.¹⁰ Dergelijke experimenten zouden bij uitzondering en onder strikte voorwaarden toelaatbaar zijn, en aan een centrale toetsing moeten worden onderworpen. De regering wil dit regelen via de Wet Medische Experimenten (in wording) en een voor te bereiden Wet Fertiliteitstechnieken. Een derde mogelijk nieuwe toepassing van erfelijkheidsdiagnostiek ter discussie ligt op het gebied van het *ingrijpen in genen*. Dit is, op één onderdeel na, nog toekomstmuziek. Het onderdeel dat dichterbij komt is de minst omstreden toepassing: de somatische gentherapie.¹¹ Dit is de behandeling van iemand met een erfelijke ziekte door middel van ingrijpen in zijn lichaamscellen. Zo'n behandeling is vergelijkbaar met een bloedtransfusie of een orgaantransplantatie. Experimenten met somatische gentherapie zouden onder de gewone regels van medische experimenten met mensen vallen, zij het dat deze – volgens het advies en de regering – landelijk moeten worden getoetst. Als de behandeling eenmaal voldoende op veiligheid en werkzaamheid is onderzocht, staat niets toepassing ervan meer in de weg; het nageslacht wordt niet beïnvloed of veranderd, het gaat alleen om de patiënt zelf. Dit is anders als er in de genen van de kiembaan wordt ingegrepen: in dat geval zal de verandering worden doorgegeven aan het nageslacht. De kiembaan-gentherapie zou de uitbanning van erfelijke ziekte, ook in het nageslacht, tot doel hebben, maar het is nog totaal onzeker of dit kan en welke risico's er met de ingreep worden gelopen. De Gezondheidsraad

vindt dat de beroepsgroep een moratorium moet instellen. De regering gaat nog een stap verder en wil een wettelijk verbod op kiembaan-gentherapie.

Nog dubieuzer wordt het, als niet alleen de risico's volstrekt onzeker zijn, maar ook het doel buiten behandeling of genezing ligt. Verandering van genen in de kiembaan om eigenschappen van mensen te verbeteren (eugenetica) is volstrekt uit den boze. Het wettelijk verbod dat de regering wil instellen voor kiembaan-gentherapie in algemene zin, zal dergelijke eugenetische toepassingen helpen voorkomen.

Ook *buiten de gezondheidszorg* dienen zich nieuwe mogelijkheden aan. Vragen zijn dan: mogen mensen worden 'gestraft' voor het vrijwillig ondergaan van erfelijkheidsdiagnostiek, doordat zij worden gedwongen bij het aanvragen van een levensverzekering of het solliciteren naar een baan hun genetische heden en toekomst bloot te leggen? Mag van mensen worden gevraagd mee te werken aan erfelijkheidsdiagnostiek op verzoek van een verzekeraar of werkgever terwijl zij zelf niet voor dergelijk onderzoek gekozen hebben? Men lijkt het erover eens, dat onderzoek naar erfelijke aanleg als methode voor selectie van sollicitanten moet worden tegengegaan. Werkgevers mogen alleen naar genetische informatie vragen als deze direct relevant is voor de medische geschiktheid voor de functie op het moment van de aanstellingskeuring. De regering vindt wetgeving niet nodig. De sociale partners kunnen zelf zorgen dat er geen erfelijkheidsdiagnostiek plaatsvindt en de rechtspositie van de keuring wordt volgens de regering voldoende geregeld in de WGBO en de Arbeidsomstandighedenwet. Het laatste wordt door velen betwijfeld.¹² Hoe zit het in dit verband met werkgevers die werknemers willen testen op het gebruik van alcohol en drugs?¹³ Moet erfelijkheidsdiagnostiek in het kader van een verzekeringsaanvraag worden verboden? Mogen verzekeraars naar genetische informatie vragen? Of mag dat alleen bij een hoger te verzekeren bedrag dan de betrokkene nodig heeft voor het afdekken van reële financiële risico's? De Gezondheidsraad bepleit in haar advies een wettelijk verbod op gericht

erfelijkheidsonderzoek en een beperking van de mededelingsplicht.¹⁴ De verzekeraars hebben inmiddels toegezegd de eerste vijf jaar geen gericht erfelijkheidsonderzoek te zullen verrichten en voor het vragen naar beschikbare erfelijke gegevens de twee-tongrens te hanteren die ook bij HIV-infectie geldt.¹⁵ Onder de twee ton zal dus voorlopig niet naar resultaten van eerder erfelijkheidsonderzoek worden gevraagd, tenzij – de adder onder het gras – de antwoorden op de gezondheidsverklaring aanleiding geven tot gericht medisch onderzoek. Bij zo'n nader onderzoek – op 'medische indicatie', een vaag begrip – kan weer wél naar erfelijke gegevens worden gevraagd. Intussen blijkt, dat in de gezondheidsverklaring alle vragen, ook die over erfelijke ziekten, zijn blijven staan.¹⁶ De regering vindt dat de toezeggingen van de verzekeraars genoeg waarborgen bieden en is bang voor negatieve effecten van wetgeving in verband met Europa 1992. Het is de vraag of de Tweede Kamer hier hetzelfde over denkt.

BESLUIT

Het gehele terrein van de genetica overziend, is het duidelijk dat grote zorgvuldigheid nodig is bij de gewenste toepassingen van erfelijkheidsdiagnostiek, vooral met respect voor de rechten van het individu. Daarnaast is een aantal maatregelen nodig om ongewenste toepassingen van erfelijkheidsdiagnostiek tegen te gaan. De regering vertaalt die maatregelen voor een deel in wetgeving en laat ze voor een deel over aan zelfregulering door de betrokken maatschappelijke groeperingen. De regering geeft aan, met haar standpunt een eerste stap te zetten in de discussie. Het laatste woord is zeker nog niet gezegd, al blijft het lang stil. Voor een echte maatschappelijke discussie is nodig, dat de kennis van en het inzicht in erfelijke ziekten en aandoeningen, en in de mogelijkheden en onmogelijkheden van diagnostiek en behandeling, worden vergroot. Voor de praktijk lijkt het mij belangrijk dat mensen hun rechten kennen. De rechten op informatie, niet-weten, toestemming, geheimhouding, privacy-bescherming, vernietiging van gegevens of opgeslagen weefsel, kunnen mensen steunen bij het maken van eigen keuzes.

Literatuur en noten

1. Gezondheidsraad. Commissie erfelijkheidsdiagnostiek en gentherapie. Erfelijkheid: wetenschap en maatschappij: over de mogelijkheden en grenzen van erfelijkheidsdiagnostiek en gentherapie. Den Haag: Gezondheidsraad 1990, publikatienr. 1989-31.
2. Zie voor reacties op dit advies: B. C. J. Hamel, Erfelijkheid: wetenschap en maatschappij; een advies van de Gezondheidsraad, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1990, 134, nr. 141, p. 1982-3; en Dr. I. D. de Beaufort, Individuele autonomie, paternalisme en maatschappelijke verantwoordelijkheid, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1991, 1, p. 2-16. Koningin Beatrix vroeg in haar Kersttoespraak van 1990 aandacht voor fundamentele vragen en verantwoordelijkheden van de mensheid in dit verband.
3. Tweede Kamer der Staten-Generaal. Erfelijkheidsdiagnostiek en gentherapie. Brief van de staatssecretaris van WVC en de minister van Justitie aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal 30 november 1990, Vergaderjaar 190-1, 21948, nr. 1.
4. Tweede Kamer der Staten-Generaal. Wijziging van het Burgerlijk Wetboek en enige andere wetten omtrent de overeenkomst tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst. Voorlopig Verslag, 21561, nr. 5.
5. Zie over het ongebruikt laten van diagnostische mogelijkheden Tj. Tijmstra c.s., Afzien van antenatale diagnostiek: een keuze met gevolgen, Medisch Contact nr. 18/1990, blz. 577.
6. NRV, Advies voorlichting preventie aangeboren afwijkingen, Zoetermeer 1990.
7. Zie over vragen rond de indicatiestelling De Beaufort (t.a.p.) en Hamel (t.a.p.).
8. Volgens het wetsvoorstel komt er een college, onder te brengen bij de Gezondheidsraad, dat adviseert over vergunningsaanvragen. Zie uitvoerig: Gezondheidsraad, College van Advies en Beraad, Jaaradvies gezondheidszorg 1990, Den Haag 1990, publikatienummer 1990/25.
9. Volgens Hamel (t.a.p.) is deze mogelijkheid dichterbij dan het advies van de Gezondheidsraad suggereert.
10. Anders: H. Jochemsen c.s., Niet-therapeutisch embryo-onderzoek is moreel onverantwoord: advies Gezondheidsraad niet consequent, Medisch Contact nr. 18/1990, blz. 573.
11. De eerste experimenten bij mensen zijn in de Verenigde Staten en in Frankrijk goedgekeurd: D. Cournoyer en C. Thomas Caskey, Gene transfer into humans; a first step, New England Journal of Medicine vol. 323 no. 9, aug 30 1990; French gene trials, New Scientist, 6 april 1991, p. 16.
12. Zie bijvoorbeeld het rapport Rechtsbescherming bij medische keuringen, literatuur, rechtspraak en wetgeving(sbeleid), Instituut voor Sociale geneeskunde 1991.
13. Th. M. G. van Berkestijn, Dr. R. J. M. Dillmann en Mr. R. M. S. Doppegieter. Het testen van werknemers op het gebruik van alcohol en drugs, Medisch Contact nr. 14 1991, blz. 439.
14. Zie voor een reactie: Commentaar van het verbond van Verzekeraars in Nederland op de rapporten AIDS en particuliere verzekeringen, NCAB januari 1990; en Erfelijkheid: wetenschap en maatschappij Gezondheidsraad december 1989. Zie ook: I. J. M. Arnold en S. van de Vathorst, Gezondheidsrisico's, erfelijkheidsonderzoek en verzekeringen, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 191; 135, nr. 11, p. 480-83; en in gelijke zin als de Gezondheidsraad: KNMG, risicokeuringen in medisch perspectief, Commissie Medische Ethiek, Utrecht 1991.
15. Verbond van Verzekeraars in Nederland, Persbericht Bureau Voorlichting Verzekering, Den Haag 6 maart 1990.
16. De Gezondheidsraad vindt naar aanleiding van de problematiek rond HIV-infectie dat de gezondheidsverklaring aan herziening toe is. Gezondheidsraad, Beradsgroep Gezondheidsethiek en Gezondheidsrecht, De HIV-test en levensverzekeringen. Gezondheidsraad, Den Haag 1991, publikatienr. 1991/04.

PORTRETten UIT EEN HUISARTSPRAKTIJK

Bevalling

Iedere huisarts die ooit bevallingen heeft gedaan, heeft daar zo zijn herinneringen aan. Meestal vreugdevolle, soms teleurstellende. De uitgezakte navelstreng, de dwarsligging, de moeilijke stuit, de placenta-loslating – schrikbeelden, die velen hebben doen besluiten de partus maar in het ziekenhuis te doen plaatsvinden: daar is alles bij de hand, daar is het risico zo klein mogelijk, iets wat vooral ook bij de aanstaande ouders een steeds grotere rol is gaan spelen.

Eind jaren vijftig was dat nog niet zo doorgedrongen; sterven en geboren worden hoorden thuis plaats te vinden, al waren de omstandigheden vaak verre van optimaal. Velen waren ook nog niet in het ziekenfonds. Een opname betekende dus een geweldige aanslag op het gezinsbudget; in mijn plattelandspraktijk moest er vaak een koe aan worden opgeofferd.

Bovendien werden er veel meer kinderen geboren in een gezin: gezinnen van acht tot twaalf kinderen waren heel normaal.

Deze moeders waren gewend om kinderen te baren. Ze werden bijgestaan door oma's en buurvrouwen, echte ervaringsdeskundigen. De dokter werd er zo laat mogelijk bij gehaald. Meestal was het de kraamverzorgster die het eerst geroepen werd en zij bepaalde of er voldoende ontsluiting was om het persen onder leiding van de dokter te laten beginnen. Het was haar eer te na te vroeg te roepen.

Er is wel eens iemand tot verrassing van de huisarts bevallen, omdat de laatste onwetend was van de zwangerschap van zijn patiënt, die het helemaal niet nodig had gevonden op zwangerschapscontrole te komen. Daar werd veel propaganda voor gemaakt: rhesus-antagonisme – een schrikbeeld – en zwangerschapstoxicose raakten bekend.

Iedere praktijk had echter zijn anders-socialen, aan wie dergelijke moderne inzichten voorbijgingen – het was de natuur die de loop der dingen bepaalde. Indertijd was er een heel stel. Zij bewoonden kleine boerderijtjes, meer hutten, woonwagens of hou-

ten woningen, een soort veredelde kippehokken. Het kwam voor dat je de ene dag een bevalling deed in een woonwagen op het woonwagenkampje ver buiten het dorp en dat je de volgende dag merkte dat het hele kamp, pasgeborene inclusief, was verdwenen; om de een of andere reden werd er verder getrokken: het kind was toch geboren . . .

Op een nacht in de winter werd ik bij de familie K geroepen. De vader kwam me al knetterend op zijn Solex meedelen dat 'de vrouw' moest bevallen van het vierde kind. Zij woonden ver achter in de bossen in een houten hut van zes bij acht meter aan een mul zandpad. Het had fors geregend, dus ik nam de landbouwjeep om zeker te weten dat ik niet in de modder zou blijven steken.

Frank van Wijnen

Het was moeilijk te vinden in het stikdonker. Ik had de vader gevraagd mij op te wachten aan het begin van de bosweg en mij voor te lichten met zijn bromfiets.

Slingerend de plassen ontwijkend kwamen we bij de hut.

Het was er donker. Achter het venster een spaarzame verlichting; de elektriciteit was nog niet doorgedrongen in dit veraf gelegen oord.

Je kon met de deur in huis vallen; de woning bestond uit één ruimte: een woon- en een slaapgedeelte, de keuken provisorisch aan één kant, de WC buiten in een hokje. In de kamer stonden naast een groot bed, twee kinderbedjes, een tafel en enkele stoelen, alles uiterst schamel en armoedig. Er brandde een salamanderkacheltje, kennelijk met hout gestookt; er hing een lichte rubberstank, vermengd met etensluchten van boerenkool.

Uit de kleine bedden staken drie kinderkopjes; in het donker leken het wel jonge spreeuwen die wakker geschrokken wa-

ren. Zij waren muisstil, vol afwachting van de dingen die stonden te gebeuren en onder de indruk dat de dokter nog zo laat bij hen was binnengestapt.

De barende vrouw lag slonzig tussen de verweerde lakens te steunen; zij was kennelijk al ver heen, het kind zou niet lang op zich laten wachten. De vader had de kraamverzorgster niet gewaarschuwd. Hij werd onmiddellijk weer naar het dorp teruggestuurd.

Ik overzag wat me verder te doen stond.

Ik pompte water in een pan die ik onder het gootsteentje vond; helemaal schoon was-tie niet. Ik zette hem op het kacheltje. Een luid gesis op het vuur was het gevolg . . . verdomme die pan, die lekt . . . bijna was ook de kachel nog uitgegaan; een dikke rook vulde het vertrek. Ik vroeg of er ook nog luiers waren. De kraamvrouw wees op een kast zonder deur, waar wat lappen de naam van luiers niet konden verdragen. Al mijn gepruts werd luid becommentarieerd vanuit de ledikantjes: 'Wat doet-ie nou?' 'Mammie, wat komt de dokter doen?' 'Kindje halen,' zuchtte de moeder. De ontsluiting schoot intussen aardig op, perstijd was aangebroken.

Wat was het zalig toen ik de vertrouwde stem hoorde van onze zeer ervaren wijkkraamverzorgster. Struis beende ze binnen en overzag het slachveld. Zij wist niet dat mevrouw in verwachting was. Ze had, toen ze hoorde hoe ver het was, snel wat luiers en handdoeken meegenomen: die zouden daar wel van pas komen.

Behendig lichtte zij me bij met haar zaklantaarn – een oliepit is ook niet alles. De bevalling liep naar wens. Een deerntje van acht pond werd met gejuich door de jeugdige toeschouwers ontvangen.

Een jaar later stond in de krant dat een houten keet in vlammen was opgegaan; drie kinderen omgekomen. De ouders waren op de bromfiets naar de markt gegaan en hadden het huis op slot gedaan. De familie K te H.

De rol van de jeugdgezondheidszorg bij seksuele kindermishandeling

Regionale verschillen zullen er zijn en blijven

Jeugdgezondheidszorg heeft in de loop der tijd een bredere betekenis gekregen. Zo worden gezondheidsvoorlichting en opvoedingsactiviteiten van jeugdwerkers en binnen het onderwijs soms ook tot de jeugdgezondheidszorg gerekend. In deze bijdrage wordt jeugdgezondheidszorg beperkt tot de (preventieve) gezondheidszorg.

De jeugdgezondheidszorg heeft tot doel de gezondheid, groei en ontwikkeling van jeugdigen van 0-19 jaar te bevorderen en te beveiligen. Onderscheiden worden twee leeftijdsgroepen:

- van 0 tot schoolgaand. De zorg aan deze groep wordt door de kuisvereniging verleend via de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters.
- vanaf schoolgaand. Deze zorg wordt verleend door de afdelingen Jeugdgezondheidszorg van gemeentelijke en gemeenschappelijke gezondheidsdiensten.

Het gestelde doel wordt nagestreefd door:

- begeleiding van groei en ontwikkeling;
- vroege opsporing van afwijkingen;
- vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen;
- beïnvloeding van de wisselwerking tussen gezondheid en milieu in positieve zin;
- gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO);
- samenwerking met andere personen en instellingen die zorg verlenen aan jeugdigen;
- het verzamelen van voor het beleid van belang zijnde epidemiologische gegevens (peilstations jeugdgezondheidszorg).

Uitvoering van de zorg vindt plaats door middel van periodiek geneeskundig onderzoek, gericht onderzoek (onder meer op verzoek van ouders, leerlingen, leerkrachten, peuterspeelzaal- of kleuterleidsters), advisering, huisbezoek, open spreekuur, voorlichting (zowel individueel als

Dr. R. A. Hirasing

Jeugdarts Dr. R. A. Hirasing is als wetenschappelijk onderzoeker verbonden aan het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO te Leiden. Hij maakt deel uit van de Werkgroep Seksueel Misbruik Jeugdigen, die op verzoek van WVC richtlijnen opstelt voor het handelen bij (een vermoeden van) seksueel misbruik. In dit artikel gaat hij in op de rol van de jeugdgezondheidszorg ter zake.

collectief), themabijeenkomsten, ouderavonden, participatie in samenwerkingsverbanden. Het initiatief voor onderzoek gaat uit van de organisatie voor jeugdgezondheidszorg, in tegenstelling tot de curatieve zorg, waar het initiatief voor het eerste onderzoek uit gaat van de patiënt of, indien het kinderen betreft, van hun ouders. In de jeugdgezondheidszorg wordt de zorg actief aangeboden. De onderzoeken in de jeugdgezondheidszorg worden veelal uitgevoerd door (jeugd)artsen, verpleegkundigen, doktersassistenten. Verder kunnen onderzoeken verschillend per dienst worden uitgevoerd door psychologen, pedagogen, maatschappelijk werkers, logopedisten, fysiotherapeuten. De jeugdgezondheidswerkers kunnen bij hun activiteiten worden ondersteund door andere deskundigen binnen de GGD, zoals GVO'ers en epidemiologen.

(SEKSUELE) KINDERMISHANDELING

De jeugdgezondheidszorg stelt zich ook ten doel (seksuele) kindermishandeling te voorkomen c.q. zo vroeg mogelijk op te sporen. Daarnaast kan ze er door middel van voorlichting toe

bijdragen dat onduidelijkheden rond seksueel misbruik worden doorbroken. Voorts kan de jeugdgezondheidszorg epidemiologische gegevens hierover verzamelen (onder andere via de peilstations) om zowel landelijk als regionaal beleid (verder) te ontwikkelen; dit laatste zowel om de kwaliteit te verbeteren als om knelpunten op te lossen c.q. voorzieningen te creëren. Kinderen die het slachtoffer zijn of dreigen te worden van (seksuele) kindermishandeling hebben hulp nodig. De hulp die dient te worden geboden omvat de onderkenning dat de betrokkenen worden mishandeld (signalering) en een actie om de mishandeling te laten stoppen (hulpverlening). Verdere hulpverlening (meerspoorbeleid) is geen taak van de jeugdgezondheidszorg, maar van andere hulpverleningsinstellingen.

Doordat de medewerkers van consultatiebureaus en afdelingen Jeugdgezondheidszorg van gezondheidsdiensten alle kinderen van 0-19 jaar onder hun zorg hebben en deze kinderen en hun ouder(s) regelmatig voor een periodiek onderzoek oproepen, zijn zij in de gelegenheid een belangrijk aandeel te leveren aan preventie, voorlichting, vroege signalering en het op gang brengen van hulpverlening. Zij hebben bij deze taak ondersteuning van andere deskundigen of organisaties als het Bureau Vertrouwensarts of een samenwerkingsverband (seksuele) kindermishandeling. Om deze taak goed uit te voeren dienen zij goede relaties te onderhouden met andere zorgverleners of hulpverleners die met het kind te maken hebben; met name een goede relatie met de huisarts is een voorwaarde. Daarnaast dient gebruik te worden gemaakt van de consultatiemogelijkheden door de RIAGG.

PREVENTIE EN VOORLICHTING

Met betrekking tot preventie en voorlichting kunnen de jeugdgezondheidszorgmedewerkers mede op

grond van de gegevens verkregen tijdens het periodiek geneeskundig onderzoek en op grond van gericht onderzoek aangeven wanneer en waarover groepsgewijze voorlichting zinvol is. Collectieve voorlichting aan kinderen kan het best door de leerkrachten zelf geschieden, hierbij ondersteund door werkers van de gezondheidsdienst. Door middel van voorlichtingsmateriaal en bijeenkomsten kunnen intermediairs (peuterspeelzaalleidsters en leerkrachten) worden geïnformeerd en ondersteund. Samenwerking met intermediairs wordt gezocht voor het opstellen van preventieprogramma's voor jeugdigen. De voorbereiding en de uitvoering van preventieprogramma's dienen deskundig te worden begeleid, niet alleen door werkers van de jeugdgezondheidszorg maar ook door werkers van bijvoorbeeld GVO en RIAGG.

Een belangrijke preventieve activiteit, gericht op het individu, bestaat uit individuele advisering en zo nodig verwijzing bij signalering van gezinsproblemen die kunnen leiden tot seksuele kindermishandeling. De individuele advisering werkt sneller en directer, en kan de collectieve advisering versterken en concreter maken.

VROEGE OPSPORING

Vroege opsporing houdt in:

- dat intermediären met name peuterspeelzaalleidsters en leerkrachten, wanneer zij een vermoeden van seksueel misbruik hebben, dit met jeugdgezondheidszorgmedewerkers kunnen bespreken;
- dat de medewerker zelf signalen van seksueel misbruik tijdens het geneeskundig onderzoek onderkent, toetst bij degenen met wie wordt samengewerkt en zo nodig samen met hen een plan van aanpak maakt (zie verder).

De werkers in de jeugdgezondheidszorg dienen de (betekenis van) signalen die duiden op (seksuele) kindermishandeling te (onder)kennen. Tijdens het periodiek geneeskundig onderzoek zal de jeugdarts of de jeugdverpleegkundige alert dienen te zijn op de aanwezigheid van signalen en symptomen die kunnen wijzen op (seksuele) kindermishandeling. Zij of hij dient tijdens het geneeskundig onderzoek in het kader van het beoordelen van de natuurlijke lichaamsope-

ningen (gehoorgang, keel, neus) ook aandacht te besteden aan de genitalia en de anus, mede om tijdig signalen van seksuele kindermishandeling op het spoor te komen. Bij het onderzoek van de genitalia en de anus is het essentieel een onderscheid tussen normaal en abnormaal te maken en bij aanwezigheid van een signaal ook andere mogelijke oorzaken erbij te betrekken. Hiertoe zal de jeugdarts zich steeds weer moeten laten (bij)scholen. Ook bij twijfel over (seksuele) kindermishandeling zal actie moeten worden ondernomen. Bij vroege opsporing gaat het meestal om specifieke signalen en is het risico van onterecht vermoeden en signaleren steeds aanwezig. Daar het echter om een ernstig feit gaat, kan ten onrechte niet signaleren veel schadelijker zijn. Om onterechte signalering of niet terechte vermoedens zoveel mogelijk te vermijden zal de jeugdarts niet primair moeten streven naar het stellen van een diagnose, maar naar verwijzing naar een hulpverlenend instelling; bij de jeugdgezondheidszorg staan preventie en vroege signalering centraal. Overigens wordt ervan uitgegaan dat ouders op de hoogte zijn van het doel en de uitvoering van het periodiek geneeskundig onderzoek en de vrijwilligheid daarvan. De rechten van de ouders dienen te worden vastgelegd in een privacy-reglement.

SAMENWERKING

Signalering en hulpverlening zullen effectiever zijn naarmate er een betere samenwerking bestaat met andere instellingen die deskundigheid op dit gebied hebben.

Met peuterspeelzaalleidsters, leerkrachten en leerlingbegeleiders moeten afspraken worden gemaakt over de te volgen handelwijze bij vermoedens van seksuele kindermishandeling. Zij moeten hun vermoedens met de jeugdartsen kunnen bespreken om zo nodig samen een proces te starten om duidelijkheid te krijgen c.q. hulpverlening te adviseren. De medewerkers van de jeugdgezondheidszorg fungeren voor leerkrachten en andere signaleerders als vertrouwenspersoon of als degene met wie zij kunnen brainstormen. Zij dienen te beschikken over een voorkeursroute of beslisschema voor het traject 'vermoeden' of 'signaal tot verwijzing'. De vermoedens dienen altijd serieus te worden

genomen. Zo nodig neemt de jeugdgezondheidszorgwerker de zorgen van deze functionarissen over. In daarvoor in aanmerking komende situaties zal aan de ouders duidelijk moeten worden gemaakt dat het kind hulp behoeft en dat deze hulp door deskundigen moet worden gegeven. Wanneer de signalen en symptomen duidelijk wijzen op seksuele kindermishandeling, moet een gesprek hierover plaatsvinden. Eventueel kan zelfs samen met de ouder een plan van aanpak worden opgesteld. Vooroverleg hierover verdient aanbeveling. Dit overleg kan op verschillende niveaus: tussen school en afdeling Jeugdgezondheidszorg, tussen afdeling Jeugdgezondheidszorg en Bureau Vertrouwensartsen, tussen afdeling Jeugdgezondheidszorg en RIAGG, en tussen afdeling Jeugdgezondheidszorg en Raad voor de Kinderbescherming. Het efficiëntst is een bespreking in een samenwerkingsverband of een consultatieteam.

Wanneer de signalen en symptomen van dien aard zijn dat verder onderzoek noodzakelijk is, moet niet worden getracht eerst een diagnose te stellen maar dient verwezen te worden. De signalen en symptomen dienen voldoende te zijn om de ouder(s) ertoe te brengen verdere hulp te zoeken.

Het spreekt voor zich dat wat hiervóór is beschreven niet voor alle jeugdgezondheidsdiensten geldt en dat de uitvoering niet overal hetzelfde is. Er zullen regionale verschillen zijn en blijven.

VOORKEURSRROUTE

1. Door middel van voorlichting worden degenen die ter zake kunnen signaleren/een vermoeden kunnen hebben op de hoogte gebracht dat zij met de jeugdarts/jeugdverpleegkundige contact kunnen opnemen bij vermoeden van (seksuele) kindermishandeling. Voorts wordt informatie gegeven over de werkwijze van de afdeling Jeugdgezondheidszorg (geheimhouding, inbreng elders, enz.).
2. Leidster, leerkracht, ouders, familie, anderen hebben vermoeden van seksuele kindermishandeling.
3. Degeen die een vermoeden van (seksuele) kindermishandeling heeft, neemt contact op met (eigen) jeugdarts/verpleegkundige.

4. Jeugdgezondheidswerker overlegt met eigen commissie binnen de dienst of binnen de regio.
5. Jeugdgezondheidswerker maakt met de 'vervoerder' een afspraak binnen twee werkdagen voor nader overleg. Intussen blijft de melder alert op signalen en neemt zelf zo nodig eerder contact op.
6. Jeugdarts meldt het vermoeden aan het bureau Vertrouwensarts.
7. Jeugdgezondheidsmedewerker

- verzamelt gegevens in overleg met Bureau Vertrouwensarts. Mogelijkheden zijn: oproepen kind, observatie in de groep, gesprek met ouder of verzorger, overleg met huisarts, gegevens opvragen uit vorige/andere zorgperiodes. Zo nodig vraagt de medewerker het dossier van broertjes en/of zusjes op.
8. Overleg met diegenen die rechtstreeks bij het geval zijn betrokken.
9. Proberen een vertrouwenspersoon

- voor het kind binnen en/of buiten het gezin te vinden. Let op de natuurlijke of reeds bestaande vertrouwenspersonen (met wie zoekt het kind zelf contact?)!
10. Wederom overleg: *vermoeden wordt sterk* > bespreking in regionaal samenwerkingsverband > verwijzen naar hulpverlenende instelling; *vermoeden wordt niet duidelijk* > kind volgen; bij verhuizen doorgeven aan collega.

Bericht uit Amsterdam

De medicalisering van het geboorteproces en de rol van het ziekenfonds

Een enquête onder Amsterdamse verloskundigen

Het is al lang bekend dat Amsterdam, ten opzichte van het landelijk gemiddelde, een zeer hoog aantal klinische opnamen voor gynaecologie kent. Deze 'meerconsumptie', in 1987 27%,¹ betreft met name opnamen bij de bevalling en tijdens de perinatale zorg. Is het hogere opnamecijfer alleen een gevolg van de grootstedelijke problematiek van Amsterdam, zoals een relatief hoog aantal heel jonge en oude zwangere vrouwen, allochtonen en marginaal levende vrouwen,² of liggen er (ook) andere oorzaken aan ten grondslag, zoals het wel erg snel overgaan tot een primair medische indicatie* en/of de weigering van vele Amsterdamse gynaecologen zich te houden aan de vernieuwde Verloskundige Indicatie Lijst 1987, ook wel genoemd de nieuwe Kloosterman-lijst?³ Bij de medische adviesdienst van het Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken (ZAO) leeft het vermoeden dat in ieder geval een aanzienlijk deel van het hoge aantal medisch geïndiceerde klinische bevallingen zich laat ver-

E. V. Simons,
L. van der Hulst en
A. van Gelder-Hertzberger

In het werkgebied van het Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken berust de indicatiestelling tot een klinische bevalling veelal op een wankel basis - een situatie waaraan men bij dit fonds in goed overleg met alle betrokken partijen iets wil gaan doen. Dat iets zou moeten stroken met de bevinding, dat waar verloskundigen de selectie tot entree tot de tweede lijn verrichten, het aantal medische indicaties daalt.

klaren op grond van beide laatstgenoemde factoren. Natuurlijk spelen voor het fonds de kosten hierbij een belangrijke rol - bevallingen onder leiding van een gynaecoloog zijn nu eenmaal duurder dan bevallingen onder leiding van een verloskundige - maar voor de medische adviesdienst komt de bezorgdheid vooral voort uit de overtuiging dat medicalisering

van het normale en gezonde menselijk proces: de geboorte, ethisch niet verantwoord is. Uit onderzoek blijkt dat, ook bij een fysiologische (poliklinische) bevalling, in een ziekenhuis de kans dat de bevalling tot een medisch geïndiceerde klinische partus wordt verklaard significant hoger is dan bij een thuisbevalling,⁴ met alle kansen op ingrepen, dus op complicaties. De taakstelling van de medische adviesdienst is:⁵ de toetsing van de kwaliteit van de zorgverlening, met specifieke aandacht voor de doelmatigheid en de doeltreffendheid. Voor de verloskunde kan deze taakstelling worden vertaald in het uitdragen van de mis-sie: 'nil nocere', vooral waar het een zo normaal proces van het leven als de zwangerschap en de geboorte betreft. Om meer inzicht te krijgen in de oorzaken van het hoge percentage klinische bevallingen in Amsterdam in de rol van de vroedvrouwen binnen de Amsterdamse verloskundige hulp en in hun relatie met de tweede lijn, heeft de Medische Advies Dienst van het Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken met medewerking van de Verloskundige Kring Amsterdam een enquête gehouden onder de Amsterdamse vroedvrouwen. De uitslagen, die uitvoerig zijn beschreven in het Tijd-

* Onder een primair medische indicatie wordt verstaan, dat vrouwen bij wie op grond van de anamnese een verhoogde kans aanwezig is op complicaties al vanaf het begin van de zwangerschap onder controle van een gynaecoloog staan.

schrift voor Verloskundigen,⁶ leverden opzienbare gegevens op, die in dit artikel zullen worden samengevat en besproken.

ENQUÊTE

De enquête strekte zich uit van november 1989 tot en met medio februari 1990. De resultaten werden vergeleken met de landelijke cijfers van LVR-1 over het jaar 1988.⁷ Daarnaast werd gebruik gemaakt van de jaarcijfers 1988 van de verloskundige buitenpraktijk van het Slotervaart Ziekenhuis*, recent onderzoek uit Haarlem van vroedvrouwen en gynaecologen met betrekking tot de selectie volgens de Verloskundige Indicatie Lijst '87,⁸ alsmede declaratiegegevens van het ZAO.

Het materiaal werd onderzocht op de navolgende kenmerken: te onderscheiden perioden van zorgverlening door de vroedvrouwen, primaire medische indicaties, resultaten van overlegsituaties**, verzekeringswijze, plaats van bevalling en de manier waarop cliënten bij de vroedvrouw terecht kwamen.

RESULTATEN

Van de 30 vroedvrouwpraktijken in Amsterdam werden van 29 de enquête formulieren terugontvangen. Uitgaande van het aantal geboorten in de enquêteperiode: 2.695, betreft de verzamelde informatie 45% van alle geboorten in Amsterdam.

Opmerkelijk is, dat 40% van de zwangere ziekenfondsverzekerden direct in de tweede lijn belandt en niet door een vroedvrouw wordt gezien***.

Perioden van zorgverlening

Het percentage van totale zorg, dat wil zeggen zorg tijdens de prenatale, natale en postnatale periode die door de vroedvrouwen in Amsterdam is verleend, is aanzienlijk minder dan het landelijk gemiddelde (59,6% respectievelijk 74%). Deze zorggevallen

komen gedeeltelijk weer terug in het aantal losse kraambedden*, dat ruim tweemaal zo hoog is als het landelijk gemiddelde (16,8% respectievelijk 7,1%). Dit betekent, dat deze vrouwen pas in het kraambed voor het eerst met de verloskundige kennis maken; dit duidt op een hoog aantal primair medische indicaties.

Primair medische indicaties

Het percentage primair medische indicaties voor Amsterdamse ziekenfondsverzekerden bedraagt 40%. Landelijk kan dit percentage worden berekend op 22%,⁹ terwijl in Haarlem en de verloskundige buitenpraktijk van het Slotervaart Ziekenhuis, waar de verloskundige indicatielijst wordt gebruikt, het percentage 8,4%,⁴ respectievelijk 8%** is.

Overlegsituaties

Overlegsituaties laten zich (achteraf) uitsplitsen in consulten en overdrachten. In ongeveer de helft van alle gevallen werd de zwangere weer terugverwezen naar de vroedvrouw. Dit percentage is waarschijnlijk zo gunstig doordat de verloskundigen bij de overlegsituaties de tweede lijn 'kritisch' volgen. In die situaties waarin de verloskundigen de selectie tot verwijzing naar de tweede lijn verrichten, zoals in genoemde buitenpraktijk, blijken er aanzienlijk meer overlegsituaties te zijn, maar deze resultaten ook in een aanzienlijk lager aantal primair medische indicaties.

Plaats van bevallen

In Amsterdam bevallen particulier verzekerden procentueel meer thuis dan ziekenfondsverzekerden. Ook vrouwen die op eigen initiatief naar de vroedvrouw zijn gegaan bevallen vaker thuis dan zij die door de huisarts of de gynaecoloog naar hen zijn verwezen.

DISCUSSIE

Het stellen van een medische indicatie, inhoudende een door de gynaecoloog te controleren zwangerschap en

een klinische bevalling, is een cruciaal moment in het verloop van een zwangerschap: die wordt dan medisch en is dus niet 'normaal' meer. Deze indicatie dient pas na een zorgvuldige afweging te worden gesteld. De uitslagen van onze enquête tonen aan, dat daar waar de verloskundigen de selectie tot entree tot de tweede lijn verrichten, het aantal medische indicaties, ook in Amsterdam, aanzienlijk daalt. Er is geen reden om aan te nemen dat de populatie zwangeren van het Slotervaart Ziekenhuis verschilt van die van de overige (academische) ziekenhuizen, het, op zich lage, aantal, in vitro fertilisaties buiten beschouwing gelaten.

Er rest ons geen andere conclusie dan dat de indicatiestelling tot een klinische bevalling in Amsterdam veelal op een wankel basis berust en op andere gronden geschiedt dan die welke in de verloskundige indicatielijst staan vermeld. Zo worden als redenen voor de overconsumptie nog indicaties opgegeven die in deze lijst in het geheel niet worden genoemd, zoals infecties van de vrouwelijke geslachtsorganen, dan wel indicaties die worden 'uitgesloten', zoals infertiliteitsbehandeling.²

Welke rol kan het ziekenfonds op dit gebied vervullen? Moet (de medische adviesdienst van) het Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken inderdaad als politieagent gaan optreden en eventueel statusonderzoek gaan verrichten? Dit past niet in de visie die men bij dit fonds heeft over zijn rol als zorgverzekeraar; veeleer zien wij ons als regisseurs, waarbij wij ernaar streven dat de partijen in het veld in goed onderling overleg komen tot bindende afspraken met elkaar en met de ziektekostenverzekeraar.⁵ Er zijn belangen mee gemoeid, grote belangen zelfs: voor artsen die van de professionele autonomie, status en inkomen; voor ziekenhuizen die van de budgetten. Maar moeten nu echt de gezonde zwangeren en hun kinderen het kind van die rekening worden?

Wij vermoeden dat veel vrouwen de voorkeur geven aan een bevalling thuis. De voorwaarden om hiertoe te besluiten moeten gunstig zijn. In ieder geval hoort hierbij een goed, rustig en open overleg over de mogelijkheden en de onmogelijkheden van het thuis bevallen en het geven van goede informatie omtrent de veiligheid daarvan.

* De Verloskundige Buitenpraktijk (BP) is als een eerste lijns voorziening van de Kweekschool voor Vroedvrouwen ondergebracht in een tweedelijns organisatie, het Slotervaart Ziekenhuis.

** Bij een overlegsituatie is voor de vaststelling van het verdere verloskundig beleid advies nodig van de tweedelijns verloskundige zorgverlener.

*** Het aandeel van huisartsen in de verloskundige hulpverlening in Amsterdam is zo laag dat het buiten beschouwing kan worden gelaten.

* Onder een los kraambed wordt verstaan dat, nadat de zwangerschap en de baring zijn begeleid door een gynaecoloog, de vrouw thuis het fysiologische kraambed doorbrengt onder begeleiding van een verloskundige.

** Mondelinge informatie van Mw. Mr. J. Klomp, gynaecologe, hoofd Verloskunde tweede lijn, Slotervaart Ziekenhuis.

Uiteraard is er nog meer nodig, zoals een gedragsverandering van *huisartsen* (verwijsbeleid, acceptatie van de vroedvrouw als deskundige op het gebied van selectie). Ook de (Amsterdamse) *verzekerden* zal men kunnen en moeten wijzen op de mogelijkheden en de voordelen van het thuis bevallen. Maar wat er vooral moet gebeuren, en wat zij – naar onze overtuiging – aan hun (medische) stand verplicht zijn, is een grondige bezinning van de (Amsterdamse) *gynaecologen* op hun aandeel in de medicalisering van de geboorte. Dat zou moeten resulteren in het aanvaarden van de verloskundige indicatielijst, het accepteren van de vroedvrouw als een volwaardige deskundige op het gebied van de fysiologische zwangerschap en het fysiologische geboorteprocés en haar deskundigheid op het gebied van selectie tot verwijzing naar de tweede lijn, alsmede het toestaan – en zo mogelijk veruimen – van de Medium Situatie (B-D)*.

* Medium Situatie (B-D) is die situatie waarin het verloskundige risico voor moeder en/of kind zodanig is dat het wel gewenst is dat de bevalling in het ziekenhuis plaatsvindt, maar dat de begeleiding van de zwangerschap en de bevalling kan geschieden door de eerstelijns verloskundige zorgverlener.

Het ziekenfonds Amsterdam en Omstreken zal als regisseur trachten met alle partijen tot een plan van aanpak te komen om de beschreven ongewenste situatie te (doen) beëindigen. Daarnaast moeten de overheid en de koepels van zorgverzekeraars zich realiseren dat het huidige honoreringsbeleid van de verloskundigen demotiverend werkt op de vroedvrouwen en hen die dit willen worden. In ieder geval moeten er financiële prikkels worden gegeven om de thuisbevalling en de bevalling in het ziekenhuis onder leiding van verloskundigen te bevorderen, ook voor de verzekerden. Als de enquête onder de Amsterdamse vroedvrouwen hiertoe een aanzet geeft, heeft ze aan haar doel beantwoord.

Met dank aan T. Kloppenburg, medewerker informatisering en automatisering bij de Medische Advies Dienst van het Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken.

Auteurs

Dr. E. V. Simons, hoofd medische adviesdienst, Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken;
Mw. Drs. L. van der Hulst, vroedvrouw/sociologe te Amsterdam;
Mw. A. van Gelder-Hertzberger, vroedvrouw te Amsterdam.

Literatuur

1. Landelijke Medische Registratie (LMR). Utrecht, 1987.
2. Samenwerkende Intramuraal Gezondheidszorgvoorzieningen Regio Amsterdam (SIGRA). Analyse gebruik van de klinische voorzieningen t.b.v. het specialisme gynaecologie/obstetrie. Amsterdam, 1989.
3. Verloskundige Indicatie Lijst. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1987 (circulaire 87/87).
4. Berghs G, Spanjaards E. De normale zwangerschap: bevalling en beleid. Proefschrift Nijmegen, 1988.
5. Simons EV. Het reveil van de medische diensten van de ziekenfondsen; bericht uit Amsterdam. Medisch Contact 1991; 46: 843-4.
6. Hulst L van der, Gelder-Hertzberger A van, Simons EV. Vroedvrouwelijke zorgverlening; Verloskundige Kring Amsterdam. Resultaten van een enquête gehouden onder vroedvrouwen van de Kring Amsterdam, eind '89/begin '90. Tijdschrift voor Verloskundigen 1991; 4: 146-54.
7. Stichting Informatiecentrum Gezondheidszorg (SIG). Verloskunde, de eerste lijn in beeld, 1985-1988. Landelijke Verloskunde Registratie. Utrecht, 1990.
8. Lugt B van der, Remmink A, Canten J, Elferink W, Kempers M. Enkele verloskundige resultaten bij selectie volgens de nieuwe medische indicatielijst. Tijdschrift voor Verloskundigen 1991; 3: 106.
9. Eskes M. Het Wormerveer Onderzoek. Meerjarenonderzoek naar de kwaliteit van de verloskundige zorg rond een vroedvrouwenpraktijk. Proefschrift Universiteit van Amsterdam, 1989.

De vraag naar revalidatie

Patiënten in Zuid-Limburg geregistreerd

De revalidatiegeneeskunde is als specialisme sterk in ontwikkeling. De minister heeft alle provincies de opdracht gegeven uitgangspunten voor verder beleid te formuleren, gebaseerd op de aanwijzingen die door het ministerie zijn opgesteld.¹ Vooruitlopend op deze provinciale beleidsrapporten werd door de Limburgse revalidatieartsen, verenigd in het Provinciaal Revalidatiegeneeskundig Overleg Limburg (PROL), een professioneel-inhoudelijke beschrijving gegeven, met als doel de beleidsmakers meer houvast te geven.² Het bleek echter dat noch landelijk, noch regionaal voldoende gegevens beschikbaar waren om het door de revalidatieartsen in de regio gewenste be-

Drs. E. Terpstra-Lindeman,
Dr. J. J. Carpay en
Dr. F. Nieman

Den Haag heeft de provincies opdracht gegeven een regionaal of zelfs provinciaal netwerk te vormen ter verbetering van het gevoerde revalidatiegeneeskundig beleid. Om over voldoende gegevens te kunnen beschikken zijn in de regio Zuid-Limburg twee maanden stelselmatig gegevens van alle nieuwe revalidatiepatiënten verzameld.

leid te ondersteunen. Vooral de ziekenhuizen konden onvoldoende gegevens presenteren.³ Dit was de reden dat in de maanden oktober en november van 1989 van alle patiënten die zich bij een revalidatieafdeling in de regio Zuid-Limburg als nieuwe patiënt meldden een registratieformulier werd ingevuld.

NIVEAUS VAN HANDELEN

In het 'Rapport Revalidatiegeneeskunde',² opgesteld door het PROL, worden vier niveaus van revalidatiegeneeskundig handelen onderscheiden:

– Het eerste niveau betreft *advisering* door de revalidatiearts aan de behan-

delend arts over aspecten van de revalidatiegeneeskunde of het door hemzelf voorschrijven van eenvoudige therapie(en) en/of hulpmiddelen, alsook *medebehandeling* zonder gebruikmaking van het revalidatieteam.

– Het tweede niveau betreft de revalidatiegeneeskunde, ook als medebehandeling, waarbij een *teambenadering* nodig is door deskundigen onder inhoudelijke en organisatorische verantwoordelijkheid van de revalidatiearts.

– Het derde niveau betreft revalidatiegeneeskundig handelen waarbij een *teambenadering* nodig is door deskundigen onder inhoudelijke en organisatorische verantwoordelijkheid van de revalidatiearts, met behoefte aan *bijzondere middelen*, al dan niet klinisch.

– Het vierde niveau betreft *per landdeel gespecialiseerde zorg* rond bepaalde diagnosegroepen.

In het rapport zijn *algemene eisen* per niveau van handelen aangegeven. Vervolgens wordt een en ander voor de in de revalidatiegeneeskunde meest voorkomende diagnosegroepen verder uitgewerkt.

Ten aanzien van de *overdracht* tussen de niveaus is een aantal uitgangspunten geformuleerd. De revalidatiegeneeskundige behandeling dient:

- zo vroeg mogelijk te beginnen, geïntegreerd in c.q. direct aansluitend aan de primaire behandeling van de aandoening;
- zo dicht mogelijk bij de eigen specialist die de primaire behandeling uitvoert, plaats te vinden;
- zo laag mogelijk binnen dit systeem van revalidatiegeneeskundige niveaus te zijn gesitueerd;
- geen onnodige onderbrekingen te bevatten in het revalidatieproces, inclusief de aansluiting aan de primaire behandeling.

REGIONAAL ONDERZOEK

Om een regionaal netwerk in Zuid-Limburg vorm te geven bleek een kwantitatieve en kwalitatieve onderbouwing noodzakelijk. Besloten werd gedurende twee maanden een hierop gericht onderzoek te verrichten, en wel door middel van een peiling onder de betrokken revalidatieartsen. Zuid-Limburg heeft ongeveer 650.000 inwoners. Er zijn twee centrumzieken-

NIET ROKEN

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

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

huizen en een academisch ziekenhuis waaraan revalidatieartsen zijn verbonden; in twee kleinere ziekenhuizen werkt een revalidatiearts part-time. Er is één revalidatiecentrum voor volwassenen en één voor kinderen. Alleen de revalidatiecentra hebben een erkenning voor klinische revalidatie en revalidatiedagbehandeling. Eén van de centrumziekenhuizen heeft een erkenning voor hartrevalidatie.

Registratie vond plaats door alle ziekenhuisrevalidatieartsen en de artsen in de twee revalidatiecentra. In de ziekenhuizen werden alle nieuwe patiënten geregistreerd. Bij mensen die tijdens opname in het ziekenhuis voor de eerste keer werden gezien, werd aangegeven wat het na ontslag gewenste beleid was en wat daarvan werd gerealiseerd. Ook bij de poliklinisch nieuw aangemelde patiënten werd dit ingevuld.

In de centra betrof de registratie alleen die patiënten die daar met een 'niet-klinische' behandeling startten of voor de eerste keer de polikliniek bezochten.

In totaal werden 823 patiënten geregistreerd. In de verdere presentatie worden de totaalgetallen gemeld voor de betrokken ziekenhuizen samen en de twee centra samen.

Van de 823 patiënten werden er 677 geregistreerd door de ziekenhuisartsen, 146 door de centrumartsen. Ongeveer de helft van de 'ziekenhuispa-

tiënten' werd de eerste keer gezien tijdens een klinische opname. De meeste mensen woonden nog zelfstandig (92%). Van de ziekenhuispopulatie was 69% gehuwd of woonde samen, bij de centra was dat 59%. De ziekenhuisartsen zagen beduidend meer ouderen (34% boven de 65 jaar, vergeleken met 6,8% in de centra). Zo'n 5% van de patiënten kreeg geen behandeling voorgeschreven, 26% een behandeling in de periferie (buiten ziekenhuis of revalidatiecentrum), nog geen 3% werd klinisch en zo'n 12% poliklinisch behandeld in een revalidatiecentrum, 25% werd poliklinisch in een ziekenhuis behandeld; de rest werd tijdens opname in het ziekenhuis afgehandeld of bijvoorbeeld in een verpleegkliniek.

De cardiologiepatiënten (25%) vormen een zeer grote groep, die veelal protocolair in groepsverband wordt behandeld. Een andere even grote groep betreft de orthopedie (25%); dit betreft onder meer veel voetproblematiek. Vrijwel iedere ziekenhuisrevalidatiearts heeft een gestructureerd spreekuur samen met een orthopedische schoenmaker; 17% van de mensen werd naar deze verwezen. Bij ruim 12% van de patiënten vond inschakeling van een orthopedisch instrumentmaker plaats. Getalsmatig zijn ook CVA-patiënten (13%) en lage-rugpijn-patiënten (12%) zeer belangrijk. De hierna volgende gegevens betreffen een geselecteerde patiëntengroep; het gaat over het totaal aantal

patiënten zonder de cardiologische patiënten, dus over een totaal patiëntenaantal van 617. De cardiologiepatiënten zijn niet meegerekend, daar zowel de planaanwijzing,¹ als het recent verschenen rapport over hartrevalidatie,⁴ als het P.R.O.L.-rapport benadrukken dat een meer genuanceerde benadering dan thans gebruikelijk is bij de hartpatiënten gewenst is.

Tevens waren in het onderzoek variabelen opgenomen met betrekking tot het inschakelen van fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, maatschappelijk werk dan wel psychologische begeleiding. Aangegeven werd welke behandeling gewenst werd en wat ook werd aangevraagd. Opvallende lacunes betreffen de ergotherapie, maatschappelijk werk en psychologie in de ziekenhuizen. Zo werd ergotherapie bij 121 van de 484 patiënten ingeschakeld, terwijl het bij 108 andere wel was gewenst zonder dat dit werd geëffectueerd. Inschakeling van maatschappelijk werk vond bij 51 patiënten plaats, bij 97 werd het gewenst, doch niet gerealiseerd. De psycholoog werd bij 55 patiënten gemist. In de centra zijn de discrepanties veel kleiner.

De tabellen 1 en 2 laten het gewenst en gerealiseerd PROL-niveau zien in ziekenhuizen en centra.

De ziekenhuisartsen zien een andere populatie dan de centrumartsen. De ziekenhuispatiënten hebben vaak behoefte aan behandeling op niveau 1 (51%) of niveau 2 (40%), de centrumpatiënten hebben het meest behoefte aan niveau 3 (38%) of niveau 2 (32%).

Dit zal zeker te maken hebben met de verwijscriteria.

Bij ouderen bestaat vaak behoefte aan revalidatie op een lager niveau dan bij jongeren. Dit is onder meer te verklaren uit het feit dat bij ouderen de revalidatiedoelstellingen vaak minder complex zijn (denk aan scholing, werk en hobby's). Zowel in ziekenhuizen als in centra blijkt behoefte te bestaan aan revalidatie op het tweede niveau. Binnen de ziekenhuizen wordt revalidatie vaak op het eerste niveau afgehandeld.

CONCLUSIES

Het is mogelijk als beroepsgroep tot vakinhoudelijke uitgangspunten ten behoeve van de behandeling van patiënten te komen die door alle specia-

Tabel 1. Kruistabel: gewenst en gerealiseerd PROL-niveau voor ziekenhuizen

gewenst niveau	I	II	III	IV	totaal
gerealiseerd niveau					
I	243	153	16	0	412
II	2	36	14	0	52
III	0	0	10	1	11
IV	0	1	0	5	6
totaal	245	190	40	6	481

PROL = Provinciaal Revalidatiegeneeskundig Overleg Limburg.

De onderscheiden niveaus worden in de tekst omschreven.

Tabel 2. Kruistabel: gewenst en gerealiseerd PROL-niveau voor centra

gewenst niveau	I	II	III	IV	totaal
gerealiseerd niveau					
I	27	4	3	3	37
II	0	24	2	1	27
III	0	15	44	1	60
IV	0	0	2	7	9
totaal	27	43	51	12	133

PROL = Provinciaal Revalidatiegeneeskundig Overleg Limburg.

De onderscheiden niveaus worden in de tekst omschreven.

listen werkzaam in de revalidatie binnen een hele provincie worden geaccepteerd. Dit kan houvast geven voor het verbeteren en zelfs toetsbaar maken van het gevoerde revalidatiegeneeskundig beleid. Mede op basis van goede, meer organisatorische afspraken kan er op deze manier een samenwerking ontstaan die leidt tot het vormen van een regionaal of zelfs provinciaal netwerk, een streven van zowel de werkers in het veld als van 'Den Haag'.¹

Dit onderzoek heeft de nodige beperkingen. Verondersteld mag worden, dat slechts een deel van de patiënten die revalidatie behoeven, wordt verwezen naar een revalidatiearts. Dit betekent dat de werkelijke behoefte ('need') groter zal zijn dan de gestelde vraag ('demand').⁵ Wel is duidelijk

aangetoond dat er in het Zuidlimburgse nadrukkelijk behoefte is aan mogelijkheden tot uitvoering van revalidatie op het tweede niveau.

Beleidsmakers moeten de randvoorwaarden creëren om het tweede niveau, dichtbij het huis van de patiënt, in te vullen, zeker gezien de grote aantallen patiënten om wie het gaat. Rekening houdend met de eisen waaraan volgens het rapport van de Limburgse revalidatieartsen moet worden voldaan om het tweede niveau uit te kunnen voeren, moet dit in ieder centrumziekenhuis kunnen worden gerealiseerd.

SAMENVATTING

De revalidatieartsen in Zuid-Limburg hebben gedurende twee maanden alle 'nieuwe' patiënten geregistreerd. Aangegeven werd de gewenste en de gerealiseerde behandeling. Er bleken grote discrepanties tussen deze twee te bestaan. Met name de mogelijkheden in de ziekenhuizen zijn te beperkt. Het lijkt van groot belang dat de provincies daar in hun 'Voorontwerpplan Revalidatievoorzieningen' rekening mee houden. Het zal noodzakelijk blijven de behoefte aan revalidatie regelmatig te toetsen, gezien de snelle ontwikkelingen op dit gebied.

Met dank aan alle in de revalidatiegeneeskunde werkzame artsen in Limburg.

Auteurs

Drs. E. Terpstra-Lindeman, hoofd afdeling Revalidatie;

Dr. J. J. Carpay, voorzitter Raad van Bestuur;

Dr. F. Nieman, methodoloog, Stafbureau Patiëntenzorg, allen werkzaam in het Academisch Ziekenhuis Maastricht.

Literatuur

1. Aanwijzing door staatssecretaris van WVC aan de provinciebesturen inzake revalidatievoorzieningen 1990.
2. Janssen HMC, Pons C, Terpstra-Lindeman E (red). Rapport Revalidatiegeneeskunde, Provinciaal Revalidatiegeneeskundig Overleg Limburg; 1988.
3. Planmatige Inventarisatie Intramurale Voorzieningen in Limburg. College van Ziekenhuisvoorzieningen, 1985.
4. Hartrevalidatie op maat; nieuwe visies. Nederlandse Hartstichting, 1990.
5. Carpay JJ, Lapré RM. Een analyserende benadering van vraag en aanbod in de Tandheelkunde. Nederlands Tandartsenblad 1974; 29: 772-4.

Voor Artsen zonder Grenzen naar Afghanistan

Een dag

Veel artsen en verpleegkundigen denken of dromen wel eens van de mogelijkheid om in een derde wereldland te gaan werken. Hierbij spelen naast idealistische gedachten (hulpbehoevende mensen gaan helpen) allerlei andere motieven een rol. Een greep uit deze motieven: het eentonige werkpatroon doorbreken, in een andere gezondheidszorg werken, van een andere cultuur willen proeven, in Nederland niet aan de bak komen, de uitdaging om met eenvoudige middelen en creativiteit er iets van te maken, zucht naar avontuur, de wereld willen zien en een vlucht uit Nederland om privé-redenen.

Mijn keuze om naar Afghanistan te gaan kwam voort uit een mengsel van motieven, die me op dat moment niet allemaal duidelijk waren.

'Ochtends rol ik om half zeven uit mijn slaapzak. Ik ben er deze nacht maar éénmaal uitgeroepen: om één uur 's nachts voor een kind met pseudokroep. Fit voel ik me niet. Dit is al de derde maand dat ik continu nachtdienst doe en er zijn weinig nachten ongestoord gebleven. Dominique is nu al drie weken weg; in een naburig ziekenhuisje van de Belgische Artsen zonder Grenzen, op honderdvijftig kilometer afstand in Bamiyan, hebben de twee artsen het nog drukker dan wij; na een gezamenlijk besluit hierover is Dominique er voor een paar weken naar toe gegaan om de drukte daar tijdelijk op te vangen.

Tot half acht maak ik een ronde langs de opgenomen patiënten. Injecties geven, temperaturen, een gesneuveld infuus verwisselen en, wat het meest werk is, wonden schoonmaken. Er zijn op dit moment bij ons vier patiënten opgenomen. Twee van hen mogen vandaag weer naar huis: een baby met vermoedelijk buiktyphus en de jongen bij wie ik vijf dagen geleden een genecrotiseerde testis heb moeten verwijderen. De andere twee geven meer werk. Abdul is een man van 55 jaar die tijdens de couppoging in Kabul een kogel door zijn linker bovenarm heeft gekregen. Hij ontwikkelde daarop een beginnend gasgangreen. Na een operatie en een hoog gedoseerde antibioticakuur gaat het nu beter met hem. We doen samen schouderoefeningen. Na het schoonmaakritueel nodigt

Bert Schilte

hij me uit op thee met rozijntjes in de patiëntenkamer. We drinken thee uit onze eigen glazen, gemaakt op onze eigen brander, die de familie van de patiënt zo lang bij ons heeft geleend. Voor de opgenomen patiënten en hun familie is het belangrijk dat zij hun dankbaarheid kunnen tonen via deze gastvrijheid. Een Afghaan voelt zich zeer ongemakkelijk als hij voortdurend gunsten, zoals verzorging, moet aannemen en zelf niets kan aanbieden. Een paar maanden geleden is dit dienst-wederdienst-principe me duidelijk geworden en ik drink nu elke ochtend een kopje thee bij de zieken. Ik pas er wel voor op niet te lang te blijven zitten; dan kan de patiënt namelijk weer om een extra gunst vragen. Meestal is dit het bekijken van een familielid, uiteraard zonder wachtnummer.

De vierde patiënt is Rasul, een jongen van 18 jaar die tijdens de Afghaanse nieuwjaarsviering (21 maart) van een overvolle vrachtwagen viel en al een week in coma ligt. Hij rochelt en heeft koorts en bij hem doe ik een kwartier longtapotage. Dag en nacht slaat hij wild om zich heen met zijn linkerarm en -been. Om te voorkomen dat hij zich verwondt hebben we hem aan het bed vastgebonden. Een familielid houdt voortdurend de wacht. Hij krijgt achtmaal per dag via een maagsonde aangezoete melk, verder is het afwachten. Ik troost me met de gedachte, dat we in Nederland ondanks de aanwezigheid van veel techniek in zo'n geval ook zouden moeten afwachten. Psychisch en fysiek uitgeput had zijn vader de hoop dat zijn enige zoon nog zou ontwaken bijna opgegeven, totdat Rasul gisteren plotseling verstaanbaar 'Allaahhh . . .' had gezegd. Dit gaf iedereen, ook mij, nieuwe kracht. Vanochtend was er zelfs verse schapenkaas om dit wonder te vieren.

Om half acht is Brigitte er. Ik ben tien minuten te laat op het ontbijt. 'Limburgs kwartiertje', zeg ik verontschuldigend en Brigitte is allang bij dat ik niet een carnavalsnummer inzet; dit is namelijk de tijd. Vanochtend is er alleen thee en droog

brood, maar de kaas van Rasul maakt het ontbijt tot een succes.

Om kwart voor acht komt Jaffer, onze vertaler, vragen hoeveel nummers we laten uitdelen voor het ochtendspreekuur. 'Only twenty-five', zeggen we in koor 'But there are thirty-two men and fifty-two ladies on the list.' 'We are sorry, but there is other work this afternoon . . .' Als Jaffer buiten de nummers uitdeelt, drommen de zieken om hem heen. Tweemaal vijftientig nummers blijkt inderdaad te weinig te zijn. Een groepje vrouwen van de weg, op de ezel gekomen onder begeleiding van een man, is zonder nummer en laat dit luidruchtig weten. We besluiten nog vijf extra mannenummers uit te delen aan deze vrouwen en daar gaan ze mee akkoord. De vrouwen in deze cultuur willen en kunnen alleen maar door een vrouwelijke dokter worden gezien. Zo mag alleen Brigitte bij bevallingen zijn; ze zal er in totaal tweentwintig doen. Als men echter erg ziek is, van ver komt, of als er geen vrouwelijke dokter is, wordt er wel eens wat water bij de thee gedaan.

Jaffer vertaalt bij mij en we helpen elkaar. Jaffer doet ook spreekuur en vraagt daarbij geregeld dingen aan mij. Hij is namelijk in opleiding om op den duur zelfstandig kliniek te kunnen doen. Ik probeer met mijn beperkte kennis van het Perzisch mijn patiënten zoveel mogelijk zelf af te handelen; bij een aantal heb ik Jaffer's hulp nodig. We zijn nu vijf maanden hier en ik sta er verstandig van hoe snel ik de taal heb geleerd. Op de heenreis sprak ik slechts twee woorden: 'ballie' (ja) en 'salamalaikum' (god is met je). Ik ben begonnen met een hele reeks medische vragen van buiten te leren, daarna een reeks zelfstandige naamwoorden, bijvoeglijke naamwoorden, werkwoorden en tenslotte ook de grammatica. Doordat ik wel twaalf uur per dag in de praktijk oefende, ging ik zeer snel vooruit en nu kan ik me vlot verstaanbaar maken.

Jaffer begint met de controles, ik met patiënt nummer één. Dit is een man met twee zoons. De zoons hebben allebei wormen; daar ben ik zo mee klaar. De vader heeft een lang verhaal dat hij een jaar geleden bloed heeft gegeven aan zijn broer en dat hij zich sindsdien verzwakt voelt; dit is een

veel voorkomende klacht. Afghanen geven niet graag hun bloed, want dit geldt als levenskracht en daar heb je maar een beperkte hoeveelheid van. Dat je het zou bijmaken is iets dat men niet begrijpt. Integendeel, iedereen verricht zware lichamelijke arbeid en heeft een sober dieet en zal zich dus wel een tijdje verzwakt voelen na het geven van bloed. Daarna wordt elke nieuwe episode van zich minder goed voelen geassocieerd met het verloren bloed. Zelfs Jaffer, die medisch gezien begrijpt dat bloed snel wordt bijgemaakt, voelt zich af en toe nog verzwakt en wijst dit aan de keer dat hij ooit bloed heeft gegeven. Wij hebben ook wel bloed moeten geven in noodsituaties, wanneer de familie niet de juiste bloedgroep had of weigerde bloed te geven.

Ik word uit mijn gemijmer gewekt door Brigitte die in een ruimte ernaast patiënten ontvangt. Bert ik heb hier een vinger die er half af ligt! Ja, dat ziet er inderdaad niet zo fris uit: een vrouw, geheel in chaderie (islamitisch vrouwenkleed) gehuld, toont ons een vinger die onder een hakbijltje is gekomen. 'Als jij deze van me overneemt, neem ik een nummer van jou', zegt Brigitte. Waar de één geen zin in heeft kan de ander van genieten: dit wordt een mooie stukje handwerk. Jaffer moet de vinger maar eens verdoven. Gelukkig zijn er geen pezen gescheurd en als we de vinger goed hebben schoongemaakt valt het eigenlijk best mee.

Terwijl Jaffer de vinger van de vrouw hecht, roep ik nummer twee binnen, een vrouw met een doodzieke baby onder haar kleren. Het kind heeft koorts en is erg ondervoed. Het blijkt al drie maanden kinkhoest te hebben en heeft daarbij een bacteriële longinfectie. De ziektegeschiedenis van dit ondervoede kind kan ik wel raden: de enige ernstig ondervoede kinderen zijn die van vrouwen bij wie de moedermelk is opgedroogd, in dit geval omdat het kind door de ziekte niet genoeg dronk. Borstvoeding wordt zo vaak gegeven als het kind erom vraagt, maar flesvoeding (geitemelk) wordt maar twee- of driemaal per dag gegeven. Zo vaak eet een normaal mens toch ook, is de redenering. Het voedingsadvies zet ik kracht bij met: 'Anders gaat je kind misschien dood.' Dit maakt weinig indruk op de vrouw: haar vorige drie kinderen hebben het eerste levensjaar ook niet gehaald. De antibioticapillen maken daarentegen des te meer indruk. Op het platteland van Afghanistan ligt de kindersterfte binnen de eerste twee levensjaren waarschijnlijk boven de 60%. De sterkste kinderen, die de eerste twee jaar overleven, hebben een goede kans om oud te worden. Er wordt op de deur geklopt en het blijkt de Mujaheddin (islamitische vrijheidsstrijder)

te zijn die ons gisteren heeft begeleid. 'Kom morgen even langs', had ik gezegd toen hij over zijn jongere broertje begon die een plekje in zijn nek had. De 9-jarige jongen blijft een lymfklierpakket van 7 cm te hebben, met pussende fistelgangen. Hij heeft het al een jaar en omdat hij een grootmoeder met TBC heeft, starten we een TBC-behandeling; Jaffer begint, na het hechtwerk, de TBC-pillen te tellen.

Ik wil net nummer drie roepen, als zonder te kloppen een man binnenstapt van wie ik zelfs kan zien dat hij een commandant moet zijn. 'The commander from Shekhalie', fluistert de tellende Jaffer me toe en non-verbaal laat hij me merken dat ik deze nummerloze niet buiten mag zetten: de vrede met Shekhalie is een precare zaak. De commandant is verbaasd dat ik hem in zijn eigen taal antwoord. Hij steekt vervolgens tien minuten van wal over allerlei lichamelijke klachten die bij ons het predikaat 'somatische fixatie' zouden hebben gekregen: angst voor hoge bloeddruk, nadruppelen, spontane nachtelijke ejaculaties, hartkloppingen en pijn in de benen. Ik zit nog te overpeinzen hoe ik zijn geval tactvol oplos, als hij zelf plotseling zegt dat vitamine C in het verleden al zijn ziekten heeft genezen. Meestal ga ik niet in op de therapievoorstellen van patiënten (antibiotica, corticosteroiden, zware pijnstillers) maar dit is wel een erg mooie voorzet. In één zin leg ik hem uit dat zijn klachten waarschijnlijk tijdelijk zijn en dat vitamine C goed is voor het lichaam in het voorjaar (periode van sober dieet) en ik geef hem er een handvol van. Deze man brengt een bezoek aan ons om zijn eigen status te onderstrepen en hij kwam ook opzettelijk zonder nummer binnen. De drie Mujaheddin-begeleiders willen ook door mij worden gezien, maar ik ben al zo ingeburgerd dat ik weet dat ik hen zonder pardon kan weigeren – morgen zijn ze welkom als ze een nummer hebben.

Als ik het vertaal naar buiten werk, wijst de hele groep wachtenden op een kortademige opgeblazen vrouw. Ze is urgent en ik laat haar binnen, ook al heeft ze nummer 26. Ze heeft decompensatio cordis met oedeem tot boven de knieën. Omdat ze de zestig al is gepasseerd mag ik naar haar hart en longen luisteren: een luide holosystolische soufflé, mogelijk een reumatisch hartlijden. Jaffer spuit de furosemide en ik ondervraag hem op welke symptomen hij bij dit beeld nog meer moet letten. Ik kan hem zijn verhaal niet laten afmaken omdat een oude man met een houten stok luid op de deur bonkt. Ik open de deur, vraag de man of hij twee minuten kan wachten en sluit de deur weer. Hierbij houd ik geen rekening met de Afghaanse mentaliteit: als men iets wil, laat men dat duidelijk merken. De man slaat wéér flink op de

deur... Mijn maat, over het algemeen toch vrij groot, is vol en ik storm naar buiten en brul en bulder erop los. Zóveel Perzisch spreek ik wel dat iedereen de boodschap begrijpt: 'Tien meter afstand van de kliniekdeur, anders neemt de dokter nú vakantie!' Om af te koelen ontsnap ik even naar Rasul, die nu wel weer een portie melk moet krijgen.

Na de koffie kan ik er wat beter tegen. Het zit ook mee: iedereen wacht op zijn beurt en er gebeuren geen onverwachte dingen. De nummers 15 en 16 zijn al vertrokken; blijkbaar zijn ze niet echt ziek. De laatste drie zijn drie vrouwen die zijn meegereisd met de gedecompenseerde vrouw van vanochtend. Tijdens de ezelrit hebben ze veel tijd gehad om te praten – de rit duurt drie uur – want ze produceren allen dezelfde klachten als de zieke, echter zonder één afwijkend lichamenlijk onderzoek.

Als het half twee is hebben Jaffer en ik samen veertig patiënten gezien. Brigitte heeft er in haar eentje drieëndertig gezien; ik bewonder haar. Taher, onze kok, zit hongerig te wachten. De Afghanen eten om half één en ook al lopen wij nu al vijf maanden elke dag wel een uur uit, zijn koks-eer en keukenritme houden hem in het zelfde patroon.

'Was je echt kwaad vanochtend?', vraagt Brigitte tijdens het eten. 'Ja, heel even wel. Daarna heb ik nog maar even doorgebulderd. Ik dacht dat het de enige manier was om de orde erin te houden', zeg ik met een mond vol aardappelen. Allebei in gedachten eten we verder, aardappelen, rijst en linzenprut, dat eten we nu al drie maanden elke dag. 'Wanneer zou Dominique eens terugkomen?', vraagt ik. 'Hij is nu al drie weken in Bamiyan en we hebben het zelf ook topdruk. Ik verwacht hem eigenlijk elk moment', zegt Brigitte.

Brigitte gaat die middag de voorraadkamer opruimen. Ik luiert een halfuurtje na het eten en maak dan een ronde langs de patiënten. De vrouw van vanochtend heeft al twee liter geplast en Jaffer, enthousiast door het effect, wil haar nog wel een spuit geven. 'Niet te snel', zeg ik. 'Ze heeft nog wel steeds vocht te veel, maar als je het te snel afdrijft kan ze door haar zwakke hart in shock raken.' We besluiten haar minstens nog een dag hier te houden en haar op orale furosemide in te stellen. Om vijf uur doen Jaffer en ik een theoretische les, deze keer over decompensatio cordis.

Die avond besluit ik een brief te schrijven; het is al weer zeven weken geleden dat er post kwam en net als naar de komst van Dominique smachten we naar bericht uit Nederland.

Net als we willen gaan slapen, om negen uur, wordt er op de deur gebonsd. Een jongen van ongeveer 14 jaar ligt op een geïmproviseerde brancard; hij is op een landmijn gestapt, zegt men. Ik slik een keer en til de deken op: het rechterbeen hangt er letterlijk aan flarden bij en het andere been is ook beschadigd. De botten, die weinig elastisch zijn, zijn door de klap grotendeels versplinterd. Arteriën en zenuwen hangen als decimeters lange slierten uit de beenstomp. Zand, stenen, granaatsplinters en stukken schoen zijn diep in de wond geblazen. Landmijnwonden zijn de smerigste die ik ooit heb gezien. De jongen is lijkleek; hij heeft blijkbaar veel bloed verloren en hij beweegt onrustig van de pijn. Brigitte en ik werken koortsachtig: tourniquet om het aangedane been, infuus er in, pijnstilling en bloedgroepen bepalen van patiënten en begeleidende familieleden. De geschikte donoren overtuigen we van het belang van de donatie en snel tappen we bloed af. Terwijl de zakken bloed erin lopen, werken wij de familie naar buiten en kunnen we beginnen met het steriel afdekken van patiënt en tafel en het klaarleggen van het instrumentarium.

Op dat moment wordt er weer op de deur geklopt en klinken er buiten opgewonden stemmen. Er is nog iemand op een landmijn gestapt! Wat een ongelukkig toeval. Tot nu toe hebben we in vijf maanden nog geen landmijngelukken gezien en nu komen er twee tegelijk op één avond. We leggen de nieuwe patiënt, een vrouw van 50 jaar, in de vrouwenconsultatieruimte; ze is absoluut in shock en heeft twee zwaar beschadigde benen. Met geluk prik ik een infuus en Brigitte heeft al een geschikte donor gevonden. De vrouw krijgt, met de bloeddrukmeter om de infuuszak, in snel-

treinvaart bloed en haemaccel toegediend. We staan nu voor een moeilijke keuze: Wie moeten we het eerst opereren? De beide families krijgen buiten onderling ruzie, ieder vindt zijn eigen familielid het belangrijkste. Na een kort overleg besluiten we de jongen als eerste te helpen, omdat hij waarschijnlijk de beste overlevingskansen heeft (nog niet in shock en voldoende donorbloed). Extra donorbloed voor de vrouw hebben we niet; we kunnen haar nog een extra zak haemaccel geven en vervolgens beginnen we de jongen te opereren. Uit King's 'Primary surgery' weet ik dat dat ik eerst het niveau van amputatie moet bepalen: onder, in of boven de knie; in ieder geval in vitaal weefsel.

Dit is niet de eerste amputatie die ik doe. Een maand geleden heb ik een onderarm geamputeerd bij een man bij wie volgens de moslimwet de rechterhand was afgehakt als straf voor diefstal. Onlangs heb ik een hand geamputeerd van een jongetje dat een vlinderbommetje had opgeraapt. Deze bommetjes, ooit door Amerikanen ontworpen en door de Russen hier neergegooid, danken hun naam aan hun uiterlijk en zijn speciaal ontworpen om burgers, speciaal kinderen, te treffen. Walgelijke wapens!

Geconcentreerd werk ik verder aan de jongen. Ik besluit hem te opereren op veertien centimeter onder de knie: de functie van zijn kniegewricht blijft dan gespaard. Brigitte doet de anesthesie en let op het infuus; bovendien doet zij het 'omloop'-werk en houdt ze een oogje op de vrouw die in het vertrek ernaast ligt. Ik opereer; zonder assistent en instrumentaangever gaat het langzaam. De vrouw in het vertrek ernaast heeft ondanks de pijnmedicatie erg veel

pijn en jammert klaaglijk: 'Allahhh!, Allahhh!'; het snijdt me door de ziel.

Twijfel komt in me op: hadden we haar toch als eerste moeten opereren? We werken verbeten door. In de loop van de volgende twee uur wordt het Allah-geroep steeds zachter en de vrouw overlijdt. Voordat we klaar zijn heeft de familie haar al weggevoerd. Ik voel me vreemd, een mengeling van verslagenheid en opluchting. Gelaten zien we in dat de dood ons te snel af was. De lugubere consequentie van onze keuze tussen deze twee mensen is nu niet meer terug te draaien. Ik klamp me vast aan de hoop dat de jongen het wél redt. Na vijf uur opereren maken we van het been een redelijke stomp en na de andere wonden een toilet te hebben gegeven is de vreselijke nacht ten einde. De jongen, die Gulab heet, heeft de operatie goed doorstaan.

Die nacht slaap ik kort en onrustig. Ik droom over flessepost, die langzaam naar me toedrijft.

Een paar dagen later blijkt dat ik me heb laten verleiden te laag te amputeren. Tot mijn schrik moet ik aanzien hoe het been infecteert. Heb ik daar al die uren voor geknokt en zou het dan nu toch nog mis gaan? Mijn zelfvertrouwen keldert. Uiteindelijk kort ik de stomp in omdat er bot onbedekt blijft door de infectie. Met een huidtransplantatie (eilandjes) geneest de stomp – en mijn zelfvertrouwen – maar wel pas na twee maanden.

Dit is het tweede artikel in een serie van drie over het werk als noodhulparts voor Artsen zonder Grenzen in de Lolenjvallei in Afghanistan, van november 1989 tot en met juli 1990.

Dr. A. J. E. M. Fischer en Prof. Dr. W. J. Oosterveld (redactie). Duizeligheid en evenwichtsstoornissen. Bruna, Utrecht 1990. 390 blz. ISBN 90 229 557 5. Prijs f 99,90.

De eerste hoofdstukken van dit boek, waarin de anatomie, fysica en fysiologie van het vestibulaire apparaat worden besproken, geeft deze opzet al de allure van een leerboek.

Voor de anamnese wordt de vragenlijst inzake duizeligheid en/of evenwichtsstoornissen van de Commissie Normering Vestibulair Onderzoek aanbevolen.

In de volgende hoofdstukken buigt de tekst zich naar de spreekkamer en het eenvoudige onderzoek aan het ziekbed. Van de verschillende proeven wordt de pas-op-de-



plaatsproef van Unterberger als de meest betrouwbare van de vestibulo-spinale functies beschouwd. 'Het onderzoek aan het ziekbed' bevat vele praktische tips, waarvan ik slechts de Romberg sensibilisatie noem.

Nystagmus krijgt met vier hoofdstukken ruime aandacht: de spontane, de positie-, de optokinetische en de verticale nystagmus.

Het evenwichtsonderzoek bij kinderen, specialistische methoden met draaistoel en elektronystagmografie besluiten het onderzoeksgedeelte.

Vervolgens neemt de beschrijving van ze-

ventien ziektebeelden iets minder dan de helft van het aantal bladzijden in beslag. Kinderen en bejaarden krijgen in dit deel van het boek een aparte bespreking, die tot enkele niet storende overlappingen leidt. Een hoofdstuk over arbeidsvaliditeit, 508 literatuurreferenties en een register besluiten het boek.

Dit gedegen werk, met professionele informatie van anatomen, KNO-artsen, neurologen, biologen, fysici en een fysioloog, is geschreven voor een brede doelgroep. Ondanks deze 'state of the art' blijkt, dat bij meer dan de helft van de patiënten die over duizeligheid klagen geen zekere diagnose kan worden gesteld. Een reden te meer van dit boek kennis te nemen.

Prof. Dr. K. Gill

Over het besnijden van meisjes, vrouwen en jongens

Is een verbod op zijn plaats?

Drs. Manuel van Loggem had gelijk toen hij in NRC Handelsblad van 11 januari 1986 schreef: 'Vooral de besnijdenis werd door niet-joden als een seksuele verminking beschouwd; als een offer van de mannelijkheid, een soort castratie. Dat was het ook.' Besnijdenis van jongens, meisjes en vrouwen is niet alleen een anatomische, maar ook een erotisch-seksuele en een esthetische verminking.

VROUWENBESNIJDENIS

De operatie is vooral bij meisjes en vrouwen wreed en pijnlijk, de gevolgen zijn heel naar. Voor een besnijding wordt de toestemming van het slachtoffer *niet* gevraagd. Het is een overbodige ingreep, gegrond op archaische geboden en verkeerd geïnterpreteerde hygiënische overwegingen. Het besnijden van meisjes en vrouwen is een volksgebruik in het antieke en moderne Egypte, Soedan, Libië, Ethiopië en bij sommige islamitische volken, volksgroepen in Afrika, Australië, Indonesië en Peru. In Europa werd deze ingreep in de vorige eeuw nog toegepast bij meisjes die 'overmatig' masturbeerden! De behandeling bestaat uit het wegsnijden van de kleine schaamlippen en de daarboven gelegen clitoris of van de clitoris alleen. Een gruwelijke ingreep die zonder verdoving geschiedt. De vrouw kan daarna nooit meer het seksuele hoogtepunt beleven. De 'operatie' wordt verricht op de zevende levensdag, in de puberteit of vlak voor het huwelijk! In de literatuur worden als redenen vermeld: de wens om de seksuele verlangens te verminderen, om te verwijderen wat wordt beschouwd als een smet in het vrouwelijk lichaam, en om de geslachtsgemeenschap en bevruchting te vergemakkelijken. Medisch en psychologisch beschouwd zijn dit allemaal drogredenen.

BESNIJDENIS BIJ JONGENS

Besnijdenis bij jongens wordt het eerst vermeld in het antieke Egypte en

Dr. A. P. J. van der Burg

Het besnijden van meisjes en jongens is niet alleen een anatomische, maar ook een erotisch-seksuele en esthetische verminking, stelt internist in ruste Dr. A. P. J. van der Burg. Maar of opname ervan in ons Wetboek van Strafrecht politiek haalbaar is?

Syrië. Thans worden nog alle zoons van belijdende joden, mohammedanen en zoons van stammen in Afrika, Australië, Melanesië en Polynesië (uitgezonderd Nieuw-Zeeland) besneden. Ook in de Verenigde Staten worden vrijwel alle jongetjes kort na de geboorte besneden. Joodse jongens worden op de achtste levensdag besneden, moslems zo vroeg mogelijk, maar meestal voor of in de puberteit. De traditie van het besnijden van joodse en mohammedaanse jongens gaat terug tot omstreeks 2200 v. Chr., toen de aartsvader Abraham volgens Genesis 17: 10-14 en 23-27, zich op 99-jarige leeftijd op goddelijk bevel met een scherpe steen liet besnijden en dit zelf bij zijn zoon en mannelijke huisgenoten deed. Ook elders in het Oude Testament wordt de besnijdenis genoemd.

De joodse schrijver Philo van Alexandrië (omstreeks 25 v. Chr. – omstreeks 50 n. Chr.) was de eerste die voor het besnijden ook hygiënische motieven aanvoerde. Ook de vrees voor phimosis en paraphimosis speelde een rol. De eikel, die zich evenals de andere zwellichamen van de penis bij prikkeling met bloed vult, is bekleed met gevoelig slijmvlies en omhuld door de voorhuid. De voorhuid bestaat van binnen uit slijmvlies en van buiten uit huid. Daar de schede van de vrouw ook met slijmvlies is bekleed, kan de penis daarin gemakkelijk heen en weer glijden. Zowel de eikel als de voorhuid bevat talrijke fijne gevoelszenuwuiteinden, die de seksuele be-

leving mogelijk maken. Ook de voorhuid is dus een erotisch belangrijk orgaan. Wrijving van de voorhuid alleen al kan een zaadlozing geven. De voorhuid beschermt de gevoelige eikel. Als de voorhuid bij de besnijdenis wordt verwijderd, verdwijnt er een seksueel gevoelig orgaantje; het slijmvlies van de eikel wordt leerachtig en minder gevoelig.

Iedere jood mag besnijden, maar de besnijdenis ('mila') wordt meestal gedaan door de mohel. De sandak, een soort peetvader, houdt het kind op schoot. De mohel trekt de gehele voorhuid tot voor de eikel en schuift het velletje in de gleuf van een schildje. De voorhuid wordt vóór langs het schildje zonder verdoving afgesneden.

De wond werd door de mohel met de mond uitgezogen, maar toen bleek dat hierdoor syfilis, tuberculose, difterie en nu ook AIDS kan worden overgebracht, hebben moderne joden hiervoor een zuiginstrument ingevoerd. De verrichting gaat bij joden en islamieten met gebeden en rituelen gepaard.

Bij Indonesische mohammedanen heet het besnijden 'sunat' (soenat). Soms doet een doekoen ('dorpsdokter') of priester de 'bong' of 'bengkong', maar meestal doet een leek het. (Op Java word ook wel alleen de klieving van de voorhuid in de lengterichting toegepast. Een plat stukje bamboe wordt tussen eikel en voorhuid ingeschoven en daarop wordt de voorhuid doorgesneden.)

Daar de eikel na de besnijdenis aanvankelijk onaangenaam gevoelig blijft, worden de jongens in koud stromend water gezet. Om de eikel tegen schuring te beschermen dragen zij over de penis een halve klapper (kokos)dop aan een touwtje om hun middel.

In augustus 1985 werd in de pers bericht dat hier te lande een 2-jarig jongetje na een besnijdenis met een schaar wegens een hevige bloeding moest worden opgenomen. Uit de daarop volgende discussie bleek toen, dat islamitische ouders bezwa-

ren hebben tegen de verdoving en het ontbreken van de rituelen in een kliniek.

In de televisiefilm 'The Winds of War' zag men dat na de inval in Polen in 1939 buitenlanders, onder wie Amerikanen, door de Duitse linies naar Berlijn konden afreizen. Joden en personen met een joods gezicht of een joodse naam werden er door de Duitsers tussenuit gehaald. Bij twijfel keken de Nazi's of de mannen besneden waren. In de film protesteert een in het gezelschap reizende Amerikaanse dominee daartegen: 'Alle Amerikanen zijn besneden, ikzelf ook.' Zoals bij mijn Amerikaanse patiënten bleek is dit inderdaad zo.

In het begin van deze eeuw werd in een Amerikaans tijdschrift de hypothese gelanceerd dat de lage frequentie van baarmoederhalskanker bij joodse vrouwen een gevolg zou zijn van het besnijden van de mannen. Hoewel deze veronderstelling niet door nader wetenschappelijk onderzoek werd bevestigd, was de reactie zeer overdreven; vrijwel alle Amerikaanse jongetjes worden sindsdien besneden, meestal in ziekenhuizen. Over de samenhang tussen besnijdenis bij mannen en baarmoederhalskanker is een twintigtal medische publicaties verschenen. Het onderzoek leverde geen bewijzen op. Het laatste artikel dat ik vond is van Feris, Wilson en Nelson in de American Journal of Obstetry and Gynaecology van december 1973. Zij concludeerden dat de uitkomsten tegenstrijdig zijn: 'De rol van de circumcisie (besnijdenis) in de epidemiologie van kanker van de baarmoederhals blijft onzeker.' De besnijdenis van jongens is ook een cosmetische verarming. Te meer omdat de circumcisie vaak snel en slordig wordt uitgevoerd zonder verfijnde techniek, ook bij een echte medische indicatie. Maar in ieder geval is het een aardige bijverdienste voor chirurgien.

INDICATIE

Een juiste indicatie voor een operatie aan de voorhuid is een blijvende phimosis, een vernauwing van de opening in de voorhuid. Bijna alle pasgeboren jongens hebben een lichte graad van phimosis met verkleving, die meestal spontaan verdwijnt. Bij phimosis kunnen urine en smegma

zich tussen eikel en het binnenblad van de voorhuid verzamelen, waardoor een ontsteking kan ontstaan. Het plassen wordt pijnlijk en de kinderen durven niet meer te urineren. Toch is slechts in weinig gevallen een operatie nodig, omdat het meestal mogelijk is de voorhuid wel over de eikel terug te schuiven en na aanbrengen van wat vaseline weer terug te schuiven. Wanneer dit regelmatig geschiedt, wordt de opening door rekking voldoende breed; de arts kan dit de moeder of de oudere jongens leren. Wanneer oprekking niet mogelijk is, kan de phimosis worden geopereerd na plaatselijke verdoving.

Prof. Dr. A. Kummer beschrijft in zijn 'Chirurgie voor de huisarts' drie technieken voor phimosis-operaties, waaronder de elegante plastische operatie volgens Schloffer, die de voorhuid spaart en een goed cosmetisch resultaat geeft. Bij phimosis heeft deze operatie de voorkeur. De operatie van H. Schloffer, chirurg (Praag 1868-1937) wordt aan de voorzijde van de (slappe) penis verricht. Via een kleine insnijding midden in de rand van de vernauwde opening wordt op geleide van een sleufsonde het buitenblad van de voorhuid schuin ingeknipt en vervolgens het binnenblad eveneens, maar in tegengestelde richting, loodrecht op de snede in het buitenblad.

Binnen- en buitenblad worden met een knopsonde van elkaar losgemaakt. Als men nu de voorhuid terugschuift, ontstaat er een ruitvormige wond, die met twee eentands haakjes in dwarsrichting wordt gestrekt en die vervolgens met oplosbaar dun draad wordt gehecht.

Paraphimosis kan ontstaan wanneer bij een lichte phimosis de voorhuid tot in de kransgroeve van de eikel wordt teruggetrokken en niet meer terug kan. De eikel en voorhuid zwellen dan op door bloedstuwning en oedeemvorming. Pijn en paniek zijn het gevolg. Toch hoeft ook in deze gevallen niet steeds naar een mes te worden gegrepen. Wanneer de arts of de patiënt eikel en voorhuid met de hele hand omvat kan met voorzichtige, gelijkmatige toenemende druk het opgezwollen orgaan worden leeggedrukt, waardoor de paraphimosis kan worden opgeheven. Lukt dit na herhaalde pogingen niet, dan moet de arts onder plaatselijk verdovende bevrozing de snoerende ring klieven.

DILEMMA

Het besnijden stelt ons voor een dilemma. Enerzijds is er het recht op de integriteit van lichaam en psyche en het zelfbeschikkingsrecht van het individu. Anderzijds is er de godsdienstvrijheid met archaïsche voorschriften en de ongerechtvaardigde kankervrees.

Het besnijden van meisjes en vrouwen moet als een strafbare mishandeling worden beschouwd. (Bij moderne mohammedaanse Javanen wordt de besnijdenis van meisjes en vrouwen nog slechts beperkt verricht door 'een tikje met het mes'.) Het besnijden van jongens ontnemt hun zonder medezeggenschap een belangrijk lichaamsdeeltje.

Art. 11 van onze Grondwet luidt: 'Ieder heeft, behoudens of krachtens de wet te stellen beperkingen, recht op on-aantastbaarheid van zijn lichaam.' Zouden de mensenrechten en de emancipatie niet worden gediend door de religieuze of quasi-hygiënische ingreep pas te verrichten wanneer de jongen 18 jaar is geworden en hem zelf, na alle consequenties te hebben begrepen, de beslissing te laten nemen? Bij een besluit tot besnijden zou men kunnen overwegen slechts een klein stukje van de voorhuid te verwijderen, dus met behoud van de beschermende en gevoelswaarde van dit orgaan.

BESCHOUWING

Een besnijdenis tast de grondwettelijke onaanastbaarheid van het lichaam aan. Het besnijden van meisjes, vrouwen, jongens en mannen is echter niet uitdrukkelijk in het Wetboek van Strafrecht verboden. Zou het daar wel in worden opgenomen, dan zou dat waar het de jongens en mannen betreft zeker als antisemitisch of anti-islamitisch worden aangemerkt: politiek niet 'haalbaar', dus.

Een verbod op het besnijden van meisjes en vrouwen in Nederland lijkt mij op zijn plaats. Wel zou eerst kunnen worden nagegaan of vrouwenbesnijdenis in ons land voorkomt.

Wat de jongens en mannen betreft zou men hier te lande een onderzoek kunnen doen om erachter te komen of de betrokkenen zelf bezwaar tegen het besnijden hebben en of zij voelen voor het optrekken van de leeftijdsgrens tot 18 jaar.

HVRC

Toelating beroepsopleiding huisarts

Procedure voor de toelating tot de beroepsopleiding tot huisarts 1992/1994

Krachtens het besluit van het College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde no 2-1990 maakt de Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie bekend, dat *in mei 1992 de opleiding tot huisarts wordt gestart aan onderstaande Universitaire Huisarts Instituten:*

UHI Vrije Universiteit te Amsterdam, van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam-Buitenveldert;
UHI Rijksuniversiteit te Groningen, Ant. Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen;
UHI Rijksuniversiteit te Leiden, Wassenaarseweg 62, 2333 AL Leiden;
UHI Rijksuniversiteit Limburg, P. Debyeplein 1, 6229 HA Maastricht;
UHI Katholieke Universiteit Nijmegen, Verlengde Groenestraat 75, 6525 EJ Nijmegen;
UHI Rijksuniversiteit te Utrecht, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht.

Informatie over de beroepsopleiding bij de onderscheiden opleidingsinstituten is te verkrijgen in de vorm van een brochure, op te halen bij alle Universitaire Huisarts Instituten.

Tevens is informatie te vinden in de publikatie van de KNMG 'Mogelijkheden na het artsexamen' van M. A. Dutrée, te bestellen bij de KNMG, door overmaking van f 19,95 voor niet-KNMG-leden en f 4,95 voor KNMG-leden op postgirorekening 58083 van de KNMG, Utrecht, onder vermelding: 'boekje Dutrée'.

De procedure voor de toelating tot de beroepsopleiding tot huisarts bestaat uit de *aanmelding*, de *sollicitatie* en de *selectie*. De schriftelijke aanmelding voor de beroepsopleiding tot huisarts, *startend in mei 1992*, dient *vóór 16 augustus 1991* in het bezit te zijn van:

Het bureau aanmelding van de HVRC
Postbus 20054, 3502 LB Utrecht

(op werkdagen tussen 9.00 en 12.00 uur voor dringende gevallen telefonisch bereikbaar uitsluitend onder nr. 030-823354). Het faxnummer van de KNMG is 030-823 326 (vermelden: bestemd voor HVRC).

NB: Voor het UHI van de Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam, Z.O.-Bijlmer, kan men zich opgeven in oktober 1991 voor de 3 groepen, die gelijktijdig starten in september 1992.

Voor het UHI van de Erasmus Universiteit te Rotterdam heeft de aanmelding voor mei en september 1991 reeds plaats gevonden.

De aanmelding is opengesteld van 12 juli tot 16 augustus 1991. De aanmelding dient te geschieden op A4-formaat, getypt of in blokletters met vermelding van:

- a. naam en voorletters M/V (gehuwde vrouwen primair meisjesnaam vermelden);
- b. correspondentie-adres met postcode;
- c. telefoonnummers waaronder men bereikbaar is;
- d. geboortedatum en plaats;
- e. plaats en datum van het artsexamen;
- f. voorkeur voor een Universitair Huisarts Instituut;
- g. wijze van betaling aanmeldingskosten: (Post)bank, rekening-nummer en datum storting vermelden.

Aan de aanmelding zijn de volgende voorwaarden verbonden:

1. De aanmelding kan alleen geschieden als men tot arts is bevorderd.
2. De aanmelding dient vóór 16.08.1991 in het bezit te zijn van het bureau aanmelding van de HVRC.
3. De aanmelding dient tot één opleidingsplaats bij één Universitair Huisarts Instituut beperkt te blijven.
4. De overmaking van de kosten ad f 50,— dient voor 16.08.1991 te zijn ontvangen op *girorekening 57.82.761 ten name van de Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie – Utrecht* onder vermelding van de naam en het adres van betrokkene en 'huisartsenopleiding 1992-1994'.

Het bureau aanmelding van de HVRC zal de ontvangst van de aanmelding en de ontvangst van de f 50,— bevestigen. Na de sluitsdatum op 16 augustus 1991 worden de verstrekte gegevens doorgestuurd naar het Universitair Huisarts Instituut van voorkeur.

De aanmelding is ongeldig indien:

- voor meer dan één Universitair Huisarts Instituut wordt aangemeld;
- de kosten niet per 16 augustus 1991 zijn bijgeschreven op de girorekening van de HVRC;
- onvolledige of onjuiste gegevens zijn verstrekt.

De verdere afhandeling van de procedure betreffende de *sollicitatie* en de *selectie* zal plaatsvinden vanuit het gekozen UHI conform de regelgeving van het College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde. De kandidaten zullen van het UHI een informatie- en sollicitatiepakket ontvangen. Hierin wordt nadere informatie gegeven over de wijze van solliciteren, de beoordeling van de sollicitatiebrief en het selectiegesprek. De selectiegesprekken vinden in januari 1992 plaats.

Alle betrokkenen ontvangen voor 1 februari 1992 bericht van toelating of afwijzing van het desbetreffende UHI.

De volgende toelatingsronde voor de opleiding die start in september 1992 zal plaats vinden tussen medio oktober en medio november 1991.

Dr. L. R. Kooij, algemeen secretaris
N. F. de Pijper, secretaris

KNMG

Verslag 202^{de} Algemene Vergadering

Verslag van de 202de Algemene Vergadering, gehouden op vrijdag 26 april 1991 in Domus Medica te Utrecht.

I. Opening

De voorzitter (*Van Leeuwen*) opent te 17.30 uur de vergadering en heet de aanwezigen welkom, in het bijzonder de ereleden Heijen en Bierens.

II. Benoeming van een commissie van redactie van het verhandelde ter Algemene Vergadering

In deze commissie worden benoemd H. J. der Weduwen (*Slingeland*) en (q.q.) de voorzitter en de secretaris-generaal.

III. Inleiding van de voorzitter

Voorafgaand aan deze inleiding memoreert de voorzitter dat sinds de laatstgehouden AV 52 leden door de dood aan de KNMG zijn ontvallen. Hij noemt twee van die leden met name: coll. Hogenboom, die regelmatig zijn epidemiologische studies in het NTvG publiceerde en de motor was voor een landelijke medische registratie, en coll. Wolvius die gedurende vijf jaar met grote inzet heeft gefunctioneerd als secretaris van de Specialisten Registratie Commissie.

De aanwezigen nemen hierna staande enige ogenblikken stilte in acht.

De voorzitter houdt vervolgens zijn inleiding, waarvan de tekst is opgenomen als bijlage bij het verslag.

IV. Eerste rondvraag

Hiervan wordt geen gebruik gemaakt.

V. Bindende voordracht van het Centraal Bestuur der LHV om W. L. Bogtstra te benoemen tot lid van het hoofdbestuur per 26 april 1991

Bogtstra wordt bij acclamatie benoemd.

VI. Voorstel tot wijziging van artikel 400c lid 1 en artikel 400 lid 2 van het huishoudelijk reglement van de KNMG inzake afgevaardigden ter algemene vergadering van de KNMG

Weerdesteyn (afgev. LHV) vraagt nog of het voorstel om in artikel 400c lid 1 het woord 'maximaal' in te voegen, óók inhoudt dat leden niet langer dan vier jaar (pl.v.) afgevaardigde kunnen zijn.

Mevr. *Kastelein* (secretaris KNMG) antwoordt ontkennend. De verkiezing vindt voor maximaal vier jaar plaats, maar daarna kan dezelfde afgevaardigde opnieuw worden gekozen.

De *Algemene Vergadering* gaat hierna met algemene stemmen akkoord met het voorstel.

VII. Gedragsregels KNMG 'Alternatief/regulier'

De voorzitter verwijst ter inleiding van de discussie nog naar de drie bijlagen over dit onderwerp welke op 17 april jl. aan de afgevaardigden zijn gezonden. Zeer onlangs is nog een reactie binnengekomen van de afdeling Zwolle, waarin deze afdeling voorstelt in de nieuwvoorgestelde gedragsregel over o.a. kritiek ten aanzien van een collega ook de zin op te nemen 'Een arts wordt geacht geen kritiek te uiten op collegae ten overstaan van patiënten'. Ter toelichting van dit voorstel wijst de afdeling Zwolle erop dat gedragsregels worden geschreven als een leidraad waaraan handelen kan worden getoetst, o.a. in conflictsituaties. Indien de zin 'Een arts wordt geacht geen kritiek te uiten op collegae ten overstaan van patiënten' niet wordt opgenomen, staat het artsen vrij om

elkaars handelwijze in het bijzijn van patiënten te bekritisieren. Het vierde uitgangspunt, zoals genoemd door de KNMG-voorzitter in de AV van 27 april 1990, wordt hiermee, aldus verder de afdeling Zwolle, onverkort overeind gelaten. Niet de handelwijze van collegae, maar de eigen handelwijze dient in openheid besproken en geëvalueerd te worden.

Vervolgens wordt op voorstel van de voorzitter besloten, het voorstel tot wijziging van de gedragsregels in onderdelen te bespreken.

– Voorstel tot het laten vervallen van de laatste zin van gedragsregel 1, alsmede de gedragsregels 44 en 46

Over dit voorstel wordt door geen van de aanwezigen het woord gevraagd.

– Voorstel tot toevoeging in aansluiting op de gedragsregels 1 en 2:

'Deze vrijheid wordt beperkt doordat de arts in staat en bereid moet zijn zich toetsbaar op te stellen. Bij deze toetsing is het criterium 'onder beroepsgenoten gebruikelijk' zoals dat geoperationaliseerd is of moet worden door de erkende wetenschappelijke vereniging leidraad. Met name het toepassen van andere geneeswijzen, met voorbijgaan van effectieve getoetste behandelwijzen is niet toegestaan.'

Blom (afgev. LAD) heeft moeite met de eerste zin van de toelichting op dit voorstel, zoals opgenomen in bijlage B. Door de passage 'waar een regulier middel én een alternatief middel voorhanden zijn' wordt de indruk gewekt dat het alternatieve middel een geneesmiddel in de zin van de Geneesmiddelenwet is. Dat is echter niet het geval.

De voorzitter zegt dat juist om deze indruk te vermijden is gesproken van een 'middel' en niet van een 'geneesmiddel'. Om dezelfde reden is verder ook steeds gesproken van 'alternatieve behandelwijze' en niet over 'alternatieve geneeswijze'.

Blom (afgev. LAD) blijft bij zijn bezwaar. De indruk ontstaat namelijk door de termen 'regulier middel' en 'alternatief middel' direct na elkaar te gebruiken. Omdat de term 'regulier middel' alleen kan slaan op een regulier geneesmiddel in de zin van de Geneesmiddelenwet, zal al snel worden gedacht dat het bij een alternatief middel óók om een geneesmiddel gaat. Hij zou er de voorkeur aan geven als in de eerste zin van de toelichting komt te staan dat iedere arts vrij is een placebo te gebruiken.

Festen (Nijmegen en omstreken) vindt het in de toelichting gegeven voorbeeld van thijmsiroop of een homeopathisch drankje nogal ongelukkig. Hij ziet trouwens geen verschil tussen thijmsiroop en een homeopathisch drankje. Als al voorbeelden worden gegeven, dient het om zwaarwegende zaken te gaan, zoals oncologische behandelingen. Juist daar is de vraag of regulier, dan wel alternatief behandeld moet worden, van groot gewicht.

Van Berkestijn (secretaris-generaal KNMG) zegt eerst dat z.i. door homeopaten thijmsiroop zeker niet als een homeopathisch middel zal worden gezien. Verder wijst hij erop dat naast dit voorbeeld ook twee andere voorbeelden worden genoemd: een appendicitis en het geïndiceerd zijn van een antibioticum. Er worden dus, naast een kennelijk ongelukkig voorbeeld, ook enige meer zwaarwegende voorbeelden gegeven. Overigens gaat het in de toelichting vooral om de volgende zinnen, waarin nader wordt uiteengezet wat met de woorden 'met voorbij gaan aan' wordt bedoeld.

Festen (Nijmegen) heeft niet voor niets het voorbeeld van oncologische behandelingen genoemd, want de daarbij toegepaste cytostatica geven vaak veel bijwerkingen en dus veel ellende, terwijl een lange periode van overleving in het algemeen vaak niet optreedt. Dergelijke behandelingen dienen desondanks door de

arts aan de patiënt te worden aangeboden, maar het is wel begrijpelijk dat in dergelijke gevallen patiënten vaak uitwijken naar een alternatieve behandelaar die óók niets biedt, maar hen ten minste niet confronteert met 'gemene' cytostatica. Juist voor dit meer grijze gebied lijkt het hem goed als de KNMG duidelijke uitspraken doet, mede ten behoeve van patiënten en alternatieve behandelaren. De in bijlage B gegeven voorbeelden liggen niet in dat gebied; daar is duidelijk wat de arts behoort te doen.

Van Berkestijn (secretaris-generaal KNMG) meent toch dat de toelichting juist ook voor dat grijze gebied duidelijk is. Het gaat erom dat de arts bij het aanbieden van therapeutische mogelijkheden aan de patiënt geen zaken onder de tafel behoort te houden die in het algemeen elke behoorlijk opgeleide arts wel zou aanbieden. Met het oog hierop is in de toelichting een vergelijking getrokken met het opstellen van een differentiaal diagnose. Na het aanbieden van alle denkbare therapeutische mogelijkheden zal in het algemeen een gesprek tussen arts en patiënt tot stand komen en ten slotte zal de uiteindelijk gemaakte keuze door de arts verantwoord moeten kunnen worden jegens een andere arts.

Beukman (huisarts/antroposofisch arts) wil in ieder geval vrij blijven om in overleg met de patiënt een therapie te kiezen die voor de patiënt goed is. Hij is daarvoor toetsbaar, maar wil zich uiteraard absoluut niet voegen in de mening dat alle alternatieve geneeskunde als 'placebo' kan worden betiteld. In dit verband vindt ook hij de in de toelichting gegeven voorbeelden slecht gekozen. Zo zal een grote meerderheid van de artsen wel antibioticum geven aan een oude man met carie die een aanval krijgt, maar onlangs heeft hij op een nascholingsbijeenkomst voor huisarts-opleiders in Leiden gehoord dat dit een onzinnige behandeling is. Daarnaast is het bij voorbeeld zeer de vraag of antibioticum moet worden gegeven aan een veel te zware zuigeling met astmatische bronchitis. Ook in zo'n geval wordt veelal antibioticum gegeven, terwijl de antroposofische geneeskunde een veel effectievere methode biedt. In het algemeen onderschrijft hij geheel het gestelde in de stukken over toetsbaarheid en de noodzaak om in openheid verantwoording af te leggen, maar hij wil zich niet houden aan een gedragsregel die hem in het keurslijf van een z.i. beperkt regulier schoolgeneeskundig kader wringt.

De voorzitter kan het niet geheel eens zijn met de stelling van Beukman dat deze vrij moet blijven om een therapie te kiezen die hij geëigend acht voor de patiënt. Dit houdt het gevaar in dat de arts zich isoleert van zijn beroepsgenoten en een dergelijk isolement wil het Hoofdbestuur (HB) juist uitsluiten met de voorgestelde invulling van het begrip 'professionele autonomie'. Wel is hij het ermee eens dat voor onzinnige behandelingen geen plaats is in de geneeskunde, niet in de reguliere en niet in de alternatieve. Ook heeft het HB zeker niet de stelling geponeerd dat alle alternatieve methoden als 'placebo' moeten worden gezien. Effectiviteit behoort de toetssteen te zijn voor acceptatie van behandelwijzen en het HB wil zich daarbij open en onbevooroordeeld opstellen. Bij onderzoek kan blijken dat bepaalde therapieën die nu gerekend worden tot het alternatieve arsenaal, effectief werkzaam zijn. Ook kan onderzoek uitwijzen dat methoden die op dit moment gangbaar zijn in de zgn. reguliere geneeskunde, in feite onwerkzaam zijn. Het effectiviteitscriterium scheidt ook niet de geneeskunde in regulier en alternatief, maar in werkzaam en niet werkzaam.

Van Berkestijn (secretaris-generaal KNMG) vraagt of Beukman de door hem voorgestane behandelmethoden wel eens ter toetsing heeft ingebracht op bijeenkomsten van huisarts-opleiders.

Beukman heeft dat inderdaad gedaan op dit soort bijeenkomsten, maar het is niet eenvoudig om vanuit één praktijk en soms op basis van maar één casus tot een goede discussie te komen. Gebleken is dat met een antroposofisch in plaats van een beta-stimulerend middel een oudere man goed uit een carie-aanval kan worden geholpen, waarna betrokkene een effectief genezen gevoel (zon-

der hartkloppingen) heeft. Hij wil dergelijke zaken graag ter toetsing inbrengen, mits over de methode van toetsing nog gesproken kan worden.

Maats stelt voor de zinsnede 'zoals dat geoperationaliseerd is of moet worden door de erkende wetenschappelijke vereniging' te schrappen. Door deze zinsnede wordt immers een strikte koppeling gelegd met de inzichten van de diverse wetenschappelijke verenigingen en hij heeft niet altijd volledig vertrouwen in die inzichten. Er blijft dan staan 'Bij deze toetsing is het criterium 'onder beroepsgenoten gebruikelijk' leidraad' en dat lijkt hem voldoende. Overigens is de inhoud van dit criterium steeds aan verandering onderhevig en staat het criterium dan ook voortdurend ter discussie, zoals vaak bij tuchtzaken blijkt. Eventueel zou nog in deze gedragsregel de term 'mede geleit op de stand der wetenschap' kunnen worden toegevoegd. Daarmee wordt dan toch nog een relatie met 'de wetenschap' gelegd, zonder dat het direct wordt gekoppeld aan de wetenschappelijke verenigingen. Hij gaat ervan uit dat op deze manier ook de problemen die bij o.a. Beukman leven, worden weggewomen.

Festen (Nijmegen) heeft geen moeite met het schrappen van de woorden 'door de erkende wetenschappelijke vereniging', maar stelt wel prijs op handhaving van de woorden 'zoals dat geoperationaliseerd is of moet worden'. Daarmee wordt immers de noodzaak van protocollaire geneeskunde aangegeven.

Maats wijst erop dat het tot de stand der wetenschap kan behoren, of tot hetgeen onder beroepsgenoten gebruikelijk is, dat in een aantal gevallen met protocollen wordt gewerkt. Hij vindt handhaving van de term 'geoperationaliseerd' dan ook niet nodig. Bovendien is dit een geheel nieuwe term waarvan de inhoud nog niet duidelijk is, hetgeen alleen maar tot problemen bij eventuele tuchtzaken kan leiden.

De voorzitter meent dat de term 'geoperationaliseerd' wat verder gaat dan 'de stand der wetenschap'. Die laatste term is een nogal vaag begrip dat alleen door jurisprudentie inhoud kan krijgen. Bij de term 'geoperationaliseerd' legt ook hij een verband met standaarden en protocollen, waarbij hij overigens niet wil zeggen dat die alleenzaligmakend zijn.

Mevr. *Kastelein* (secretaris KNMG) wijst erop dat ook de term 'onder beroepsgenoten gebruikelijk' nogal vaag is, al wordt deze term o.a. in wetgeving vaak gebruikt. Met de rest van de zin is gepoogd die term enige inhoud te geven. Bovendien is hiermee beoogd een zekere verplichting te leggen op wetenschappelijke verenigingen om tot operationalisering te komen, waar dat nog niet is gebeurd. Als die operationalisering niet plaatsvindt, is het ook niet goed mogelijk om inhoud te geven aan het begrip 'effectieve getoetste behandelwijzen'. Overigens wordt in de door het HB voorgestelde tekst ook bewust het woord 'leidraad' gebruikt. Dat geeft een zekere vrijheid aan iedere arts om in een concreet geval te handelen zoals hem of haar goeddunkt, zonder altijd verplicht te zijn om standaarden of protocollen te hanteren.

Mevr. *Hermann* (afgev. LVSG) heeft uit de woorden van Van Berkestijn begrepen dat, als een middel effectief en getoetst is en bij uitstek geschikt is, de arts voor dat middel dient te kiezen, ook al zou de arts wellicht persoonlijk de voorkeur geven aan een alternatief middel; als er daarentegen een scala van middelen beschikbaar is, is de arts vrij in zijn keuze en kan hij zowel een regulier als een alternatief middel kiezen. Dit staat ook duidelijk in de toelichting in bijlage B, maar de ook daarbij gegeven voorbeelden werken verwarrend, terwijl voorbeelden altijd aanleiding geven tot discussie. Zij stelt dan ook voor de alinea waarin die voorbeelden worden gegeven, uit de toelichting te schrappen. Daarnaast zou zij het, als sociaal-geneeskundige, bijzonder betreuen als de zinsnede over operationalisering door de wetenschappelijke verenigingen niet in de gedragsregels 1 en 2 zou worden opgenomen. Door deze zinsnede wordt immers tegenwicht geboden aan politieke

OFFICIEEL

bestuurders die nogal eens geneigd zijn uit bezuinigingsoverwegingen een poging te doen het takenpakket van een basisgezondheidsdienst te beperken.

De *voorzitter* wijst er nog op dat de zinsnede over operationalisering door de wetenschappelijke verenigingen niet alleen van belang is voor de sociale geneeskunde, maar ook voor de andere takken van de gezondheidszorg.

Maats blijft bij zijn voorstel om de zinsnede over operationalisering door de wetenschappelijke verenigingen te schrappen. Hij heeft daar niet zoveel vertrouwen in, omdat in een aantal van die verenigingen naar zijn indruk vooral waarde wordt gehecht aan het uitdiepen van verschillen van mening. Ook van consensusbijeenkomsten van het CBO verwacht hij niet veel in dezen. Aan bepaalde uitkomsten van dit soort bijeenkomsten kan beter geen gehoor worden gegeven, omdat de bereikte consensus in de praktijk niet toepasbaar is en ook niet leidt tot adequate hulpverlening. De arts zal dan ook meestal zelf een keuze moeten maken, op grond van kennis van de omstandigheden van de patiënt, hetgeen hij in literatuur en vakbladen leest en hetgeen hij van collega's hoort. Bovendien kennen veel artsen behandelwijzen of middelen die niet altijd even goed toetsbaar zijn, maar die wel in bepaalde omstandigheden uitstekend blijken te werken. Zo'n stukje 'magie' hoort nog altijd bij geneeskunst. Hij zou wel akkoord kunnen gaan met een aparte gedragsregel waarin wordt gezegd dat hetgeen uit de erkende wetenschappelijke verenigingen naar voren komt, de aandacht van de arts verdient en dat deze een en ander op afgewogen wijze moet betrekken in zijn individuele besluitvorming, maar zoals het nu wordt voorgesteld door het HB, gaat het z.i. veel te ver, omdat daarmee het oordeel van de wetenschappelijke verenigingen volledig maatgevend wordt, terwijl het juist moet gaan om de gewetensvolle afweging, met kennis van zaken, door de individuele arts.

Van Berkel (afgev. LHV) meent dat vooral met de laatste zin van het voorstel (het toepassen van andere geneeswijzen, met voorbijgaan aan effectieve getoetste behandelwijzen, is niet toegestaan) in feite elke innoverende geneeswijze die afkomstig is van buiten de universitaire wereld, wordt geblokkeerd. Hij stelt dan ook voor deze zin te schrappen. De klassieke homeopathie die hijzelf toepast, is binnen de universitaire denkwereld absoluut niet toetsbaar, maar is op zichzelf wel goed toetsbaar en is ook vrij van iedere magie; alleen moeten dan wel andere toetsingscriteria worden aangelegd dan die welke binnen universiteiten gebruikelijk zijn. Van groot belang is ook wat onder 'beroepsgenoten' mag worden verstaan. Kan het daarbij ook alleen gaan om beroepsgenoten die dezelfde alternatieve geneeswijze toepassen?

De *voorzitter* ziet niet in waarom met de laatste zin een blokkade voor innoverende geneeswijzen zou worden gelegd. Overigens lijken innoverende geneeswijzen hem niet bij uitstek het domein van individuele artsen. Bevindingen vanuit een individuele praktijk kunnen daar zeker een belangrijke bijdrage aan leveren, maar ook met het oog op het belang van de patiënten behoort experimentele of innoverende geneeskunde primair een zaak te zijn van universitaire of andere research-instituten. Het lijkt hem overigens mogelijk aan de bezwaren van *Van Berkel* op dit punt tegemoet te komen door in de laatste zin de woorden 'in de dagelijkse praktijk' toe te voegen, zodat deze zin komt te luiden 'Met name het toepassen in de dagelijkse praktijk van andere geneeswijzen, met . . . enz.'

Mevr. *Kastelein* (secretaris KNMG) zegt aanvullend dat (zoals ook in de toelichting in bijlage B is gezegd) de gewraakte zin alleen aangeeft dat de arts effectieve getoetste behandelwijzen in de beschouwingen moet betrekken en serieus moet overwegen om die toe te passen. Als die behandelwijzen er niet zijn en de arts van mening is dat andere methoden, bij voorbeeld alternatieve, wel helpen, belet de bewuste zin de arts niet om die andere methoden toe te passen.

Van Berkestijn (secretaris-generaal KNMG) noemt een simpel voorbeeld: een operabel mamma-carcinoom behoort niet met een homeopatisch middel te worden behandeld.

Van Berkel (afgev. LHV) beaamt dat het behandelen van zo'n carcinoom met een homeopatisch middel dwaasheid zou zijn. Hij blijft echter bevreesd dat de bewuste zin ook op een geheel andere manier kan worden uitgelegd.

Mevr. *Kastelein* (secretaris KNMG) ziet geen reden voor die vrees, want de toelichting in bijlage B is duidelijk en vormt één geheel met de gedragsregel.

Van Berkel (afgev. LHV) blijft dan nog wel zitten met zijn vraag over de uitleg van het begrip 'beroepsgenoten'. In de toelichting in bijlage B is gesteld dat de arts zijn keuze in beginsel tegenover elke beroepsgenoot moet kunnen verantwoorden. Voor een klassieke homeopaat is dat nauwelijks mogelijk, want veel beroepsgenoten zijn niet op de hoogte van klassieke homeopathie en zullen de verantwoording dus niet kunnen begrijpen.

Luining (Alphen) meent dat de vraag wat onder 'beroepsgenoten' kan worden verstaan, inderdaad van groot belang is. Gaat het om alle artsen, om de meerderheid van de artsen of alleen om artsen die op dezelfde manier werkzaam zijn? Daarnaast is hierbij het voorschrift van belang dat artsen niet voorbij mogen gaan aan effectief gebleken behandelwijzen. Dat kunnen óók alternatieve behandelwijzen zijn, zeker in gevallen waarin geen goede reguliere behandelwijze bekend is. Dit zou dus betekenen dat regulier werkende artsen de zware verplichting opgelegd krijgen zich ook te verdiepen in alternatieve behandelwijzen en hun achtergrond. In ieder geval lijkt het hem van belang, indien bij voorbeeld klassieke homeopathie inderdaad niet op de gebruikelijke wijze te toetsen is, dat degenen die deze behandelwijze toepassen, zelf komen tot een wetenschappelijke vereniging of een dergelijk instituut waar de toetsing van behandelwijzen in de klassieke homeopathie dan wel kan plaatsvinden.

De *voorzitter* is het hiermee geheel eens. Hij wijst in dat verband ook op recente publikaties over onderzoeken, opgezet op een manier die zonder meer door een ieder als bona fide wordt erkend, waarbij is gebleken dat sommige als 'alternatief' omschreven behandelwijzen een beter effect hebben dan reguliere behandelwijzen. Overigens blijkt hier ook uit dat in principe alternatieve behandelwijzen wel degelijk op de 'klassieke manier' kunnen worden onderzocht. Van dergelijke publikaties behoren artsen inderdaad kennis te nemen, hetgeen echter nog niet betekent dat zij zich ook dienen te verdiepen in de theoretische grondslagen van alternatieve behandelwijzen. Het komt eenvoudigweg neer op het bijhouden van het vak.

Maats lijkt het verstandig om de laatste zin als volgt te doen luiden: 'Met name het toepassen van andere geneeswijzen, zonder zich in het specifieke geval rekenschap te geven van de bijdrage van toepassing van effectieve getoetste behandelwijzen, is niet toegestaan'. Daarmee wordt de keuze bij de betreffende arts gelegd. Daarnaast vraagt hij nogmaals aandacht voor zijn voorstel om de zinsnede over operationaliseren door erkende wetenschappelijke verenigingen te schrappen. Als aanvullend argument voor dit voorstel wijst hij er nog op dat het heel wel mogelijk is dat de rechter de vereniging voor homeopathie tot een 'erkend wetenschappelijke vereniging' bestempelt.

Dumas (afgev. LVSG) lijkt het het beste om het geheel zo kort mogelijk te houden. Hij acht het voldoende als er komt te staan: 'Deze vrijheid wordt beperkt doordat de arts in staat en bereid moet zijn zich toetsbaar op te stellen ten overstaan van beroepsgenoten'.

Witsenburg (antroposofisch arts) stelt voor om een en ander nog korter te houden, door alleen te zeggen dat de arts zich toetsbaar moet opstellen. Daarnaast heeft hij uit de discussie de indruk gekregen dat het vooral gaat om de vraag wat een verantwoorde

therapie is en om de vraag of de KNMG ook een huis kan zijn voor artsen die op een andere manier werken dan de reguliere. Als de term 'onder beroepsgenoten gebruikelijk' gehandhaafd wordt, is het risico groot dat deze wordt uitgelegd als 'wat onder de meerderheid van de artsen gebruikelijk is', hetgeen neerkomt op de regulier werkende artsen, want zij vormen de meerderheid in de KNMG. Hij voelt veel voor de formulering 'gelet op de stand der wetenschap'. Die formulering vraagt enerzijds om wetenschap, dus om toetsbaarheid, en houdt anderzijds flexibiliteit in. Verder meent ook hij dat de in de toelichting gegeven voorbeelden meer onduidelijkheid dan duidelijkheid bieden, zodat het ook hem het beste lijkt die te schrappen. Ten slotte is hij het geheel eens met de stelling dat op effectiviteit getoetste behandelwijzen door de arts moeten worden afgewogen, alvorens hij een therapie gaat instellen, zeker gezien de uitspraak van het HB zelf dat vergelijkend onderzoek mogelijk moet zijn, wellicht niet via dubbelblind-onderzoek, maar bij voorbeeld via longitudinale studies of anderszins. Mocht de vergadering zich overigens niet kunnen vinden in een zeer korte, simpele formulering, dan lijkt het spreker verstandig indien de KNMG en het AAG samen een commissie vormen om een nieuwe formulering te vinden.

De voorzitter constateert dat de bespreking van dit voorstel kan worden beëindigd.

– Voorstel tot toevoeging aan gedragsregel 5:

'In de behandeling van een patiënt dient zijn huisarts gekend te worden, tenzij de patiënt daartegen uitdrukkelijk bezwaar aantekent'.

Vochtelo (afgev. LHV) zou deze gedragsregel eigenlijk nog verder willen aanscherpen. In ieder geval zal deze regel z.i. zeer strikt moeten worden gehandhaafd. In zijn eigen praktijk heeft hij meegeemaakt dat patiënten door andere artsen medicatie voorgeschreven kregen zonder dat hij ervan in kennis werd gesteld, hetgeen twee keer letale gevolgen heeft gehad.

De voorzitter stelt vast dat geen van de andere aanwezigen over dit voorstel het woord wenst.

Hierna wordt gepauzeerd.

Na hervatting van de vergadering zegt de voorzitter dat de verdere behandeling van agendapunt VII wordt aangehouden tot de volgende vergadering. Het HB is dan in de gelegenheid zich opnieuw op een en ander te beraden, gehoord de discussie, en zal voor de komende AV in oktober a.s. met een nieuw voorstel komen. Wel stelt hij voor dat de AV zich vanavond akkoord verklaart met de acht uitgangspunten die op de eerste bladzijde van het bij agendapunt VII behorende stuk zijn genoemd en die door de toenmalige KNMG-voorzitter in de AV van 27 april 1990 zijn geformuleerd. Indien de AV hiermee instemt, zullen deze uitgangspunten het kader vormen voor de nadere bezinning binnen het HB.

Dit voorstel om de acht uitgangspunten het kader te laten zijn voor de formulering van een nieuw voorstel, wordt door de *Algemene Vergadering* aangenomen.

Van Berkel (afgev. LHV) vindt punt 1 een onjuist uitgangspunt, hetgeen hij al eerder duidelijk heeft gemaakt, maar hij beseft dat het weinig zin heeft dat nogmaals op te merken, omdat de beslissing daarover al genomen is. Wel kondigt hij aan dat hij, als dit uitgangspunt in het herziene voorstel wordt gehandhaafd, zijn alternatieve collegae zal aanraden de KNMG te verlaten.

Beukman dringt erop aan dat in ieder geval de toelichting in bijlage B en de mondelinge toelichting van Mevr. Kastelein worden verwerkt in het nieuwe voorstel. Daarin kan hij zich vinden.

Mevr. Kastelein (secretaris KNMG) wijst erop dat zojuist alleen een beslissing is genomen over het kader voor de formulering van het nieuwe voorstel, dus nog niet over de tekst van de nieuwe gedragsregel zelf. Zij gaat ervan uit dat de intentie van de in bijlage B

opgenomen toelichting waar het HB zich geheel achter heeft gesteld, ook in het nieuwe voorstel weer tot uiting zal komen.

VIII. Standpunt KNMG met betrekking tot DNA-onderzoek bij verdachten

Vandevelde (ondervoorzitter KNMG) zegt ter toelichting dat de AV vanavond voor de vraag staat of het, als er een wettelijke regeling komt die aan de door het HB aangegeven voorwaarden voldoet, dan een arts vrij staat om aan DNA-onderzoek bij verdachten mee te werken, dan wel of daar overwegende medisch-ethische bezwaren tegen bestaan. Voorts merkt hij ter voorkoming van misverstanden op dat dit DNA-onderzoek zich niet uitstrekt tot het (overigens zeer kleine deel) van het DNA in de celkern dat de drager van de erfelijke eigenschappen is. Het onderzoek heeft betrekking op het overige deel van het DNA dat vaste patronen bevat, maar waarvan de functie op dit moment nog niet duidelijk is. Dat DNA-patroon is in de praktijk uniek voor ieder mens; de kans dat een ander precies hetzelfde DNA-patroon heeft, is kleiner dan 10 tot de negentiende. Door onderzoek van dit patroon is het dus mogelijk iemand te identificeren met een veel grotere mate van zekerheid dan met de tot nu toe gebruikelijke methoden. Daarnaast wijst spreker erop dat het op dit moment juridisch niet is toegestaan een verdachte tegen zijn wil in bloed te laten afstaan. Ook het afnemen van bloed bij een alcoholcontrole kan niet tegen de wil van betrokkene gebeuren, zij het dat op het weigeren van de bloedafname dezelfde straf staat als het geval is bij een hoog alcoholpercentage in het bloed. De verplichting voor een verdachte om bloed te laten afstaan, kan derhalve alleen bij wet worden opgelegd. Daartoe wordt nu een wetswijziging voorbereid. Volgens het Europees verdrag tot bescherming van de rechten van de mens zijn inbreuken op de privacy alleen toegestaan in het belang van de openbare veiligheid, ter voorkoming van strafbare feiten of ter bescherming van de rechten en vrijheden van anderen. Dit verdrag verzet zich dus niet tegen de verplichting om bij het vermoeden van zeer ernstige strafbare feiten bloed te laten afnemen. De vraag of een arts aan bloedafname mag meewerken, is zeker niet zonder meer bevestigend te beantwoorden. De arts dient immers, volgens gebruikelijke medisch-ethische uitgangspunten, te handelen om het welzijn van de patiënt te bevorderen en dient voorts niets te doen waarvoor de patiënt geen toestemming heeft gegeven. Deze uitgangspunten komen inderdaad in het gedrang als een arts wel aan bloedafname meewerkt. Echter, het geheel afwegend, is het HB toch tot het in de bijlage bij agendapunt VIII vermelde standpunt gekomen.

Buirma (afgev. LVSG) onderstreept de door het HB aangelegde beperking dat het dient te gaan om forensisch werkzame artsen. Hij zal graag zien dat hierover overeenstemming met Justitie wordt verkregen, opdat wordt voorkomen dat allerlei andere artsen met bloedafname worden belast.

Van der Werf (afgev. LVSG) kan zich een situatie indenken waarbij vier of vijf agenten een verdachte moeten vasthouden om bloedafname mogelijk te maken. In zulke situaties zou een arts z.i. niet tot bloedafname moeten overgaan. Artsen zouden dan ook steeds de vrijheid moeten hebben om alsnog van bloedafname af te zien. Het is van belang als de KNMG dit als voorwaarde stelt, omdat veel forensisch werkzame artsen in dienstverband werken.

De voorzitter wijst op het gestelde in het voorstel van het HB dat het artsen vrij staat hun medewerking te verlenen. Dat houdt in dat zij ook medewerking kunnen weigeren. Bovendien is in punt 5 gezegd dat de arts zijn eigen verantwoordelijkheid behoudt.

Weerdesteyn (afgev. LHV) heeft in het stuk gelezen dat de commissie-Moons spreekt over 'bij nader aangewezen delicten'. Hij heeft uit ervaring geleerd dat het niet verstandig is met zulke vage begrippen akkoord te gaan. Hij meent dan ook dat eerst precies moet zijn omschreven om welke delicten het gaat.

Vandevelde (ondervoorzitter KNMG) wijst erop dat in het stuk als voorwaarde is gesteld dat het moet gaan om zeer ernstige delicten, die limitatief dienen te worden omschreven.

Jansen (afgev. LHV) vraagt of de andere methoden voor DNA-onderzoek dan bloedafname werkelijk zo onbetrouwbaar zijn. Hij ziet een groot verschil tussen onderzoek van een haar die bij voorbeeld uit een kam wordt gehaald, en het moeten afnemen van bloed tegen de wil van de verdachte.

Vandevelde (ondervoorzitter KNMG) antwoordt dat deskundigen de verzekering hebben gegeven dat onderzoek van DNA in het bloed op dit moment de meest betrouwbare methode is. Indien dit in de komende jaren anders komt te liggen, treedt de tweede door het HB gestelde voorwaarde in werking, namelijk dat bij gebleken betrouwbaarheid voor het minst ingrijpende middel moet worden gekozen, zoals onderzoek van een haar.

Nooteboom (afgev. LSV) is zonder meer tegenstander van het gedwongen afnemen van bloed van een verdachte, tegen zijn wil. De voorzitter benadrukt nogmaals dat een arts altijd vrij is om medewerking te weigeren.

Nooteboom (afgev. LSV) vindt het gedwongen afnemen van bloed een aantasting van een grondrecht van de mens en dus ook van een verdachte.

Vandevelde (ondervoorzitter) bevestigt dat hier sprake is van aantasting van een grondrecht. Juist daarom kan die aantasting alleen bij wet worden geregeld.

Mevr. *Kastelein* (secretaris KNMG) vult aan dat die aantasting volgens het voorstel van de commissie-Moons uitsluitend zal kunnen plaatsvinden bij zeer ernstige delicten die naar het oordeel van het HB limitatief in het Wetboek van strafrecht moeten worden omschreven. Zij kan zich de principiële bezwaren hietegen van *Nooteboom* heel wel voorstellen. Juist met het oog op die principiële aspecten heeft het HB dit onderwerp ook in de AV gebracht. Overigens zal er in de praktijk zeker geen druk op artsen ontstaan om over dergelijke bezwaren heen te stappen, want naar verwachting zal maar in enkele gevallen per jaar gedwongen bloed voor DNA-onderzoek worden afgenomen.

Van Berkestijn (secretaris-generaal KNMG) beklemtoont aanvullend dat het HB alleen in uitzonderlijke gevallen hiermee akkoord wil gaan, namelijk bij zeer ernstige delicten (vooral zeden- of levensdelicten) waarbij het voor vrijwel iedereen duidelijk is dat de verdachte ook de dader is, maar waarbij dit door politie en justitie niet op een andere manier te bewijzen is en de kans dus groot is dat de verdachte van een zeer ernstig delict vrijuit zal gaan als niet tot DNA-onderzoek wordt gekomen.

Nooteboom (afgev. LSV) blijft bij zijn oordeel dat met het voorstel van het HB een fundamentele grens wordt overschreden. De in het stuk genoemde vergelijking met de bloedafname bij alcoholcontrole vindt hij niet terecht, want in dat geval kan betrokkene het afnemen van bloed weigeren.

Mevr. *Kastelein* (secretaris KNMG) wijst erop dat die weigering volgens de wet dan wel wordt bestraft met dezelfde straf die geldt voor het hebben van een te hoog promillage in het bloed. Een dergelijke regeling is niet reëel bij de ernstige delicten waar het nu om gaat, want dergelijke delicten worden in het algemeen bestraft met gevangenisstraffen van 12 jaar. De facto zal dus bij die delicten bloedafname niet door de verdachte geweigerd kunnen worden.

Nooteboom (afgev. LSV) constateert dat het HB in dit geval de rechten van de gemeenschap wil laten prevaleren boven de rechten van het individu. Tot nu toe hebben artsen echter altijd de rechten van de individuele patiënt laten prevaleren. Juist daarom is er, zo meent hij, sprake van overschrijden van een grens die niet overschreden behoort te worden.

Van Berkestijn (secretaris-generaal KNMG) wijst er in dit verband op dat de commissie-Moons die zich heeft beraden over een wetsvoorstel op dit vlak, wel zeer zorgvuldig heeft gehandeld door

eerst aan de KNMG een oordeel te vragen over de medewerking van artsen. Daarnaast merkt hij op dat de arts ook in andere situaties wel eens het individuele belang ondergeschikt moet laten zijn aan het gemeenschappelijke belang, zoals bij besmettelijke ziekten. Daarvoor zijn overigens steeds wettelijke regelingen getroffen en ook nu zal dat uiteraard eerst moeten gebeuren.

Mevr. *Roschar-Pel* (Amsterdam) meent dat het, uitgaande van een 100% betrouwbaarheid van de onderzoeksmethode, voor de verdachte in de praktijk toch mogelijk is om zelf te kiezen voor vrijwillige bloedafname, dan wel het weigeren ervan. Iemand die bloedafname weigert, bekent immers de facto gewoon schuld.

Mevr. *Kastelein* (secretaris-generaal KNMG) meent dat er in feite geen sprake kan zijn van een echte vrijwillige keuze van een verdachte, als het weigeren van bloedafname ook een zeer langdurige gevangenisstraf oplevert. Volgens haar kan een arts zich nooit beroepen op een vrijwillige medewerking van een verdachte, omdat de verdachte in feite geen keuze heeft.

Bots (afgev. LHV) meent dat de AV zich in haar discussie niet moet laten leiden door de straf die zou gelden als een verdachte bloedafname weigert. Die hoge strafmaat kan toch niet de reden zijn voor de KNMG om ermee in te stemmen dat artsen meewerken aan gedwongen bloedafname?

Mevr. *Kastelein* (secretaris KNMG) zegt dat dit zeker niet het geval is. De commissie-Moons vindt het gerechtvaardigd dat bij zeer ernstige delicten een inbreuk wordt gemaakt op het grondrecht van lichamelijke integriteit. Dat is verder een politieke afweging die uiteindelijk in het parlement wordt gemaakt. Als die inbreuk eenmaal wettelijk is vastgelegd, komt de arts in beeld, want op dit moment is de meest betrouwbare methode nog DNA-onderzoek van het bloed en bij de huidige regelgeving is voor het afnemen van bloed een arts nodig. Alleen met het oog hierop is de KNMG de vraag voorgelegd of artsen hieraan zouden willen meewerken. Het antwoord daarop is uiteraard voor de uitvoerbaarheid van de te verwachten wet op dit punt van belang.

Mevr. *Hermann* (afgev. LVSG) vindt de voorwaarde van het HB dat de arts die bloed afneemt, in geen geval een behandelrelatie mag hebben (gehad) met de verdachte, van groot belang. Zij kan instemmen met het voorstel, zeker ook gezien de beperking dat het moet gaan om forensisch werkzame artsen. Die artsen verrichten immers in het kader van het opsporingsonderzoek door politie en justitie diensten met een medisch-technisch karakter. Daarbij gaat het om het vinden van de waarheid in gevallen waarin mensen worden verdacht van zeer ernstige delicten. Bovendien zal niet de politie, maar alleen de rechter-commissaris opdracht kunnen geven tot gedwongen bloedafname.

Dumas (afgev. LVSG) meent dat de KNMG zich in hoge mate belachelijk zou maken als zij uitsluitend aandacht zou hebben voor de belangen van een individu. De KNMG behoort in dit geval haar maatschappelijke verantwoordelijkheid te nemen. Hij is het dan ook geheel eens met het voorstel. Het voorstel van het Hoofdbestuur wordt hierna, met 5 stemmen tegen en 9 onthoudingen, aangenomen door de Algemene Vergadering.

IX. Jaarverslag van de Maatschappij over 1990

Buirma (afgev. LVSG) is verheugd dat het doorwrochte jaarverslag over 1990 nu al voorligt. Het jaarverslag over 1989 was pas in de AV in het najaar van 1990 beschikbaar.

De voorzitter geeft dit compliment graag door aan de secretaris PR. Het jaarverslag wordt voor kennisgeving aangenomen.

X. Presentatie beleidsplan hoofdbestuur KNMG 1991-1993

Van Berkestijn (secretaris-generaal KNMG) licht toe dat met het beleidsplan wordt beoogd de AV vóór af inzicht te verschaffen in de beleidsvoornemens die bij het HB leven, in plaats van uitsluitend achteraf tijdens de weinig frequente bijeenkomsten van de AV.

OFFICIEEL

Bovendien is het streven erop gericht in de komende jaren tot een taakstellende begroting te komen, waarbij per activiteit of beleidsvoornemen de financiële gevolgen worden aangegeven. Ook daarvoor zal het inzicht van de AV sterk verbeteren, in vergelijking met de huidige begrotingssystematiek, terwijl aan de hand van een taakstellende begroting tevens een directe relatie kan worden gelegd tussen de hoogte van de contributie en de concrete activiteiten van de KNMG. Ten slotte is het de bedoeling in de komende jaarverslagen niet meer alleen de activiteiten te beschrijven die hebben plaatsgevonden, maar ook aan te geven welke voornemens al dan niet in welke mate tot uitvoering zijn gebracht, opdat de AV desgewenst het HB ter verantwoording kan roepen.

Festen (Nijmegen) heeft in de stukken over het beleidsplan gemist een opsomming van degenen die in de diverse reeds gevormde commissies zitting hebben. Zijn daarvoor ook perifere leden benaderd, mede om te bereiken dat de op te stellen rapporten een breed draagvlak hebben? Als rapporten alleen door 'Domus-commissies' worden opgesteld, moet na het uitbrengen ervan de discussie in de afdelingen nog beginnen en blijkt vaak dat de artsengroep lang niet zo homogeen is als wel gewenst zou zijn.

De voorzitter zegt dat in het algemeen voor het werk in commissies graag gebruik wordt gemaakt van de expertise die onder de leden aanwezig is. Dat is zelfs een levensbelang voor de KNMG, want uit deze leden zullen de toekomstige bestuurders moeten voortkomen.

Vandevelde (ondervoorzitter KNMG) wijst erop dat de rapporten van de Commissie aanvaardbaarheid levensbeëindigend handelen bewust als discussiestukken worden gepubliceerd. Op de eerste nota, over zwaar-defecte pasgeborenen, zijn ook zeer veel reacties uit het hele land binnengekomen. Helaas waren daar maar weinig reacties van de afdelingen onder.

Festen (Nijmegen) verduidelijkt dat hij juist die werkwijze, waarbij vanuit de Domus een rapport verschijnt en dan pas de afdelingen erover mogen gaan praten, wil veranderen. Hij pleit ervoor dat de afdelingen erbij betrokken worden nog voordat een eerste stuk op tafel komt.

Van Berkestijn (secretaris-generaal KNMG) meent dat juist bij een grote organisatie als de KNMG, met ruim 25.000 leden, het uitbrengen van discussienota's een goede werkwijze is. Het heeft z.i. geen zin om zonder een duidelijk kader en een duidelijke vraagstelling de mening van 25.000 leden te vragen en dat kader wordt nu juist door discussienota's geboden. Ook hij betreurt het dat de respons van afdelingen vaak gering is, zelfs bij zeer belangrijke rapporten van de Commissie aanvaardbaarheid levensbeëindigend handelen. Ook bij de gedragsregels regulier/alternatief heeft het veel moeite gekost (terwijl toch mocht worden verondersteld dat juist dit onderwerp zou leven bij de afdelingen) om nog een aantal reacties van afdelingen binnen te krijgen. Overigens wijst hij erop dat het ook om praktische redenen niet mogelijk is alle afdelingen bij commissies te betrekken, want die zouden dan uit minstens 68 leden gaan bestaan. Juist met het oog op de noodzaak om de omvang van een commissie beperkt te houden, zal de inbreng van afdelingen in commissies dus toch slechts beperkt kunnen zijn.

Van der Reyden (ondervoorzitter LAD) meent dat de discussie over dit onderwerp niet zo lang uitgesponnen behoeft te worden. Uit de samenstelling van de diverse commissies blijkt dat het bepaald niet alléén om Domus-commissies gaat.

De Jong (afgev. LAD) zal daarom graag zien dat voortaan bij de instelling van een commissie wordt vermeld wie de leden zijn. Uiteraard wil hij niet pleiten voor commissies die minstens 68 leden tellen.

Sicking (lid Hoofdbestuur) voelt zich zeer aangesproken door de woorden van *Festen*. Hij meent dat het HB zich daar de komende tijd op moet bezinnen.

De voorzitter zal dat zeker bevorderen en is het op zichzelf ten

principale ook met die woorden eens. Voor enige praktische problemen zal echter nog een oplossing gevonden moeten worden.

Mevr. *Roschar-Pel* (Amsterdam) heeft begrepen dat met de opmerking van haar afdeling dat in het beleidsplan de automatisering wordt gemist, in de komende tijd rekening zal worden gehouden en dat hierover in de volgende AV mededelingen zullen worden gedaan. In dit verband wijst zij op het enige jaren geleden vanuit de Amsterdamse medische en para-medische beroepsgroepen aan de KNMG gedane verzoek om een koepelfunctie op het vlak van automatisering te vervullen, vooral ten aanzien van aspecten als de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de privacy-bescherming van arts, patiënt en instelling.

De voorzitter zegt dat ook hier aandacht aan zal worden gegeven. *Blom* (afgev. LAD) merkt op dat in zijn organisatie aspecten van medische ethiek bij medisch-wetenschappelijk onderzoek op dit moment een zeer belangrijk onderwerp vormen. Hij dringt erop aan dat het HB de medisch-ethische aspecten van medisch-wetenschappelijk onderzoek op mensen als een belangrijk aandachtspunt opneemt, vooral omdat vrij veel medisch-wetenschappelijk onderzoek in de praktijk door niet-medici wordt uitgevoerd. Daarnaast steunt hij het pleidooi dat de KNMG met spoed aandacht gaat geven aan de automatisering. Hij zou dat willen toespitsen op automatisering in de diagnostiek en de operatiekamers.

Van Berkestijn (secretaris-generaal KNMG) herinnert eraan dat de KNMG al jaren erop aandringt tot een wettelijke regeling voor experimenten op mensen te komen. Helaas heeft dat nog geen eindresultaat gehad.

De Algemene Vergadering neemt het beleidsplan en het bijbehorende stuk over de stand van zaken met betrekking tot dit plan per 1 maart 1991 voor kennisgeving aan.

XI. Suppletoire begroting nieuwbouw Domus Medica; parkeerplaats; brandweervoorschriften

Maats kan geen advies namens de Commissie voor de geldmiddelen over dit voorstel uitbrengen, omdat zij het niet ter advisering voorgelegd heeft gekregen.

Van Berkestijn (secretaris-generaal KNMG) meent dat een begroting of een suppletoire begroting ook niet ter advisering aan de Commissie voor de geldmiddelen behoeft te worden voorgelegd. Wel moet over deze stukken het advies van de Financiële commissie worden ingewonnen. Dat is gebeurd en deze commissie stemt ermee in.

Maats verwijst naar het schriftelijk door de Commissie voor de geldmiddelen aan de AV uitgebrachte advies over de KNMG-begroting voor 1991. Advisering door deze commissie over (suppletoire) begrotingen betekent voor de AV een extra waarborg dat de begrotingen zorgvuldig zijn bekeken.

De suppletoire begroting wordt vervolgens met algemene stemmen door de Algemene Vergadering goedgekeurd.

XII. Mededelingen van het hoofdbestuur CAO-systematiek KNMG-personeel

De voorzitter herinnert eraan dat de Commissie voor de geldmiddelen enige keren aandacht heeft gevraagd voor de systematiek waarmee de salarissen van het KNMG-personeel worden aangepast en zich heeft afgevraagd of het niet juist zou zijn de ontwikkeling van die salarissen te koppelen aan de ontwikkeling van inkomens van artsen. Met het oog hierop is een KNMG-werkgroep ingesteld om een en ander nader te bestuderen. Deze werkgroep heeft de ontwikkeling van de salarissen van het KNMG-personeel vergeleken met die in het kader van de CAO ziekenhuiswezen, de ontwikkeling van het prijsindexcijfer en de ontwikkeling van de salarissen van artsen in dienstverband en de norminkomens van huisartsen en specialisten over een periode van zes jaar, daarbij rekening houdend met het feit dat in die periode bij de KNMG geen

OFFICIEEL

38-urige werkweek is ingevoerd, hetgeen wel op een groot aantal andere plaatsen is gebeurd. Het is de werkgroep gebleken dat de ontwikkeling van de salarissen van het KNMG-personeel in die jaren geenszins uit de pas is gelopen. Bovendien wijst de werkgroep erop dat koppeling aan de ontwikkeling van inkomens van artsen op dit moment de salarissen van het KNMG-personeel relatief sterk zou doen stijgen, nu in een aantal sectoren binnen de medische wereld 'inhaaloperaties' gaande zijn. Daarbij heeft de werkgroep gesteld dat een koppeling aan de ontwikkeling van inkomens van artsen ook niet zo logisch lijkt, nu het KNMG-personeel in het algemeen werkzaamheden op administratief vlak verricht. Met het oog op deze overwegingen is het HB tot de conclusie gekomen dat er geen aanleiding is de huidige systematiek voor het KNMG-personeel te wijzigen.

Maats kan de conclusie van het HB onderschrijven, op grond van de feiten zoals ze nu liggen. Hij adviseert de AV dan ook namens de Commissie voor de geldmiddelen, met deze conclusie in te stemmen. De Commissie voor de geldmiddelen stelt zich voor de ontwikkelingen in de komende jaren te blijven volgen. De voorzitter stelt vast dat de Algemene Vergadering met een en ander instemt.

XIII. Tweede rondvraag

a. *De Jong* (afgev. LAD) vraagt in hoeverre de leden van de KNMG al gebonden zijn aan het gestelde in het onlangs verschenen rapport risicokeuringen.

Vandevelde (ondervoorzitter KNMG) antwoordt dat de commissie medische ethiek die dit rapport heeft uitgebracht, geen gedragsregels ter zake heeft vastgesteld. Op zichzelf zijn leden dus niet strikt gebonden aan hetgeen in het rapport wordt gezegd.

b. *Blom* (afgev. LAD) geeft het HB met nadruk in overweging een voorstel te doen de laatste zin van gedragsregel 3 ('Nascholing kan hierbij van nut zijn') te wijzigen in: Nascholing is daarvoor een noodzakelijke voorwaarde.

De voorzitter heeft in zijn inleiding al een relatie gelegd tussen de gedragsregels en het zich ontwikkelende kwaliteitsbeleid van de KNMG. In dat verband onderschrijft hij op zichzelf de opmerking van Blom.

c. *Dumas* (afgev. LAD) vraagt of het HB al een standpunt heeft bepaald over de plaats van privé-klinieken in de gezondheidszorg. *Mevr. Kastelein* (secretaris KNMG) zegt dat de Nationale Raad zeer recent een advies over privé-klinieken heeft besproken, waarbij verschil van mening is gebleken tussen de delegaties van de NZR en de KNMG over de vraag of ziekenhuizen te opzichte van privé-klinieken al dan niet in een nadelige positie verkeren. Als het advies door de Nationale Raad is vastgesteld, zal zij het ter informatie doen toekomen aan Dumas.

Dumas (afgev. LAD) meent dat in de verdere discussie ook gelet dient te worden op baten die ontstaan bij preventie van ziekteverzuim.

d. *Visser* (Vecht en omstreken) maakt eerst de voorzitter een compliment voor de wijze waarop deze de AV heeft geleid. Daarnaast herinnert hij eraan dat de wens om de periferie meer te betrekken bij het centrale niveau, één van de aanleidingen voor de structuurwijziging is geweest. Hij vraagt hoe nu verder aan de invulling hiervan gestalte zal worden gegeven. Enige spoed op dit punt lijkt hem van belang om de animo bij afdelingen levend te houden.

De voorzitter wijst erop dat in punt 10 van het beleidsplan aandacht aan regiovorming wordt gegeven, maar hij geeft toe dat hier nog maar weinig in staat. Het onderwerp heeft nu echter hoge prioriteit bij het HB.

e. *Nooteboom* (afgev. LSV) heeft de indruk dat de discussie over enige zeer belangrijke onderwerpen (zoals 'alternatief/regulier') vanavond onder enige tijdsdruk heeft gestaan. Met het oog hierop

doet hij de suggestie om voortaan drie à vier keer per jaar een AV te houden.

De voorzitter zegt dat ook zijn gedachten in die richting gaan. Naar verwachting zal op korte termijn een voorstel in deze zin kunnen worden gedaan.

f. *Luyendijk* (afgev. LHV) vraagt of het HB al een standpunt heeft bepaald over de proefballon van de overheid om de scheiding tussen behandeling en controle op te heffen, waardoor de huisarts naast de behandeling ook de controle op de Ziektewet zou moeten gaan uitvoeren.

Van Berkestijn (secretaris-generaal KNMG) antwoordt dat de KNMG zich op verzoek van staatssecretaris Simons over deze materie gaat buigen, op een conferentie die eind dit jaar of begin volgend jaar zal worden gehouden en waaraan alle betrokkenen (medische professie, werkgevers- en werknemersorganisaties, overheden e.d.) zullen deelnemen. Daarbij zal de vraag centraal staan, wat de invloed van de medische professie kan zijn op de problematiek van ziekteverzuim en WAO. Inmiddels is een interne werkgroep ingesteld om hierover een standpunt te formuleren, welke binnenkort voor het eerst bijeen zal komen. Deze voorbereidende werkzaamheden worden verricht onder leiding van de oud-KNMG-voorzitter Cense.

Cense kan hier verder weinig aan toevoegen. Op dit moment wordt in het kader van de voorbereidende werkzaamheden het gehele traject van ziekteverzuim en WAO onder de loep genomen, waarbij wordt nagegaan op welke plaatsen artsen thans een cruciale rol spelen en de vraag wordt bezien welke verantwoordelijkheden artsen moeten blijven dragen en welke verantwoordelijkheden bij de samenleving gelegd dienen te worden.

De Jong (afgev. LAD) lijkt het niet verstandig als de medische professie zich toch nog met de WAO-problematiek blijft bezighouden. De bemoeienis van artsen met de WAO is immers duidelijk een mislukking gebleken.

De voorzitter vindt dit een voorbarige conclusie.

g. *Mevr. Boosa* wijst erop dat een aantal gemeenten te kennen heeft gegeven geen geld meer te kunnen of te willen uittrekken voor het oproepen van vrouwen om deel te nemen aan onderzoek op baarmoederhalskanker. Kunnen in die gemeenten dan de huisartsen wellicht voor een oproepsysteem zorgen?

De voorzitter zegt toe dit punt nader te bezien.

XIV. Sluiting

Sluiting 21.45 uur.

Bijlage behorende bij het verslag van de Algemene Ledenvergadering der KNMG, gehouden op 26 april 1991.

De voorzitter heeft tijdens deze Algemene Vergadering de volgende inleiding gehouden:

Geachte collega's! Een nieuw gebouw, een nieuw bestuur en een nieuwe Algemene Vergadering: dat moet een veelbelovend begin zijn van de laatste tien jaar op weg naar de 21ste eeuw. Een krachtige impuls voor de toekomst. Wat kan een nieuwe voorzitter zich beter wensen? Eerst echter is een woord van grote waardering en dank op zijn plaats jegens mijn voorganger, collega Cense, vanavond tot mijn genoegen aanwezig. Hij heeft de afgelopen vier jaar een zeer stimulerende rol gespeeld bij het realiseren van dit alles.

Nieuw is natuurlijk niet altijd beter. Dat hangt van een groot aantal factoren af. U kent de reclames voor wasmiddelen wel: vernieuwde Persil of nieuwe Witte Reus. Om die middelen aan te prijzen, vliegt men in ballonnen over het laatste stuk fosfaatvrij Nederland heen, of staat men met blote voeten in de enige helder stromende ijskoude beek die Nederland nog rijk is. Nieuw: anders en dus

OFFICIEEL

goed? In het algemeen heb ik daar mijn bedenkingen bij, maar niet wat de KNMG betreft.

Ik begin bij ons nieuwe gebouw, waar u al kennis mee heeft kunnen maken. Op 27 september a.s. wordt het officieel in gebruik genomen. Dan is iedereen verhuisd en is ook ons oude gebouw van binnen geheel gerenoveerd. Dan kunnen wij met recht zeggen dat één van de meest ingrijpende chirurgische ingrepen uit de geschiedenis van de KNMG achter ons ligt. Ik hoop niet dat wij over enige tijd moeten constateren dat het alleen maar cosmetische chirurgie was! Domus Medica: een bolwerk van de medische beroepsgroep, zo heb ik al een paar keer sneerend horen zeggen. Dat moet het juist niet zijn. Bolwerken zijn instituten waar je je in terugtrekt, onderdelen van verdedigingslinies, symbolen van het defensief. De nieuwe Domus is geen bolwerk, maar een ruim toegankelijk huis dat symbool moet zijn van het nieuwe elan dat bezit heeft genomen van besturen en medewerkers en dat in de toekomst verder zal worden uitgedragen.

Dat brengt mij vervolgens op de nieuwe structuur. Deze heeft ingrijpende veranderingen bij de KNMG teweeg gebracht. In de eerste plaats noem ik de veranderde samenstelling van de Algemene Vergadering. Er zijn nu minder afgevaardigden uit afdelingen, hetgeen betekent dat wij van een aantal afgevaardigden voortijdig afscheid hebben moeten nemen. Hen wil ik bijzonder danken voor de wijze waarop zij hun kostbare tijd en energie al die jaren aan de KNMG hebben gegeven. Voor hen in de plaats heet ik van harte welkom de afgevaardigden van de beroepsverenigingen. Hun aantreden betekent dat nu zowel in het Hoofdbestuur als in de Algemene Vergadering de beroepsverenigingen ten volle medeverantwoordelijkheid hebben aanvaard voor het KNMG-beleid. Dat vind ik tot nu toe eigenlijk het belangrijkste resultaat van de hele structuurherziening.

Onlangs zijn kort na elkaar twee belangrijke rapporten naar buiten gebracht: het rapport risicokeuringen in medisch perspectief en het rapport inzake langdurig comateuze patiënten, van de Commissie aanvaardbaarheid levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwamen patiënten. Beide rapporten geven een nadere uitwerking aan de professionele verantwoordelijkheid die het belang van de patiënt zwaar dient te laten wegen. Verplichte keuringen op seropositiviteit bij het afsluiten van levensverzekeringen achten wij in dat kader in beginsel niet geoorloofd.

De voortschrijdende techniek bij het DNA-onderzoek stelt ons voor nieuwe problemen. Het zal duidelijk zijn dat verzekeraars, maar ook anderen, belang hebben bij kennis over het genenpatroon van mensen, al is het maar om hun risico's tot een minimum te kunnen beperken. Voortschrijdende kennis op dit gebied stelt ons in staat nogal ingrijpende en daarbij ook vrij nauwkeurige voorspellingen te doen over iemands toekomstige gezondheidssituatie. Dat geeft artsen een enorme verantwoordelijkheid, niet alleen tegenover zichzelf, maar natuurlijk ook en vooral tegenover de patiënt. Daarom acht ik het van groot belang dat de KNMG zich met betrekking tot de keuringsproblematiek duidelijk heeft uitgesproken en bovendien op wettelijke regelgeving heeft aangedrongen. Belangrijker nog vind ik de rol die de KNMG speelt als initiator tot een maatschappelijke discussie over de vraag of levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwame patiënten, zoals zwaardefecte pasgeborenen of langdurig comateuze patiënten, in bepaalde omstandigheden wellicht is toegestaan. De Commissie aanvaardbaarheid levensbeëindigend handelen heeft daarover een goed onderbouwd en uitermate zorgvuldig opgesteld rapport het licht doen zien, dat ook actief door de KNMG naar buiten is gebracht. In al deze zaken speelt de KNMG op dit moment een actieve rol. Het is daarom zeker niet verbazingwekkend dat wij in toenemende mate, o.a. door de media, worden benaderd over standpunten in diverse andere kwesties op het vlak van de gezondheidszorg. Het is absoluut noodzakelijk dat de KNMG op volle kracht doorgaat

met het ontwikkelen van een goed emancipatiebeleid. Nu al is de verhouding man/vrouw bij de aanvang van de geneeskunde-studie volstrekt het spiegelbeeld van tien jaar geleden, toen meer dan 60% van de geneeskunde-studenten van het mannelijk geslacht was. Het werkplan van de nieuwe stafmedewerkster emancipatiezaken die eind verleden jaar bij ons in dienst trad, behelst het realiseren van een grotere participatie van vrouwen in bestuursfuncties en natuurlijk ook het helpen creëren van gelijke kansen op een vervolgopleiding en op werk.

Er resten de KNMG nog meer belangrijke kwesties. Zo hoort bij de vernieuwde bestuursstructuur ook een bezinning op de bestaande districts- en afdelingsstructuur. In de kennismakingsbijeenkomst die vooraf ging aan deze Algemene Vergadering, is daar al het een en ander over gezegd. Toen is al duidelijk geworden dat wij daar nog lang niet uit zijn. Toch wil ik enkele gedachten over dit onderwerp aan u voorleggen. Nadat de werkgroep regio-opbouw van de KNMG begin 1990 haar eindrapport had uitgebracht, lag er nog een groot aantal vraagpunten. Uit de door de werkgroep gehouden enquête was o.a. gebleken dat het volgen van de indeling van de Wet ziekenhuisvoorzieningen ingrijpende gevolgen zou hebben voor de afdelingsstructuur. Met het oog hierop sprak de werkgroep in haar eindrapportage ook niet meer van een eventueel gewenste hergroepering, maar van een herindeling. Daarnaast speelt vanzelfsprekend de districtsindeling van huisartsen en specialisten een rol. Ten tijde van de publikatie van het rapport van de werkgroep was bekend dat in het bijzonder de LHV al ver gevorderd was met een nieuwe districtsindeling. Op dit moment is die nieuwe indeling een feit. Naar mijn indruk is het dan ook nu in de eerste plaats noodzakelijk dat wij bestuderen op welke terreinen de KNMG op afdelings- en regionaal niveau dient te ondersteunen, hetgeen in belangrijke mate zal worden bepaald door de vraag hoe de op stapel staande stelselherziening er in de praktijk uit zal gaan zien.

Geachte collagae! Ik had mij voorgenomen, zoals altijd, om slechts een korte inleiding te houden, maar er is vaak de actualiteit die onze voornemens doorkruist. Op dit moment zien wij groeperingen van artsen ontstaan die hun eigen weg willen gaan, die vinden dat hun identiteit niet overeen komt met die van de KNMG. De televisierubriek Kenmerk bood zondagavond zo'n nieuwe groepering (het Nederlands Specialisten Genootschap) de kans zich bekend te maken: sympathieke doelstellingen, patiëntenorganisaties enthousiast, kortere werktijden, normale beloning en meer kwaliteit. Die zaken klonken mij vertrouwd in de oren. Ik dacht direct aan de afspraken op het gebied van de kwaliteit van de zorg die verleden jaar op macroniveau zijn gemaakt tussen de diverse belangrijke groeperingen in de gezondheidszorg, op initiatief van de KNMG. Ik dacht aan ons non-profit uitzendbureau (de SWG) dat verleden jaar weer aanzienlijk méér artsen aan werk heeft geholpen.

Ik dacht aan alle initiatieven van de LAD om tot kortere werktijden te komen; die per 1 januari 1992 ten lange leste ook gehonoreerd worden door het van kracht worden van de Arbeidswet voor geneeskundigen. Ik dacht ook aan de praktijkverkleining die de afgelopen jaren binnen de LHV is doorgevoerd. Toch vinden sommigen blijkbaar dat zij hun doelstellingen beter buiten de KNMG kunnen realiseren. Ik vraag mij af of dat zo erg is. Door alle tijden heen zullen kleinere of grotere groepen zich binnen een grote organisatie als de KNMG niet vertegenwoordigd voelen. Herkenbaarheid en representativiteit staan nu eenmaal vaak op gespannen voet met de wens om voor iedereen een onderkomen te bieden. Het zou heel slecht zijn om dan maar te kiezen voor een grijze middenkoers die uiteindelijk niemand aanspreekt. Niettemin moet ik constateren dat veel van de ideeën van bij voorbeeld het Nederlands Specialisten Genootschap waardevol zijn en dat het dus jammer is dat men zich niet zo thuisvoelt binnen de KNMG. De agenda van vanavond vermeldt een aantal wijzigingen van

OFFICIEEL

onze gedragsregels. Zo hebt u een voorstel gekregen inzake de befaamde gedragsregel 44 die destijds zo'n centrale rol heeft gespeeld in wat met onmiskenbaar gevoel voor drama de 'affaire-Van der Smagt' is genoemd. Het is goed om de voorgestelde wijzigingen van gedragsregels in de bredere context van de kwaliteit van onze beroepsuitoefening te plaatsen. De medische professie is van oudsher gekenmerkt door het grote belang dat zij hecht aan een onberispelijk gedrag van haar leden bij uitoefening van hun beroep. Voor een deel is dat ingegeven door een volgens sommigen wellicht elitair standsbesef, maar in belangrijke mate ligt hier de overtuiging aan ten grondslag dat het belang van degenen die zich aan onze zorg toevertrouwen, niet geschaad mag worden. Dat is ook de belangrijkste reden geweest voor de oprichting in 1849 van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Gedragsregels en een eigen rechtspraak zijn instrumenten om het vertrouwen in de medische stand te waarborgen. Ondermijning van het vertrouwen in de medische stand wordt daarom terecht gezien als afkeurenswaardig, gedragsregels expliciteren de norm waar artsen zich naar onze mening naar dienen te gedragen en waaraan leden getoetst kunnen worden. Een dergelijke explicitering is gewenst, omdat ze een abstract criterium als 'het ondermijnen van het vertrouwen in de medische stand' praktisch hanteerbaar maakt. Daardoor wordt allereerst duidelijkheid en rechtszekerheid verschaft naar degenen die zich aan het tuchtrecht hebben onderworpen, tegelijkertijd ook wordt openheid betracht naar de maatschappij. Dat laatste aspect is wellicht moderner dan het eerste. Daarmee is gezegd dat de uitwerking van het wat ouderwets aandoende begrip 'ondermijning van het vertrouwen in de medische stand' onderhevig is aan veranderende professionele en maatschappelijke opvattingen. Ik wil hiermee overigens niet beweren dat dit begrip in de moderne tijd zijn betekenis volstrekt verloren zou hebben.

Ter zijde merk ik op dat het vertrouwen in de medische stand niet alleen en misschien zelfs wel niet in de eerste plaats berust op gedragingen van individuele beroepsbeoefenaren, maar naar mijn mening vooral op het optreden van de organisaties die immers in de ogen van het publiek de medische stand bij uitstek vertegenwoordigen.

Wanneer individuele artsen zich schuldig maken aan het ondermijnen van het vertrouwen in de medische stand, kan dat een oordeel zijn over hun handelen als medicus, of over hun medisch handelen. Dat kan, maar hoeft beslist niet hetzelfde te zijn, het eerste (handelen als medicus) heeft vooral te maken met het ouderwetse standsbesef en met fatsoensnormen, het tweede (het medisch handelen) met de kwaliteit van de verrichtingen. Dit aspect van de kwaliteit van medisch handelen krijgt steeds meer de nadruk, in een open samenleving die terecht vraagt om verantwoording. Tegelijkertijd zien wij in onze eigen beroepsgroep een accentverschuiving bij het begrip 'professionele autonomie' van de autonomie naar de daarmee onlosmakelijk verbonden verantwoordelijkheid. De verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid van de KNMG en de beroepsverenigingen zal daarom de komende jaren gevolgen hebben voor de gedragsregels en parallel daaraan voor de tuchtrechtspraak die, naar ik verwacht, vooral een instrument zal worden voor handhaving van kwaliteitsnormen. Daartoe zullen wellicht ook bijpassende sanctiemogelijkheden moeten worden geschapen, die het tuchtrecht kunnen helpen omvormen van een bestraffend naar een probleemoplossend instituut. De wijziging van de gedragsregels

ten aanzien van alternatieve methoden die vanavond aan de orde is, moet dan ook worden gezien in dit bredere verband.

Ook meer in het bijzonder wil ik over het onderwerp 'alternatieve geneeswijzen' nog enige opmerkingen maken. Ruim een week geleden vergaderde het Hoofdbestuur met de afgevaardigden naar de Algemene Vergadering en de afdelingsbesturen over dit thema dat door coll. Knipschild, hoogleraar epidemiologie aan de Rijksuniversiteit Limburg, boeiend werd ingeleid. Bij die gelegenheid heeft het Hoofdbestuur nog eens uiteengezet dat uitgangspunt voor acceptatie van behandelwijzen is, dat effectiviteit aangetoond moet zijn. Recent is in de wetenschappelijke literatuur een aantal keren de onjuistheid aangetoond van de nogal eens gehoorde claim uit het alternatieve veld dat, wanneer alternatieve behandelingen met orthodoxe onderzoeksmethoden worden onderzocht, het resultaat wel negatief moet zijn, omdat die methoden daartoe te enen male ongeschikt zijn. Het verheugt mij dat wellicht mede daardoor bij alternatief werkende collegae de laatste tijd een groeiende bereidheid blijkt ons standpunt over de noodzaak van deugdelijk effectiviteitsonderzoek te delen. De discussie komt daarmee op een plan waarop het zeer beslist de moeite waard is haar te voeren.

Het is overigens goed zich daarbij te realiseren dat dit effectiviteitscriterium diagnostische en therapeutische methoden niet scheidt in reguliere en alternatieve, maar in werkzame en niet-werkzame. De opstelling van de KNMG tegenover het alternatieve veld is dezelfde die wij dienen in te nemen tegenover de reguliere geneeskunde: kritisch en onbevooroordeeld. Onderzoekt alle dingen en behoudt het goede, lijkt mij een uitstekende leidraad hierbij.

De afgelopen periode zijn wij verrijkt met een nieuwe uitdrukking: het medisch onderwijscontinuüm. Eerst verscheen een voorstel tot het ontvoeren van een algemene klinische vormingsperiode in het medisch onderwijscontinuüm, waarin een goede analyse werd gegeven van de basisartsopleiding en werd vastgesteld dat daarin te weinig klinische ervaring voorkwam. Velen, onder wie ook de KNMG, deelden de analyse en de diagnose, maar wezen de therapie (een algemene klinische vorming gedurende ongeveer twee jaar na het artsexamen) af. Niet lang daarna verscheen het rapport Beleidsgericht onderzoek co-assistentenschappen (BOC), dat een andere oplossing voor de problematiek aandroeg, namelijk een herstructurering van de co-schappen. De KNMG is van mening dat eventuele tekortkomingen van de basisartsopleiding moeten worden opgelost binnen die fase van het onderwijscontinuüm. Het BOC-rapport geeft daartoe de juiste richting aan, in de komende twee jaar zullen landelijk de co-schappen worden geherstructureerd volgens een uniforme methode. Hoewel de basisartsopleiding natuurlijk de primaire verantwoordelijkheid is van de faculteiten, definiëren de eindtermen van die opleiding tegelijkertijd het ingangsniveau voor de beroepsopleidingen. Dit niveau moet dus corresponderen met de ingangseisen voor die beroepsopleidingen. Dat is de grondslag waarop de KNMG in de herstructureringsoperatie participeert.

Dit alles overziend, stel ik tot slot vast dat de KNMG een springlevende moderne artsenorganisatie is. Gezien het groeiend aantal studentleden wordt die visie ook door de komende generatie gedeeld. De KNMG geeft bij voortdurend blijk van een groot gevoel van professionele verantwoordelijkheid en maatschappelijke betrokkenheid. Ook in de komende jaren zal dat ons beleid richting geven.