

Medisch Contact

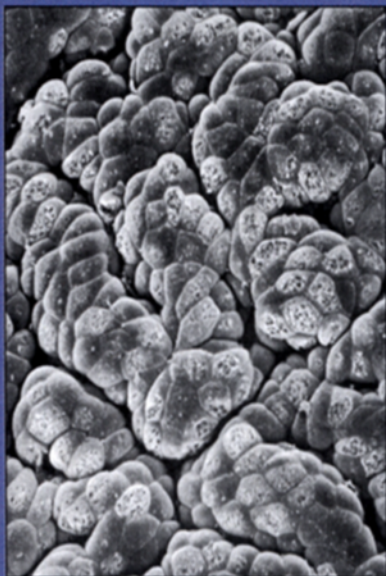
WEEKBLAD VAN DE KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

RUBRIEKEN

- 1392 MediSein
- 1394 Brieven
- 1397 Hoofdredactioneel
- 1398 Voorzitterscolumn
- 1409 In de pelling
- 1414 Veldwerk
- 1418 Arts en recht
- 1420 Officieel
- 1422 Agenda

Bij de voorplaat:

Ingekleurde scanning elektronen-microscopie van de alveesklier. Te zien zijn exocriene klierblaasjes die enzymen produceren.
Bron: Prof. P.M. Motta/'La Sapienza' Universiteit Rome/Science Photo Library/Benelux Press b.v.



1399 Interview met Charles Weissmann

Ziekmakende vormfouten
Prionenonderzoeker heeft meer vragen dan antwoorden
Robert Crommentuyn

1402 Openbare gezondheidszorg op maat

GGD Zuid-Hollandse eilanden viert tienjarig bestaan
Naar een intensieve samenwerking tussen gemeentelijk, subregionaal en regionaal niveau
Ilse Vlaming

1404 Vernieuwing in huisartsenland noodzakelijk

Beter ten halve gekeerd dan ten hele gedwaald
Het huidige model van werken van huisartsen is niet toegesneden op de nieuwe eisen die aan hen worden gesteld. Bezinning is geboden!
Hans van Santen

1407 Patiënteninformatielijn

Verzekeraar helpt patiënt gerichte vragen te stellen
Telefonische ondersteuning stimuleert patiënten om actief deel te nemen aan medische besluitvorming.
H.C.H. Coumou, J. Crasborn en P. van Dijk

1410 Nieuwe meldingsprocedure euthanasie, regionale toetsingscommissies en gemeentelijk lijkschouwer

Over de taak van de gemeentelijk lijkschouwer vóór en ná de instelling van de regionale toetsingscommissies.
B.P. Ponsioen, C.J. in 't Veld, G.J. van den Heuvel en H. Kamma

1412 Project in Groningen wijst uit: Diep-veneuze trombose is doorgaans thuis te behandelen

Alle bij de thuisbehandeling betrokken disciplines moeten bereid zijn 'over de muren heen' te werken.
C.H.M. Reker, W. Nieuwland en L. Wijnja

1415 De inpassing van buitenlandse artsen in het Nederlandse medisch curriculum

Het Utrechtse model
Voor buitenlandse artsen die als vluchteling hiernaartoe zijn gekomen, is de route naar een Nederlands artsdiploma een hard gelag.
J.R.E. Haalboom en P.G.P. Herfs




GEVAARLIJKE HARTKLEPPEN

 Zo'n dertig van de ongeveer duizend mensen met een Björk Shiley Convex Concave (BSCC)-hartklep komen alsnog in aanmerking voor explantatie van de hartklep. Dat blijkt uit onderzoek van de Universiteit Utrecht naar het risico op klepbreuk bij de BSCC-hartklep. Door middel van een nieuw besliskundig model moeten de gegevens van patiënten met zo'n hartklep opnieuw worden beoordeeld om vast te kunnen stellen of zij alsnog zijn gebaat bij een klepvervangende operatie.

Van BSCC-prothesen die in de jaren tachtig zijn geïmplantéerd, kunnen de struts (scharnieren in de hartklep) afbreken, waardoor de patiënt in acuut levensgevaar komt. Vanaf 1995 is bij patiënten die daarvoor in aanmerking kwamen de BSCC-hartklep vervangen. Desondanks zijn er vanaf eind 1995 in Nederland zes hartpatiënten die zo'n klep hadden, als gevolg van een breuk overleden. De Universiteit Utrecht onderzoekt ook waarom bij patiënten die daar wél voor in aanmerking kwamen geen explantatie heeft plaatsgevonden. Hieruit bleek dat explantatie in de meeste gevallen terecht niet is gebeurd op grond van bijvoorbeeld comorbiditeit.

De Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT) adviseert ook de patiënten die niet zijn gebaat bij een klepvervangende operatie, alsmede de betrokken huisarts en cardioloog hierover te informeren. Dit om onnodige angst en onrust bij klepdragers weg te nemen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft cardiologen, thoraxchirurgen, directies en Raden van Bestuur van de ziekenhuizen vorige week door middel van een circulaire van de situatie op de hoogte gebracht. (IV) •

WERELDARTSENONORGANISATIE PLEIT VOOR KWIJTSCHELDING SCHULDEN ARME LANDEN

 Vorige week heeft de World Medical Association (WMA), de internationale federatie van artsenorganisaties, in Ottawa de 'Resolution for improved investment in health care' aangenomen. In de resolutie spreken artsen hun bezorgdheid uit over de sociale gevolgen van het internationale macro-economische beleid in ontwikkelingslanden. Ze roepen op tot kwijtschelding van de zwaarste schuldenlasten van de armste landen om deze landen in de gelegenheid te stellen hun gezondheidszorg op te bouwen. De resolutie werd ingediend door de KNMG op initiatief van Wemos, een organisatie voor internationale gezondheidsvraagstukken. Het is de eerste keer dat artsenorganisaties van alle landen zich op deze manier uitspreken.


Sinds de jaren tachtig hebben veel ontwikkelingslanden in het kader van structurele aanpassingsprogramma's van het IMF en de Wereldbank bezuinigd in de sociale sector. Regeringen voerden ei-

gen bijdragen voor patiënten in en privatiseerden zorgvoorzieningen, zonder garanties dat ook het armste deel van de bevolking toegang zou houden tot de gezondheidszorg. Met name vrouwen en kinderen werden hiervan de dupe. Een arts uit Niger: 'De laatste vijf jaar heb ik het aantal kinderen dat sterft aan aan ondervoeding gerelateerde infectieziekten zien stijgen van 30 procent tot 50 procent. De overheid heeft geen geld voor ons ziekenhuis. De mensen kunnen niet meer ademen onder deze overheids-schulden.' Om het tij te keren, formuleerden overheden tijdens de VN-conferenties in het begin van de jaren negentig een groot aantal sociale doelstellingen, onder andere op het terrein van de volksgezondheid. Op dit moment werken IMF, Wereldbank en andere schuldeisers aan plannen voor schuldenverlichting en proberen zij de ergste sociale gevolgen van de enorme schulden op te vangen. Artsenorganisaties roepen op haast te maken met die plannen. (RO) •



Foto: Loek Zuyderduin

MINDER AMPUTATIES DOOR BETER ONDERZOEK

 Diabetespatiënten van wie een voet of een onderbeen moet worden geamputeerd, worden in de helft van de gevallen niet goed door hun arts onderzocht. Door beter onderzoek kan de voet of het been mogelijk behouden blijven. Het is daarom raadzaam om protocollen op te stellen voor artsen die met deze patiënten te maken krijgen, meent dr. William van Houtum. Hij promoveerde vorige week aan de Vrije Universiteit Amsterdam.

Per jaar worden in Nederland circa 2.100 amputaties verricht bij patiënten met diabetes mellitus. Regionaal zijn er nogal forse verschillen. Zo worden in Zeeland jaarlijks tien amputaties per 10.000 diabetespatiënten uitgevoerd, in Leiden 45. Dit wijst op verschillen in de ernst en het voorkomen van diabetes mellitus en op verschillen in de behandeling ervan.

Uit het onderzoek van Van Houtum blijkt dat in Nederland het vaatonderzoek bij

KRAPTE OP KINDER-IC



De acht samenwerkende pediatricische Intensive Care-afdelingen in Nederland kunnen jaarlijks circa 400 kinderen met acuut levensbedreigende aandoeningen niet opnemen, dat is ongeveer één kind per dag. Dit zei hoogleraar kindergeneeskunde J.J. Rood onlangs in zijn oratie bij de aanvaarding van zijn ambt aan de Faculteit der Geneeskunde van de Vrije Universiteit in Amsterdam. Deze kinderen zijn vaak aangewezen op een algemene Intensive Care-afdeling of op geïmproviseerde zorg op de kinderafdeling

NIET SCHRIJVEN MAAR TYPEN



Dokters kunnen beter geen receptenbriefjes meer met de hand schrijven, maar moeten in plaats daarvan hun prescripties in de computer zetten. David W. Bates en zijn collega's van het Brigham and Women's Hospital in Boston, Verenigde Staten, onderzochten de invloed van het voorschrijven per computer in een groot ziekenhuis en zagen het aantal medicatiefouten met 55 procent dalen. Het onderzoek werd vorige week in JAMA gepubliceerd.

Volgens de auteurs is het voorschrijven per computer economisch rendabel. Het gebruikte computersysteem kostte het ziekenhuis 1,9 miljoen dollar, terwijl de opbrengsten tussen de vijf en tien miljoen dollar liggen. Naar schatting wordt 19 procent van de in ziekenhuizen opgelopen aandoeningen veroorzaakt door verkeerde medicatie; totale kosten in Amerika: 2 miljard dollar per jaar, juridische kosten niet inbegrepen.(RO) •

diabetici in de helft van de gevallen niet goed wordt uitgevoerd. Dat komt volgens de promovendus onder andere omdat artsen te veel vertrouwen op hun klinische blik in plaats van aanvullend onderzoek te verrichten; hierdoor zou de voet of het been soms voor de patiënt behouden kunnen blijven.

Uit het onderzoek bleek ook dat gemiddeld 9 procent van de mensen met diabetes mellitus overlijdt wanneer zij voor amputatie in het ziekenhuis zijn opgenomen.(RO) •

van een algemeen ziekenhuis. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat kinde-

ren hierdoor een twee- tot driemaal hogere kans hebben om te overlijden.(RO) •



Foto: Loek Zuyderduin

SPORTHART IS GEZONDE AANPASSING



Vergroting van de hartspeer bij sporters is geen pathologische afwijking. Dat concludeert Babette Pluim in haar proefschrift waarop ze vorige week promoveerde. Pluim is bondsarts van de Koninklijke Nederlandse Lawn Tennis Bond. Aanleiding voor haar onderzoek waren de verontroostende berichten tussen 1988 en 1990 over het overlijden van veertien Nederlandse en Belgische topwielrenners met

een sporthart. Bij topsporters wordt ten gevolge van jarenlang intensief trainen de wand van het gedeelte van het hart dat bloed in de aorta pompt, de linker ventrikel, dikker. Ook neemt het ventrikelvolume toe. Hoewel lang is gedacht dat ventrikelvergroting ook bij topsporters gevaarlijke ritme- en functiestoornissen tot gevolg heeft, is dat niet het geval, zo blijkt uit het proefschrift van Pluim.(RO) •

HOGЕ ZUIGELINGENSTERFTE IN AMSTERDAM



'Amsterdam heeft het' ... alleen kan de stad er dit keer niet blij mee zijn. Uit onderzoek blijkt dat de zuigelingensterfte in Amsterdam in vergelijking met vijftien andere Europese steden bijzonder hoog is. Na Londen (7,3 per duizend pasgeborenen) en Rome (7,2 per duizend pasgeborenen) staat Amsterdam op de derde plaats met 6,6 dode baby's per duizend borelingen. Dat blijkt uit cijfers van het project Megapoles in Londen, dat de gezondheidscijfers van de grote Europese hoofdsteden naast elkaar legt. De cijfers hebben betrekking op 1996. In dat jaar stierven in Amsterdam 59 van de 9.000 baby's. Volgens een woordvoester van de Amsterdamse GGD kan uit de cijfers niet zomaar worden geconcludeerd dat het in Amsterdam slecht is gesteld met

de gezondheid van baby's. 'Hierbij spelen vele factoren een rol, die bovendien voor elke stad verschillend zijn. Wel is de zuigelingensterfte altijd een gevoelige graadmeter om te kijken hoe de stad ervoor staat wat betreft gezondheid, cultuur, sociaal-economische positie en huisvesting van de bevolking.'

Als oorzaak van de hoge zuigelingensterfte in Amsterdam noemt een woordvoester het hoge percentage allochtonen in de stad. 'Uit onderzoek in Utrecht is gebleken dat Marokkaanse kinderen een anderhalf keer zo hoge kans hebben om te overlijden. Verklaringen daarvoor zijn de (jonge) leeftijd van de moeder en het lage geboortegewicht. Bovendien maken allochtone moeders minder gebruik van preventieve en kraamzorg.' Overigens daalt het sterftecijfer onder baby's in heel Europa, ook in Amsterdam, al jaren.(IV) •

MC

WEEKBLAD VAN DE KNMG

TEL. 030 - 2823911

Redactie

B.V.M. Crul, huisarts, *hoofredacteur*
 R.A. te Velde, *eindredacteur*
 mw. drs. W.G. Juffermans, *redacteur*
 mw. C.R. van der Sluijs, *redacteur*
 drs. R.J.H. Crommentuyn, *journalist*
 drs. R.N. Otten, *journalist*
 mw. E.G.J.M. Vlaming, *journalist*
 mw. drs. S.E. Wildevuur, *journalist*
 mw. C.M. Schouten, *secretaresse*
 mw. M.M. Stolp, *redactieassistent*

Redactieadres Lomanlaan 103
 Utrecht
 Tel. redactie 030-2823384
e-mail: redactie@mc.knmg.nl

Postadres Postbus 20052
 3502 LB Utrecht

Raad van Advies Medisch Contact

dr. C.J. Jonkman, *voorzitter*
 J.F.M. Bergen, *vice-voorzitter*
 dr. R.J.E.A. Höppener, *secretaris*
 J.H.A.M. van den Bergh, *penningmeester*
 mw. dr. C. Vermeulen-Meiners

Secretariaat
 Postbus 690
 2900 AR Capelle a/d IJssel

*Adviseurs namens het
 hoofdbestuur der KNMG:*
 mw. U. Roschar-Pel
 mr. W.P. Rijkse

Ontwerp & prepress:

DTP-studio Diap v.o.f., Dieren

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG zijn de kosten voor een abonnement f 219,50 (inclusief BTW); België Bfr. 4057,- (incl. BTW); buitenland f 357,- (incl. verzendtoeslag); studenten-niet-KNMG-leden f 86,50; losse nummers: f 14,-.

Abonnementen & Ledenservice

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

Advertenties

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

Druk

Tijl Offset, Zwolle

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. De besturen van de KNMG en de beroepsverenigingen zijn voor de inhoud van het officieel gedeelte verantwoordelijk. Medisch Contact wordt door Elsevier bedrijfsinformatie bv in licentie uitgegeven voor de KNMG. © 1998, KNMG



Lid Groep Vaktijdschriften van het
 Nederlands Uitgeversverbond
 ISSN 0025-8245

B R I E V E N

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

Geheimhoudingsplicht en vrouwenmishandeling (5)

ALS HUISARTS herken ik het moeilijke probleem van vrouwenmishandeling en onze rol daarbij. Ik geef wel verklaringen af en doe dat op de volgende manier: Ik geef de vrouw een aan haar gerichte brief, waarin ik bevestig dat ik haar op het spreekuur heb gezien. Daarna beantwoord ik zo gedetailleerd mogelijk de vragen van de politieagent: Ik zag u op ... en u vertelde mij dat u mishandeld was door ... (eega, onbekend persoon) via ... (schoppen, slaan, enz.). Ik trof de volgende kwetsuren aan: (beschrijving zo specifiek mogelijk, centimeters, verkleuring, enz.) Ik voeg daaraan toe: de gevonden kwetsuren kunnen zijn ontstaan op de door patiënte beschreven manier. Als het over een langere periode gaat, zet ik de verschillende data onder elkaar. Deze verklaring beschrijft dus alleen de consulten zonder uitlatingen van mij over de mogelijke dader, zodat ik buiten het conflict van twee van mijn patiënten blijf. Op deze manier ondersteun ik mishandelde vrouwen in hun moeizame proces. Wat vindt de KNMG van deze methode? •

Den Haag, oktober 1998
 Gré van Gelderen, huisarts

Geheimhoudingsplicht en vrouwenmishandeling (6)

IN HUN ARTIKEL geven H. Janssen en mw. M. Oosthoek een duidelijke omschrijving van de problematiek die in veel Nederlandse gezinnen speelt (MC nr. 40/1998, biz. 1287). Enkele vragen die niet zijn gesteld en die ook ik niet kan beantwoorden, zijn:

- * Mag de huisarts passief blijven als er mishandeling plaatsvindt van een van zijn patiënten?
- * Moet mishandeling, eventueel blijvende schade of de dood tot gevolg hebbend, niet worden bestreden?

* Wat moet of kan de plaats van de huisarts hierbij zijn?

Moeilijke (juridische) vragen, omdat het meestal vrouwen betreft in echtelijke relaties en beide echtgenoten patiënt zijn van dezelfde huisarts. Formeel zijn er weinig mogelijkheden als dader en slachtoffer beiden volwassen zijn.

Bij mishandelde kinderen is dit anders geregeld. Er zijn Bureaus Vertrouwensartsen inzake kindermishandeling (BVA's) en na 1 januari 1999 Algemene Meldpunten Kindermishandeling (AMK) waar vertrouwensartsen werkzaam zijn. In de praktijk blijkt daar dat (medische) informatie over het mishandelde kind vaak wordt verkregen van de huisarts, ook zonder toestemming van de dader. Mede daardoor kan er dikwijls een eind worden gemaakt aan de mishandeling.

Misschien is het mogelijk ook voor volwassenen die worden mishandeld een dergelijke regeling te treffen; dit zou het probleem deels kunnen oplossen. •

Valkenswaard, oktober 1998
 H.S.E. Funcke, jeugdarts

Geheimhoudingsplicht en vrouwenmishandeling (7)

MET DIT COMMENTAAR wil het KNMG-bureau reageren op het artikel van H. Janssen en mw. M. Oosthoek betreffende de geheimhoudingsplicht van de arts inzake vrouwenmishandeling (MC nr. 40/1998, blz. 1278).

In dit artikel wordt aangegeven dat de KNMG als richtlijn heeft dat een arts vanwege zijn beroepsgeheim geen informatie mag geven aan de politie wanneer daartoe toestemming is gegeven door een mishandelde patiënte en de dader (i.c. de partner) patiënt is in dezelfde praktijk. De weergave van de richtlijn van de KNMG is niet geheel juist en berust mogelijk op een misverstand.

Ingevolge de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) kan de arts met toestemming van de patiënt aan anderen inlichtingen geven voorzover daardoor de persoonlijke levenssfeer van een ander niet wordt geschaad (art. 7:457 lid 1 BW). Dit betekent voor het in het artikel beschreven geval van vrouwenmishandeling dat de arts de politie niet de naam en andere gegevens over de dader mag verstrekken, maar wel met toestemming van de patiënt de objectieve vragen van de opsporingsambtenaar mag beantwoorden, zoals: 'Wanneer is het slacht-

offer bij u geweest?', 'Heeft u het slachtoffer onderzocht?' en 'Kunt u iets vertellen over de verwondingen?'

Voorts heeft een patiënt recht op inzage in en afschrift van zijn dossier (art. 7:456 BW), zodat hij of zij ook op deze manier informatie kan verkrijgen om de politie te informeren. Ook hiervoor geldt de beperking dat de verstrekking door de arts achterwege blijft voorzover dit noodzakelijk is in het belang van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van een ander (i.c. de dader). Hieruit volgt dat de arts een afschrift van gegevens met betrekking tot de objectieve vragen zal moeten verstrekken, echter niet met betrekking tot de dader.

Ten slotte kunnen zich situaties voordoen waarin de arts meent zijn zwijgplicht te moeten doorbreken (i.c. ten opzichte van de dader), bijvoorbeeld in de situatie dat moet worden gevreesd voor (levens)gevaar van een ander (i.c. de mishandelde vrouw). De arts staat dan voor een conflict van plichten, waarbij hij de belangenafweging moet maken tussen zijn plicht het beroepsgeheim te bewaren en het belang van de benadeelde bij doorbreking van het geheim. De beslissing om al dan niet de zwijgplicht te doorbreken, ligt in dat geval bij de arts. Hij zal voor het doorbreken van zijn beroepsgeheim sterke argumenten moeten hebben. Bij deze afweging zal met name een rol kunnen spelen of de arts er vrijwel zeker van is dat door de geheimdoorbreking schade aan de ander kan worden voorkomen of beperkt. Wanneer de arts besluit zijn beroepsgeheim te doorbreken, dient de schending zo min mogelijk te zijn.

Uit het bovenstaande volgt dat een arts bij vrouwenmishandeling zeker niet geheel machteloos hoeft toe te zien. Het is dan ook niet juist om te stellen dat de geheimhoudingsplicht van de arts vrouwenmishandeling mede instandhoudt. •

Utrecht, oktober 1998
mr. J.M. Cuperus-Bosma, arts,
stafmedewerker KNMG

Haalt de huisarts 2020?

NA HET LEZEN van het artikel van collega F.M.A. van der Burgh (MC nr. 36/1998, blz. 1119) moet mij iets van het hart. Ik meende mijn huisartsopleiding in een tamelijk 'lower-class' en ouderwets mijngedebied te doen. Nu blijkt dit een mogelijke situatie van het jaar 2020 in Nederland te zijn! Enerzijds vervult dit mij met vreug-

AANWIJZINGEN VOOR AUTEURS

- Kopij aanleveren op diskette, met een uitgeprinte versie. E-mailen kan ook, met vermelding van adres en telefoonnummer.
- De redactie behoudt zich het recht voor bijdragen te weigeren.
- Artikelen van maximaal 1.550 woorden (2 blz. MC) of 2.450 woorden (3 blz. MC), inclusief een puntsgewijze samenvatting van maximaal 150 woorden, hebben de voorkeur.
- Gebruik bij het typen zo min mogelijk functies en géén eigen pagina-opmaak.
- Literatuurverwijzingen en noten met nummers aangeven op de juiste plaats in de tekst; bijbehorende lijst onderaan het artikel.
- Voorzie tabellen, schema's en figuren van een bondige titel. Aanleveren op een apart vel.
- Van geaccepteerde artikelen vervalt het auteursrecht aan de redactie.
- De redactie heeft het recht bijdragen te plaatsen op de website van Artsennet.

de, want mijn opleiding sluit immers aan bij de praktijk; anderzijds kan ik me vinden in de door collega Van der Burgh geuite zorgen.

Het huisartsentekort in heel Engeland bedraagt nu ongeveer 1.000, het internistentekort 1.500, het tekort aan vroedvrouwen 3.000 en het tekort aan gekwalificeerde verpleegkundigen 8.000.² Hier in Engeland, in het achterstandsgebied waar ik werk, staat momenteel ongeveer 60 procent van de huisartsenpraktijken leeg. Ik schat dat 20 procent is gevuld door basisartsen, meestal geroid uit verre oorden, en 20 procent heeft een daadwerkelijke huisartsopleiding achter de rug. Gelukkig worden zij bijgestaan door een groep 'practice-nurses', maar u kunt wel raden dat de kwaliteit en de efficiëntie soms te wensen overlaat. Gelukkig heeft Blair de komst van de 'super-nurse' toegezegd. Wat zij moet gaan opknappen, is echter nog niet helemaal duidelijk.

De taak van de huisartsen hier is langzamerhand een papieren baan geworden. Zij regelen de geldstromen binnen de gezondheidszorg (fundholding). De nieuwste ontwikkeling is dat huisartsen een bepaalde regio krijgen opgelegd: primary care groups (PCG). Geen vrije artskeuze en geen vrije patiëntenkeuze meer, iedereen wordt per regio ingedeeld. Zo zullen er op papier geen patiënten meer zijn zonder huisarts ... Eenieder hier voelt natuurlijk op zijn klompen aan dat dit een goedkope oplossing is, door middel waarvan de bestaande huisartsen gewoon wat dunner worden uitgesmeerd over de bevolking. Al met al heeft de inkomstenbeknibbeling op artsen en verpleegkundigen in Engeland geleid tot een enorm tekort aan deskundigheid. De attitude 'Take it or leave it' heeft ertoe geleid dat 'de Engelsman' de gezondheidszorg de rug heeft toegekeerd. Het blijkt dus niet zo moeilijk om in een wel-

gestructureerde samenleving van overheidswegen een beroepsgroep om zeep te helpen. Dit is nog gemakkelijker wanneer de beroepsgroep is moegewerkt van een 80-urige werkweek. Toch zal de overheid moeite krijgen met de nieuwe generatie Nederlandse huisartsen. Deze generatie weet wat het is om te worden misbruikt als agnio of als huisarts in opleiding met een schraal hongerloon. Geen wonder dat ze ervoor kiest parttime te werken, een sociaal leven op te bouwen en de gezondheidszorg minder serieus te nemen dan de eigen gezondheid. •

Stafford (Engeland), september 1998
Hans Dethmers, huisarts in opleiding in Engeland

Literatuur

1. Werf G van der, Reenders K. Haalt de huisarts 2020? Medisch Contact 1998; 53 (32): 1126-8.
2. News at 10. BBC News 16 september 1998.

Probleemgericht aanvraagformulier

COLLEGA MEULEPAS c.s. laten in hun artikel zien hoe een probleemgericht aanvraagformulier het aanvraaggedrag van huisartsen fors beïnvloedt (MC nr. 37/1998, blz. 1157). In onze regio vonden wij vergelijkbare getallen: ook bij ons daalde het gemiddeld aantal bepalingen per patiënt (van 9 naar 6). De essentiële vraag bij de evaluatie van dit soort experimenten is niet hoe we het gedrag van de huisarts kunnen beïnvloeden, maar of de gezondheidszorg (de patiënt) hiermee beter wordt. Ik weet hoeveel tijd en moeite het evalueren van dergelijke experimen-

ten kost; een antwoord op mijn vraag is dan ook uitermate moeilijk te geven. Maar in het artikel van Meulepas blijft het bij een opsomming van getallen en een zeer magere interpretatie daarvan. Het lijkt mij zo kinderlijk logisch: natuurlijk kun je aanvraaggedrag sturen door een beperking aan te brengen in een aanvraagformulier. Als de supermarkt waar ik gedwongen ben boodschappen te doen, zijn assortiment drastisch verkleint, heeft dat logischerwijze invloed op mijn consumptie.

Meulepas c.s. schrijven dat de kosten dalen als er minder tests worden verricht. Omdat niet iedere test even duur is, is dit niet zonder meer waar: in ons onderzoek bleek dat vooral de goedkopere bepalingen daalden, terwijl de duurere (allergie, vitamine B12, foliumzuur, TSH) juist drastisch stegen. Wat weinig dokters bovendien weten, is dat de totale kosten niet zozeer worden beïnvloed door het aantal bepalingen, maar door het aantal patiënten dat wordt geprikt. Zo is het standaard prik- of ordertarief meer dan f20, terwijl een routine chemische bepaling slechts f2,65 (analysetarief) kost. 'De domme dokter' die bij een patiënt dus alles in één keer laat bepalen, is goedkoper uit dan de dokter die een patiënt meerdere keren laat prikken op basis van weloverwogen differentiaaldiagnostiek. Dit economisch ingegeven gebruik van tarieven druist dus faliekant in tegen de voor artsen zo vertrouwde professionele motieven. Een toename van 8 procent (Eindhovense regio) tot 16 procent (Woerdense regio) van het aantal patiënten dat gebruikmaakt van het laboratorium heeft dus een veel grotere invloed op de kosten dan een daling in het aantal tests. Van kostenbesparing is mijns inziens dan ook geen sprake. De toename in patiëntenstroom kan betekenen dat een huisarts blijkbaar bloedonderzoek overweegt bij patiënten die hij vroeger niet zou laten prikken, of dat de huisarts dezelfde patiënt vaker laat prikken. Een simpel advies om bijvoorbeeld gebruik te maken van spijszerm kan dan tot enorme besparingen leiden. Helaas wordt dit soort overwegingen zelden meegenomen. Ik denk dat het grote voordeel van dit formulier is gelegen in de standaardisering van laboratoriumdiagnostiek. De aanvrager weet dat het pakket aan bepalingen dat hij aanvraagt, onderbouwd is door consensus, standaard of wetenschappelijke richtlijn. Hij hoeft niet bang te zijn essentiële tests te missen of zinloze tests aan te vragen. In principe moet dit dan uiteindelijk ook de patiënt ten goede komen. En daar gaat het om. •

Woerden, oktober 1998
dr. J.M.M. Rondeel, arts klinische chemie,
coördinator Medisch Coördinatie Centrum, Hofpoort Ziekenhuis Woerden

Euthanasiewet?

DE HUIDIGE euthanasiepraktijk is geënt op de strafwet, waarbij momenteel de euthanasiebezorger wordt vrijgesteld van strafvervolgning, mits hij of zij de euthanasie uitvoert met inachtneming van de wettelijk vastgestelde zorgvuldigheidsprocedure. Op grond hiervan blijft de discussie aangaande euthanasie gefocust op de persoon en het handelen van de arts die de euthanasie uitvoert. De rechten van de euthanasievragers en diens positie in het debat lijken daardoor geen expliciet gelegitimeerde rol te spelen. Mijns inziens vormt dit de basis op grond waarvan niet een voor alle partijen bevredigende euthanasieregeling kan worden gevonden. In de huidige regelgeving blijft de euthanasievragers in het ongewisse of zijn arts al dan niet van strafvervolgning zal worden gevrijwaard als hij hem of haar tegemoet wil komen. Dit lijkt mij voor de patiënt een zware belasting te vormen. Hij kan immers weten in welk een bezwaard pakket hij zijn arts brengt? Deze schroom vormt voor de euthanasievragers tevens een bezwarend moment in zijn gesprekken met zijn intimi en met andere belangrijke personen in zijn omgeving, zoals verpleegkundigen, geestelijk verzorgenden, etc.

Uit de huidige euthanasiepraktijk valt evenwel af te leiden dat de patiënt vooral in nood verkeert bij uitzichtloos lijden (en niet alleen de arts dus) en dat hij op grond daarvan op rechtmatige wijze het verzoek mag richten tot zijn behandelend arts om hem uit zijn lijden te verlossen.

Ik wil ervoor pleiten dat de positie van de euthanasievragers dan ook expliciet wordt gelegitimeerd. Dat zou kunnen door een aparte wetgeving voor *geneeskundig handelen in noodsituaties bij uitzichtloos lijden*. Een dergelijke wetgeving zou een onderdeel kunnen vormen van de wetgeving met betrekking tot de patiëntenrechten. Hierin zou kunnen worden bepaald dat de patiënt naast zijn rechten op het afzien van nodeloze medische behandelingen, op palliatieve behandeling en op stervensbegeleiding, ook onder de voorwaarden van de desbetreffende zorgvuldigheidsregels het recht heeft op het verzoek om de behandeling van euthanasie op hem toe te passen. Hieraan kan de clausule worden verbonden dat de euthanasiebezorgende arts van rechtsvervolgning overeenkomstig de strafwet zal worden gevrijwaard. In de strafwetgeving kan naar deze clausule worden verwezen.

Vanuit de rechtspositie van de patiënt als

consument, lijkt mij er alles voor pleiten dat de toetsing van de zorgvuldigheidseisen voor het uitvoeren van de euthanasie plaatsvindt. De zorgvuldigheidseisen dienen immers eerst en vooral de cliënt te beschermen. Of toetsing op de zorgvuldigheidseisen door een speciale toetsingscommissie dient plaats te vinden is voor mij nog zeer de vraag. De rechter wordt in de huidige wetgeving geacht over de nodige expertise te beschikken. Ik kan mij naar analogie van de Wet op bijzondere opnames in psychiatrische ziekenhuizen heel goed voorstellen dat er een rechtszitting plaatsvindt waarbij de rechter vaststelt dat aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan. Het voordeel van een dergelijke procedure is dat hiermee vrijwel automatisch kan worden vastgesteld dat vrijwaring van strafvervolgning van de euthanasiebezorger volgens de strafwet al dan niet zal plaatsvinden. Zowel arts als patiënt wordt dan uit zijn isolement gehaald en er zal meer openheid en meldingsbereidheid rond dit vraagstuk ontstaan.

Wetgeving binnen het kader van de patiëntenrechten zal vrijwel zeker leiden tot een melding van nagenoeg 100 procent, zal wetenschappelijk onderzoek op dit domein veel eenvoudiger maken, en kan tevens een goede richtlijn betekenen bij het opstellen van protocollen voor medisch handelen in huisartsenpraktijken, ziekenhuizen en verpleeghuizen. •

Amersfoort, september 1998

G.J. Holtzer, psychiater

Aderlaten

OP DE INTERNETPAGINA: <http://www.knmg.nl/mc/hr/hoofdred9809.html> lees ik onder andere: 'Aderlaten, (...) naar onze huidige op evidence-based medicine gebaseerde maatstaven niet direct effectieve behandelmethoden.' Het artikel is geschreven door Ben V.M. Crul. Blijkbaar loopt deze meneer nogal achter in de tijd. Al zo'n tien à twintig jaar is het bekend dat de meest voorkomende erfelijke aandoening, hemochromatose, zeer effectief wordt behandeld met aderlaten. Ik moet wel toegeven dat artsen in de 18e eeuw nog geen methoden hadden om hemochromatose vast te stellen. Meer informatie over hemochromatose op: <http://members.tripod.com/~hemochromatose> •

Utrecht, september 1998

drs. Philip de Sterke, namens de Nederlandse Leverpatiënten Vereniging

Van Amsterdam naar Nederland

AFGELOPEN MAANDAG hebben de deelnemende organisaties in het project 'Steun en Consultatie bij Euthanasie in Amsterdam' (SCEA) hun 152 pagina's tellende evaluatieonderzoek,¹ verpakt in een toepasselijke paarse omslag, aan minister Borst van VWS aangeboden. Haar ministerie was, naast de regionale zorgverzekeraar ZAO, subsidiegever van dit project, dus het was logisch dat ze persoonlijk even langskwam om te horen wat er met haar gift en eigenlijk met ons belastinggeld was gedaan.

Het SCEA-project bleek een zinnige besteding van overheidsgeld, vond ook de minister. Primair als zinvol hulpmiddel in de besluitvorming van behandelende huisartsen bij een voortijdig levenseinde, maar secundair natuurlijk ook ten behoeve van hun terminale patiënten.

Het unieke van het project is mijns inziens dat er is getracht menselijke en medische oplossingen te vinden vóórdat de euthanasie of hulp bij zelfdoding plaatsvindt. Dit terwijl half juridisch, justitieel en politiek Nederland zich onlangs nog heftig bezighield met alleen de periode ná de euthanasie. Of alle dokters wel keurig zouden melden. Ook belangrijk, maar uiteindelijk een afgeleide. In plaats van het opgeheven vingertje vanaf de zijlijn, nu eens daadwerkelijke steun voor artsen bij een moeilijk en in vrijwilligheid op zich genomen onderdeel van hun beroepsuitoefening. De Amsterdamse huisartsenvereniging en de KNMG verdienen respect voor hun voortrekkersrol in dezen en het instituut EMGO van de VU en de afdeling Huisartsgeneeskunde van de UvA voor hun aandeel in respectievelijk het evaluatieonderzoek en de begeleiding van de te consulteren SCEA-artsen. Vorige week heb ik al aangegeven welke problemen een arts kan ondervinden bij de daadwerkelijke toepassing van euthanasie of hulp bij zelfdoding.² Maar ook het traject daarvóór bezorgt hem de

nodige kopzorgen. Moet hij wel of geen gehoor geven aan het verzoek en, zo ja, hoe moet hij het dan op een juridisch en medisch verantwoorde manier ten uitvoer brengen?

Het in het voorjaar van 1997 operationeel geworden SCEA-project kent twee pijlers. De twintig speciaal getrainde SCEA-artsen hebben ten eerste een informatie- en adviesfunctie en ten tweede de functie van de formele consultant - de tweede arts in de euthanasieprocedure. Een SCEA-arts kan in één en dezelfde casus echter niet beide 'diensten' verstrekken, omdat dan de onafhankelijkheid in het geding komt. Uit de evaluatie van het project blijkt dat overleg met de SCEA-artsen minder vaak was gericht op ondersteuning, maar frequent ging over de vraag of het in een bepaalde situatie verantwoord was om euthanasie toe te passen en over de juiste procedure.

Ben V.M. Crul

De Amsterdamse huisartsen blijken een positief eindoordeel over SCEA te hebben, zelfs degenen die er nooit gebruik van hebben gemaakt. Als allerbelangrijkste nadeel wordt door de Amsterdamse collega's de onbekendheid met de persoon van de SCEA-arts genoemd. Juist gezien de gevoeligheid van het te bespreken onderwerp telt dat zwaar. Het idee leeft dat een collega die de arts zelf of diens patiënt kent, de situatie beter kan begrijpen. Daarnaast geven de SCEA-artsen zelf aan dat tijdens hun trainingen en begeleidingsbijeenkomsten nog meer aandacht zou kunnen uitgaan naar kennis en vaardigheden op het gebied van palliatieve zorg. Hierbij al aangevend dat euthanasie en palliatieve zorg inniger met elkaar zijn verbonden dan sommigen willen geloven. De minister noemde in dit verband haar beleid tot oprichting van kenniscentra voor palliatieve zorg. Nu het Amsterdamse project zo succesvol is verlopen, lijkt de stap naar de rest

van Nederland een meer dan logische. Dat vond minister Borst afgelopen maandag gelukkig ook. Op haar begroting heeft zij er zelfs al gelden voor gereserveerd, in afwachting van de resultaten van het SCEA-project.

Op papier is het opzetten van het landelijk netwerk voor Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN) inmiddels ook al ver gevorderd. In eerste instantie zal dit project beperkt blijven tot huisartsen, maar daarna kan het worden uitgebreid naar verpleeghuizen en eventueel ziekenhuizen. Om te beginnen zullen er vierhonderd artsen getraind moeten worden; hierbij gaan de districts-huisartsenverenigingen een wervende rol spelen.

Omdat Amsterdam op een aantal relevante punten verschilt van de rest van Nederland, hetgeen een Amsterdammer maar al te graag zal beamen, zal SCEN landelijke variaties moeten vertonen. Niet overal is bijvoorbeeld de huisartsendichtheid zo groot als in de hoofdstad. SCEN zal moeten worden opgebouwd met gebruikmaking van bestaande regionale structuren en in de tijd zeker niet overal tegelijk.

Dat voor de invoering van dit landelijk netwerk de nodige financiën moeten worden uitgetrokken, denk aan opleiding van en vergoedingen aan SCEN-artsen, is evident. Het is verheugend dat de minister afgelopen maandag nu officieel aangaf dat zij een stapsgewijze invoering van een landelijk netwerk zal ondersteunen. Uiteindelijk als transmuraal continuüm, met een voortdurende alertheid op kwaliteit. Dat moeten we haar als artsen kunnen garanderen. •

Referenties

1. Onwuteaka-Philipsen BD, Wal G van der. Rapport Steun en Consultatie bij Euthanasie in Amsterdam. Amsterdam: Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek/Afdeling Sociale Geneeskunde Vrije Universiteit Amsterdam.
2. Crul B. Gemakkelijk ... Medisch Contact 1998; 53 (43); 1361.

Constructief meedenken is de beste belangenbehartiging

IN JUNI kwamen Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de LHV in hoofdlijnen overeen - als onderdeel van een veel breder pakket - dat er meer ondersteuning in de huisartspraktijk zal komen. Op die manier kan de huisarts ook in de toekomst zijn of haar taken goed en met plezier blijven uitoefenen, ondanks de toenemende druk op de huisartspraktijk. Inmiddels zijn we enkele maanden verder. De besprekingen om de voornemens in concretere plannen om te kunnen zetten, zijn nog steeds niet afgerond. Ons aanvankelijk streven om op 5 november aan onze leden definitieve goedkeuring over de nadere uitwerking van het akkoord te vragen, hebben we moeten bijstellen. Het overleg vergt meer tijd en met name aan de kant van de overheid. Uitvoering van de voornemens kost immers geld, en dan worden gespreks-onderwerpen altijd lastiger als de overheid in beeld is. Weliswaar heeft het kabinet méér geld voor de gezondheidszorg uitgetrokken en noemt het regeerakkoord expliciet de noodzaak van uitbreiding van de ondersteuning voor huisartsen, maar daarmee zijn al onze wensen nog niet in één klap gerealiseerd. In de eerste plaats heeft het kabinet bepaald vooral extra te willen investeren in de verzorgende sector en in veel minder mate in de curatieve sector waartoe de huisartsenzorg behoort. In de tweede plaats ziet het kabinet zich geconfronteerd met zorgwekkende kostenontwikkelingen rond de geneesmiddelen. In gewoon Nederlands: de kosten rijzen de pan uit. En de 'Zalm-discipline' schrijft voor dat de minister overschrijdingen zelf zal moe-

ten compenseren en het probleem niet bij het kabinet kan neerleggen. Daarmee is het geneesmiddelendossier, zoals dat in Haags jargon heet, opeens ook ons probleem. Immers, tegen de achtergrond van deze financiële problematiek moet het akkoord tussen ZN en LHV worden uitgewerkt. Meer praktijkondersteuning houdt in dat het budget voor huisartsenzorg fors zal moeten groeien. Dat is dus niet zo eenvoudig. Alle reden voor de LHV om er op een constructieve manier over na te denken hoe de huisartsen kunnen meewerken aan het beteugelen van de kostenontwikkeling, met name op het vlak van de geneesmiddelen. Is dit een taak van de LHV? Die vraag houden leden mij geregeld voor, daaraan

LHV

meteen een negatieve beantwoording koppeland. Soms klinkt het verwijt heel wat directer: de LHV laat de oren te veel hangen naar de minister van VWS en haar problemen. Ik ben het met die verwijtende toon niet eens. Ons huidige zoeken naar mogelijkheden om met overheid en verzekeraars afspraken te maken, dient nadrukkelijk het belang van de beroepsgroep. Dit beleid is het doortrekken van een lijn van de afgelopen jaren die de positie van de huisartsenzorg heeft versterkt. De huisartsen als beroepsgroep hebben geïnvesteerd in organisatie en kwaliteit en kregen daarvoor een aanzienlijke verruiming van het huisartsenbudget. Daardoor konden knelpunten worden opgelost. Voor praktijken in stedelijke achterstandswijken kwam extra geld beschikbaar, de zie-

kenfondsknik verdween, er kwam een regeling voor huisartsenhulp aan asielzoekers en een structurele vergoeding voor programmatische grieppreventie. En dat terwijl andere sectoren binnen de gezondheidszorg in diezelfde tijd vooral met kortingen op het budget te maken kregen.

Het LHV-beleid kenmerkt zich door een actieve opstelling, waarbij we de patiëntenzorg als invalshoek kiezen. De overtuiging bestaat dat dit de beste vorm van belangenbehartiging is met de beste resultaten voor de beroepsgroep. Dit wil niet zeggen dat er geen problemen meer zijn. Integendeel. Het tekort aan huisartsen is zo'n knelpunt. Er zullen méér artsen tot de huisartsenopleiding moeten worden toegelaten. Anders komt de huisartsenzorg straks echt op de tocht te staan. Vergrijzing en daardoor méér chronisch zieken verhogen de werkdruk. Uit recente cijfers van het onderzoeksinstituut NIVEL blijkt dat het aantal contacten met de huisartspraktijk in één jaar tijd met meer dan 5% is toegenomen. De door de overheid voorgestane beddenreductie in ziekenhuizen vertaalt zich ook in méér werk voor de huisarts. Huisartsen verlangen naar normalere werktijden. De huidige regeling en vergoeding van de diensten is aan herijking toe. Nu reeds is er sprake van een te grote druk op het werk. Vandaar ook dat de ondersteuning doorgang moet vinden. En ik kan me niet voorstellen dat de overheid dit zal afwijzen, zeker niet als onze beroepsgroep zich constructief opstelt om problemen gezamenlijk op te lossen. •

*Roeland van Velzen,
voorzitter LHV*

Ziekmakende vormfouten

Prionenonderzoeker Charles Weissmann heeft meer vragen dan antwoorden

Robert Crommentuyn

Vijf jaar geleden geloofde nog bijna niemand dat eiwitdeeltjes verantwoordelijk kunnen zijn voor infectieziekten. Inmiddels wordt er nauwelijks nog getwijfeld aan het bestaan van deze zogenaamde prionen. Een belangrijk leverancier van bewijsmateriaal is de Zwitserse moleculair-bioloog Charles Weissmann. Hij is ook de eerste om te beamen dat er over prionen en prionziekten nog talloze vragen en onduidelijkheden zijn.

VOLGENS DE priontheorie zijn besmettelijke eiwitdeeltjes, prionen, verantwoordelijk voor een aantal infectieziekten, waaronder de gekke-koeienziekte BSE, de schapenziekte scrapie en een nieuwe variant van de ziekte van Creutzfeldt-Jakob (CJ), een voor mensen dodelijke hersenaandoening. 'Het definitieve bewijs is nog niet geleverd, maar de genetische en biochemische bewijzen duiden erop dat de hypothese klopt.' Uit de woorden van moleculair-bioloog Charles Weissmann (67) klinkt tevredenheid. Dat is niet verwonderlijk, Weissmann en zijn medewerkers van het Instituut voor Moleculaire Biologie van de universiteit van Zürich leverden een belangrijk aandeel in de bewijsvoering.

Misvormde eiwitten

De opvatting dat eiwitdeeltjes overdraagbare aandoeningen kunnen veroorzaken, was tot voor kort in strijd met gangbare wetenschappelijke inzichten. Die schrijven voor dat infectieziekten veroorzaakt worden door virussen, bacteriën, schimmels of protozoën, levende organismen die beschikken over erfelijk materiaal (DNA of RNA). Immers, alleen door hun genetische code bij zich te dragen, kunnen deze organismen zich vermenigvuldigen.

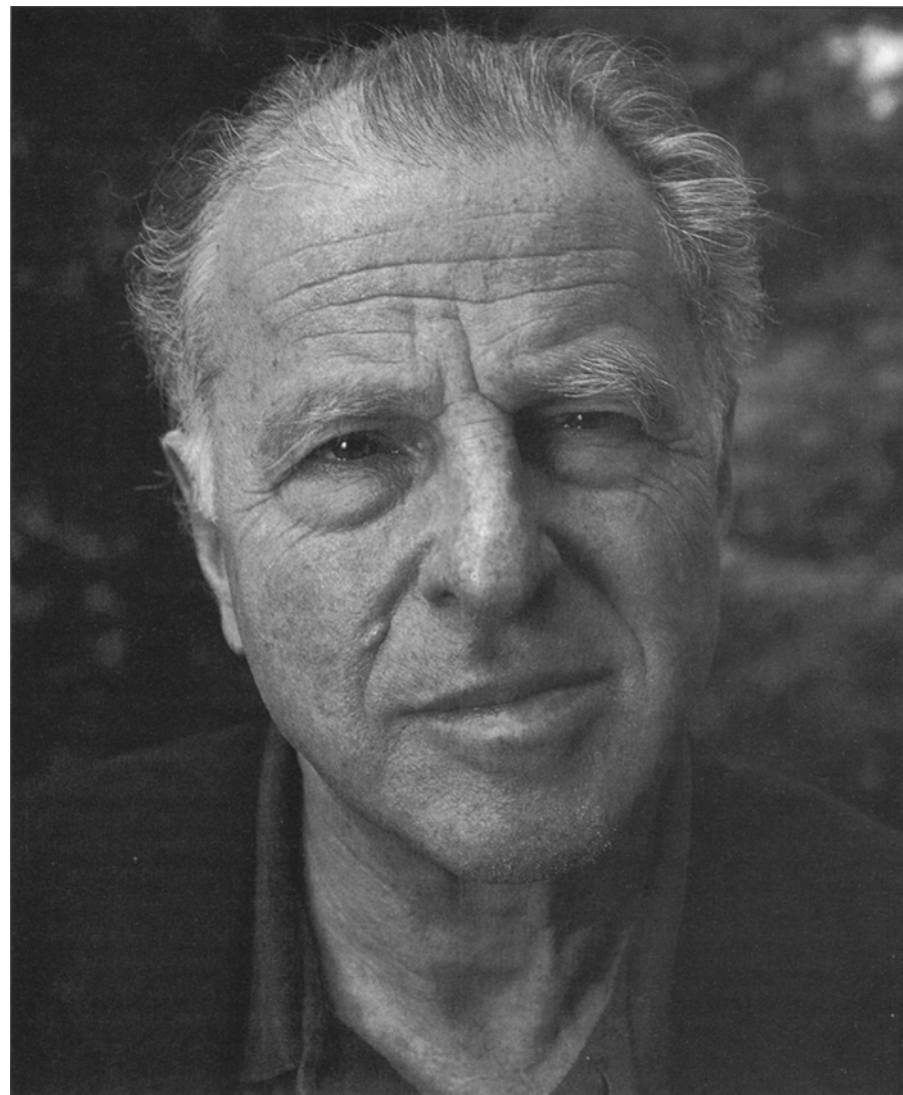



foto: Nathan Beck/AMC

Een prion heeft geen erfelijk materiaal. Het is een variant van een eiwit dat in elk organisme voorkomt, het PrP. Normaal gesproken breekt het lichaam dit eiwit na verloop van tijd weer af. Door een nog onopgehelderde oorzaak kan PrP echter van vorm veranderen. Het molecuul blijft identiek, maar krijgt een andere ruimtelijke configuratie en daarmee ook andere biochemische eigenschappen. Het nieuw gevormde 'prion' kan niet meer zo eenvoudig worden afgebroken, hoopt zich op in de cel en vernietigt deze ten slotte.

Omdat PrP van nature het meest voorkomt in hersenweefsel en in het centrale zenuwstelsel, wordt daar de grootste schade aangericht.

Weissmann: 'Het opmerkelijke aan de prionen is dat zij hun 'misvorming' opdringen aan de normale eiwitten: als er in een organisme eenmaal één prion is, nemen na verloop van tijd alle PrP-eiwitten de 'foute' vorm aan. Door deze eigenschap zijn prionen potentieel besmettelijk, maar niet allemaal in de zelfde mate. Van de schapenziekte scrapie is nog nooit een 



Onbekend is hoeveel koeien ongemerkt BSE-prionen dragen

foto: Loek Zuyderduin

mens ziek geworden. Inmiddels staat vrijwel zeker vast dat de prionen die verantwoordelijk zijn voor BSE, bij de mens de nieuwe variant van Creutzfeldt-Jakob veroorzaken.'

Volgens Weissmann zijn er drie argumenten die de priontheorie ondersteunen: 'Het eerste is een biochemisch argument, namelijk dat als we de ziekteverwekker isoleren, we het bewuste eiwit PrP isoleren. En als we meer PrP toedienen, neemt de infectiegraad toe. Er is dus een verband tussen de mate van infectie en de aanwezigheid van PrP. Vervolgens is er een genetisch argument. De klassieke varianten van Creutzfeldt-Jakob en andere spongiforme hersenziekten gaan altijd gepaard met een mutatie van het PrP-gen. Nakomelingen met de mutatie worden ziek, de anderen niet. En tot slot is er een moleculair-biologische argument. Onze onderzoeksgroep heeft aangetoond dat muizen resistent worden tegen de ziekte wanneer je het PrP-gen verwijdert. Omdat het lichaamseigen PrP dan ontbreekt, kan de ziekteverwekker zich niet meer vermenigvuldigen en blijft de muis gezond.'

Ondanks de overstelpende hoeveelheid aanwijzingen is het definitieve bewijs dat uitsluitend eiwitdeeltjes verantwoordelijk zijn voor BSE en Creutzfeldt-Jakob nog niet geleverd. Weissmann: 'Daarvoor zouden we het normale eiwit in een reageerbuis moeten kunnen laten overgaan in het

ziekteverwekkende prion. We proberen van alles, maar het is nog altijd niet gelukt. Dat komt vooral doordat we niet precies weten hoe de vormverandering van de eiwitten in zijn werk gaat.'

Besmet rundvlees

Dat BSE-prionen verantwoordelijk zijn voor de nieuwe variant van CJ wordt nauwelijks nog betwist. Weissmann is de eerste om te beamen dat tal van andere vragen nog onbeantwoord zijn. In 1996 was hij voorzitter van de BSE-werkgroep van de Europese Commissie. Deze commissie onderzocht de gevolgen en risico's van de BSE-epidemie voor de volksgezondheid. Het rapport van de werkgroep doet geen aanbevelingen, maar bevat een waslijst aan vragen die smeken om onderzoek. Weissmann: 'In het rapport staat bijvoorbeeld dat het van belang is vast te stellen hoeveel prionen er nodig zijn om ziekte te veroorzaken. Dat is belangrijke informatie om vast te stellen hoe gevaarlijk besmet rundvlees voor de mens is. Die vraag heeft niet aan actualiteit ingeboet. Begin oktober werden 2.000 Zwitserse koeien steekproefsgewijs onderzocht op BSE. Er bleek één koe met BSE-prionen te zijn geïnfecteerd. De kudde had nooit besmet veevoer gehad en het dier vertoonde (nog) geen ziekteverschijnselen. Weissmann: 'Dat roept de vraag op hoeveel dieren van een gezonde kudde ongemerkt BSE-prionen dragen. Als je uit-

gaat van één geval op 2.000 koeien zou dat in de Zwitserse situatie betekenen dat jaarlijks 50 BSE-koeien in de menselijke voedselketen terecht komen.'

De mogelijke gevolgen daarvan zijn moeilijk in te schatten: 'We weten dat er een soort barrière is. De ziekte wordt bijvoorbeeld aanzienlijk makkelijker van een muis op een andere muis overgedragen, dan van een muis op een hamster. De hoogte van de drempel tussen koe en mens is echter onbekend.' Het vertalen van de wetenschappelijke kennis naar concrete aanbevelingen voor voedingsmiddelen is daardoor lastig: 'In een experiment zijn met prionen geïnfecteerde runderhersen aan schapen gevoerd. Daarbij bleek één gram voldoende te zijn om de ziekte over te brengen. Niet erg veel dus. In koeienvlees is de prionenconcentratie daarentegen veel lager. Al is niet te voorkomen dat er bij de slacht wat merg of zenuwweefsel in het vlees terecht komt.' Weissmann vindt dan ook dat er uitgebreid onderzoek zou moeten plaatsvinden, bijvoorbeeld op apen. Dat staat ook in het EU-rapport. Nog afgezien van de morele bezwaren die hiertegen bestaan, is dergelijk onderzoek echter enorm tijdsintensief en resultaten zullen nog jaren op zich laten wachten. Onlangs vernam Weissmann dat de EU zo'n onderzoek wil gaan financieren. Sinds het rapport zijn er twee jaar verstreken, maar over het verlies van kostbare tijd wil Weissmann

niet te moeilijk doen: 'Voor zo'n logge organisatie als de EU hebben ze opmerkelijk snel gehandeld.'

Geboren na de ban

Het risico dat mensen de nieuwe variant van de ziekte van Creutzfeldt-Jakob oplopen, houdt rechtstreeks verband met het aantal zieke koeien. De BSE-epidemie in Groot-Brittannië bereikte in 1992 haar hoogtepunt. Toen werden ruim 37.000 zieke koeien gevonden. In 1997 was dat aantal teruggelopen tot minder dan 4.000. Dat het gevaar uiteindelijk geheel zal wijken, staat niet vast. Weissmann: 'We weten niet of het aantal zieke koeien zal teruglopen naar nul. Het is ook mogelijk dat BSE endemisch wordt, net als scrapie onder schapen. Dat risico bestaat, maar als u mij vraagt hoe dat tot stand kan komen, moet ik u het antwoord schuldig blijven. Er zijn geen aanwijzingen om te veronderstellen dat prionen via de melk worden overgedragen, of bij de geboorte. Het is hoe dan ook opvallend dat er een relatief groot aantal 'BAB-gevallen' zijn, ofwel: Born After Ban. Deze dieren raakten besmet nadat het verbod op het voeren met beendermeel werd ingesteld. Hoe dat kan is een raadsel. Misschien hebben boeren die regeling aan hun laars gelapt en oude voorraad gevoerd? Of vond er besmetting plaats in de diermeelfabriek? We weten het eenvoudigweg niet.'

Net zo min als duidelijk is hoe de BSE-epidemie onder koeien verder verloopt, bestaat er enig zicht op het toekomstig aantal patiënten met de door het BSE-prion veroorzaakte vorm van Creutzfeldt-Jakob. Op dit moment zijn er 28 gevallen van CJ geteld die in verband staan met BSE. Op één na kwamen alle patiënten uit het Verenigd Koninkrijk. Weissmann: 'De hoeveelheid toekomstige patiënten met de nieuwe CJ-variant is niet bekend, evenmin als de incubatietijd. Begin deze eeuw heerste er op Papoea Nieuw-Guinea een epidemie van Kuru, eveneens een prionziekte. Van deze ziekte, die door kannibalisme werd overgedragen, weten we dat de incubatietijd maximaal dertig tot veertig jaar is. Maar meer dan een indicatie is dit niet. Op basis van huidige gegevens gaan epidemiologen ervan uit dat rond het jaar 2005 pas echt bekend zal worden of er een CJ-epidemie zal optreden of niet.'

Aanknopingspunten

Van de vele vragen die er op dit moment nog bestaan rond prionen en de ziekten die zij verwekken, probeert Weissmanns onderzoeksgroep er twee op te lossen. Een deel van zijn medewerkers probeert de misvorming van het PrP-eiwit in een reageerbuis tot stand te brengen. Een

De Anatomische Les

De priontheorie is onorthodox en stuit buiten de kring van direct betrokken onderzoekers op nogal wat onbegrip. Als het aan Weissmann ligt, hoeft dat niet zo te blijven. Op 4 november verzorgt hij 'De Anatomische Les', de jaarlijkse lezing op het grensvlak van geneeskunde en maatschappij die wordt georganiseerd door de Volkskrant en het Academisch Medisch Centrum (AMC). Bij deze gelegenheid zal de Zwitser proberen het begrip 'prion' voor een breed publiek inzichtelijk te maken. Voor 'De Anatomische Les' zijn helaas geen toegangsbewijzen meer verkrijgbaar.

andere groep probeert te achterhalen hoe het prion zich van het darmstelsel naar de hersenen verplaatst. Een kwestie die volgens Weissmann van grote praktische betekenis is. Enerzijds omdat het bijdraagt aan het beantwoorden van de vraag hoe besmettelijk prionen zijn, anderzijds omdat het aanknopingspunten biedt om het verloop van het ziekteproces te beïnvloeden. Volgens Weissmann duurt het nog wel even voordat er resultaten beschikbaar komen. 'Het transport van het maag-darmstelsel naar de hersenen is behoorlijk gecompliceerd. Er is lymfatisch weefsel voor nodig en waarschijnlijk is ook het zenuwstelsel erbij betrokken. Daarnaast is voor het trans-

port van het prion ook het (lichaamseigen) PrP nodig. Weefsel waarin geen PrP voorkomt, kan niet dienen als transportmiddel. Waarschijnlijk verplaatst het prion zich van cel naar cel.' Het staat vast dat prionen niet via de bloedbaan worden vervoerd. 'Bij muizen hebben we geen prionen in het bloed gevonden. Bloedcellen hebben weliswaar PrP, maar kunnen toch geen prion vervoeren. We hebben bijvoorbeeld nog nooit lymfocyten gevonden die een prion dragen. Dat is in zekere zin geruststellend, want het betekent een behoorlijke rem op de infectiositeit van prionen.' Daarmee lijkt er dan eindelijk een feit te melden te zijn over de besmettelijke eiwitdeeltjes, maar bijna meteen maakt de wetenschapper Weissmann een kanttekening: 'Dat van dat bloed geldt vooralsnog alleen voor muizen; of het ook voor mensen opgaat weten we nog niet zeker.'

Macht van de getallen

De molecuulair-bioloog Charles Weissmann zou het liefst doorgronden hoe de omvorming van normale eiwitten in ziekmakende prionen in zijn werk gaat. De mens Charles Weissmann onderstreept vooral het belang van het vinden van een diagnostische methode en van een medicijn voor de CJ. 'Het is nog steeds moeilijk om in een vroeg stadium vast te stellen dat iemand drager is van de ziekmakende prionen. Op dit moment kan hooguit enkele maanden voordat de ziekte zich openbaart de diagnose worden gesteld. Als we de ziekte vroegtijdig zouden kunnen vaststellen, was er veel gewonnen. Het beïnvloeden van het verloop van de ziekte nadat de eerste ziekteverschijnselen aan het licht zijn getreden heeft weinig zin', aldus Weissmann.

Bij het vinden van een remedie tegen prionziekten zou de farmaceutische industrie een belangrijke rol kunnen spelen. Die industrie is echter niet erg geïnteresseerd in het vinden van een medicijn voor prionziekten, meent Weissmann. 'Voor een CJ-medicijn is de markt te klein. Jaarlijks gaat het om tientallen, hooguit honderden gevallen. Bij dieren gaat het wel om grote aantallen. Maar daar zijn medicijnen geen oplossing. Een behandelingsmethode zou bij de veestapel het hoofdprobleem onaangeroerd laten, namelijk dat de ziekteverwekker in de populatie rondwaart. Het is beter dat dieren die de ziekmakende prionen dragen ook daadwerkelijk ziek worden, zodat ze herkend

De farmaceutische industrie is niet erg geïnteresseerd in het vinden van een medicijn tegen prionziekten

worden in plaats van dat ze rondlopen met BSE-prionen zonder dat men daar erg in heeft. In dat geval zou het risico dat mensen besmet vlees eten alleen maar groter worden.'

Het gebrek aan interesse van de farmaceutische industrie is vooral schrijnend omdat er volgens Weissmann mogelijkheden zijn om op relatief korte termijn medicijnen te ontwikkelen. 'Er is een middel bekend dat het verloop van de ziekte bij muizen vertraagt. Met dit middel als uitgangspunt zou men op zoek moeten gaan naar varianten met een grotere werkzaamheid. De stap van een dergelijk prototype naar een werkelijk medicijn is een kostbaar en tijdrovend proces. Als er vandaag 10.000 gevallen van de nieuwe CJ-variant aan het licht kwamen, zou de speurtocht naar medicijnen veel intensiever verlopen en zou het ontwikkelingsproces sterk bekort kunnen worden.' •

Openbare gezondheidszorg op maat

Ilse Vlaming

De GGD Zuid-Hollandse eilanden vierde 5 oktober zijn tweede lustrum. De wijze waarop deze GGD en de zestien gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden de problemen hebben aangepakt, wordt in GGD-land gezien als voortvarend.

OPENBARE gezondheidszorg is van oudsher een lastig terrein. Volgens de Nederlandse grondwet is de overheid verantwoordelijk voor de gezondheid van haar burgers. Midden jaren tachtig sloeg de stemming in politiek Nederland om: planning was uit, deregulering en decentralisatie waren in. Dat hield in dat gelden die voorheen specifiek bestemd waren voor openbare gezondheidszorg, nu zonder verdere voorwaarden in het gemeentefonds zouden worden gestort. De vraag is echter steeds: hoe en in welke mate is wie verantwoordelijk?

Vijftien jaar geleden kregen gemeenten die nog geen GGD hadden er min of meer een in de maag gesplitst. Een kostenverslindende post. Bovendien hadden ze geen idee wat ze met een GGD aan moesten, sterker nog, ze hadden er geen behoefte aan.

Benepen geesten

Om uitholling van het pas ontstane GGD-netwerk te voorkomen, werd in 1990, met terugwerkende kracht naar 1989, de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) ingevoerd. Gemeenten zijn sindsdien verplicht, alleen of in samenwerkingsverband, een GGD in stand te houden om taken van openbare gezondheidszorg te verrichten. De concrete vormgeving van openbare gezondheidszorg op gemeenteniveau lijkt echter bijna overal onder een klimaat van benarde faciliteiten, beperkte middelen en soms benepen geesten. Voor veel gemeenten was en is volksgezondheid een financiële sluitpost, een blok aan het been.

Vanzelfsprekende aanbevelingen

De relatie tussen de GGD'en en de betrokken gemeenten verliep dan ook geenszins voortvarend. In 1995 kwam de hoofdinspecteur voor de Volksgezond-

heid met vernietigend commentaar. De inhoudelijke betrokkenheid van gemeenten bij openbare gezondheidszorg liet sterk te wensen over. Sommige WCPV-basistaken werden niet of nauwelijks uitgevoerd. De aandacht die er bij gemeenten voor openbare gezondheidszorg was, ging vooral uit naar begrotingstechnische zaken en bezuinigingen.

Minister Borst reageerde hierop in mei 1996 met de instelling van de Commissie Versterking Collectieve Preventie, beter bekend als de commissie-Lemstra. In het najaar kwam deze commissie met het rapport 'Gemeentelijk Gezondheidsbeleid. Beter op zijn plaats'. Hierin kwam duidelijk naar voren wat het belang is van een goede openbare gezondheidszorg en dat het versterken van de gemeentelijke betrokkenheid en van het gemeentelijke volksgezondheidsbeleid noodzaak is, en hoe belangrijk een expliciet landelijk beleid is, evenals een grotere interactie tussen alle betrokkenen. Een aantal zeer vanzelfsprekende aanbevelingen die wel kloppen, maar volgens critici geen zoden aan de dijk zetten. Erik Lieber, directeur van de GGD ZHE: 'Het ging om aanbevelingen tot een intensievere communicatie en duidelijkere landelijke beleidskeuzes en om aanbevelingen tot een kwaliteitsbeleid met deskundigheidsbevordering, informatisering, standaardisering en protocollering op gemeentelijk/GGD-niveau. De vanzelfsprekendheid hiervan is de zwakte van het rapport. Er werden geen nieuwe instrumenten aangereikt.' Volgens Lieber lag het probleem bij de aansturing van de GGD-functies. Met de benadering van Lemstra zou dit probleem fors worden versterkt.

In tegenstelling tot Lieber was minister Borst enthousiast over het rapport. Ze stelde in mei 1997 een actieprogramma op ter versterking van het gemeentelijk gezondheidsbeleid. In de Tweede Kamer

drongen echter ook de twijfels uit het veld door. En terwijl het politieke debat voortging, volgden GGD'en en gemeenten hun eigen weg. De GGD ZHE vervulde daarin een voortrekkersrol. De geschiedenis van deze GGD is, zeker wat de startfase betreft, representatief voor de problemen van de gemeenten met de GGD, en omgekeerd.

Uitdaging

De Zuid-Hollandse eilanden: Voorne-Putten, de Hoeksche Waard, Goeree-Overflakkee. Een weids, waterrijk gebied met 16 gemeenten, dat pas in 1904 een brug naar het vasteland kreeg. Een streek met grote culturele verschillen. Van oorsprong een agrarisch gebied dat, vooral onder de rook van Rotterdam, in de jaren zestig en zeventig een enorme groei doormaakte. Het inwonersaantal van Spijkenisse liep bijvoorbeeld binnen enkele jaren op van vijfduizend naar vijftigduizend.

Dat de uitgangssituatie op de Zuid-Hollandse eilanden verre van veelbelovend was, kan GGD-directeur Erik Lieber beaamen. Lieber trad in 1982 aan als directeur van de kleine GG&GD Voorne-Putten in Spijkenisse. 'Kort samengevat had de GGD ZHE bij zijn start in 1989 te maken met twee soorten problemen. Ten eerste hadden de meeste gemeenten geen behoefte aan de wettelijk verplichte GGD. Sterker nog, er was nauwelijks enig bewustzijn over zoiets als openbare gezondheidszorg. Ten tweede stond er in de wet dat je op kosten van de gemeente iets moest doen aan vaag omschreven en voor bestuurders volstrekt ongrijpbare taken, maar er stond niet in wát. De gemeenten waren dus verplicht een organisatie te betalen waarvan ze niets begrepen en waaraan zij geenszins behoefte hadden.' De situatie in Goeree illustreert hoe het er voor de wettelijk verplichte GGD aan toe ging. Goeree had een schoolarts met een assistente die volledig zelfstandig de scholen bezocht om kinderen te onderzoeken. Daar was iedereen tevreden over, dus waarom zou je dan veranderen?

'Daar kwam nog bij', vervolgt Lieber, 'dat die GGD weer zo'n oncontroleerbare

gemeenschappelijke regeling was, die ook nog moest worden aangegaan met andere regio's waarmee geen samenwerkingstraditie bestond en die tot overmaat van ramp vol zat met eigenwijze en dure professionals.'

De GGD ZHE heeft deze 'uitdaging' in drie fases aangepakt. Lieber: 'In de eerste fase brachten we ambtenaren van de gemeenten en professionals van de GGD systematisch op allerlei niveaus met elkaar in contact.'

De eerste fase speelt in op vragen op verzochtingen van GGD-professionals als: 'Hoezo slagvaardig opereren als we steeds goedkeuring van zestien gemeenten nodig hebben?' en 'Hoe weten wij nou wat de gemeente wil als u dat zelf nog niet weet?' En: 'Waarom? Aids komt hier toch niet voor?' van de kant van de gemeenten.

De eerste fase duurde zo'n vijf jaar. Lieber: 'De resultaten van die eerste ontwikkelingsfase waren tweeledig. Er was een zekere vertrouwensbasis ontstaan tussen gemeenten en GGD, maar ook tussen de gemeenten en eilanden onderling. Daarnaast bleek opeens dat diverse problemen gemeenschappelijk waren: de GGD kreeg meer oog voor de gemeentelijke aspecten ervan, de gemeente meer voor de openbare-gezondheidszorgkant. De ergste kou was uit de lucht.'

Hiermee was ruimte ontstaan voor de tweede fase. Lieber: 'Dit is de meest complexe slag geweest die we hebben moeten maken. Er zijn namelijk twee soorten problemen aan de orde bij de aansturing van een GGD. Ten eerste: de onheldere relatie tussen rijk, gemeenten, GGD en de markt van welzijn en geluk. Ten tweede: de bijna anarchistische heterogeniteit van GGD-taken.'

Volgens de GGD-directeur gaat het om fundamentele bestuurs- en bedrijfskundige problemen. 'Als deze niet adequaat worden opgelost, kun je nog zulke prachtige doelen formuleren, maar het blijft dan aanklungelen. De commissie-Lemstra is aan deze besturingsproblematiek toentertijd volledig voorbijgegaan.'

Lieber rekent erop dat deze problematiek alsnog aan de orde komt nu de minister het activiteitenprogramma heeft gestart. Of in het debat in de Tweede Kamer over enkele maanden. Lieber wil dan in ieder geval duidelijkheid over de rolverdeling tussen gemeenten, rijk en GGD. Waar liggen de verantwoordelijkheden en wie is er verantwoordelijk voor wat?

Aansturing op maat

Antwoorden op deze vragen zijn essentieel voor een slagvaardige invulling van de openbare gezondheidszorg in ons land. Maar de GGD-taken zijn te hetero-



Foto; Loek Zuyderduin

geen om algemeen geldende antwoorden te geven. Uitgaande van deze constatering heeft de GGD ZHE vanaf 1993 gewerkt aan een systeem dat aansturing op maat mogelijk maakt voor alle GGD-taken: het zogenoemde functionele productbesturingssysteem.

Bij dit systeem zijn aan de hand van parameters de werkzaamheden van de GGD ZHE in zes clusters geordend: algemeen beleid, het wettelijk takenpakket met een uniform en een maatwerkdeel, wettelijk-extra-activiteiten, overig openbare taken en plustaken. Per cluster gelden van elkaar verschillende spelregels voor de besturing, voor wie waarvoor primair verantwoordelijk is, hoe de besluitvorming totstandkomt en hoe dit contractueel wordt vastgelegd en verantwoord. Directeur Lieber is zeer tevreden met het functionele productbesturingssysteem. 'Zo blijft de GGD nadrukkelijk een intergemeentelijke organisatie, maar wordt de doelmatigheid wel vergroot en kan zij wel goed inspelen op de steeds veranderende omstandigheden.'

Volgens Lieber heeft deze aanpak een doorbraak bewerkstelligd. Eindelijk kon er energie in de inhoud van de werkzaam-

heden van de GGD worden gestoken. De vraag rees nu: Wat willen de gemeenten eigenlijk met de GGD ZHE? Om hier achter te komen is een stuurgroep ingeschakeld. Een maand geleden hebben ze een projectplan opgesteld dat elk van de zestien gemeenten in de regio gaat begeleiden bij het opstellen van de eerste nota gemeentelijk gezondheidsbeleid. Kenmerkend voor de opzet van dit project is dat er ook wordt gestreefd naar een synergie tussen het gemeentelijke, het subregionale en het regionale niveau. De directeur GGD ZHE sprak tijdens het symposium ter ere van het tienjarig bestaan de hoop uit dat het experiment landelijke erkenning zal krijgen én een daarbij passende subsidie. Zijn wens vond direct gehoor. Een afgevaardigde van het Platform Openbare Gezondheidszorg (de dienst waar prof. dr. W. Lemstra voorzitter van is) liet weten dat zijn dienst de GGD ZHE alle vertrouwen schonk. En een ton om de plannen waar te maken. •

Literatuur

Heteren GM van. Aan de beterende hand. Spijkenisse: GGD Zuidhollandse Eilanden, 1998.

Vernieuwing in huisartsenland noodzakelijk

Beter ten halve gekeerd dan ten hele gedwaald

Hans van Santen

Huisartsen werken in een model dat niet is toegesneden op de eisen die tegenwoordig aan hun functioneren worden gesteld. Het is de hoogste tijd voor vernieuwing. Als de huisartsen zich nu vastleggen op lange-termijnafspraken waarin op het oude stramien wordt voortgeborduurd, zal de huisartsgeneeskunde worden geblokkeerd. Bezinning is geboden, maar dan wel met lef en visie!

DE AFGELOPEN jaren zijn er veel artikelen gepubliceerd waarin wordt gesproken over de te hoge werkdruk voor de Nederlandse huisarts. Als oorzaken hiervan worden genoemd: de toenemende vraag naar zorg, de uitbreiding van het takenpakket van de huisarts, de verschuiving van taken van de tweede naar de eerste lijn en de vergrijzing van de bevolking. De gevolgen hiervan, werkstress en burnout, zijn genoegzaam bekend.

Naar aanleiding van deze signalen heeft de LHV onderhandeld met verzekeraars en overheid over aanpassingen in de taken, de financiering en de organisatie van de huisartsenzorg. Aan het eind van dit jaar moet de Ledenvergadering van de LHV zich uitspreken over het behaalde onderhandelingsresultaat, nadat dit eerst opiniërend besproken is in de ledenvergadering van 5 november aanstaande. Indien de Ledenvergadering akkoord gaat, zal per 1 januari 1999 een serie maatregelen van kracht worden.

De twee belangrijkste elementen zijn praktijkondersteuning en een betere honorering van de zorg voor ouderen.

De maatregelen op het gebied van de praktijkondersteuning betreffen extra assistentie per huisartsgroep, extra praktijkvoorzieningen in ruimtelijke zin en extra ondersteuning op het niveau van RHV en DHV. Daarnaast wordt er gestreefd naar vereenvoudiging van enkele administratieve knelpunten, zoals het contracteringsstelsel.

Wat mij opvalt is dat echt nieuwe keuzen niet gemaakt worden in de overeenkomst. Een lange-termijnvisie ontbreekt. Verder ontbreekt tot op heden duidelijkheid over een solide financiering van de plannen, getuige de informatiebrief van de LHV van 20 oktober. Om deze redenen wil ik de

leden van de LHV oproepen het bestuursvoorstel extra kritisch te bekijken. In dit artikel wil ik daarop een toelichting geven.

Werkdruk

Uit onderzoek van Van den Hombergh is gebleken dat de huisarts gemiddeld zeven uur per dag besteedt aan direct patiëntencontact (consulten, telefonische consulten en visites).¹ Dit is opmerkelijk: de fulltime werkende huisarts besteedt per week dus bijna evenveel uren aan direct patiëntencontact als een gemiddelde werknemer wekelijks aan zijn werk. Ofschoon hierover geen gegevens voorhanden zijn, schat ik in dat dit veertig jaar geleden ook al zo was. Gezien de enorme veranderingen die het vak zowel inhoudelijk als qua organisatie heeft ondergaan, is het begrijpelijk dat de werkdruk ook objectief gezien buiten proportie raakt.

Het ligt dus voor de hand dat huisartsen, buiten het directe patiëntencontact om, onvoldoende tijd hebben voor overleg, samenwerking, literatuurstudie, nascholing, administratie en voor hun privé-leven. Het verbaast het mij dan ook niet dat het onderzoek van verzekeraar Movir uitwees dat maar liefst 23 procent van de huisartsen geen plezier heeft in zijn werk.² Onthutsend is het wel.

De ervaren werkdruk zal per huisarts verschillen. Werkdruk heeft bijvoorbeeld te maken met hoe je ervaart dat je je werk kunt doen. Of je kan voldoen aan de eisen die je aan jezelf stelt, aan de normen en waarden die je zelf hebt ten aanzien van het vak en aan de eisen die anderen (patiënten, overheid, verzekeraars, de beroepsgroep) aan je stellen. Ben je voldoende zeker in je handelen en denken,

krijg je voldoende waardering, zijn er mogelijkheden om te groeien in je vak? Kun je emoties delen met anderen, kan je met collega's praten over normen en waarden, of beperkt het contact zich tot het instrumentele niveau (wie maakt de dienstlijst, wie beheert de computer, etc.)? De veranderende samenstelling van de bevolking met de daarmee gepaard gaande stijgende morbiditeit, de toenemende medische mogelijkheden, de explosieve groei van de informatietechnologie - waardoor het contact met de patiënt op een ander niveau komt - zijn er de oorzaak van dat het dagelijks 'wegwerken' van de wachtkamer met tien minuten tijd per patiënt niet meer haalbaar zal zijn met behoud van kwaliteit.

Samenvattend kom ik tot de conclusie dat de beroepsgroep huisartsen een toenemende werkdruk ervaart, niet in de laatste plaats doordat zij niet meer bij machte is in 'normale' werktijden aan alle gestelde eisen te voldoen. Velen van hen verliezen zodoende het plezier in hun werk. Gevoelens van onvrede en machteloosheid zijn hiervan een logisch gevolg. Het model waarin de huisarts nu werkt, is verouderd. De inhoud van het vak is dermate veranderd dat alleen 'productiewerk' verrichten, frustrereert. De overheid, de zorgverzekeraars, de beroepsgroep en de patiënten overzien de gevolgen hiervan onvoldoende.

Wat moet er veranderen?

Met het bovenstaande in het achterhoofd zal het duidelijk zijn dat het de hoogste tijd is om een nieuw model te ontwerpen van de huisartsenzorg. De vraag moet worden gesteld of alle facetten van het *mission statement* van de LHV: persoonlijke, continue, integrale zorg, in de huidige vorm wel kunnen en moeten worden gehandhaafd.

De huisartsenzorg dient structureel anders te worden georganiseerd. Daartoe zal een aantal principiële keuzen moeten worden gemaakt.

Takenpakket

Het is noodzakelijk dat wij ons als be-



Foto: Loek Zuyderduin

roepsgroep allereerst bezinnen op wat nu werkelijk tot de taken van de huisarts behoort. Waarvoor zijn wij opgeleid, waar zijn wij goed in en vooral: wat vinden we leuk? Het lijkt me zeer waarschijnlijk dat wij ons ervan bewust worden dat het takenpakket van de huisarts moet worden beperkt in plaats van uitgebreid. (In het verleden is uitbreiding van het pakket gezien als een versterking van onze positie. Het is zeer de vraag of die visie juist is. Het takenpakket is inmiddels dermate uitgebreid dat het zeer twijfelachtig is of de meeste huisartsen op den duur aan dit pakket kunnen voldoen. Duidelijk is dat, indien dit niet het geval is, wij hierop zullen worden afgerekend.)

Dagindeling

Moet de huisarts zeven uur per dag blijven besteden aan direct patiëntencontact? Dit model lijkt me, gezien de inhoudelijke en organisatorische veranderingen van het vak, verouderd. Binnen de zorgsector is er vrijwel geen beroepsgroep te vinden die zoveel direct patiënten-/cliëntencontact heeft als de huisarts. De huisarts heeft - naast tijd voor de directe patiëntenzorg - meer tijd nodig voor overleg, samenwerking, het bijhouden van het vak, het zich verdiepen in lastige casuïstiek en, *last but not least*, voor de

organisatie van de praktijk. Pas dan zullen de sterke kanten van de huisartsgeneeskunde goed tot hun recht komen. Die sterke kanten zijn het generalisme, het volgen van de grote lijnen in de zorg voor de individuele patiënt én voor het systeem waarin die functioneert. In die continuïteit van zorg, die niets te maken heeft met 24-uurs beschikbaarheid, zit de kracht van de huisarts.


Praktijkverkleining?

Om de dagindeling van de huisarts te kunnen veranderen moet een keus worden gemaakt. Dit brengt ons bij een fundamentele vraag: 'Moet de huisarts de drempelloze voorziening blijven die hij nu is?' Met andere woorden: moet hij de stroom patiënten die zich dagelijks aanmeldt persoonlijk verwerken? Moet elke patiënt, voor iedere klacht, altijd de mogelijkheid hebben om de dokter persoonlijk te consulteren? Als deze vraag met 'ja' wordt beantwoord, moet dit gezien het steven naar werkdrukvermindering consequenties hebben voor de praktijkgrootte. Aangezien de opleidingscapaciteit voor huisartsen al tekortschiet om het huidige aantal huisartsen op den duur te handhaven, is praktijkverkleining op afzienbare termijn echter onmogelijk (ik zal hierop later ingaan).

Drempelverandering

De vraag of de huisarts de drempelloze voorziening moet blijven die hij nu is, moet dus met 'nee' worden beantwoord. Ik vind dat de huisarts te veel werk verricht dat door mensen met een minder hoog opleidingsniveau kan worden gedaan. De inzet van gekwalificeerd personeel dat de eerste screening van de vraag van de patiënt verricht en waar mogelijk afhandelt, kan veel werk voor de huisarts opvangen. Hierdoor wordt het voor hem mogelijk te werken volgens het onder 'Dagindeling' genoemde model.

Ik realiseer me dat dit een ommezwaai betekent. Voor huisartsen en voor patiënten. Voor de laatsten betekent dit dat de huisarts er niet meer voor alles is, dat de assistente of de verpleegkundige de eerste opvang verzorgt. Gezien de reacties die de vraag van de assistente naar de reden van komst nu al oproept, zal deze veranderde aanpak goed moeten worden begeleid.

Uiteindelijk wordt iedereen er beter van: de patiënt omdat hij de aandacht en zorg krijgt die nodig en goed is, de huisarts omdat hij de kans krijgt zijn werk te verdiepen, de overheid en de zorgverzekeraars omdat de kwaliteit van zorg zal toenemen. 

Naast deze principiële keuzen, spelen de volgende elementen eveneens een belangrijke rol bij de hervorming van de huisartsenzorg en het verlichten van de werkdruk.

Samenwerking

De samenwerking tussen huisartsen is nog veel te beperkt. Verder dan een gezamenlijke dienstregeling en vergaderen over vooral praktische zaken is men op veel plaatsen nog niet. Samenwerken is en wordt ons niet geleerd. Veel problemen in de praktijkorganisatie blijken terug te voeren op gebrekkige samenwerking tussen huisartsen, tussen huisartsen en assistentes en binnen hagro's. Een illustratief voorbeeld hiervan is de automatisering. In de afgelopen tien jaar hebben de huisartsen een enorme hoeveelheid werk verzet om te automatiseren, waarbij op veel plaatsen het wiel is uitgevonden. Samenwerking had hier een forse tijd- en energiebesparing kunnen opleveren.

Hoewel vrijwel alle Nederlandse huisartsen inmiddels in meer of mindere mate automatisering in hun praktijk hebben ingevoerd, ontbreekt samenwerking op veel plaatsen nog steeds. Binnen hagro's worden vaak verschillende huisartsinformatiesystemen (HIS'en) gebruikt, de mogelijkheid tot onderlinge elektronische communicatie is op de meeste systemen nog afwezig en eenduidigheid in het gebruik van het elektronisch medisch dossier (EMD) ontbreekt veelal.

Samenwerking is dus een 'must'. Voor de huisartsen is dit even wennen, maar met goede begeleiding zal de winst al snel zichtbaar zijn. Voor de aankomend (huis)artsen geldt dat zij samenwerken al in de opleiding moeten leren. Pas als de samenwerking tussen huisartsen goed loopt, zal de coördinatie met andere hulpverlenende instanties goed vorm kunnen krijgen en zal de beroepsgroep de naam dat er met haar geen afspraken te maken zijn, kunnen kwijtraken.

Leidinggeven

De meeste huisartsen hebben niet geleerd hoe een praktijk te runnen. Uit het eerder genoemde onderzoek van De Brauw blijkt dat maar liefst 81 procent van de geïnterviewde medici (onder wie overigens niet alleen huisartsen) leidinggeven lastig vindt.²

Bij het delegeren van taken is juist leidinggeven een onmisbare kwaliteit. Taken delegeren aan de praktijkassistenten vergt een planmatige aanpak. Er moet tijd en ruimte beschikbaar zijn, de assistente moet getraind worden, er moet een stappenplan worden gemaakt en afspraken en instructies moeten worden geformaliseerd.

Juist deze laatste twee aspecten zijn voor veel huisartsen een lastig punt. De beroepsverenigingen kunnen de huisartsen helpen door middel van het maken van kant-en-klare stappenplannen inclusief formalisering op schrift. Persoonlijke begeleiding dan wel begeleiding op groepsniveau - als de groep tenminste wil en kan samenwerken! - zijn onontbeerlijk om het proces effectief te laten verlopen. Deze vormen van ondersteuning zullen het voor veel huisartsen aantrekkelijker maken taken te delegeren volgens de regels der kunst. Bovendien wordt voorkomen dat op veel plaatsen steeds opnieuw het wiel wordt uitgevonden.

Opleidingscapaciteit

Zoals onder andere is gebleken uit onderzoek van het NIVEL, zal er een groot tekort aan huisartsen ontstaan. Enerzijds speelt de 'dubbele vergrijzing' van de bevolking en de daarmee gepaard gaande toenemende vraag naar zorg een rol. Anderzijds neemt het aantal huisartsen dat parttime wil werken sterk toe en treedt ook onder de huidige groep huisartsen een dubbele vergrijzing op in de periode tussen 2006 en 2010. Een aardig voorbeeld: in de hagro waarvan ik deel uitmaak, gaan over tien jaar zes van de negen collegae ongeveer tegelijk met pensioen. Van de deskundigheidsbevorderingsgroep waaraan ik deelneem, zal ik als enige van de negen over tien jaar nog praktiseren!

Er moet dus een ernstig tekort aan huisartsen worden verwacht. Het is dan ook onbegrijpelijk dat de politiek ervoor heeft gekozen dit signaal vooralsnog te negeren. De huisartsgeneeskunde moet de kans krijgen de kwaliteit te handhaven en te verhogen; uitbreiding van de capaciteit is daarvoor noodzakelijk. Wie dat ontkent, steekt de kop in het zand. De geruststellende opmerking dat er altijd golfbewegingen zijn geweest in het aantal huisartsen moge historisch bezien waar zijn, zij biedt in deze uitzonderlijke situatie geen soelaas.

Automatisering/informatisering

De automatisering/informatisering zal in hoog tempo moeten worden geoptimaliseerd. Het is eigenlijk te gek voor woorden dat de meeste huisartsinformatiesystemen op dit moment nog niet de mogelijkheid van elektronische communicatie in zich hebben. Koppeling van huisartsen onderling en met apotheken heeft een kwaliteitsbevorderend effect op bijvoorbeeld de waarneming (het kunnen raadplegen van het EMD) en de medicatiebewaking. De mogelijkheid van elektronische berichtenuitwisseling met de ziekenhuizen zal grote winst kunnen ople-

veren met betrekking tot de kwaliteit van medisch handelen, maar ook met het oog op efficiency. Denk alleen al aan de tijds-winst die de assistente zal boeken als zij de post niet meer hoeft in te schrijven.

Beschouwing

In het bovenstaande heb ik mijn ideeën over de noodzakelijke veranderingen in de organisatie van de huisartsenzorg in Nederland uiteengezet. Essentieel daarbij is het inzicht dat het huidige model van werken niet is toegesneden op de nieuwe eisen die aan de huisarts worden gesteld. Laten we niet, zoals in het verleden zo vaak is gebeurd, alleen maar reageren op wat op ons afkomt. Laten we niet uit angst voor verandering handelen, maar zelf keuzen maken uitgaande van onze kracht: de centrale rol die we hebben in de gezondheidszorg!

Het onderhandelingsresultaat dat de LHV heeft bereikt, gaat mogelijk over een bedrag van tientallen miljoenen, alhoewel dat in de laatste informatiebrief van de LHV nog onduidelijk is. De besteding daarvan zal erop gericht moeten zijn de werkdrukvermindering voor de huisarts op korte en op langere termijn te realiseren en daarnaast de kwaliteit te waarborgen. De overeenkomst tussen LHV en ZN borduurt echter te veel voort op het oude stramien. Door ons nu vast te leggen op een meerjarenafpraak waarin vernieuwing ontbreekt, wordt de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde zoals in dit artikel bedoeld, en waarvan zeker elementen zijn terug te vinden in de LHV-informatiebrief, geblokkeerd. Dat zou een gemiste kans van formaat zijn.

Laten we ons dus goed bezinnen en ten halve keren in plaats van ten hele te dwalen. Dat vergt lef en visie bij onze beroepsgroep, de zorgverzekeraars en overheid. Het zou niet de eerste keer zijn dat de huisartsen hierbij het voortouw nemen. Ik ben ervan overtuigd dat het vak hierdoor aan inhoud en arbeidsvreugde zal winnen. Een in te stellen adviesgroep met een sterke vertegenwoordiging uit het veld zou op korte termijn de keuzen die gemaakt gaan worden inzichtelijk dienen te maken en besluitvorming kunnen voorbereiden. Indien gewenst zal ik daaraan graag mijn bijdrage leveren. •

Hans van Santen,
huisarts te Velp (Gld)

Referenties

1. Hombergh P van den, Grof R, Hoogen HJM van den, Bosch WJHM van den. Werkbelasting en ervaren werkdruk van de huisarts. Huisarts Wet 1997; 40 (8): 376-81.

2. Brauw WM de. Medici hebben een zeer stressvol bestaan. Medisch Contact 1998; 53 (29/30): 965-8.

Verzekeraar helpt patiënt gerichte vragen te stellen

H.C.H. Coumou, J. Crasborn en P. van Dijk

Sinds januari functioneert de Patiënten Informatie Lijn van ZAO Zorgverzekeringen. In eerste instantie met het doel de positie van de patiënt in de medische besluitvorming te versterken. Drie jaar ervaring leert inmiddels dat ook artsen er wat aan kunnen hebben.

OP DE Leidschendam-conferenties (1989, 1990 en 1995) hebben de drie 'partijen' in de gezondheidszorg: patiënten/consumenten, aanbieders en zorgverzekeraars, afspraken gemaakt over de ontwikkeling en de bewaking van een kwaliteitsbeleid. ZAO Zorgverzekeringen Amsterdam geeft invulling aan dit kwaliteitsbeleid op een manier die reeds eerder in dit tijdschrift is beschreven aan de hand van het farmaciebeleid en het beleid voor fysiotherapie.^{1,2}

Een vorm van kwaliteitsbeleid die direct is gericht op de versterking van de positie van de patiënt, is de telefonische beslissingsondersteuning. In 1995 heeft ZAO Zorgverzekeringen de Patiënten Informatie Lijn ingesteld ten einde de patiënt te stimuleren actief deel te nemen aan het gesprek met de arts en aan de medische besluitvorming.

Deze patiënteninformatielijn is gestart na overleg met het Amsterdams Patiënten/Consumenten Platform, de Amsterdamse Huisartsen Vereniging en de Vereniging van Gynaecologen in de Regio Amsterdam. Het Patiënten/Consumenten Platform juichte het initiatief toe, de beroepsverenigingen reageerden aanvankelijk kritisch en terughoudend.

Werkwijze

Vanaf januari 1995 kunnen verzekerden bij ZAO Zorgverzekeringen Amsterdam viermaal per week gedurende drie uur gebruikmaken van de Patiënten Informatie Lijn, die wordt bemand door een arts met een lange ervaring in de beslissingsondersteuning. Deze arts heeft een van het ZAO onafhankelijke positie en moet het medisch beroepsgeheim in acht nemen.

Gedurende het eerste jaar konden er alleen vragen worden gesteld aangaande gynaecologie en verloskunde. Hiertoe

was besloten omdat het aantal verwijzingen naar dit specialisme relatief groot is en de arts van de informatielijn een lange ervaring met dit specialisme had. In 1996 kwam het specialisme neurologie erbij. Het is de bedoeling het aantal specialismen geleidelijk aan uit te breiden. De telefonische interventie kan bestaan uit:

a. geven van informatie én beslissingsondersteuning, al of niet na een literatuuroverzoek. Deze literatuuroverzoek geschiedt in een deel van de gevallen op verzoek van de patiënt;

b. samen met de patiënt op een systematische wijze 'vragen aan de behandelend arts' formuleren.

Informatie én beslissingsondersteuning

Het geven van beslissingsondersteuning aan de patiënt stoelt op de gedachte dat voor een *gewogen* besluitvorming niet alleen brede en actuele informatie van belang is, maar ook inzicht in de wijze waarop de arts tot zijn diagnostisch of therapeutisch advies is gekomen. Het is de patiënt bijvoorbeeld veelal niet duidelijk dat een afwijkende (of een 'normale') diagnostische bevinding niet noodzakelijk diagnostische waarde heeft, maar dat die ook kan samenhangen met factoren als biologische variatie, testeigenschappen, afspraken over referentiewaarden en inter-waarnemersvariatie. Bij de beslissingsondersteuning is het van belang inzicht te geven in deze 'risico's' van de diagnostiek. Onvoldoende inzicht kan leiden tot onjuiste verwachtingen of overeenstemming tussen patiënt en arts in de weg staan.³

Vragen formuleren

De patiënt wordt geholpen bij het formuleren van gerichte vragen aan zijn behan-

delend arts. Bijvoorbeeld hoeveel ervaring een arts heeft met een bepaalde behandeling, de resultaten daarvan, de grootte van de door hem behandelde groep patiënten en hun oordeel. De aangetoonde relatie tussen de ervaring van de arts en het behandelingsresultaat maakt deze vraag van belang, zeker in het geval van operatieve interventies:^{4,5} 'We weten niet wat we moeten weten totdat we de juiste vragen stellen'.⁶


Checklist

De vragen die aan een behandelend arts kunnen worden gesteld, zijn inmiddels gesystematiseerd en vastgelegd in een checklist. Hierbij is uitgegaan van de eisen, te stellen aan het informed consent, zoals geformuleerd in de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst.

In een pilot-studie wordt onderzocht of deze checklist door de patiënt als effectief wordt ervaren bij het voorbereiden van het gesprek met een arts. Als dit zo blijkt te zijn, zal de lijst worden verspreid onder verzekerden, huisartsen en specialisten in Amsterdam. De beroepsgroep kan op deze wijze anticiperen op vragen die een patiënt mogelijk zal stellen en de patiënt weet dat de arts reeds van deze vragen op de hoogte is.

Drie jaar ervaring

Tot eind 1997 maakten ruim duizend verzekerden gebruik van de informatielijn; meer dan 95 procent was vrouw. De gebruikers waren tussen de 30 en 50 jaar. Naar schatting bestond ongeveer een derde uit allochtonen. Er was een evenwichtige verdeling wat betreft in behandeling zijn bij de specialist, bij de huisarts en nog niet in behandeling zijn bij een arts. De belangrijkste motieven om gebruik te maken van de informatielijn waren ongerustheid, een tekort aan informatie of een gebrek aan inzicht in de wijze waarop de behandelend arts tot zijn advies was gekomen.

Meer dan 90 procent van de vragen betrof regelmatig voorkomende gynaecologische aandoeningen, zoals vruchtbaarheidsstoornissen en kinderwens, men- 

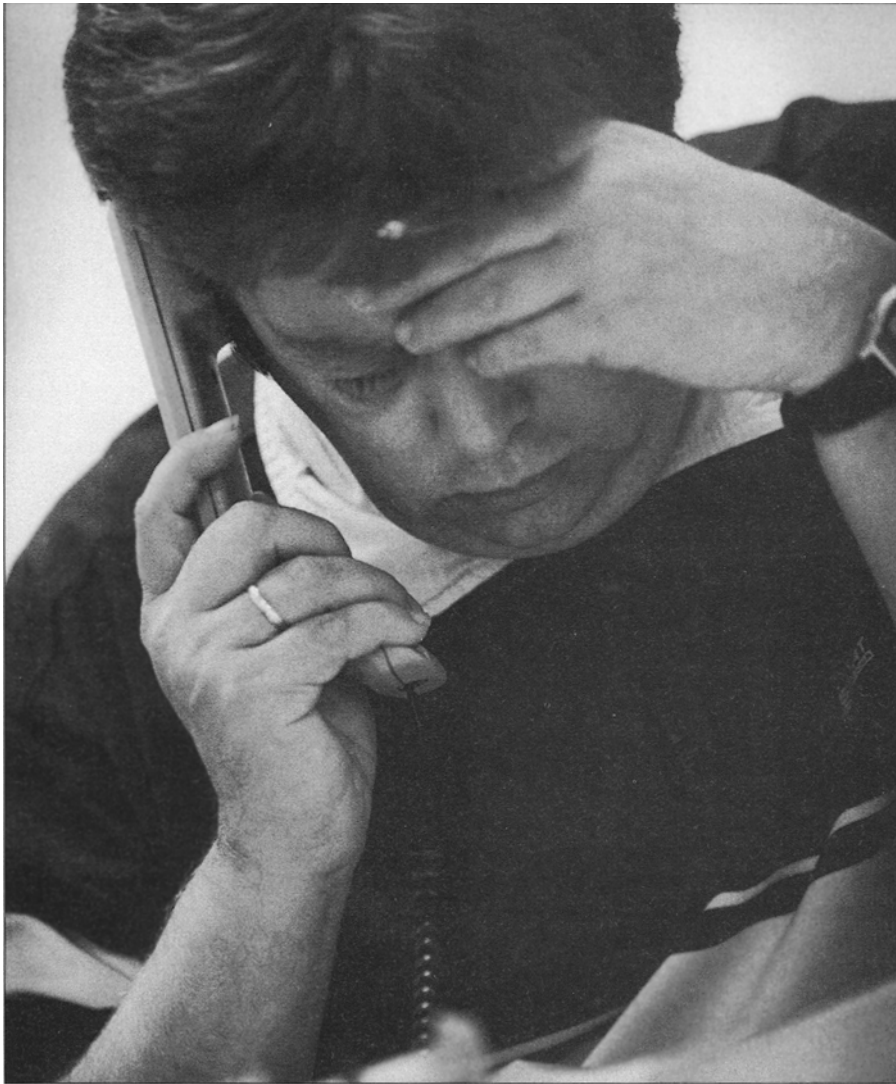


Foto: Loek Zuyderduin

struatiestoornissen en menopauzale klachten. Acute/infectieuze en oncologische aandoeningen kwamen niet aan de orde. Bijna uitsluitend werd informatie gevraagd over electieve interventies.

Evaluatie

Verzekerden

Onafhankelijke telefonische evaluatie door navraag bij verzekerden en spontane schriftelijke mededelingen aan het ZAO maken duidelijk dat de informatielijn de functie vervult die werd beoogd. De mogelijkheid tot (anoniem) overleg, de onafhankelijkheid van de arts en het zoeken en toesturen van literatuur en checklist zag men als effectief.

Gebieden is dat een deel van de second opinions in de tweede lijn wordt 'weggevangen' door de Patiënten Informatie Lijn.

Beroepsgroepen

De aanvankelijke weerstand van het bestuur van de Amsterdamse Huisartsen

Vereniging heeft na een uitgebreide introductie in de telefonische beslissingsondersteuning plaatsgemaakt voor een positieve reactie. De leden van deze vereniging zullen binnenkort worden uitgenodigd om zich over dit onderwerp nader te laten informeren.

De Vereniging van Gynaecologen in de Regio Amsterdam reageerde aanvankelijk eveneens terughoudend. Ook hier leidde een nadere introductie in de beslissingsondersteuning tot positieve steun.

Discussie

ZAO Zorgverzekeringen Amsterdam heeft gemeend, naar aanleiding van de Leidschendam-conferenties én op grond van de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst, een innoverende bijdrage te moeten leveren aan het versterken van de positie van de patiënt in de medische besluitvorming. Zij heeft dit gedaan door haar verzekerden een telefonische beslissingsondersteuning aan te bieden.

Onderzoeksverslagen over telefonische

beslissingsondersteuning op deze wijze zijn beperkt. In de tandheelkunde zijn gunstige ervaringen opgedaan met het Tandheelkundig Informatie Punt (TIP) dat gericht is op het geven van hulp bij tandheelkundige menings- en besluitvorming.⁷

Het geven van informatie en uitleg is een belangrijk medisch instrument. In toenemende mate voorzien patiënten zich echter zelf van informatie met behulp van Internet. De Patiënten Informatie Lijn krijgt dan ook steeds vaker het verzoek te helpen bij de interpretatie van deze zelf gevonden informatie. De huisarts is in zijn positie van poortwachter bij uitstek geschikt om deze hulp te bieden. Hij moet zich echter beperken tot vierhonderd frequent voorkomende huisartsgeneeskundige diagnoses en heeft niet vanzelfsprekend de tijd, de middelen en/of de behoefte zich te verdiepen in minder frequent gestelde vragen.⁸ Desondanks wordt de huisarts dagelijks geconfronteerd met vragen die voor het zoeken van literatuur in aanmerking komen. Gevonden literatuur blijkt relevant (56 procent) voor de patiënt of geeft zelfs een duidelijk antwoord (46 procent).⁹ De Patiënten Informatie Lijn biedt de patiënt én de arts ondersteuning hierbij. •

mw. H.C.H. Coumou,
arts

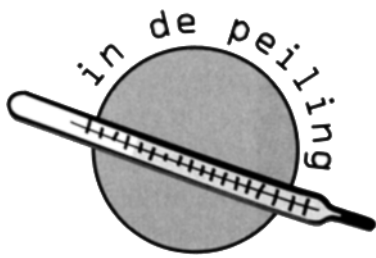
J. Crasborn,
hoofd Medische Advies Dienst

P. van Dijk,
adviserend geneeskundige

ZAO Zorgverzekeringen Amsterdam

Literatuur

1. Dijk P van, Sier F. Van Leidschendam naar Amsterdam. Het farmaciebeleid. Medisch Contact 1997; 52 (12): 379-81.
2. Poll A, Kappers Y. Van Leidschendam naar Amsterdam. Het dienstenmodel. Medisch Contact 1997; 52 (12): 381-3.
3. Coumou H. Kundig redeneren en beslissen door patiënten. Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers, 1998. ISBN 90 265 1527 8.
4. Sainsbury R, Haward B, Rider L, Johnston C, Round C. Influence of clinician workload and patterns of treatment on survival from breast cancer. Lancet 1995; 345: 1265-70.
5. Jacobs MJHM. Evidence Based Medicine: ook vasculair? Inaugurale rede. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
6. Lasch C. The Lost Art of Argument. In: The revolt of the Elites and the Betrayal of Democracy. Norton 1995.
7. Wisse JWL. Second opinion in de tandartspraktijk. De praktijk van het TIP. Ned Tijdschr Tandheelk 1996; 103: 504-5.
8. Hofmans-Okkes IM, Meyboom-de Jong B, Lamberts H, Weel C van. Chronisch zieken met zeldzame ziekten in de huisartspraktijk. NCCZ-reeks Zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken 1994.
9. Gorman PN, Ash J, Wykoff L. Can primary care physicians' questions be answered using the medical journal literature? Yearbook of Medical Informatics 1995: 175-81.



Reguliere alternatieven?

C.N.M. Renckens, voorzitter van de Vereniging tegen Kwakzalverij: 'Onze vereniging scheert alle alternatieve geneeswijzen over één kam: ze zijn op zijn best nutteloos en op zijn slechtst riskant. Artsen moeten zich op wetenschappelijke wijze verantwoorden tegenover vakgenoten en dat gebeurt niet binnen die alternatieve clubs. Er wordt wel geroepen dat het nodig is het kaf van het koren te scheiden, maar er is helemaal geen koren onder het kaf. Als je ziet hoeveel moeite het Openbaar Ministerie en de inspectie hebben om excessen aan te pakken... Ze zijn volledig ontwapend door de Wet BIG. Dan was de oude wet beter. Het ministerie van VWS heeft trouwens boter op zijn hoofd. Er gaan tonnen subsidie in zogenaamde kwaliteitsverbetering van alternatieve geneeswijzen. Geldverspilling.'

W. Chr. Schreuder van Schreuder Natuurgeneeswijzen, behandelcentrum voor natuurgeneeswijzen, fytotherapie, heilmagnetisme, klassieke homeopathie en Mora-therapie: 'Het onderscheid tussen alternatieve en reguliere geneeskunst hoeft niet te verdwijnen. Wel zou er betere regelgeving moeten komen. Onze beroepsvereniging, de NWP, pleit daar als sinds haar oprichting voor. Als er incidenten zijn, wordt de hele beroepsgroep over een kam geschoren en verdacht gemaakt. Wij kijken in zulke gevallen ook vergeefs naar de inspectie. Ik denk trouwens niet dat er snel iets zal veranderen. De Wet BIG is net een jaar in werking, die zullen ze niet nu al gaan herzien.'

Uit de mission-statement van de NWP, de Nederlandse Werkgroep van Praktijks in de natuurlijke geneeskunst: 'Sinds 1948 waakt de landelijke beroepsvereniging NWP over de kwaliteit van beroepsuitoefening en praktijkvoering van haar ruim 300 leden. De leden voldoen aan opleidingseisen op HBO-niveau, houden zich aan een beroepscode, een beroepsprofiel, richtlijnen praktijkvoering. Bovendien dienen de leden hun kennis en vaardigheden op peil te houden door verplichte nascholingen. Om kwakzalverij, beunhazerij en andere kwalijke praktijken te bestrijden heeft de vereniging onder meer een tuchtreglement en een tuchtcollege

De directeur van het Amsterdamse Kushi Instituut, een centrum voor macrobiotiek, wordt ervan beschuldigd verantwoordelijk te zijn voor de dood van enkele ernstig zieke patiënten. Naar aanleiding hiervan wil hoofdinspecteur voor de Gezondheidszorg J. Verhoeff meer bevoegdheden om misstanden in de alternatieve geneeskunde aan te pakken. Moet het formele onderscheid tussen alternatieve en reguliere geneeskunde verdwijnen?



ingesteld. Het zal duidelijk zijn dat niet iedereen zonder meer als lid van de NWP wordt toegelaten. Het NWP-lidmaatschap is een kwaliteitsaanduiding, waaraan hoge eisen worden gesteld.'

P. van Noordwijk, voorzitter van de medische werkgroep van de Stichting Skepsis: 'Een belangrijk onderscheid tussen alternatieve en reguliere geneeskunde is dat binnen de laatste nieuwe behandelingen en geneesmiddelen worden getoetst. In de alternatieve geneeskunde gebeurt dat niet. De inspecteur moet middelen krijgen om ook fouten in de alternatieve geneeskunde die door niet-artsen worden gemaakt, aan te pakken. Dat werkt preventief. Daarnaast moeten de Nederlandse burgers beter worden voorgelicht en worden onderwezen. Op lange termijn heeft dat het meeste effect.'

E. Wannee-Immerzeel van de Landelijk

Overleg van Patiëntenorganisaties voor Alternatieve Geneeswijzen (LOPAG): Tsja, wat is regulier en wat is alternatief? Er zijn nogal wat grensgevallen. Neem nou zaken als chelatietherapie, enzymtherapie, antroposofie en homeopathie. Daarvan is het voor velen niet duidelijk waar zij bij horen. Hoe dan ook, uitwassen heb je overal. Het is vooral belangrijk dat patiënten en cliënten weten waar zij aan toe zijn wanneer zij met een alternatieve genezer in zee gaan. De LOPAG heeft daarom een aantal criteria voor de beroepsuitoefening opgesteld. Daarin staat bijvoorbeeld dat genezers een erkende opleiding moeten hebben gevolgd. Inmiddels zijn er enkele beroepsverenigingen die deze criteria hebben overgenomen. Maar er zijn er ook die dat nog niet hebben gedaan. Daarom blijft controle belangrijk en dat is volgens mij een taak van de overheid.'

Joke Rooyen van Zilveren Kruis verzekeringen: 'Wij maken wel onderscheid tussen alternatieve en reguliere geneeskunst. Handelingen van alternatieve genezers worden alleen vergoed wanneer die genezers ook geregistreerd staan als arts. Een uitzondering is gemaakt voor acupuncturisten en homeopaten. Van hen vinden we het voldoende wanneer zij zijn aangesloten bij hun beroepsvereniging.'

L. Rutten, oud-huisarts, homeopaat en voorlichter van de Nederlandse Vereniging voor Homeopathie: 'Ja, dat onderscheid moet vervallen. En het is goed dat de inspectie mogelijkheden krijgt om misstanden aan te pakken. Serieuze alternatieve genezers moeten wel arts zijn. Er lopen in Nederland circa 20.000 genezers rond die dat niet zijn. Op hun beurt leiden zij mensen op die ook geen arts zijn. Er is nu weer een stroming in de homeopathie bij die verdacht dicht tegen de iatrosomie aanschuurt. Ze zetten zich af tegen de reguliere geneeskunde en koketteren met een vijfjarige opleiding. Ja, van twintig dagen per jaar. Pure misleiding noem ik dat. Ik verwacht toch het meeste resultaat van kwalitatief goede opleidingen. •

*Robert Crommentuyn
Roel Otten*

Nieuwe meldingsprocedure euthanasie, regionale toetsingscommissies en gemeentelijk lijkschouwer

B.P. Ponsioen, C.J. in 't Veld, G.J. van den Heuvel
en H. Kamma

Actieve euthanasie wordt alleen achteraf getoetst door niet-medici. De instelling van de regionale toetsingscommissies zal daar verandering in brengen. Wat is in beide situaties de rol van de gemeentelijk lijkschouwer? In hoeverre kan hij helpen bij de besluitvorming inzake actieve euthanasie door de huisarts?

BIJ ACTIEVE levensbeëindiging in de thuissituatie is overleg met de patiënt en consultatie van één of meerdere collega's essentieel.^{1,2} Consultatie van de behandelend specialist behoort ook tot de mogelijkheden.³ Sluitsteen van de door de arts te volgen procedure is de melding van het 'onnatuurlijk' overlijden aan de gemeentelijk lijkschouwer.⁴ De gemeentelijk lijkschouwer meldt een geval van actieve levensbeëindiging telefonisch aan de officier van justitie. Vrijwel steeds wordt het lichaam 'vrijgegeven'. Vóór de begrafenis of crematie ontvangt de officier van justitie het schriftelijk verslag van de gemeentelijk lijkschouwer. Hierin zijn onder meer de verklaring van de handelend arts en de consulent opgenomen. Alle aldus aangegeven gevallen van actieve levensbeëindiging worden via de officier van justitie aan de vergadering van procureurs generaal voorgelegd.

Van alle gevallen van actieve levensbeëindiging wordt echter slechts 40 procent aangegeven, naar men aanneemt als gevolg van de weerstand bij artsen tegen justitiële bemoeienis.⁵ De bereidheid om levensbeëindigend handelen aan te geven, zou kunnen toenemen door melding aan en toetsing door een regionale commissie, grotendeels gevormd door artsen.⁶

Bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) is een vragenformulier vastgesteld dat de arts vanaf 1 november 1998 zal moeten invullen bij euthanasie en hulp bij zelfdoding.⁷ Het formulier heeft betrekking op euthanasie bij volwassenen met een lichamelijke ziekte met infauste prognose en een consistent verzoek om levensbeëindiging. Wilsonbekwamen, minderjarigen, verminderd wilsbekwamen zoals mensen met een depressie of beginnende dementie en patiënten wier lij-

den primair psychisch is, zullen vallen onder de categorie 'levensbeëindigend handelen zonder verzoek'. Voor melding van deze categorie is een aparte AMvB in ontwikkeling.

In dit artikel zullen we aan de hand van een uitzonderlijke casus uit de huisartspraktijk ingaan op de volgende vragen:

1. Wat is de taak van de gemeentelijk lijkschouwer bij actieve levensbeëindiging vóór en ná de instelling van de regionale toetsingscommissies?
2. Onder welke voorwaarden kan een gemeentelijk lijkschouwer tevens lid zijn van de waarnemgroep waarvan ook de arts die de euthanasie uitvoert deel uitmaakt?

Casus

De heer A was 69 jaar toen hij overleed aan een gemetastaseerd prostaatacarcinoom. Hij was voordien geopereerd, bestraald, en behandeld met hormonale en chemotherapie. Tijdens de laatste maanden van zijn ziekte had hij de mogelijkheid van levensbeëindiging besproken met zijn huisarts. Het verzoek tot euthanasie werd urgent tijdens een korte afwezigheid van de huisarts. De dienstdoend huisarts, aan wie de heer A het verzoek richtte, was op grond van het ondraaglijk en uitzichtloos lijden bereid tot actieve levensbeëindiging. De dienstdoend arts had daarbij steun aan de voor hem beschikbare gegevens in het elektronisch medisch dossier. Hij consulteerde een van zijn collega's uit de waarnemgroep, die, op grond van een contact met de patiënt dat drie weken eerder plaatsvond, de uitvoering van de euthanasie ondersteunde. De gemeentelijk lijkschouwer, een derde collega uit de waarnemgroep en niet bij de behandeling betrok-

ken, rapporteerde aan de officier van justitie.

Deze casus was om twee redenen uitzonderlijk:

1. De heer A kwam slechts enkele dagen voor zijn overlijden in een sterk verslechterde toestand thuis uit het ziekenhuis. De waarnemend huisarts werd, bij afwezigheid van de eigen huisarts, plotseling voor de vraag om euthanasie gesteld.
2. De consulterend huisarts was op grond van zijn eerdere contact met de heer A van oordeel dat diens vraag om actieve levensbeëindiging reëel was. Tot dan toe was in de waarnemgroep een tweede mening over euthanasie steeds gebaseerd op een bezoek van de consulent aan de patiënt na het euthanasieverzoek.

Vragen justitie

Vier weken later stelde de officier van justitie telefonisch een tweetal vragen aan de gemeentelijk lijkschouwer ter verduidelijking van het handelen van waarnemend huisarts en consulent:

- Waarom was de actieve levensbeëindiging door de waarnemer verricht en niet door de huisarts zelf?
- Waarom was de patiënt niet bezocht door de consulent op de dag van de euthanasie?

In de bespreking van de vragen van de officier van justitie in de waarnemgroep kwamen de volgende aspecten naar voren:

De waarnemend huisarts beschikte over het dossier van de huisarts. De huisarts was elders en niet bereikbaar voor overleg. Actieve levensbeëindiging werd door de waarnemend huisarts uitgevoerd omdat uitstel zijns inziens ongewenst zou zijn. Na telefonische consultatie van de tweede arts bracht de waarnemend huisarts tijdens zijn derde bezoek aan de patiënt de euthanasie ten uitvoer.

De consulent had de heer A op de dag van overlijden niet gezien. Wel had hij de patiënt enkele weken tevoren thuis bezocht in het kader van de waarneming. Toen had hij de 'hopeloze' strijd van de patiënt tegen zijn ziekte waargenomen ■

en dat besproken met de patiënt. Euthanasie werd toen niet besproken.

De consulent bracht zijn mening als volgt onder woorden: 'De wens van de patiënt is gerechtvaardigd, er zijn geen andere mogelijkheden, euthanasie is verantwoord.' Desgevraagd deelde de waarnemend huisarts de consulent mee op dat moment geen verdere hulp van hem nodig te hebben.

De eigen huisarts van de heer A merkte op dat de waarnemend huisarts twee essentiële punten uit het dossier had gelicht (het eerste verzoek van de patiënt twee maanden voor zijn dood en de ondertekende verklaring van drie weken ervoor). In de tussentijd had de huisarts wekelijks met de heer A gesproken over het invullen van zijn euthanasieverklaring; ook de te volgen methode was uitvoerig besproken. Bij het overhandigen van de euthanasieverklaring had de heer A gezegd te hopen 'het zo lang mogelijk niet nodig te hebben'. In de periode daarna werden huisarts en patiënt volledig in beslag genomen door allerlei urologische en andere problemen, waarvoor ten slotte opname nodig was.

In de maanden voor zijn overlijden was de casus van de heer A vanaf de 'oriëntatiefase' enkele malen gemeld in het wekelijks overleg van de waarneemgroep. De afsluiting van de 'organisatiefase' van het verzoek van de heer A door het overhandigen van zijn ondertekende verklaring, drie weken voor zijn dood, was niet bekendgemaakt aan de waarneemgroep.

Beschouwing

Kritiek is mogelijk op het feit dat de betreffende waarneemgroep de taak van consulent en gemeentelijk lijkschouwer zelf heeft ingevuld. Maar wanneer het gaat om patiënten met ongeneeslijke lichamelijke ziekten lijken de door de artsen zelf ontwikkelde criteria om tot een afgewogen besluit te komen 'redelijk duidelijk'.⁸ De waarnemend huisarts kon door bestudering van het dossier en herhaald bezoek aan de heer A vaststellen dat diens verzoek om levensbeëindiging gegrond was. De consulent meende mede op grond van zijn voorkennis van de patiënt te kunnen volstaan met een telefonisch overleg met de waarnemend arts. De nieuwe meldingsprocedure voorziet in deze mogelijkheid.⁷ Bovendien kunnen patiënten en hun familie het huisbezoek van een consulent ervaren als een inbreuk op de subtiele situatie rond het sterfbed.⁹

De gemeentelijk lijkschouwer trad op als intermediair tussen handelend arts en officier van justitie. Bij de melding van de euthanasie aan de officier van justitie had de gemeentelijk lijkschouwer niet kenbaar gemaakt lid te zijn van dezelfde waar-

Schema. Rol gemeentelijk lijkschouwer bij actieve levensbeëindiging.

	oud	nieuw
'verlengde arm OM	+	-
intermediair tussen arts en OM	+	-
intermediair tussen arts en commissie	-	+
toetsing vooraf	-	+
toetsing achteraf	+/-	+

neemgroep. In het telefoongesprek met de officier van justitie vier weken later, ter verduidelijking van de twee vragen, is dit wel aan de orde geweest. De vragen van het openbaar ministerie werden besproken in de waarneemgroep. De gemeentelijk lijkschouwer speelt bij de verdere beoordeling en eventuele vervolging van de handelend arts door het OM geen rol. Het is eerder aan de consulent dan aan de gemeentelijk lijkschouwer om na te gaan of de handelend arts aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan. Wel is de gemeentelijk lijkschouwer in staat te anticiperen op feedback te geven op eventuele onvolkomenheden bij de voorbereiding of verslaglegging van een euthanasiegeval. Als hij betrokken wordt bij het overleg voorafgaand aan de uitvoering van euthanasie, kan de gemeentelijk lijkschouwer een bijdrage leveren aan de toetsing vooraf (kwaliteitsborging). Het is bekend dat lijkschouwers die tevens huisarts zijn vaker reeds vóór de uitvoering van euthanasie contact hebben met de handelend arts dan lijkschouwers die zelf geen huisarts zijn.⁵

Het oordeel van de gemeentelijk lijkschouwer zou in meer dan de helft van de aangegeven gevallen van invloed zijn op de oordeelsvorming door de officier van justitie.⁵ In de vergadering van procureurs-generaal wordt slechts 2 procent van de gevallen besproken. Van 1991 tot en met 1995 kwam het in gemiddeld minder dan drie van de 1.500 gemelde gevallen per jaar tot een dagvaarding.

Opvallend is dat in de nieuwe meldingsprocedure en in het nieuwe wetsvoorstel niet wordt gerept over de mogelijke betekenis van de gemeentelijk lijkschouwer als intermediair tussen de handelend arts en de regionale toetsingscommissie.

Het schema laat zien dat de rol van de gemeentelijk lijkschouwer kan verschuiven van 'verlengde arm' van het openbaar ministerie naar adviseur en medebeoordelaar als 'verlengde arm' van de toetsingscommissie. Afhankelijk van de lokale situatie kan men ervoor kiezen dat een lid van de waarneemgroep of hagro als gemeentelijk lijkschouwer fungeert.

Aan een dergelijk functioneren zouden de volgende voorwaarden moeten worden gesteld:

- uitsluitend bij 'levensbeëindiging op verzoek';
- geen betrokkenheid als behandelaar van de patiënt;
- protocollaire afspraak binnen waarneemgroep of hagro;
- een open houding van de leden van de waarneemgroep ten aanzien van toetsing van afspraken.

Besluit

Mogelijk leidt het instellen van regionale toetsingscommissies de aandacht af van de kwaliteit van de toetsing vooraf bij actieve levensbeëindiging. De taak van de gemeentelijk lijkschouwer blijft onderbelicht en onduidelijk als gevolg van het ontbreken van een deel van de bestuursmaatregelen.

Bij actieve levensbeëindiging in de thuis-situatie is de inbreng van de gemeentelijk lijkschouwer voor de huisarts een welkome en meestal voldoende aanvulling op zijn overleg met de patiënt en de consulent. De regionale commissies kunnen zich wellicht beter toeleggen op de zeldzame gevallen van actieve levensbeëindiging bij 'wilsonbekwamen'. •

B.P. Ponsioen,
huisarts

C.J. in 't Veld,
huisarts

G.J. van den Heuvel,
huisarts

H. Kamma,
huisarts

Referenties

1. Ponsioen BP. Overleg tussen huisarts en patiënt over actieve levensbeëindiging in de thuissituatie. Ned Tijdschr Geneesk 1997; 141: 921-4.
2. Ponsioen BP, Veld CJ in 't, Heuvel GJ van den, Binsbergen JJ van. De rol van de consulent bij actieve levensbeëindiging in de thuissituatie. Ned Tijdschr Geneesk 1997; 141: 947-50.
3. Eliel M. Consultatie bij euthanasie. Medisch Contact 1997; 52 (49): 1537.
4. Informatie voor artsen met betrekking tot de wet op de lijkbezorging. Rijswijk: Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, 1991.
5. Wal G van der, Maas PJ van der. Euthanasie en andere beslissingen rond het levenseinde: de praktijk en de meldingsprocedure. Den Haag: Sdu Uitgevers, 1996.
6. Bosma JM, Wal G van der. Kwaliteitsborging en toetsing achteraf van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Vrije Universiteit van Amsterdam, 1997.
7. Legemaate J. De nieuwe meldingsprocedure euthanasie. Medisch Contact 1998; 53 (21): 715-9.
8. Gersons BPR. Hulp bij zelfdoding op alleen psychische gronden niet toe aan wettelijke regeling. Medisch Contact 1998; 53 (23): 786-8.
9. Leenen HJJ. Euthanasie: een zaak van twee betrokkenen. Relevant 1998; blz. 12.

Diep-veneuze trombose is doorgaans thuis te behandelen

C.H.M. Reker, W. Nieuwland en L. Wijnja

Vaak kunnen patiënten met diep-veneuze trombose (DVT) thuis worden behandeld. Na het onderzoek en de diagnosestelling in het ziekenhuis kunnen de meeste patiënten naar huis. De huisarts is verantwoordelijk voor de behandeling; hij wordt ondersteund door de thuiszorg, de trombosedienst en internisten van het ziekenhuis. Belangrijke voorwaarden voor de implementatie van de thuisbehandeling zijn: een heldere taakverdeling tussen de betrokken disciplines, een goede regionale infrastructuur en de bereidheid om 'over de muren heen' samen te werken.

DIEP-VEUZE TROMBOSE (DVT) kan primair thuis worden behandeld. Dit bleek uit een internationale studie, die heeft aangetoond dat de behandeling van diep-veneuze trombose door subcutane toediening van gefractioneerde heparine (laag-moculaire gewicht heparine, ofwel LMWH) een verantwoord alternatief is voor de behandeling met intraveneuze ongefractioneerde heparine.¹ Alle redenen dus, vonden hulpverleners in Groningen en Drenthe (internisten van het Martini Ziekenhuis Groningen, twee thuiszorgorganisaties, twee districtshuisartsenverenigingen en de trombosedienst van het Huisartsenlaboratorium) om de thuisbehandeling van de grond te tillen.

Een aantal gunstige omstandigheden was in hun voordeel:

1. het Martini Ziekenhuis had ervaring met de behandeling met gefractioneerde heparine;
2. de eerste lijn beschikt over een toegankelijk laboratorium (onder andere voor controle en regulatie van antistolling);
3. de contacten met huisartsen en de thuiszorg zijn - mede als gevolg van eerdere transmurale initiatieven - goed;
4. er zijn geen wachtlijsten bij de thuiszorg;
5. het ziekenhuis heeft een 24-uurs opvang.

Transmuraal kader

Besloten werd de thuisbehandeling in een transmuraal kader te laten plaatsvinden: alle relevante disciplines in de gehele zorgketen werden erbij betrokken. De belangrijkste overweging voor deze keuze

was de geringe incidentie in de huisartsenpraktijk, namelijk maximaal vijf patiënten per huisarts per jaar. Bij zo weinig patiënten kunnen de huisartsen niet genoeg ervaring en deskundigheid opbouwen, terwijl een goede diagnostiek, een goede behandeling en een oplettende benadering van mogelijke etiologie essentieel zijn voor een verantwoorde thuisbehandeling van DVT.² Het lag voor de hand om de bij de diverse disciplines aanwezige deskundigheid optimaal te benutten en te combineren. Bovendien had de eerste lijn belang bij een goede samenwerking met de internist en het ziekenhuis, vooral 's avonds en in het weekend.

De thuisbehandeling is als volgt geregeld: de huisarts stuurt de patiënt met het vermoeden van DVT in naar de 24-uurs opvang van het ziekenhuis. Daar stelt of bevestigt de internist de diagnose en beoordeelt hij samen met de huisarts of de patiënt voor thuisbehandeling in aanmerking komt. Vervolgens initieert de internist de behandeling en wordt de thuiszorg op de hoogte gesteld. Daarna neemt de huisarts de verantwoordelijkheid voor de behandeling over. De huisarts regelt de controle door de trombosedienst, bezoekt de patiënt thuis en geeft adviezen over de

mobilisatie. De thuiszorg komt tweemaal daags langs voor de subcutane injectie (of leert de patiënt zichzelf te injecteren) en controleert het beloop. De trombosedienst controleert de INR bij de patiënt thuis. Na drie weken en na drie maanden komt de patiënt voor controle bij de huisarts en na twee maanden bij de internist.

Zorgprotocol

De hier beschreven werkwijze is afgesproken in een projectgroep waarin de genoemde disciplines uit in de eerste en tweede lijn participeren. Onder leiding van een internist werden de afspraken in betrekkelijk korte tijd (vier maanden) vastgelegd in een 'Zorgprotocol project thuisbehandeling diep-veneuze trombose'.³ Het protocol werd op een klinische avond bij de huisartsen geïntroduceerd en verspreid over de wijkteams van de thuiszorg.

Gunstige ervaringen

Het implementatieproject startte op 1 april 1997 en duurde een jaar. In de eerste elf maanden werden 166 patiënten ingestuurd voor expertise. Bij 62 patiënten was er geen sprake van DVT, maar van een andere oorzaak zoals (geruptureerde) Baker-cyste en spierletsel. Bij 104 patiënten werd DVT vastgesteld; van hen wer-

Alle relevante disciplines in de gehele zorgketen bij thuisbehandeling betrokken

den er 62 (60%) thuis en 42 (40%) in het ziekenhuis behandeld. De ervaringen in de periode van 1 april 1997 tot 1 november 1997 zijn nader bestudeerd door middel van een - beperkte - tussentijdse evaluatie. Dit gebeurde door middel van een analyse van medische dossiers, controlelijsten van de huisartsen en de thuiszorg en door een enquête onder de betrokkenen over hun bevindingen. Uit deze evaluatie blijkt dat klinisch behandelde patiënten (40% van de totale DVT-populatie) gemiddeld ouder waren en meer comorbiditeit hadden.⁴ Vooral bij de thuis be-

Richtlijnen diagnostiek en behandeling Diep Venieuze Trombose (DVT) voor huisarts en specialist

Opsporing door huisarts of specialist op grond van anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek.

Specificiteit klinisch beeld is slechts 30-50%.

Diagnose wordt bevestigd door echografie (evt. herhaling na 2 en 7 dagen); bij twijfel flebografie.

Andere oorzaken van een opgezet pijnlijk been: oppervlakkige flebitis, erysipelas, lymfangitis, lymfoedeem, spierletsel (ruptuur, bloeding, ontsteking), Baker-cyste (geruptureerd), chronische veneuze insufficiëntie, gewrichtsaandoeningen, decompensatio cordis, perifeer arterieel, vaatlijden.

Oorzaken trombosebeen: trauma, postoperatieve status, veneuze stase, decompensatio cordis, langdurige bedrust, compressie (lymfklieren, maligniteiten, zwangerschap), verhoogde trombose-ning door stollingsveranderingen (trombofilie) (congenitaal of verworven, zoals: antifosfolipidensyndroom).

Taak Huisarts: opsporing, initiëren diagnostiek (DVT, stellen indicatie thuisbehandeling en coördinatie thuisbehandeling, toezien op onderzoek naar onderliggend lijden, voorkomen post-trombotisch syndroom.

Taak specialist: opsporing, uitvoeren diagnostiek DVT, stellen indicatie klinische behandeling/thuisbehandeling, uitvoeren onderzoek naar onderliggend lijden, voorkomen post-trombotisch syndroom.

Exclusie-criteria voor thuisbehandeling:

- ernstige co-morbiditeit
- verdenking op longembolie
- manifest post-trombotisch syndroom
- onvoldoende mantelzorg
- hemorrhagische diathese
- recente bloeding (< half jaar)
- ernstige leverinsufficiëntie
- ernstige hypertensie
- zwangerschap

Verdere handelingen:

- aanvullend onderzoek: bloedbeeld; nier en leverfunctie.
- trombofilieprogramma. Indicatie: onverklaarde (idiopatische) trombose. Criteria: < 40 jaar; recidiverende trombose; positieve familie-anamnese.
- aanmelden bij thuiszorg.
- schrijven uitvoeringsverzoek toediening nadroparine-injecties.
- schrijven recepten (nadroparine/acenocoumarol).
- aanmelden bij trombosedienst (telefonisch en schriftelijk).

Behandeling: dosering op geleide van het lichaamsgewicht (voorgevulde injectiespuitjes nadroparine).

	oude sterkte	nieuwe sterkte
< 50 kg; 2dd 0.4 ml	10.000 AXa IC-E	3.800 IE anti Xa
50-70 kg; 2dd 0.6 ml	15.000 AXa IC-E	5.700 IE anti Xa
> 70 kg; 2dd 0.8 ml	20.000 AXa IC-E	7.600 IE anti Xa

Gedurende minimaal 5 dagen en tot INR 2-3 (stollingstijd 75-115 sec.) op 2 opeenvolgende dagen. Tegelijk starten met acenocoumarol 6mg, op dag 2 acenocoumarol 4mg, verder volgens dosering Trombosedienst. De internist van de Trombosedienst adviseert de huisarts omtrent het stopzetten van de nadroparine en de acenocoumarol.

Mobilisatie:

- 24 uur bedrust met toiletpermissie.
- Aanmeten mobilisatiekous (bijv. Comprinet-S of TED), daarna mobilisatie op geleide van klachten: op naar kunnen.
- Binnen enkele dagen verwijzing naar dermatoloog ter beoordeling en uitvoering van de compressietherapie en aanmeten blijvende steunkous.

Controles:

- Na 3 weken en 3 maanden op spreekuur huisarts.
- Na 8 weken poliklinische controle spreekuur internist.

Overleg met internist bij problemen mbt thuisbehandeling (zoals longembolie, bloedingen, uitbreiden van de trombose, etc).



Aandachtspunten voor thuisbehandeling.

Aandachtspunten voor thuisbehandeling

Zorgfase opsporing (arbitrair)	Faciliteiten klinisch beeld	Tijd/Contact spreekuur/thuis	Discipline huisarts/specialist > 50% specifiek	Cave klinisch beeld
diagnostiek	anamnese lichamelijk onderzoek beenechografie	thuis of ziekenhuis ziekenhuis/HAL	huisarts internist huisarts / internist	<ul style="list-style-type: none"> • kennis, bijscholing • communicatie • goede afspraken
therapie	LMWH acenocoumarol begeleiding mobilisatie	thuis thuis thuis thuis	huisarts huisarts/HAL huisarts/thuiszorg huisarts/thuiszorg	<ul style="list-style-type: none"> • tenminste 5 dagen • INR = 2-3 (stollingstijd 75-115 sec) ged. 2 dagen informatie/controles (1e week 3 bezoeken) op geleide van klachten
controles	aanmeten steunkous oriënterend lab.ond. trombofilieprogr. lichamelijk onderzoek anticoagulatie	ziekenhuis ziekenhuis/HAL ziekenhuis spreekuur HAL	dermatoloog huisarts/internist huisarts/internist huisarts huisarts	preventie post-trombotisch syndroom in principe 3 mnd, huisarts bepaalt staken acenocoumarol in overleg met trombosedienst
	aanvullende maatregelen (8 weken) controle beenechogram (3 maanden)	ziekenhuis ziekenhuis/HAL	internist huisarts/internist	ter evt. toekomstige vergelijking
Opmerkingen	<ul style="list-style-type: none"> • bij familiere trombose 16% door ATIII-prot. C en prot. S deficiëntie; 20 tot 50% APC resistentie (factor-V-Leiden) • bij 10% openbaart zich later alsnog maligne proces (bij de helft daarvan binnen 1/2 jaar) • in geval van bekende (of vermoede) proteïne C-deficiëntie kan een lagere start-dosis Coumarine worden overwogen, ter voorkoming van (zeldzame) huidnecrose. • in weekend controle door trombosedienst niet mogelijk; derhalve bij starten acenocoumarol op donderdag en vrijdag: 1e controle INR resp. na 1 dag en na 3 dagen. 			

handelde groep was het trombofilie-onderzoek bij relatief veel patiënten afwijkend. Er zijn ten tijde van de thuisbehandeling geen mensen overleden aan trombo-embolische complicaties. Ernstige bloeding complicaties deden zich niet voor. De thuisbehandeling werd door bijna alle patiënten positief gewaardeerd. Eenmaal werd afgezien van de thuisbehandeling in verband met het feit dat een waarnemend huisarts onbekend was met het protocol en eenmaal wegens weigering van de patiënt. De thuiszorg kreeg niet altijd alle benodigde informatie voor het bepalen van de zorginzet. Voorts gaf de toelevering van LMWH-injectiespuitjes (gekozen werd voor nadroparine, die tweemaal daags werden toegediend) in het eerste etmaal een aantal keren problemen, onder andere op zon- en feest-

Thuisbehandeling door bijna alle patiënten positief gewaardeerd

dagen. Een laatste aandachtspunt was de voorlichting aan de patiënt over het ziektebeeld en over de mobilisatie.

Naar aanleiding van de tussentijdse evaluatie is de werkwijze op een aantal punten aangepast:

- De aanmelding bij de thuiszorg gebeurde niet meer door de internist, maar door de verpleegkundige op de 24-uurs opvang.
- Indien nodig kregen patiënten voor het eerste etmaal injectiespuitjes mee.
- De informatiebrief voor de patiënt werd uitgebreid met adviezen over mobilisatie. Verder werd de aanbeveling opgenomen de patiënt binnen enkele dagen naar de dermatoloog te verwijzen voor lokale compressietherapie ter preventie van een posttrombotisch syndroom.

Resultaten en voortzetting

Op 1 april 1998 is het project beëindigd. We kijken terug op een succesvolle implementatie van de thuisbehandeling van DVT. De thuisbehandeling blijft derhalve een verantwoorde optie. Een optie overigens die kan resulteren in een afname van de kosten van de gezondheidszorg.⁵ Onmiskenbaar echter is de extra werkbelasting voor de werkers in de eerste lijn. Deze extra werkbelasting is op dit moment nog niet gehonoreerd. Wellicht biedt de zogenaamde 'flexizorgregeling' een mogelijkheid.⁶

Het project heeft geresulteerd in de volgende - met het Academisch Ziekenhuis

Groningen ontwikkelde - instrumenten voor de thuisbehandeling van DVT in de dagelijkse praktijk:⁷

- richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van DVT voor huisarts en specialist. Deze richtlijnen zijn afgedrukt op een kaartje op A5-formaat, zodat ze kunnen worden opgenomen in de NHG-klapper met standaarden (zie *richtlijnen en aandachtspunten* op de vorige bladzijde);
- checklisten voor de internist en de huisarts (met uitgebreidere informatie, onder andere over exclusiecriteria, diagnostiek, medicatie en benodigde handelingen);
- een patiënteninformatiebrief (met informatie over het ziektebeeld, mobilisatieadviezen, telefoonnummers en kosten van de thuiszorg);
- een checklist voor de thuiszorg (met een overzicht van benodigde handelingen);
- een handelingsprotocol voor de toediening subcutane nadroparine (waarin de injectietechniek en een doseringsschema zijn opgenomen);
- een aanmeldingsformulier voor de thuiszorg (waarin patiëntgegevens en de benodigde zorg kunnen worden aangegeven).

Evenals gedurende de projectperiode blijft de eindverantwoordelijkheid voor de thuisbehandeling bij de huisarts. Dit uiteraard met goede, directe lijnen naar de internisten en de dermatologen voor de diagnostiek en de behandeling van en de advisering over de thuisbehandeling. •

drs. C.H.M. Reker,
beleidsmedewerker zorgvernieuwing

drs. W. Nieuwland,
arts-assistent

dr. L. Wijnja,
internist

Martini Ziekenhuis Groningen

Noten/Literatuur

1. Koopman MMW et al. Treatment of venous thrombosis with intravenous unfractionated heparin administered in the hospital as compared with subcutaneous low-molecular-weight heparin administered at home. *N Engl J Med* 1996; 334: 682-7.

2. Büller HR et al. Diepe veneuze trombose: leiden de recentelijk verbeterde inzichten tot echte vooruitgang in de directe patiëntenzorg? *Ned Tijdsch Geneesk* 1996; 140 (11): 587-90.

3. Geraadpleegd zijn het protocol 'Thuisbehandeling diep-veneuze trombose' van het Diagnostisch Centrum Eindhoven en gegevens over het project 'Transmurale Thuisbehandeling van patiënten met Diep-veneuze Trombose' in de Noord-West Veluwe.

4. Nieuwland W et al. Is home-treatment of deep venous thrombosis feasible in today's primary care? Abstract voor de Internistendagen, 1998.

5. Belt AGM van den et al. Replacing inpatient care by outpatient care in the treatment of deep venous thrombosis. An economic evaluation. *Thromb Haemost* 1998; 79: 259-63.

6. Deze regeling biedt zorgverzekeraars de mogelijkheid om 3 procent van het ziekenfondsbudget te besteden aan vervangende hulp.

7. De ontwikkelde instrumenten zijn op te vragen bij het Martini Ziekenhuis te Groningen: mw. C.H.M. Reker.

V E L D W E R K



Wat willen wij?

FRANK DE GRAVE wil een debat over de rol van ons leger. Het rode gevaar is geweken. Minder F16's, maar meer Apache-helikopters en ander vredestuig. Defensie als 'een soort verzekeringspolis (sic!) voor veiligheid'. Als Volksgezondheid dat nou ook eens deed, zo'n maatschappelijk debat over veranderende verwachtingen van gezonde premiebetalers in de 21ste eeuw. Wie bij het ziekenhuis van de 21ste eeuw denkt aan sessies over science fiction met Christ Titulaer, vergist zich heerlijk. Het gaat om zorgvernieuwing; wetenschap en technische innovatie vallen daar niet onder. Volgens zorgpolitici betekent dat: zorg zo min mogelijk in het ziekenhuis en zoveel mogelijk thuis. Wel moeten er meer handen aan het bed, maar dat slaat niet op specialisten. Voor hen geldt juist: handen thuis! Bij zo'n debat moet je je afvragen of gezonde premiebetalers er wel enig idee van hebben hoe het toegaat in het ziekenhuis van de 21ste eeuw, aanvang 14 maanden na nu. Een multiculturele omgeving, waar jong, oud, man, vrouw, dement en hulpbehoevend om efficiëntie-redenen gemengd worden verpleegd. Heel leerzaam voor wie verder wil kijken dan z'n eigen leefmilieu. Maar wie privacy en service zoekt, komt bedrogen uit. Die zijn niet te koop, al hebben sommigen daar wel jarenlang voor betaald met extra premie. Oude patiënten hebben nog geleerd zo iets te accepteren, maar zal onze generatie dat ook nog doen? Wordt het niet de hoogste tijd ons af te vragen wat wij willen in die 21ste eeuw? Willen wij al die zorgketens wel waarin de patiënt als een volleybal wordt rondgespeeld? Willen wij niet liever zelf kiezen en waar nodig zelfs betalen? Geen zorgketens dus, maar service-netwerken. De hoogste tijd voor een maatschappelijk debat! •

J. Herre Kingma

DE SPECIALIST

De inpassing van buitenlandse artsen in het Nederlands medische curriculum

Het Utrechtse model

J.R.E. Haalboom en P.G.P. Herfs

In het afgelopen decennium heeft een toenemend aantal mensen vanuit allerlei brandhaarden in de wereld toevlucht gezocht in Nederland. Onder hen bevinden zich ook artsen, vaak met een lange praktijkervaring in het eigen land. Meestal willen zij in Nederland hun beroep uitoefenen, maar dat gaat niet zonder meer.

OM IN ONS land de geneeskunde te mogen uitoefenen, is een Nederlands artsdiploma vereist of een buitenlands artsdiploma dat daarmee wordt gelijkgesteld. Dit laatste geldt in feite alleen voor de artsdiploma's behaald in landen die deel uitmaken van de Europese Unie en/of de Europese Economische Ruimte. Complexer ligt het voor artsen afkomstig uit andere landen. Hun aantal is de laatste jaren gestegen - dit in verband met oorlogssituaties elders in de wereld. In dit artikel wordt ingegaan op de specifieke problematiek van buitenlandse artsen die in Nederland hun beroep willen uitoefenen en op de methode van inpassing in het Nederlandse geneeskunde-curriculum.

Hindernisbaan

Het Nederlandse artsexamen bestaat (nu nog) uit een dossierexamen. Het is feitelijk de verzameling van succesvol afgesloten co-assistentenschappen. Dit houdt in dat als men het Nederlandse artsexamen wil behalen er co-assistentenschappen moeten worden gelopen.

Het systeem lijkt duidelijk: na de doctoraalfase volgt de tweejarige co-assistentenfase, waarna het artsdiploma wordt uitgereikt. Bij de inpassing van een buitenlandse arts van wie het diploma door het ministerie van VWS niet is gelijkgesteld met het Nederlandse artsdiploma, komen er echter wel wat onduidelijkheden naar voren. Geneeskundeopleidingen in ons land zijn niet gestandaardiseerd en het is moeilijk uit te leggen waarom buitenlandse artsen in de ene plaats een bepaald pakket opgelegd krijgen en in een andere plaats een geheel ander.

Enkele faculteiten zijn ertoe overgegaan alle buitenlandse artsen ten minste het vierde jaar te laten overdoen, ongeacht

ervaring, opleiding of taalbeheersing. Dat betekent dus ten minste drie jaar studie na toelating tot een geneeskundeopleiding aan een Nederlandse universiteit. Voor buitenlandse artsen die als vluchteling hiernaartoe zijn gekomen, is de route naar een Nederlands artsdiploma een hard gelag. Na de vlucht uit het land van herkomst verblijven zij allereerst enkele jaren in een asielzoekerscentrum, daarna moeten zij de Nederlandse taal machtig zien te worden (een toelatingseis). Vervolgens wachten zij op plaatsing aan een faculteit en nadat die verkregen is, moet er nog drie jaar worden gestudeerd aan een Nederlandse geneeskundeopleiding. De indruk bestaat weleens dat er weinig rekening wordt gehouden met de reeds afgesloten geneeskundeopleiding en eventuele werkervaring. Het systeem heeft meer weg van een hindernisbaan dan van een snelweg en de schijn kan worden gewekt dat dat niet geheel zonder opzet is.

De erkenningsprocedure

In dit artikel staan de zogenoemde zij-instromers centraal. Zij-instromers kunnen conform art. 7.54a van de Wet Hoger onderwijs en Wetenschappelijk onderzoek, buiten de CBAP-loting om en vanwege dringende redenen, worden toegelaten tot een hoger jaar van de opleiding geneeskunde. Inpassing geschiedt op grond van een in het buitenland gevolgde medische opleiding.

We zullen de procedure beschrijven die een buitenlandse student of arts moet doorlopen voordat de studie kan worden gestart. Deze procedure moet door alle zij-instromers worden gevolgd, ongeacht de faculteit waar ze eventueel later kunnen verder studeren.

Het gaat hier meestal om asielzoekers, die

eerst in een asielzoekerscentrum (AZC) worden ondergebracht. Via onderzoek door Justitie wordt bepaald of ze in aanmerking komen voor een permanente verblijfsvergunning. Alleen als die wordt afgegeven - vaak pas na drie jaar! - onderzoekt het Bureau Buitenlandse Diplomahouders van VWS of hun diploma kan worden erkend. Hiertoe wordt standaard een advies ingewonnen bij de afdeling Diplomawaardering en Onderwijsvergelijking van de Nederlandse organisatie voor internationale samenwerking in het hoger onderwijs (Nuffic).

De Nuffic gaat bij de beoordeling van artsdiploma's die zijn behaald in niet-West-Europese landen ervan uit dat het aanvangsniveau van de geneeskundeopleiding onder het niveau zit van de West-Europese opleidingen. De zesjarige geneeskundeopleiding uit Irak wordt bijvoorbeeld niet gelijkwaardig geacht aan de Nederlandse opleiding.

Na inwinning van een Nuffic-advies adviseert de Commissie Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid de minister van VWS omtrent de (mate van) gelijkstelling van een buitenslands artsdiploma aan Nederlandse artsdiploma's. Er zijn drie mogelijkheden: het buitenslands artsdiploma wordt aan het Nederlandse artsdiploma gelijkgesteld (categorie I), nagenoeg gelijkgesteld (categorie II), niet gelijkgesteld (categorie III).

Artsen uit categorie I krijgen de bevoegdheid in Nederland te praktiseren.

Artsen uit categorie II moeten enige tijd (doch niet langer dan twee jaar) onder supervisie van een Nederlandse arts werken. Bij een 'voldoende' beoordeling volgt dan de bevoegdheid om in Nederland het artsenberoep uit te oefenen.

Artsen van wie het diploma niet wordt gelijkgesteld (categorie III) worden doorverwezen naar een universiteit met een medische faculteit. De acht medische faculteiten hebben speciaal met het oog op de stroomlijning van toelatingsverzoeken van deze artsen de Commissie Instroom Buitenlandse Artsen (CIBA) opgericht. CIBA werkt als een landelijk aanmeldings- en verdeelcentrum voor buitenlandse artsen die door de minister van VWS zijn

ingedeeld in categorie III en is administratief ondergebracht bij de Faculteit Geneeskunde van de Universiteit Utrecht. Zij verdeelt de aanvragen over de faculteiten, waarbij zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met de wensen van de betrokken artsen.

Iedere medische faculteit voert een eigen beleid ten aanzien van het aantal beschikbare opleidingsplaatsen. Na doorverwijzing naar een van de medische faculteiten beslist een facultaire toelatingscommissie op grond van urgentie en het aantal beschikbare plaatsen wie kan worden toegelaten. Op dit punt verschillen de faculteiten.

De gang van zaken in Utrecht is als volgt: De toegelaten buitenlandse artsen/studenten worden individueel beoordeeld door een ervaren staf lid. Vervolgens verneemt de arts/student of hij direct aan de co-schappen kan beginnen of dat er aanvullende eisen worden gesteld. Ten slotte wordt hij geplaatst in een bepaalde fase en jaar. Er wordt maximaal één buitenlandse student per co-schapgroep ingedeeld.

Geen duidelijk beleid

Tot aan de verdeling over de faculteiten is de procedure dus helder. Daarna, na de toewijzing door CIBA aan de acht medische faculteiten, is er echter weinig sprake van duidelijk beleid. De aantallen studenten die per faculteit worden opgenomen, variëren sterk. In de tabellen 1 en 2 staan de aantallen van de afgelopen jaren vermeld.

Sommige faculteiten nemen veel meer studenten op dan andere. Verder is het inpassingsbeleid van de facultaire toelatingscommissies verschillend. Er zijn vooral verschillen ten aanzien van de fase waarin de studenten kunnen instromen. Sommige faculteiten leggen een beperkt aantal vakken uit het derde jaar en bijna alle vakken uit het vierde jaar op. Andere leggen verplicht een aantal doctoraal tentamens op.

In Utrecht is voor een 'maatwerkmodel' gekozen, waarbij op individuele basis wordt ingedeeld. Hier kan het voorkomen dat een student direct aan de co-schappen kan beginnen, maar dat een landgenoot grote delen van jaar 3 en 4 moet volgen. Van de ongeveer tachtig studenten die in de afgelopen zeven jaar zijn toegelaten, hebben bijna allen zonder noemenswaardige problemen de eindstreep gehaald (of zijn nog bezig de studie af te ronden).

Het inpassingsoordeel wordt gebaseerd op de taalvaardigheid van de student, op de beoordeling van de gevolgde opleiding geneeskunde en eventueel op de werk-

Tabel 1. Aantallen toelatingsverzoeken (volgens gegevens CIBA).

1992	1993	1994	1995	1996	1997
25	35	30	29	60	87

Tabel 2. Verdeling toelatingsverzoeken over de faculteiten, jaren 1996 en 1997.

	1996	1997	totaal	%
UvA/VU	17	24	41	28*
KUN	7	14	21	14
UM	3	8	11	7,5
RUG	9	8	17	12
RUL	2	5	7,5	
UU	17	21	38	26
EUR	4	7	11	7,5
totaal	59	87	146	100
* NB: dit is verdeeld over twee faculteiten				

ervaring. In de oordeelsvorming die ten grondslag ligt aan de inpassing speelt de ervaring van de plaatselijke coördinator een grote rol.

Meespelende factoren bij inpassing

Land van herkomst

De afgelopen jaren was er een toenemend aanbod van buitenlandse artsen/studenten; de landen van herkomst zijn meestal een afspiegeling van de actuele brandhaarden in de wereld.

Zo kwamen er in de periode 1988-1990 studenten uit Roemenië. De 'Hongaars-Roemenen', een etnische minderheidsgroep in Roemenië, konden zonder enig probleem aan de co-schappen beginnen, terwijl de 'Roemeens-Roemenen' een jaar extra nodig hadden.

In de periode 1992-1996 was er een relatief grote instroom van vluchtelingen uit voormalig Joegoslavië. De inpassing van deze artsen was geen groot probleem. Zij beschikten over een goede taalvaardigheid, hun medische opleiding verschildte niet wezenlijk van de Nederlandse en hun aanpassingsvermogen was groot.

De periode 1994 tot nu vertoont een aanbod van vluchtelingen uit Irak, Iran, de voormalige Sovjet-Unie en steeds vaker uit Afghanistan.² De geneeskundeopleidingen uit deze landen hebben specifieke kenmerken. In Rusland bijvoorbeeld wordt aan veel universiteiten al na twee jaar universitaire studie een scheiding gemaakt tussen studenten die specifiek kindergeneeskunde gaan doen en studen-

ten die doorgaan voor 'algemeen arts'. Voor een juiste inpassing is het dus wezenlijk om te weten welke richting een student heeft gevolgd. Verder zijn er universiteiten die overeenkomsten hebben met West-Europese onderwijssystemen en universiteiten die qua opleidingsstelsel geheel Russisch zijn. In Afghanistan is de universiteit van Kabul min of meer op Amerikaanse leest geschoeid, maar de andere opleidingen absoluut niet. De artsen uit Iran en Irak hebben doorgaans een goede opleiding gevolgd,³ waarbij Engelse boeken zijn gebruikt. In Afghanistan en de meeste Russische opleidingen is dat meestal niet of in mindere mate het geval.

'Culturele ruis'

In de omgang met studenten uit het Midden- en Verre Oosten gaven de volgende factoren problemen: de houding tot de andere sekse, hiërarchische gezagsverhoudingen, de houding tot een andere godsdienst (met name de joodse). Ook godsdienstige verplichtingen gaven soms moeilijkheden. Islamitische co-assistenten wilden in de gelegenheid worden gesteld op vrijdag naar de moskee te gaan, maar vonden het volstrekt niet logisch dat ze daarvoor in de plaats op zondag moesten werken. Verder waren er problemen over het gebruik van alcohol op co-assistentenavonden en of er varkensvlees mocht worden gegeten door niet-moslims. Deze problemen waren vaak niet voorspelbaar en konden pas nadat ze zich hadden voorgedaan, worden meegenomen in de beoordeling en inpassing van nieuwe studenten. Autochtone co-assistenten konden toen instructies krijgen over hoe ze met dergelijke factoren moesten omgaan. Zij hadden de neiging de opvatting van de allochtone student (te) snel te respecteren en zich aan te passen. Hun werd duidelijk gemaakt dat het respecteren van elkaars mening niet wil zeggen dat die mening direct moet worden overgenomen uit angst de ander te kwetsen of te discrimineren.

Ook de begeleidende stafleden werden met bepaalde zaken geconfronteerd. Het bleek moeilijk om een cultureel bepaalde 'ruis' in antwoorden te herkennen.

Het is bijvoorbeeld in sommige culturen niet gebruikelijk vragen ontkennend te beantwoorden. Het kwam voor dat een buitenlandse student op de vraag of hij iets begreep, beamend antwoordde, terwijl het evident was dat het tegenovergestelde het geval was. Dit kwam in sterkere mate naar voren bij de zaalvisite. Als de opleider een student iets vraagt, is normaliter een niet volledig correct antwoord niet erg - de student kan zelfs met een gerust hart zeggen iets helemaal niet. ■

te begrijpen. In veel andere culturen is in zo'n geval het niet weten van een antwoord een dubbele schande: men geeft immers aan de opleider, maar ook aan de patiënt te kennen iets niet te weten. Die schande kan zelfs de familie treffen. De allochtone student zal dit dan ook zoveel mogelijk vermijden door ontwijkende antwoorden te geven. Dit 'gedraai' kan leiden tot frustraties aan beide kanten. Daar komt nog bij dat het Nederlandse gebruik elkaar aan te kijken bij het stellen van een vraag in andere culturen als uiterst onbeleefd wordt beschouwd.

Taal

Iedere buitenlandse student heeft ten minste het staatsexamen NT2 programma 2 behaald, waarmee in ieder geval een behoorlijke basisbeheersing van de Nederlandse taal en taalvaardigheid mag worden verondersteld. Toch blijkt dat op dit gebied de grootste problemen ontstaan.

Zo is in Afghanistan of in Roemenië een appendicitis ook een appendicitis, maar in ons land wordt tegenover patiënten ook de term 'blindedarmonsteking' gebruikt. Onze gehele geneeskunde is doorspekt met Nederlandse terminologie. Het NT2-examen is echter een algemeen en géén vakspecifiek examen Nederlands. De directe koppeling tussen een Latijnse term en een Nederlands woord is nog tot daaraan toe, maar uitingen als: 'Ik ben niet meer de oude sinds ik vorig jaar aan mijn buik geholpen ben; ik weet echt niet wat er nu met mij aan de hand is' of: 'Ik zie het nu echt niet meer zitten, eerst had ik een dubbele maagzweer en nu ga ik nog maar twee keer in de week af' worden door

buitenlandse studenten absoluut niet begrepen.

Onbegrepen uitdrukkingen bemoeilijken de communicatie tussen een buitenlandse student en de Nederlandse patiënt in hoge mate. De weinige problemen met buitenlandse studenten speelden zich eigenlijk alleen op dit specifieke terrein af. Kennis en kunde waren geen wezenlijk probleem.

Om dit taalprobleem het hoofd te bieden, is aan de Universiteit Utrecht een taalmodule ontwikkeld. De module Vaktaal Medisch Nederlands bestaat onder meer uit een lijst met medische woorden in het Latijn, Nederlands en Engels (een vierde kolom is gereserveerd voor de term in de eigen taal en kan door de student worden ingevuld). In de module, die is ontwikkeld in samenwerking met het James Boswell Instituut, is een inventarisatie gemaakt van idiomatische uitdrukkingen waarin lichaamsdelen voorkomen, zoals 'een gaatje in je hoofd hebben' en 'een zwaar kruis dragen'. Deze zijn vastgelegd op beeld- en geluidsdragers.⁴ Neerlandici hebben hiertoe een groot aantal zaalvisites, polikliniek- en huisartsenbezoeken bijgewoond en zoveel mogelijk typisch Nederlandse medische woorden en zinnen opgenomen.

Met ingang van het cursusjaar 1999 moet iedere buitenlandse arts/student deze taalmodule volgen, alvorens aan de opleiding te kunnen beginnen. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling een extra barrière op te werpen voor buitenlandse studenten. Nu al mogen studenten die nog niet het NT2-examen hebben behaald of die nog een wachttijd hebben alvorens zij met de co-schappen kunnen beginnen, in

Utrecht colleges en patiëntdemonstraties bijwonen en wordt hun dringend aangeraden dat ook werkelijk te doen.

Door dit systeem leren de studenten beter en eerder (medisch) Nederlands dan in het asielzoekerscentrum, waar zij meestal alleen hun moedertaal horen en spreken.

Besluit

Het 'Utrechtse model' heeft op verschillende punten goed gewerkt. De individuele indeling van studenten heeft geen noemenswaardige problemen opgeleverd. Bij specifieke buitenlandse studenten was vrij snel te identificeren op welke gebieden de voorkomende problemen lagen: kennisniveau (zelden), cultuurverschillen (geregeld) en taal (steeds vaker). De taalproblemen zijn vooral idiomatisch en kunnen voor een deel worden aangepakt door middel van de ontwikkelde module Vaktaal Medisch Nederlands. We durven gerust te stellen dat alle buitenlandse studenten van deze module veel profijt kunnen ondervinden in de co-schappen en in hun latere beroepsuitoefening. •

dr. J.R.E. Haalboom,

internist, Faculteit Geneeskunde Universiteit Utrecht, belast met inpassing buitenlandse studenten

drs. P.G.P. Herfs,

studentendecaan Universiteit Utrecht, adviserend lid CIBA

Dit artikel is een bewerking van een voordracht die op 9 september 1998 werd gehouden voor de werkgroep Praktisch Medisch Onderwijs van de NVMO aan de Katholieke Universiteit Nijmegen.

Noten/Literatuur

1. Niet alle buitenlandse artsen die instromen in een hoger jaar van een opleiding geneeskunde zijn asielzoekers/vluchtelingen. Een kleine minderheid van de buitenlandse artsen die toelating vraagt tot een hoger jaar van de opleiding geneeskunde verblijft permanent in Nederland vanwege een huwelijk met een Nederlandse man of vrouw.
2. Een aantal Afghaanse vluchtelingen heeft de geneeskundeopleiding voltooid in voormalige Oostblokken (Rusland, Polen, enz.).
3. Dit geldt vooral voor de Iraakse artsen die hun diploma behaald hebben vóór het uitbreken van de Golfoorlog en voor de Iranese artsen die vóór de revolutie van Khomeini zijn afgestudeerd.
4. Het James Boswell Instituut is een onderdeel van de Universiteit Utrecht en verzorgt onder meer cursussen aanvullend onderwijs (Nederlands, wiskunde A en B, natuurkunde, Engels, enz.)
 - Herfs PGP, de Commissie Instroom Buitenlandse Artsen; terugblik en toekomstvisie. Utrecht: Studenten Service Centrum, 1997.
 - Herfs PGP. Erkenning van buitenlandse artsdiploma's; een verhaal apart. Utrecht: Afdeling Studentenzaken, 1996.
 - Govaerts MJB, Wijnen WHFW. Eindrapport onderzoek inzake de toelating van niet-EER-gediplomeerde artsen en tandartsen tot de uitoefening van hun beroep in Nederland. Maastricht: Vakgroep Onderwijsontwikkeling en Onderwijsresearch, 1997.
 - Zie ook: Wildevuur S.E. Vechten om een plaats. Medisch Contact 1996; 51 (35): 1093-5. Als arts studeren voor arts. Medisch Contact 1998; 53 (12): 383-5.



Foto: Loek Zuyderduin

Mijnenveld

REEDS EERDER wezen wij op het mijnenveld waarin een arts zich goed bedoelend en soms naïef kan begeven als hij zich zwart op wit mengt in de rechtsgang rond een echtscheiding en een omgangsregeling met de kinderen.¹ In onderstaande, door de Inspectie voor de Gezondheidszorg in gang gezette tuchtzaak, laat het Centraal Tuchtcollege hierover ook geen misverstand bestaan: een behandelend arts behoort zich in een echtscheidingsconflict terughoudend op te stellen en niet in te gaan op het verzoek van een advocaat van een der partijen. De ook in hoger beroep gewraakte afgifte van een door de behandelend psychiater opgestelde verklaring kwam aan het licht tijdens een onderzoek naar de handelwijze van deze arts in verband met een moeder die haar vierjarig zontje vermoordde. De moeder was verwickeld in een echtscheidingsprocedure. Haar echtgenoot voerde haar zwerfgedrag, alcoholmisbruik en suïcidale uitlatingen aan als



redenen waarom de vrouw niet voor hun zontje zou kunnen zorgen. De psychiater had zich op verzoek van haar advocaat schriftelijk uitgelaten over deze 'insinuatieve opmerkingen' en had onder andere verklaard dat haar patiënte als moeder prima functioneerde. Daarmee ging de psychiater te ver, aldus het college. Ook al had zij rechtstreeks van de rechtbank een concrete vraagstelling gekregen, dan nog had zij niet verder mo-

gen gaan dan het geven van feitelijke inlichtingen en zich moeten onthouden van het geven van een oordeel. Ook deze behandelend arts had zich moeten realiseren dat zij wellicht meer het belang van haar patiënt voor ogen had dan dat van het later vermoorde kind.

Zolang advocaten en anderen in het belang van hun cliënten artsen dit soort verklaringen proberen te ontlokken, doen artsen er goed aan, ook al hebben zij de behoefte daaraan mee te werken, niet overhaast te handelen. Dat betaamt een arts immers niet, aldus het Centraal Tuchtcollege.

B.V.M. Crul, huisarts

mr. W.P. Rijkse

Literatuur

1. Dokters en adviezen. [Commentaar bij uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege d.d. 10 februari 1998.] Medisch Contact 1998; 53 (21): 723.

Uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 2 december 1997

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg heeft de navolgende beslissing gegeven in de zaak van 1. A, Regionaal Inspecteur voor de Gezondheidszorg, en 2. B, Inspecteur voor de Gezondheidszorg voor Zuid-Holland, beiden wonende te D, appellanten, klagers in eerste aanleg, tegen C, psychiater, wonende te D, hierna te noemen: de arts, gemachtigde: E.

1. De loop van de procedure

Klagers zijn tijdig in hoger beroep gekomen van de beslissing van het College voor de beslissing in eerste aanleg van het Medisch Tuchtcollege te 's-Gravenhage van 10 april 1996. Bij die beslissing is de eerste klacht van klagers tegen de arts gedeeltelijk en de andere twee klachten geheel gegrond verklaard, en is aan de arts de maatregel van waarschuwing opgelegd met bevel tot bekendmaking in de Nederlandse Staatscourant, Medisch Contact en het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, zoals in de bestreden beslissing aangegeven. Voor de loop van het geding verwijst het

Centraal Tuchtcollege naar de inhoud van de aangehechte beslissing. In hun op 26 juli 1996 ingekomen aanvullend beroepschrift verzoeken klagers het Centraal Tuchtcollege ook de eerste klacht in al zijn onderdelen gegrond te verklaren, met handhaving van de opgelegde maatregelen. Op 25 september 1996 is een verweerschrift ingekomen van de arts, waarin zij verzoekt de bestreden beslissing te bevestigen met afwijzing van het hoger beroep, althans bij gegrondverklaring van het hoger beroep geen zwaardere maatregel op te leggen. Op 2 december 1997 is de zaak ter zitting van het Centraal Tuchtcollege behandeld. Partijen zijn in persoon verschenen, de arts bijgestaan door haar gemachtigde. Klagers hebben pleitnotities overgelegd.

2. De feiten

De arts is psychiater sinds 1979 en als zodanig verbonden aan de afdeling voor deeltijdbehandeling van het Psychiatrisch Centrum F te G. Klagers hebben hun klacht ingediend naar

aanleiding van het calamiteitenonderzoek op 9 augustus 1995 naar de handelwijze van de arts in verband met de moord die op 5 augustus 1995 is gepleegd door een patiënte van de arts op haar vierjarig zontje. De patiënte was gewikkeld in een echtscheidingsprocedure. De advocate van de patiënte, mr. H, heeft de arts een brief, gedateerd 6 februari 1995, gestuurd die luidt als volgt:

'Weledelgeleerde Vrouwe,
'Zoals reeds aangekondigd door uw bovengenoemde patiënte, wend ik mij tot U op verzoek van de Arrondissementsrechtbank te D, met betrekking tot het volgende.

'Mevrouw W wordt door mij bijgestaan in de voor haar aangespannen echtscheidingsprocedure. In dat verband is aan de rechtbank gevraagd om, in afwachting van de definitieve voorzieningen, het 4-jarig zontje van cliënte, Z, voorlopig aan haar toe te vertrouwen en, met het oog op de zorg voor het kind, tevens te bepalen dat haar echtgenoot de echtelijke woning dient te ver- **■**

laten zodat deze woning alleen door cliënte kan worden gebruikt.

'Ter terechtzitting heeft de echtgenoot van cliënte aangevoerd zich zeer bezorgd te maken om de zorg die cliënte het kind zou kunnen bieden als zij alleen met het kind zou wonen. Thans verblijft cliënte, met Z, bij een vriendin. De echtgenoot baseert zich daarbij op cliëntes zwerfgedrag, alcoholmisbruik, suïcidale uitlatingen in het verleden en stelt dat dit gedrag opnieuw zou kunnen voorkomen.

'Cliënte stelt daarentegen dat zij prima in staat is Z te verzorgen en dat de dagbehandeling die zij thans ondergaat en het medicijngebruik daarmee niets te maken hebben. 'De rechtbank wil gaarne Uw mening vernemen. Ik verzoek U mij daartoe, op zo kort mogelijke termijn, te berichten of U cliënte in staat acht om goed voor haar zoontje te zorgen als zij alleen met het kind woont en niet meer de steun van haar vriendin heeft. 'Ik dank u vriendelijk voor de door U te nemen moeite.'

Op dezelfde dag, 6 februari 1995, heeft de arts de volgende verklaring opgesteld:

'Verklaring ten behoeve van de rechtbank van de behandelend psychiater van mevrouw X, geboren 00-00-1961 te D, naar aanleiding van de gestelde vragen valt het volgende te zeggen.

'Mevrouw X functioneert op dit moment goed. Sinds de beslissing tot echtscheiding is genomen zijn zwerfgedrag en alcoholabusis niet meer voorgekomen. De afhankelijkheid van kalmerende middelen was reeds eerder gestopt.

'Mijns inziens hebben deze klachten voor een zeer groot deel te maken gehad met haar huwelijksituatie, waarin gebrek aan respect en waardering van haar echtgenoot een grote rol hebben gespeeld.

'Op dit moment is zij bezig ook haar werk weer op te pakken.

'Met betrekking tot de vraag omtrent psychische klachten op het moederschap. Dit speelt nu in iedere geval niet.

'Nu zij niet meer onzeker gemaakt wordt in haar relatie functioneert zij als moeder prima en werken wij er met haar hard aan om sterk te staan tegenover insinuatieve opmerkingen van de kant van haar (ex)partner.

'met vriendelijke groet,
'mevrouw C, psychiater.'

Het hoger beroep beperkt zich tot de vraag of de arts deze verklaring had mogen afgeven.

3. De bestreden beslissing

In de bestreden beslissing is - volgens klagers ten onrechte - overwogen als volgt:

'Het College is van oordeel dat de arts heeft mogen afgaan op de mededeling van de advocate, dat deze zich op verzoek van de rechtbank tot de arts wendde. De vraagstelling, zoals blijkt uit de brief van de advocate, is ook voldoende concreet te achten. (...)

'Het College is van oordeel dat in het alge-

meen een behandelend arts zeer terughoudend dient te zijn met het afgeven van medische verklaringen over patiënten. Desalniettemin is het College van oordeel dat de arts in dit geval in redelijkheid heeft kunnen besluiten af te wijken van de richtlijnen van de KNMG dienaangaande. Het betrof een verzoek van de rechtbank in een betrekkelijk spoedeisende kwestie, waarbij nadrukkelijk het oordeel van de arts als behandelend arts werd gevraagd, terwijl ook niet goed is in te zien dat een andere arts de vraagstelling deugdelijk zou hebben kunnen beantwoorden nu daarvoor immers noodzakelijk was dat de arts de betreffende patiënte en het beloop van haar ziektebeeld langere tijd kende.' (...)

'Het College is van oordeel dat de arts de onderhavige verklaring heeft kunnen afgeven op grond van haar bestaande kennis met betrekking tot de patiënte en zonder nader onderzoek. Aan de arts werd immers geen oordeel gevraagd over de wenselijkheid van de plaatsing van het kind bij de moeder doch uitsluitend een professioneel oordeel over de capaciteiten van de patiënte om al dan niet in een moederrol te functioneren. Bovendien is de arts niet uitsluitend afgegaan op haar eigen oordeel, maar heeft zij ook het oordeel van de overige leden van het behandelteam in haar overwegingen betrokken.'

4. De grieven

Klagers stellen in hun eerste grief onder verwijzing naar KNMG-Consult 'Arts en patiëntenrechten' (1995), blz. 27 en KNMG 'Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens' (1995, hoofdstuk 3) en het tuchtrecht op dit punt, dat de arts extra alert had moeten zijn en in elk geval had moeten wachten op een schriftelijk verzoek van de rechter met daarin duidelijk omschreven en gerichte vragen.

In de tweede grief stellen klagers dat de arts haar deskundigheid te buiten gegaan is omdat zij wel bekend was met de conditie waarin de patiënte verkeerde, maar niet met haar functioneren van de patiënte als moeder en met het wel en wee van haar zoontje. De arts had zich moeten realiseren dat zij niet onpartijdig was en dat zij dus niet objectief tegenover de vraagstelling kon staan. Zij had moeten verwijzen naar een onafhankelijke arts, deskundig op het gebied van de vraagstelling.

De laatste grief behelst de stelling dat de arts het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ernstig heeft geschaad door zonder nader onderzoek of informatie van de huisarts of schoolleiding en zonder dat zij of enige andere medewerkers van het Psychiatrisch Centrum F het zoontje ooit zelf hebben gezien, geconcludeerd heeft dat de patiënte als moeder uitstekend functioneert.

5. Het verweer

De arts houdt staande dat zij mocht afgaan op en voldoen aan het schriftelijk verzoek van de advocate. Zij kon als behandelend arts verklaren dat er op dat moment geen

beletselen waren voor het functioneren van haar patiënte als moeder en stelt dat nader onderzoek daartoe niet nodig was, en dat zij bovendien het oordeel van het behandelteam in haar overwegingen heeft betrokken. De arts ontkent niet dat zij het kind nooit heeft gezien en dat de beslissing het kind al dan niet aan de moeder toe te wijzen buiten haar deskundigheid en verantwoordelijkheid lag. Zij wijst erop dat het de verantwoordelijkheid van de rechter is haar medische verklaring te wegen. Ten slotte stelt de arts dat medisch onbetamelijk handelen nog geen verwijtbaar handelen in de zin van de Medische Tucht-wet hoeft op te leveren.

6. Het oordeel in hoger beroep

Het Centraal Tuchtcollege overweegt als volgt. Een behandelend arts dient zich in een echtscheidingsconflict terughoudend op te stellen en niet op het verzoek van een advocaat van één der partijen in te gaan. Ook indien de arts een verzoek van de rechtbank met een duidelijke vraagstelling had ontvangen, had zij weliswaar niet hoeven doorverwijzen naar een andere deskundige, maar had zij zich wel moeten beperken tot het geven van feitelijke inlichtingen over de conditie van haar patiënte, bijvoorbeeld de defecten in haar persoonlijkheidsstructuur, en had zij zich niet moeten laten verleiden tot het geven van een oordeel van het functioneren van haar patiënte als moeder, waarvoor zij de deskundigheid miste, althans waarnaar zij geen nader onderzoek, bijvoorbeeld in de vorm van een interactieonderzoek, had gedaan.

Zij had zich moeten realiseren dat zij eerder het belang van haar patiënte voor ogen had dan het belang van het kind. Zij heeft dus overhaast gehandeld en niet zoals het een arts betaamt. Het Centraal Tuchtcollege is derhalve van oordeel dat ook de klacht geformuleerd onder A, de onderdelen i, iii en iv geheel gegrond en onder A, onderdeel ii gedeeltelijk gegrond is. Daarom zal het Centraal Tuchtcollege de bestreden beslissing bevestigen met verbetering van gronden.

7. De beslissing

Rechtdoende in hoger beroep:

Het Centraal Tuchtcollege bevestigt de bestreden beslissing, waarbij aan de arts de maatregel van waarschuwing is opgelegd, met verbetering van gronden;

beveelt de bekendmaking van de bestreden beslissing en van de beslissing in hoger beroep op de wijze als in de bestreden beslissing aangegeven.

Deze beslissing is gegeven op 2 december 1997 door mr. J.J.R. Bakker, voorzitter, prof. dr. P.J. Jongerius, dr. J.G.M. Jordans, dr. H.J. van der Reijden, dr. A.P. Roodvoets, leden-deskundigen, en mr. F.A. Arnbak-d'Aulnis de Bourouill, secretaris en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 12 maart 1998, door mr. C.L. de Vries Lentsch-Kostense, in tegenwoordigheid van de secretaris. •

Aanmelding tweejarige opleiding tot verpleeghuisarts

H V R C

Aanmelding voor de tweejarige opleiding tot verpleeghuisarts 1999-2001

Startdatum: maart 1999

De Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie (HVRC) maakt bekend, dat in maart 1999 de verpleeghuisartsopleiding begint aan de afdeling verpleeghuisartsopleiding bij de Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Sociale Geneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde van de Katholieke Universiteit Nijmegen.

Aan de volgende erkende verpleeghuizen voor opleiding (VO) is een opleidingsplaats toegewezen:

1. Verpleeghuis Euforia, Vriezenveenseweg 1, 7602 AA Almelo, tel. 0546 - 86 38 61.
2. Streekverpleeghuis Altenahove, Rivierenland 1, 4286 DC Almkerk, tel. 0183 - 40 12 00, tezamen met:
Streekverpleeghuis De Riethorst, Venestraat 28, 4931 BP Geertruidenberg, tel. 0162 - 51 35 55.
3. Verpleeghuis Casa Bonita, Anklaarseweg 91, 7316 MC Apeldoorn, tel. 055 - 521 34 91.
4. Verpleeghuis Martinushof, Slochterenweg 2, 6835 CB Arnhem, tel. 026 - 320 92 00, tezamen met:
Verpleeghuis Elderhoeve, Elderhofseweg 51, 6842 CR Arnhem, tel. 026 - 381 04 11.
5. Verpleeghuis Schuttershof, Kochstraat 10, 6442 BE Brunssum, tel. 045 - 527 99 99.
6. Verpleeghuis Beatrix, Prins Bernhardstraat 1, 4101 HV Culemborg, tel. 0345 - 47 04 70.
7. Verpleeghuis St. Jozef, G. van Swietenstraat 15, 7415 EN Deventer, tel. 0570 - 63 39 39.
8. Verpleeghuis Den Ooiman, Groot Hagen 6, 7009 AM Doetinchem, tel. 0314 - 32 65 41.
9. Verpleeghuis De Volckaert, Middellaan 2, 5102 DA Dongen, tel. 0162 - 31 46 50.
10. Stichting Verpleging en Verzorging Eindhoven, Parklaan 97, 5613 BC Eindhoven, tel. 040 - 261 01 11.

11. Verpleeghuis De Weerde, Herman Gortelaan 4, 5644 SX Eindhoven, tel. 040 - 211 63 15.
12. Gecombineerde Enschede Verpleeghuizen, p/a verpleeghuis 't Kleijne Vaert, S.N. Menkostraat 80, 7523 DX Enschede, tel. 053 - 433 00.
13. Verpleeghuis St. Elisabethshuis, Bernhardslaan 86, 4872 BR Etten-Leur, tel. 076 - 503 49 10.
14. Verpleeghuis Irene, Nijmeegsebaan 31, 6561 KE Groesbeek, tel. 024 - 685 99 11.
15. Verpleeghuis Het Wiedenbroek, Wiedenbroeksingel 4, 7481 BT Haaksbergen, tel. 053 - 573 44 44.
16. Verpleeghuis Clara Feyoena Heem, Rheezerweg 73, 7771 TD Hardenberg, tel. 523 - 26 55 77.
17. Verpleegklinieken Heerlen, Henri Dunantstraat 3, 6419 PB Heerlen, tel. 045 - 560 27 02.
18. Verpleeghuis Krönnenzommer, Sanatoriumlaan 20, 7447 PK Hellendoorn, tel. 0548 - 68 80 00, tezamen met:
Verpleeghuis Het Meulenbelt, Vriezenveenseweg 176, 7602 PV Almelo, tel. 0546 - 87 40 00.
19. Verpleeghuis Dr. P.C. Borsthuis, Boerhaavelaan 85, 7555 BK Hengelo, tel. 074 - 245 34 53.
20. Verpleeghuis Elzenhorst, Dr. v.d. Meeren-donkstraat 2, 5961 HZ Horst, tel. 077 - 398 22 22.
21. Verpleeghuis Myosotis, Burgwal 45-49, 8261 EP Kampen, tel. 038 - 331 78 22.
22. Verpleeghuis Joachim en Anna, Groesbeekseweg 327, 6523 PA Nijmegen, tel. 024 - 322 82 64.
23. Verpleeghuis Margriet, Dr. Claas Noorduinstraat 5, 6522 AS Nijmegen, tel. 024 - 327 51 11.
24. Verpleeghuis Vita Nova, Begijnenstraat 18, 5341 BH Oss, tel. 0412 - 67 22 22, tezamen met:
Verpleeghuis Nieuwe Hoeven, Udensedreef 5, 5374 RL Schaijk, tel. 0486 - 46 17 51.
25. Verpleeghuis Invia/Lemborgh, Bradleystraat 23, 6135 CV Sittard, tel. 046 - 457 20 00.
26. Zorgcentrum Tilburg-Zuid, Wethouderslaan 9, 5021 AK Tilburg, tel. 013 - 583 10 00.

27. Verpleeghuis D'n Horstgraaf, Auxiliatrixweg 35, 5915 PN Venlo, tel. 077 - 355 95 55.
28. Verpleeghuis St. Martinus, Ermsingel 25, 6001 BA Weert, tel. 0495 - 57 27 00.
29. Verpleeghuis Pronswede, Morgenzonweg 29, 7101 BH Winterswijk, tel. 0543 - 54 66 11.
30. Verpleeghuis Zevenaar, Hunneveldweg 14, 6903 ZN Zevenaar, tel. 0316 - 59 99 99.
31. Verpleeghuis Sancta Maria, Past. van Kessellaan 16, 4761 BH Zevenbergen, tel. 0168 - 32 40 50.
32. Stichting Zuytvenne, Postbus 283, 7200 AG Zutphen, tel. 0575 - 59 44 44.
33. Verpleeghuis De Weezenlanden, Groot Wezenland 28, 8011 JW Zwolle, tel. 038 - 42 42 611, tezamen met:
34. Verpleeghuis Zandhove, Hollewandsweg 17, 8014 BE Zwolle, tel. 038 - 465 88 33.

Aan bovenstaande lijst zullen nog 2 verpleeghuizen worden toegevoegd. Over de namen van deze verpleeghuizen kunt u contact opnemen met de HVRC, tel. 030 - 282 33 94.

Om in aanmerking te komen voor een opleidingsplaats dient men te solliciteren bij het verpleeghuis voor opleiding.

Het verpleeghuis voor opleiding zal op basis van een sollicitatiebrief en een eventueel daarop volgende sollicitatiegesprek de eerste fase van de selectie verrichten.

Vervolgens zal in de tweede fase van de selectie een beoordeling plaatsvinden door de afdeling verpleeghuisartsopleiding bij de Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Sociale Geneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde van de Katholieke Universiteit Nijmegen. •

Alvorens u gaat solliciteren is het raadzaam te informeren of de opleidingsplaats nog beschikbaar is.

N.F. de Pijper,
verpleeghuisarts, secretaris

Apotheekhoudende Ledenvergadering d.d. 26 november 1998

L H V

Het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging convoceert een Ledenvergadering van de Apotheekhoudende Afdeling van de Ledenvergadering op donderdag 26 november 1998, aanvang 16.00 uur.

De vergadering zal worden gehouden in Domus Medica, Lomanlaan 103 te Utrecht, tel. 030 - 28 23 911.

De agenda voor de Apotheekhoudende Ledenvergadering luidt als volgt:

1. Opening
2. Mededelingen
 - Toekomst ClaNAG/Apotheekhoudende Unit
3. Notulen van de Ledenvergadering van 28 mei 1998 (*besluitvormend*)
4. Beleid 1999 (*besluitvormend*)
 - Beleidsactiviteitenplan 1999, specifiek apotheekhoudende belangen
 - Begroting 1999 van de Landelijke Huisartsen Vereniging specifiek de apotheekhoudende belangen
- a. Bevindingen Financiële Commissie
- b. Voorstel tot goedkeuring van de begroting
- c. Voorstel tot goedkeuring van de bijdrage van de apotheekhoudende leden
5. Stand van zaken WMH/Onderdeel Apotheekhoudenden/Geneesmiddelenbeleid (*informatief*)
6. Wat verder ter tafel komt
7. Rondvraag
8. Sluiting •

mw. A.E.G.M. Walter, huisarts,
secretaris

Nieuwe meldingsprocedure leidt tot aanpassing KNMG-standpunt euthanasie

KNMG

OP 1 NOVEMBER treedt de nieuwe meldingsprocedure euthanasie in werking. Hierover zijn alle Nederlandse artsen onlangs in een brief door de overheid geïnformeerd.

De belangrijkste wijziging is dat gemelde gevallen van euthanasie nu worden beoordeeld door een multidisciplinaire commissie, bestaande uit een jurist, een arts en een deskundige op het terrein van de ethiek/zingevingsvraagstukken. In totaal zullen vijf van dergelijke commissies functioneren.

Voor de achtergronden van de wijziging zij verwezen naar het artikel over de nieuwe meldingsprocedure van de hand van prof. mr. J. Legemaate, in Medisch Contact 1998, nr. 21, p. 715-9.

In 1995 verscheen de recentste versie van het standpunt van het Hoofdbestuur van de KNMG inzake euthanasie en hulp bij zelfdoding. In dit standpunt wordt uitvoerig ingegaan op de zorgvuldigheidseisen die een arts in acht behoort te nemen, en

op de regels met betrekking tot de meldingsprocedure. Het laatste onderwerp komt aan de orde in Hoofdstuk 6 van het HB-standpunt van 1995. Naar aanleiding van de wijziging die per 1 november 1998 in de meldingsprocedure wordt aangebracht, is de tekst van Hoofdstuk 6 geactualiseerd. Deze tekst beschrijft thans de procedure zoals deze per 1 november luidt. Op 13 oktober heeft het Hoofdbestuur met de gewijzigde tekst ingestemd.

Aangezien het grootste deel van de tekst van het HB-standpunt van 1995, waaronder de beschrijving van de zorgvuldigheidseisen, ongewijzigd blijft, is besloten de nieuwe tekst van Hoofdstuk 6 vooralsnog te publiceren in de vorm van een aanvulling. Alle leden van de KNMG zullen deze aanvulling binnen een aantal weken ontvangen.

Heeft u eerder nadere informatie nodig over de nieuwe meldingsprocedure, dan kunt u ook nu reeds de herziene tekst van Hoofdstuk 6 opvragen (KNMG-secretariaat, mw. R. van Baal, tel. 030-2823322). •

KNMG

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
tel. 030 - 2823911

Postadres

Postbus 20051
3502 LB Utrecht

Postgironummer

58083

Bankrekeningnummer ABN-AMRO

45 64 48 969

Telefax

030-2823326

Dagelijks bestuur

prof. dr. J.M. Minderhoud, voorzitter
R.G.P. Hagenouw, ondervoorzitter
dr. A.A.W. Kalis
R.W.M. van Velzen
F.B.M. Sanders
prof. dr. H. Rengelink

Bureau

dr. P.J.J.M. van Loon, algemeen directeur
dr. R.J.M. Dillmann, secretaris-arts
mr. W.P. Rijkse, secretaris-jurist
mw. K. Hagelstein, hoofd communicatie
R.J. Mulder, projectleider KNMG-jubileum
K. Theunissen, hoofd financieel-economische en administratieve zaken

LHV

Landelijke Huisartsen Vereniging

drs. Chr. R.J. Laffr e, algemeen directeur
mw. G.J.M. Kiemel, coördinator informatievoorziening

Orde

Orde van Medisch Specialisten

P.A.W. Edgar, arts, MBA, directeur
mw. R.W.P.M. van Unen, secretaresse

LAD

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband

mr. A.W.J.M. van Bolderen, directeur
mw. J.C. Steenbrink, secretaresse

LVSG

Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneskundigen

drs. B.H.J.M. Reerink, directeur
mw. drs. M.S. Schipper, secretaris

CCMS

Centraal College Medische Specialisten

mr. J.C. de Hoog, secretaris
mw. C.S. Danz-de Jong, secretaresse
mw. J.F.M. van Zandvoort, secretaresse

CSG

College voor Sociale Geneeskunde

mr. J.C. de Hoog, secretaris
mw. C.S. Danz-de Jong, secretaresse
mw. J.F.M. van Zandvoort, secretaresse

CHVG

College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde

mr. J.C. de Hoog, secretaris
mw. C.S. Danz-de Jong, secretaresse
mw. J.F.M. van Zandvoort, secretaresse

MSRC

Medisch Specialisten Registratie Commissie

dr. A.A.W. Op de Coul, secretaris
N.J.F.G. Kolkman, bureauhoofd

SGRC

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie

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

HVRC

Huisarts en Verpleeghuisarts

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

Bibliotheek

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

Serviceverlening Werkgelegenheid Geneskundigen

SWG Uitzendbureau, telefoon: 030-2823371
SWG Werving en Selectie, telefoon: 030-2823760
SWG Vacaturetelefoon, telefoon: 030-2823307 (voor het opgeven van vacatures); telefoon: 0900 - 40 40 3 40 (voor het beluisteren van vacatures)

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



MAAKT VISITE

DIT TWEEZIJDIG te gebruiken artsen-auto-embleem heeft tot doel om in voorkomende gevallen de reden van parkeren op een bepaalde plaats kenbaar te maken.

Dit embleem is naast het bekende raamemblem van plakplastic voor KNMG-leden gratis verkrijgbaar bij de afdeling Verenigingszaken en Public Relations, Postbus 20051, 3502 LB / Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon: 030-2823911.



SPOEDGEVAL

NOVEMBER

- 9 Den Haag, Congrescentrum. Congres 'Nationaal debat gezondheidszorg 1998. Maatschappelijk ondernemerschap en de arbeidsmarkt', georganiseerd door de NZf. Inlichtingen: Dienst Opleidingen en Congressen NZi, tel. 030-2739630.
- 9-12 Rotterdam, Expo- en congrescentrum. International Congress 'Pain management '98. Failed back surgery syndrome', georganiseerd door het Pijnkenniscentrum Rotterdam in samenwerking met het Erasmus Forum. Inlichtingen: Sven Gutker de Geus, tel. 010-4082945.
- 10 Utrecht, Jaarbeurs. Symposium 'Voeding en leefstijl', bestemd voor iedereen die beroepsmatig betrokken is bij gezondheid en voeding. Inlichtingen: Voedingscentrum, tel. 070-3068883.
- 10 Nijmegen. PAOG-Heyendaal-cursus 'Management voor verpleeghuisartsen', bestemd voor verpleeghuisartsen. Inlichtingen: Bureau Post-Academisch Onderwijs Geneeskunde, tel. 024-3617692.
- 10 Huizen, Hotel Newport Harbort of Hospitality. Bijeenkomst 'Nieuwe visie op ondernemen in de zorgsector'. Inlichtingen: Euroforum, Jany van Esch, tel. 040-2974865.
- 10 Amsterdam, de Balie. Debat 'Maatschappelijk ondernemen en de relatie met de overheid'. Inlichtingen: De Balie, C. Reitzema, tel. 020-5535151.
- 11 Utrecht, Jaarbeurs. Studiedag 'Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ)'. Inlichtingen: Medilex, mw. W. Bloemendaal/mr. S. van Dijke, tel. 030-6933887.
- 11 Utrecht, NSPH. Studium Generale Volksgezondheid 'Regeerakkoord, Jaaroverzicht Zorg en andere zaken'. Doelgroep: artsen, beleidsmakers, onderzoekers, studenten en overige geïnteresseerden. Inlichtingen: Vereniging Volksgezondheid & Wetenschap, Desiree Davidee, tel. 070-3030045.
- 11-12 Zwolle, Isala-klinieken locatie Weezenlanden. Zwolse Artsendagen 'Grenzen van/aan medisch handelen'. Inlichtingen: Secretariaat commissie Artsendagen, tel/fax. 038-4655553.
- 12 Maastricht. 3e Regionale revalidatie-onderzoeksdag 'Disability management', georganiseerd door iRv, Universiteit Maastricht en SRL. Inlichtingen: iRv, mw. J. Houben, tel. 045-5237630.
- 12 Amsterdam, Academisch Medisch Centrum. Symposium 'Van acuut naar chronisch'. Doelgroep: huisartsen, verpleeghuisartsen, wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen, paramedici en maatschappelijk werkers. Inlichtingen: Nicolaes Tulp Instituut, tel. 020-6963228.
- 12 Academisch Ziekenhuis Utrecht. Catharijne Conferentie 1998 'Kinderhartchirurgie: geïntegreerde zorg'. Inlichtingen: UMC, tel. 030-2507483.
- 12 Utrecht, de Uithof. Studieconferentie 'Informele zorg, goed geregeld?', georganiseerd door de Vereniging Landelijke Organisatie Vrijwillige Thuishulp (LOVT). Inlichtingen: Landelijk secretariaat van de LOVT, tel. 030-2769970.
- 12 Ede, de Reehorst. Congres 'Managementparticipatie verpleging in zorginstellingen. Nieuwe perspectieven op veranderingen in zorginstellingen en de positie van verpleegkundigen en ziekenverzorgenden'. Inlichtingen: Dienst Opleidingen en Congressen NZi, mw. E.M. Winter/mw. S. Vigh, tel. 030-2739700.
- 13 Katholieke Universiteit Nijmegen. Cursus 'Recidiverende ontstekingen bij kinderen'. Doelgroep: jeugdartsen, schoolartsen, consultatiebureau-artsen en huisartsen. Inlichtingen: Bureau Post-Academisch Onderwijs Geneeskunde, tel. 024-3617051.
- 13 Amsterdam, RAI Congrescentrum. Congres 'Producttypeperig van medisch specialistische ziekenhuiszorg. Strategie en implementatie', bestemd voor directieleden, stafbestuurders, medisch-specialisten en hoger management in ziekenhuizen, zorgverzekeraars, beleidsmakers en adviseurs in de gezondheidszorg. Inlichtingen: Nederlands Studie Centrum, tel. 010-2073333.
- 13 Amsterdam, St. Lucas Andreas Ziekenhuis. Symposium 'Wat is medische psychiatrie?' Doelgroep: psychologen, psychiaters, huisartsen, jeugdartsen, bedrijfsartsen, revalidatieartsen en overige geïnteresseerden. Inlichtingen: Nicolaes Tulp Instituut, tel. 020-5668585.
- 13 Utrecht, Jaarbeurs. Colloquium 'Stress en veroudering', georganiseerd door de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie. Inlichtingen: NVG Secretariaat, mw. J. Vos-van Luijn, tel. 030-2769960.
- 14 Amersfoort, Houtrust. Slotsymposium van de week van de chronisch zieken 'Werk, werk en nog eens werk: over de arbeids(re)integratie van mensen met een lichamelijke chronische ziekte'. Doelgroep: mensen met een chronische ziekte, patiëntenverenigingen, arbeidsdeskundigen, keuringsartsen, maatschappelijk werkers, ergotherapeuten, werkgeversorganisaties, politici en verzekeraars. Inlichtingen: CCZ West, secretariaat, tel. 071-5259759.
- 16 Capelle a/d IJssel, NascholingsCentrum Huisartsen. Cursus 'Chirurgie', georganiseerd door de Commissie Artsencursus Rotterdam (CAR). Inlichtingen: 010-2200235.
- 16 Academisch Ziekenhuis Groningen. Regioavond Medische Microbiologie 'Antibiotica, voedsel en darmflora. Verschillende aspecten van glycopeptide resistentie en microbiële ecologie van het maag-darmkanaal'. Doelgroep: medisch-microbiologen, internisten, kinderartsen en assistenten in opleiding. Inlichtingen: Ch. L. Brugman, coördinator Bij- en Nascholing, tel. 050-3612745.
- 16 Bussum, 't Spant. Symposium 'U en de zorg(en) van overmorgen', ter gelegenheid van het 20-jarig jubileum van PharmaPartners. Inlichtingen: PharmaPartners Oosterhout, Paul de Lugt, tel. 0126-423936.
- 17 Wageningen, Amicon Zorgverzekeraar. Symposium 'Licht op psoriasis. Aspecten van dagbehandeling van huidziekten', ter gelegenheid van het 10-jarig jubileum van het psoriasisdagbehandelingscentrum Midden-Nederland. Inlichtingen: Psoriasisdagbehandelingscentrum Ede, tel. 0318-650776.
- 18 Ede, de Reehorst. Congres 'Zicht op lijden'. Doelgroep: mensen uit de directe zorg met de verschillende velden, managers, directeuren, beleidsmakers en overige geïnteresseerden. Inlichtingen: KVZ, tel. 073-6137272.
- 18 Amersfoort, de Eenhoorn. Najaarsconferentie 'Alles is geld, maar geld is niet alles ...', georganiseerd door de Protestants Christelijke Artsen Organisatie. Doelgroep: artsen, studenten en hun partners. Inlichtingen: Marinus Verweij, tel. 0343-443859.
- 19 Utrecht, Jaarbeurs. Congres 'Borstvoeding zorg(t) voor de toekomst', ter gelegenheid van het 20-jarig jubileum van de Vereniging Borstvoeding Natuurlijk. Inlichtingen: Vereniging Borstvoeding Natuurlijk, tel. 0343-576626.
- 19 Leiden, Laboratorium voor Fysiologie. Cursus 'Praktische problemen in de logopedie/foniatry'. Doelgroep: logopedisten, KNO-artsen (in opleiding), stottertherapeuten en belangstellende huisartsen. Inlichtingen: Bureau van de Boerhaave Commissie, tel. 071-5275262.