

# MEDISCH CONTACT

nummer 9  
4 maart 1983  
38e jaargang

MEDISCH CONTACT is het weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur is voor het gevoerde beleid verantwoordelijk. Het bestuur is voor het gevoerde beleid verantwoordelijk. Het bestuur is voor het gevoerde beleid verantwoordelijk.

## Bestuur Medisch Contact

Dr. P. van Rosevelt, voorzitter  
E. Iwema Bakker, secretaris (Funke Kupperstraat 3, 1068 KL Amsterdam)  
C. P. Bruins  
Mw. G. A. E. Kreek-Weis  
R. Bekendam

## Redactie Medisch Contact

Dr. J. C. van Es, hoofdredacteur  
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris  
Mw. C. R. van der Gooft, redactrice  
Mw. W. G. Juffermans, redactrice  
Mw. G. W. Valkenburg, redactrice  
R. A. te Velde, redacteur  
Mw. C. M. Schouten, secretaresse  
De redactie is gevestigd: Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon 030-885411

## Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG binnen de Benelux, op de Ned. Antillen en in Suriname f 112,— (inclusief BTW); overige landen f 198,—.  
Administratie: Tijl Tijdschriften BV, Jacques Veltmanstraat 27-31, 1065 EG Amsterdam, telefoon 020-172829/174855, telex 15230.  
Een abonnement kan op elk gewenst tijdstip ingaan; het wordt automatisch verlengd, tenzij het tenminste twee maanden tevoren is opgezegd.

## Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgave van redenen worden geweigerd.  
Opgave: Tijl Tijdschriften BV, Jacques Veltmanstraat 27-31, 1065 EG Amsterdam, telefoon 020-172829/174855, telex 15230.

Oplage: 24.500 exemplaren

Druk: Tijl Grafisch Bedrijf BV, Zwolle

Omslagfoto: Egbert de Bruijn, Den Haag

MC

© 1983

■ De huisartsgeneeskunde moet voor wie naar de praktijk kijkt nog volwassen worden ('Gemeten aan de criteria gerijpheid, toepasbaarheid en consensus verkeert de praktische huisartsgeneeskunde nog niet in het stadium van volwassenheid'). Ze moet niet alleen – in het belang van huisarts, patiënt en overheid – volwassen worden: ze kan het ook. Zij zal dan weer in contact moeten treden met de specialistische geneeskunde. Daarnaast zal zij bij het ontwikkelen van begrippen meer op de praktijk moeten letten. Drs. S. E. M. Everwijn, Prof. Dr. R. A. de Melker en Prof. Dr. C. Spreeuwenberg maken de balans op.



■ Slauerhoff verslaafd? Aannemelijk te maken valt het niet, meent Mr. Drs. C. M. Verkroost na bestudering van de desbetreffende annalen van de wat recentere geschiedenis der geneeskunde.

■ Als middel om de werkloosheid onder artsen tegen te gaan raden sommigen arbeidstijdverkortingsaan: een raad die men zich volgens de Utrechtse arts S. Tjon Tjauw Liem maar beter ter harte kan nemen. Zie zijn overzicht van de vakliteratuur over buitensporig lange



werktijden van assistent-geneeskundigen in opleiding tot specialist (zie ook het volgende item).

■ Lang werken staat een bredere ontwikkeling en het onderhouden van normale relaties, ook buiten het ziekenhuis, in de weg. Omdat ze dat (onder)vonden, wijdden Nettie Blankenstein en Hein Raat hun afstudeerscriptie bij Sociale Geneeskunde aan de VU aan de werktijden van co-assistenten. Hun bijdrage in dit nummer is daarvan een bewerking. Actie!



■ De huisarts in de AWBZ? Huisarts H. van Osch uit Den Dongen bezag welke argumenten er zoal worden aangevoerd om aan te tonen dat de huisartsenhulp onder het regime van de AWBZ dient te worden gebracht. Hij komt tot de slotsom, dat als men dat al zou willen de tweede lijn mee zou moeten.



■ Dat artsen zich bij het voltrekken van de doodstraf door middel van een intraveneuze injectie hebben laten betrekken, kan als een inbreuk op het medisch-ethisch handelen worden gezien. Aldus Charles F. J. Kemperman, arts te Elst. Zijns inziens noopt deze problematiek tot bezinning en discussie. De Medische Beroepsgroep van Amnesty International zou het daar niet eens bij willen laten.

## INHOUD

Brieven .....	241	over de werktijden van co-assistenten, door Nettie Blankenstein en Hein Raat	254
Op uw gezondheid: dagboek van een huisartsinopleiding .....	244	Over huisartsenhulp in de ANBZ, door H. van Osch .....	256
De huisartsgeneeskunde op weg naar volwassenheid, door Drs. S. E. M. Everwijn, Prof. Dr. R. A. de Melker en Prof. Dr. C. Spreeuwenberg .....	245	Medische betrokkenheid bij de doodstraf, door Charles J. F. Kemperman .....	257
Lange werktijden, slaaptkort en werk(on)lust, door S. Tjon Tjauw Liem .....	252	GESCHIEDENIS DER GENEESKUNDE. Slauerhoff verslaafd?, door Mr. Drs. C. M. Verkroost .....	259
		OFFICIEEL .....	251

MEDISCH ONDERWIJS. Hoe langer hoe beter;

# Aakster verdedigt onderzoek naar effect natuurgeneeswijzen

De medisch socioloog Dr. C. W. Aakster heeft een brief geschreven aan de Vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid om zich te verweren tegen de kritiek van staatssecretaris Van der Reijden op zijn onderzoek naar het effect van natuurgeneeswijzen. Dat onderzoek bracht Aakster tot de conclusie, dat 700.000 Nederlanders die van alternatieve geneeswijzen gebruik maken jaarlijks ruim 1,3 miljard gulden aan kosten besparen.

In antwoord op schriftelijke vragen uit de Kamer zei de staatssecretaris onlangs, dat het

onderzoek de toets der kritiek niet kan doorstaan en dat de voorgespiegelde kostenbesparingen als niet realistisch van de hand moeten worden gewezen (MC nr. 8/1983, blz. 206).

Aakster zegt het te betreuren, dat de staatssecretaris niet aangeeft waarop hij zijn standpunten baseert. Verder stelt hij dat hij bij zijn onderzoek niet alleen is uitgegaan van behandelingskosten, maar ook van maatschappelijke kosten, dat wil zeggen: hij heeft bijvoorbeeld ook de besparingen meegeteld tengevolge van een geringer ziekteverzuim.

Van andere zijde heeft Aakster ook het verwijt gekregen, dat hij bij zijn onderzoek geen controlegroep heeft gebruikt. Volgens hem was dat echter in dit geval onmogelijk, hetgeen naar zijn mening echter niet wil zeggen dat zijn methode minder wetenschappelijk was.

Over een ander punt van kritiek, namelijk dat hij voor het onderzoek geld heeft aanvaard van een commerciële firma (een producent van natuurgeneesmiddelen), zegt hij dat alle voorzorgen waren genomen om beïnvloeding uit te sluiten. Hij voegt hieraan toe, dat voor dit soort onderzoek moeilijk geld te krijgen is: 'zeker niet van de reguliere farmaceutische industrie die een groot deel van het reguliere geneesmiddelenonderzoek financiert zonder dat overigens de reguliere medische wetenschap daarover grote problemen lijkt te maken'. Tenslotte stelt Aakster dat de bevolking de alternatieve geneeswijzen wil: 26 procent van

de volwassen bevolking bezocht de afgelopen drie jaar een alternatieve genezer, 63 procent staat er positief tegenover en 82 procent vindt dat de overheid moet overgaan tot erkenning. Een recent tv-programma over alternatieve geneeswijzen leverde meer dan 100.000 reacties op. De reguliere medische wereld staat er echter nog steeds afwijzend tegenover, aldus Aakster die zich afvraagt, of deze daarmee niet de anderzijds zo geprezen eigen verantwoordelijkheid van de patiënt frustreert.

## Benz(odiazep)ine

### Proefpersonen gevraagd

Huisartsen, attentie! De Werkgroep Geneesmiddelen en Verkeer aan de Rijksuniversiteit Utrecht zoekt proefpersonen. Sinds twee jaar is de werkgroep bezig met een onderzoek naar de invloed van enkele benzodiazepines op de rijvaardigheid. Met diazepam (Valium, Stesolid) is ze nu klaar; patiënten die dit middel gebruiken blijken het er in het verkeer zowel als in het lab slechter van af te brengen dan controlepersonen. Het komende jaar of anderhalf zijn andere benzodiazepines aan de beurt, om te beginnen bromazepam (Lexotanil) en lorazepam (Temesta).

*Uitbreidende informatie/Aanmeldingen: Werkgroep Geneesmiddelen en Verkeer RU Utrecht. Antwoordnummer 9236, 3500 ZB Utrecht (postzegel niet nodig; bij aanmelding graag aangeven wanneer u het liefst wilt worden gebeld).*

### Militaire artsen mogen niet meer schnabbelen

*Militaire artsen is het niet meer toegestaan particuliere nevenwerkzaamheden in diensttijd te verrichten. Op deze regel zal slechts uitzondering worden gemaakt als het algemeen belang of het dienstbelang daarmee is gediend. Staatssecretaris Hoekzema (Defensie) heeft dit meegedeeld in antwoord op vragen van CDA-Kamerleden. Uit de antwoorden blijkt dat van de in totaal 141 artsen bij de krijgsmacht er 28 toestemming hadden tijdens diensturen nevenwerkzaamheden te verrichten. Gemiddeld waren zij per week 15 uur afwezig. Volgens de staatssecretaris werd toestemming voor het verrichten van nevenwerkzaamheden steeds verleend onder de voorwaarde dat de belangen van de dienst niet zouden worden geschaad. Verleende toestemmingen zullen aan de nieuwe criteria worden getoetst en zodanig ingetrokken, zo blijkt uit de antwoorden.*

## Psychosomatiek

Vijfendertig mensen uit zoveel mogelijk landen kunnen deelnemen aan een seminar over psychosomatische geneeskunde, 5-9 juni aanstaande. De vragen die bij die gelegenheid zullen worden gesteld betreffen de rol die emotionele factoren spelen bij psychosomatische aandoeningen. Door middel van discussie in drie groepen hoopt men dit probleem in de diepte aan te vatten. Inbreng van eigen ervaringen (in de vorm van 'case-histories') zal ten eerste worden gewaardeerd. Kosten: circa £ 190 (full board).

*Inlichtingen Dr. H. E. Pelsler, Velasquezstraat 13, Amsterdam-Z.*

## Leerlingen/gediplomeerden in verpleging

### NZR wil 60:40-norm omkeren

De verhouding leerlingen-gediplomeerden, nu nog 60:40, zal moeten worden omgedraaid. De Nationale Ziekenhuisraad zegt dit in een nota over de problematiek binnen de verplegingsdienst van ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, zwakzinnigeninrichtingen en verpleeghuizen.

De richtlijnen voor de ziekenhuistarieven gaan nog steeds uit van de 60:40-norm, maar in de praktijk is de verhouding tussen leerlingen en gediplomeerden al zo goed als 40:60. Dat komt omdat de verpleging steeds intensiever wordt en omdat het verloop onder de gediplomeerden sterk is afgenomen.

Doordat er verhoudingsgewijs meer gediplomeerden in de inrichtingen werken blijft er minder geld over om leerlingen in opleiding te nemen. Het aantal leerlingen is de laatste jaren dan ook sterk gedaald, terwijl veel van hen moeten worden ontslagen zodra zij hun diploma halen.

De NZR heeft berekend dat aanpassing van de richtlijnen aan de verhouding 40 procent leerlingen, 60 procent gediplomeerden zal leiden tot een bedrag van 185 miljoen gulden aan meerkosten (vergeleken bij 1980) omdat het gemiddelde salaris van een gediplomeerde uiteraard hoger ligt dan dat van een leerling.

De NZR vreest dat het terugbrengen van de opleidingscapaciteit in de toekomst een tekort aan gediplomeerde krachten tot gevolg zal hebben. Als het natuurlijk verloop zich stabiliseert op ongeveer tien procent, zullen er op basis van 1981 bij een ongewijzigd aantal gediplomeerden in de instellingen jaarlijks ongeveer 5.200 'nieuwe' verpleegkundigen en 1.400 ziekenverzorgenden nodig zijn. De behoefte aan nieuw gediplomeerd personeel zal bovendien nog groeien door een toenemende vraag naar zorg tengevolge van de veroudering van de bevolking en door verdergaande arbeidsstijverkorting.

# De uitgeslapen arts

In dit nummer van Medisch Contact zijn twee artikelen opgenomen die de overbelasting van co-assistenten en van assistenten tot thema hebben. Het blijkt dat het een gebruikelijke situatie is dat beide categorieën omstreeks 70 uur per week werken.

Achter deze reeds generaties lang bestaande toestand schuilt een complex van factoren die tezamen deze, zeker in een moderne maatschappij, uitzonderlijk te noemen arbeidsomstandigheden in stand houden. Van dit complex van factoren moet wel een krachtige werking uitgaan, als men bedenkt dat deze toestand niet alleen uit een oogpunt van arbeidswetgeving maar ook om onderwijskundige redenen problematisch is te noemen.

Opvallend is de knik die in de opleiding optreedt na afloop van de eerste vier studie jaren. In die eerste periode is bij alle curriculumvormingen de studiebelasting van de studenten een bijkans heilig gegeven gebleven. Geen enkel curriculum mocht de grens van 1.700 studie-uren per jaar, dat is ongeveer 37 uur per week, overschrijden. Daarna, bij het betreden van de kliniek, mag deze duur klaarblijkelijk om en nabij verdubbelen. Dit geschiedt onder de verantwoordelijkheid van de opleiders, die eerst de 1.700 uur-per-jaargrens consequent hebben gerespecteerd. Daarbij moet men bedenken dat deze tijd voor een deel wordt besteed aan routinewerkzaamheden, die met de studie in de geneeskunde nauwelijks iets te maken hebben: co-assistenten en assistenten dragen zeker bij tot de 'productie'.

Blankenstein en Raat (zie blz. 254) noemen een tijdens de co-assistenten optredend socialisatieproces als de voornaamste oorzaak van lange werktijden van co-assistenten. Hier schuilt ongetwijfeld veel waars in: het behoort tot de normen van de medische sub-cultuur dat er lang wordt gewerkt. Men identificeert zich met de eveneens hard en lang werkende leermeester. Overigens bevorderen de lange werktijd en de daaruit voortvloeiende vermoeidheid het socialisatieproces op hun beurt; ongetwijfeld is het effect van deze situatie, gevoegd bij een systeem van straffen en belonen in een ondergeschikte positie, dat de student de gebruikelijke medische normen en het daarbij behorende gedrag versneld overneemt.

J. C. van Es

Goede geneeskunde  
en  
korter werken  
niet strijdig

Waarom kan die traditie van langdurig en hard werken zich in de geneeskunde zo hardnekkig handhaven, ondanks het feit dat menig arts daaraan bij lange na niet voldoet? Een behoefte aan een hoog inkomen en bijbehorend comfort en statussymbolen speelt ongetwijfeld een rol; de jacht daarnaar is een kenmerk van onze gehele westerse maatschappij. Dit is echter niet de enige verklaring. In tijden waarin de opbrengst slechts gering was werd ook hard gewerkt. De grondslag is, dat de arts een dienend beroep heeft. Hij helpt het lijden te verlichten en waar mogelijk ziekten te genezen. Hierdoor zijn zieken van hem afhankelijk, en dit schept verplichtingen tegenover die patiënten. Deze grondslag van het beroep is aanwezig en ook voelbaar, hoewel volgens Liem (blz. 252) enthousiasme en toewijding door een ziekenhuisbaan in cynisme kan verkeren.

Ongetwijfeld ontleent een arts aan lange werktijden ook een zekere status: deze brengen immers tot uitdrukking dat men een veel gevraagd, en dus een geslaagd arts is. Zeggen dat men het niet druk heeft kan worden beleefd als een falen in het arts-zijn. Het is eigenlijk merkwaardig dat artsen slechts door *drukke bezigheden* en door uiterlijke *statussymbolen* een succesvolle carrière tot uitdrukking kunnen brengen. Dit zal wel te maken hebben met het ontbreken van een hiërarchische opbouw van de medische hulpverlening: de status van de pas beginnende specialist en van de oude rot in het vak is, althans formeel, niet verschillend.

Het is om verschillende redenen van de grootste betekenis dat de cultus van het hard en langdurig werken door artsen wordt doorbroken. Daarvoor noemen de auteurs van beide genoemde artikelen in dit nummer een aantal argumenten: arbeidsrechtelijke argumenten, maar ook

het argument van het verhoogde risico van beoordelingsfouten. Er zijn echter nog drie andere zwaarwegende motieven om naar een 'normale' werksituatie te streven.

In de eerste plaats zullen we ter bestrijding van de toenemende werkloosheid onder artsen moeten komen tot een herverdeling van werk; meer artsen, die ieder voor zich minder werk verrichten. Dit vergt een andere normgeving met betrekking tot hard en veel werken. Aanvaard zal moeten worden dat men een goed arts kan zijn en toch over relatief veel vrije tijd en een relatief laag inkomen beschikt.

In de tweede plaats belemmert een lange werkdag die met veel routinebezigheden wordt gevuld de ontwikkeling van een *studieuze houding*. Deze moet in de opleiding worden gestimuleerd, om in het latere beroepsleven te blijven bestaan. Het beoefenen van de geneeskunde behoort een intellectueel beroep te zijn, waarin het oplossen van problemen mede op literatuurstudie moet zijn gebaseerd. Hiervoor moet dan ook tijd en gelegenheid zijn. Dit is te meer nodig omdat de halfwaardetijd van de bestaande kennis uiterst klein is. 'Education for the future requires learning how to learn'\*. Hieraan ontbreekt het niet alleen in Nederland: 'Academic programs that instruct students on how to develop a useful memory support system and a personal lifelong learning plan are rare'\*\*. De opleiding van co-assistenten en assistenten schiet te kort als daarin onvoldoende gelegenheid tot studie bestaat.

In de derde plaats belemmert een lange werkdag de arts belangstelling te ontwikkelen voor hetgeen zich verder in de maatschappij afspeelt. Zeventig uur per week werken in de gezondheidszorg leidt tot isolement. Misschien ligt hier wel één van de oorzaken van de betrekkelijk geringe maatschappelijke betrokkenheid van artsen. Een arts moet uitgeslapen zijn. ■

\* Matheson NW, Cooper JAS. J Med Educ, October 1982.

\*\* ibid.

**KNMG-voorzitter Dr. J. J. H. M. Daniëls:**

# Solidariteit en verzekering

De gezondheidszorg is in zekere zin altijd te duur geweest. De individuele burger is zelden in staat de kosten daarvan alleen te dragen wanneer hem of haar een ziekte of ongeval van enige ernst overkomt. Wanneer men – en ik meen terecht – zegt dat de gemiddelde burger te weinig kostenbewust is, geldt dat zeker niet het bewustzijn dat het voor de zieke of getroffene zelf onmogelijk is de kosten van zijn verzorging, verpleging en behandeling te betalen uit zijn privémiddelen.

Al heel vroeg kwam men daarom tot het besef dat het beter was een beperkte bijdrage opzij te leggen – ook als men gezond is – om daarmee bij ziekte of ongeval de kosten te bestrijden. Er bestonden afspraken met geneesheren dat zij deze bijdragen ontvingen en als tegenprestatie dan de geneeskundige zorg voor de contribuënten op zich namen zonder verdere kosten: de doktersbus. Daarbij kwam dan voor deze geneesheren nog het voordeel dat zij zich van een basisinkomen verzekerd wisten.

Het voorgaande werd al gauw uitgebreid tot een gezamenlijke bijdrage voor de geneeskundige behandeling van allen die aan de bus hadden bijgedragen. Daarmee was het solidariteitsbeginsel in de gezondheidszorg geschapen. De collectieve verantwoordelijkheid van gezonden zowel als zieken voor de kosten van de gezondheidszorg van de groep. Het is u allen bekend hoeveel variaties op het thema daaruit zijn voortgekomen, van de verantwoordelijkheid van allen voor allen (de genationaliseerde gezondheidszorg) tot die van steeds kleinere groepen voor een steeds beperkter pakket. Dat daarbij het ideaal van het solidariteitsbeginsel in het gedrag moest komen spreekt welhaast vanzelf.

Wat is er nu met deze solidariteit in ons land aan de hand? Eensdeels wordt die overdreven geacht, zoals bij de vrijwillige ziekenfondsverzekering waarvoor iedere verzekeringnemer een gelijk bedrag betaalt, zowel de alleenwonende met een minimaal inkomen als de zelfstandige met een groot gezin en een inkomen tegen de loongrens. Het is duidelijk dat daardoor wrijvingen ontstaan en dat men dan mogelijkheden elders zoekt.

Deze mogelijkheden worden geboden door

verzekeraars die onder verschillende benamingen verzekeringen aanbieden die – met name voor jongeren, weinig risicodragenden, gezinnen – belangrijk voordeliger zijn. Hier is jammer genoeg de onderlinge concurrentie in de plaats gekomen van de solidariteitsgedachte. De vraag is of dit in het belang is van een optimale gezondheidszorg. Deze opbouw (familie- of budget-)polis is immers gebaseerd op een verhoging van premie en eigen risico bij het klimmen der jaren. Op zich niet onaantrekkelijk, ware het niet dat premies en eigen risico óók nog elk jaar zullen moeten worden aangepast aan de inflatie en de stijging van de ziektekosten.

Anderen hebben uitgerekend dat zo een



polis op het 21ste jaar gesloten met een eigen risico van f 500 en een premie van f 39 per maand op het 35ste jaar een premie kent van f 240 en een eigen risico van f 2.250. Zo doorrekenend, heeft men vastgesteld, komt het eigen risico op het 70ste jaar uit op f 80.600! Een ziekenhuisopname van één maand – toch niet ondenkbaar op die leeftijd – staat dan gelijk aan faillissement. Zal het in die gevallen dan aan de artsen en instellingen zijn dit faillissement te doen uitspreken? Of moeten wij dan terug naar de charitas?

Het lijkt mij alleen al op deze gronden dat het gebrek aan solidariteit tot onaantvaardbare consequenties kan leiden voor de gezondheidszorg.

Maar er is nog meer: de voorkeur van jongeren voor zo'n 'budgetpolis' die aanvankelijk voordeliger is dan een vrijwillige ziekenfondsverzekering leidt tot een uitholling van laatstgenoemde verzekering; daarin blijven dan alleen de ouderen en

meer risicodragenden over. De premie daarvoor zal derhalve weer sneller moeten stijgen om kostendekkend te kunnen blijven en dat ten koste van de minder draagkrachtigen. De spanningen die daardoor binnen deze vrijwillige ziekenfondsverzekering zijn ontstaan hebben al geleid tot de aankondiging van de opheffing van het vereveningsfonds. Door dit duidelijke blijk van gebrek aan solidariteit zal in verzekeringstechnisch ongunstige gebieden, met name het westen, de premie nog belangrijk moeten stijgen.

Het spreekt vanzelf dat ook de bejaardenverzekering, die allang niet meer kostendekkend is, door de vergrijzing van de bevolking dubbel onder druk komt te staan, eensdeels omdat er steeds meer bejaarden komen en anderdeels omdat onder hen het aantal hoog-bejaarden snel toeneemt. De noodzaak tot bezuiniging zal het ondenkbaar maken dat de overheid het toenemend tekort van deze hoog-risicodragende verzekering zal blijven subsidiëren. De meest bedreigde groepen zouden dan praktisch buiten een betaalbare verzekering komen te staan.

Zo ziet het er naar uit dat de voornemens deze beide verzekeringsvormen op te heffen onafwendbaar worden. Solidariteit zal dan via een volksverzekering in enigerlei vorm moeten worden voorgeschreven, juist om voor de meest bedreigde groepen van ouderen en minder draagkrachtige zelfstandigen een betaalbare verzekering tegen de kosten van ziekten mogelijk te maken. Zo draagt, mirabile dictu, de particuliere verzekeraar bij aan het ontstaan van een volksverzekering! De beroepsorganisatie kan niet blind blijven voor deze signalen van afnemende solidariteit. De zwartepiet belandt immers in onze hand.

Dr. J. J. H. M. Daniëls  
voorzitter KNMG

## PENSIOENFONDSEN VERGELEKEN

In een naschrift op een brief van de heer J. M. W. Scheltema (Vereniging ter Verbetering van Artsenpensioenen) in Medisch Contact dd. 21 januari 1983 (MC nr. 3/1983, blz. 66) gebruikt de heer S. van Randen (Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen) een conclusie die door een PGGM-voorlichtingsfunctionaris tijdens een bijeenkomst in Den Helder zou zijn gegeven. Het komt ons voor dat hier sprake is van een misverstand.

De voorlichtingsbijeenkomst waar de heer Van Randen op doelt, werd in juni 1982 door de afdeling Den Helder van de KNMG voor haar leden georganiseerd. Uitgenodigd waren vertegenwoordigers van de pensioenfonds voor medisch specialisten en voor huisartsen en van het pensioenfonds PGGM. Het PGGM heeft de uitnodiging aanvaard onder vermelding van zijn standpunt dat het te allen tijde bereid is informatie over de inhoud van zijn pensioenregeling te geven – zeker als een aantal van de toehoorders deelnemer in het fonds is – maar dat het niet bereid was vergelijkingen met andere pensioenfonds te maken, laat staan een waardeoordeel over een andere regeling uit te spreken. Aan dit uitgangspunt heeft de voorlichtingsfunctionaris zich gehouden. Hij heeft bovendien gewezen op gevaren van vergelijken, omdat daarbij met vele, zeer verschillende factoren rekening moet worden gehouden.

Voor de goede orde zij hier nog vermeld dat de PGGM-pensioenregeling voorziet in een volledig pensioenpakket, inclusief een regeling voor vervroegde uittreding. De regeling omvat een vervoerstavast eindloonsysteem volgens het dienstjarenstelsel, met inbouw van de AOW. Een belangrijk element is de back-servicevoorziening, die inhoudt dat vroegere diensttijd onder bepaalde voorwaarden kan meetellen als deelnemerstijd.

*Voorbeeld.* Een gehuwde arts werkt in loondienst en heeft een bruto jaarsalaris van f 110.000. Hij is deelnemer in het PGGM. Hij betaalt aan pensioenpremie in 1983:  $9,4\% \times (f 110.000 - f 22.734 (= \text{franchise})) = f 8.203$ . Zijn werkgever betaalt aan pensioenpremie voor hem: f 13.797. Totale premie 1983: f 22.000. Het hypothetische ouderdomspensioen dat in 1983, voor één deelnemersjaar, voor hem is verzekerd, bedraagt  $(1\frac{1}{4}\% \times f 110.000 - 2\% \times f 19.892 (= \text{AOW})) \times 1 = f 1.527$ . Het woord 'hypothetisch' is hier gebruikt, omdat het PGGM een eindloonsysteem hanteert en niet rekent met een opbouw per jaar.

Zou bovenstaande deelnemer in 1983 voldoen aan de voorwaarden: 1. 60 jaar of ouder zijn, en 2. tenminste vijf jaar vóór de ingangsdatum van de uitkering ononderbroken hebben deelgenomen, dan kan hij gebruik maken van de OBU (= overbruggingsuitkering)-regeling. Heeft hij tien ononderbroken deelnemersjaren direct voorafgaand aan de ingangsdatum van

## Wenken voor schrijvers van brieven en auteurs van artikelen

### Brieven

Plaatsing van brieven in deze rubriek houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. Om dit te voorkomen gelieven briefschrijvers hun kopij te beperken tot circa driehonderd woorden.

### Artikelen

Auteurs van artikelen gelieven er rekening mee te houden dat de redactie ernaar streeft zoveel mogelijk artikelen te plaatsen die niet langer zijn dan tweeduizend woorden (= twee MC-pagina's). Bij inzending van kopij gaat de redactie ervan uit dat deze kopij niet tevens elders ter publikatie wordt aangeboden; de inzender draagt het auteursrecht aan de redactie over indien publikatie volgt. Kopij gaarne in tweevoud, op eenzijdig betypte vellen, regelafstand  $1\frac{1}{2}$ , ruime marges. Te publiceren artikelen dienen te zijn voorzien van een korte samenvatting en een summiere beschrijving van de functie van de auteur alsmede een pasfoto. Tabellen en illustraties, voorzien van opschrift, gaarne op een apart vel. Bij voorkeur niet meer dan vijf literatuurverwijzingen.

de uitkering, dan bedraagt de bruto-uitkering  $75\% \times f 110.000 = f 82.500$  per jaar. Deze uitkering loopt door tot de 65-jarige leeftijd (datum van pensionering). Gedurende de looptijd van de OBU hoeft geen pensioenpremie te worden betaald; de OBU-tijd telt wel mee voor de berekening van het ouderdomspensioen.

Zou bovenstaande deelnemer in 1983 65 jaar zijn geworden en vanaf zijn 30e jaar in loondienst zijn geweest van bijvoorbeeld een particuliere verplegingsinrichting, dan heeft hij recht op vijftig pensioenjaren. Het pensioen over al die jaren wordt afgeleid van het gemiddelde van de laatste twee jaarsalarissen. Stel het gemiddelde is f 110.000. Het ouderdomspensioen bedraagt dan:  $(1\frac{1}{4}\% \times f 110.000 - 2\% \times f 19.892) \times 35 = f 53.450$  per jaar. Daarnaast ontvangt hij, als iedere 65-jarige, de AOW-uitkering waarop hij recht heeft, in 1983: f 19.892.

Zeist, februari 1983

N. E. J. Wolfs,  
hoofd Voorlichting Pensioenfonds PGGM

### Naschrift

Zoals de heer Wolfs zich ongetwijfeld zal weten te herinneren, bevestigde hij dat onze pensioenvoorziening een betere waarborg biedt voor de waardevastheidsbescherming. Dat is ook volkomen logisch. Immers, bij een rendement van bijvoorbeeld 7% kunnen wij door onze lage rekenrente  $6\frac{1}{4}\%$  indexeren en het PGGM 3%.

Voorts betaalt in onze regeling iedere deelnemer – afgezien van de tijdelijke back-service – uitsluitend premie voor zijn eigen pensioen. Bij het PGGM betalen de vele tienduizenden jonge/lager gehonoreerde deelnemers mee aan het pensioen van de relatief kleine groep oudere/hoger betaalde deelnemers. Er vindt daar dus een stille inkomensoverdracht plaats. Bij ons niet.

Al met al zal onze uitkering na vijftig jaar premie (net als in het PGGM-voorbeeld) tenminste f 53.802 bedragen.

Utrecht, februari 1983

S. van Randen, voorzitter SPH

## INTRAMURALE PSYCHIATRIE

Collega Höppeners pleidooi voor decentralisatie van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis (MC nr. 4/1983, blz. 107) kan ik grotendeels onderschrijven, maar ik heb er wel enkele kanttekeningen bij te maken:

1. Sommige Nederlandse PAAZ'en kunnen inderdaad de door hem bedoelde functie(s) vervullen, maar de PAAZ als onderdeel van een algemeen ziekenhuis is verre van gedecentraliseerd. Een groot algemeen ziekenhuis is over het algemeen (en dat kan ook niet anders gezien de enorme kosten voor de vele apparaten en dergelijke) niet wijkgericht te decentraliseren. PAAZ'en kunnen nooit als wijkcentra voor meer dan één wijk functioneren. Met andere woorden: Höppeners pleidooi voor decentralisatie houdt op aan de grens van zijn eigen werktein.

2. De staat van het artikel bevat enerzijds een pleidooi voor nieuwbouwplannen in bepaalde regio's die in vijf tot tien jaar zouden kunnen worden gerealiseerd en anderzijds de opmerking dat de huidige psychiatrische ziekenhuizen niet langer binnen hun complex (vervangende) nieuwbouw mogen plegen. Ik ben zeker voorstander van zo ver mogelijk gaande afbouw van psychiatrische ziekenhuizen, maar het strijkt mij tegen de haren patiënten nu de volgende vijftien jaar in vaak krotachtige huisvesting te moeten laten totdat er nieuwe PAAZ'en zijn gebouwd (nieuwe algemene ziekenhuizen, of toch nieuwe centra als deel van de psychiatrische ziekenhuizen maar dan ge-



decentraliseerd?). Kent Höppener de leefomstandigheden van de psychiatrische patiënten in de 'verblijfsafdelingen' wel?

Ik denk dat de schaalverkleinende restauraties en nieuwbouw binnen veel psychiatrische ziekenhuizen voorlopig nog krachtig moeten kunnen worden gefinancierd om die personen die al vaak tientallen jaren daar verblijven een menswaardiger bestaan te kunnen geven en dat te zelfder tijd gedecentraliseerde voorzieningen vooral op wijkniveau nodig zijn. Voor zover de PAAZ'en nodig zijn dienen die met name psychisch ontregelde mensen op te vangen voor wie door de aard van hun ontregeling gecompliceerd medische diagnostiek en therapie onmisbaar is. Dat is mijns inziens de specifieke taak die koppeling van zulke afdelingen aan de uiterst kostbare algemene ziekenhuizen rechtvaardigt.

Bennebroek, februari 1983

Dr. F. van Ree

## VERSTERKING (?) EERSTE LIJN

Lieve 'hoofdwijkverpleegkundige' en 'wijkverpleegkundigen' uit Tilburg (MC nr. 5/1983, blz. 121), hartelijk dank voor het inzicht dat u mij gegeven heeft in uw werk. U moet het wel erg druk hebben met 'bedside-nursing, verpleegplan opzetten, voorwaarden scheppen, beleidsvoorbereiding, inspraak, professionalisering, zorgverlening', want u bent per slot van rekening ook een 'eerstelijnswerker' en niet te vergeten maakt u deel uit van de 'basis-eenheid' ofte wel het 'basisteam' en ik twijfel er niet aan dat u ook nog zeer 'gemotiveerd' bent en de *zorgvuldigheid* waarmee u dit alles doet blijkt wel uit uw conclusie waarin u in een viertal zinnen spreekt over 'zorgverlening', 'aanvullende zorg', 'zelfzorg' en natuurlijk de zo belangrijke 'mantelzorg'.

Tja, ik begrijp best dat ik als eenvoudige huisarts met mijn praktijk van 2.600 'zielen' geen 'optimale zorg' kan bieden, tenminste als ik zou moeten werken zoals u dat doet. In de eerste plaats zal ik de cursus 'modern taalgebruik' moeten volgen, daarna zal ik mij moeten bekwamen in 'de techniek van het vergaderen' en natuurlijk is een 'assertiviteitstraining' ook nooit weg en nadat ik dan eerst nog een nieuwe naam voor mijn beroep verzonnen heb, zoiets als 'gezinspsychosomatoloog', zal ik misschien naar uw norm in het basisteam gemotiveerd kunnen functioneren.

Weet u, zusters, oh pardon, wijkverpleegkundigen, daar heb ik gewoon geen tijd voor en natuurlijk ook geen zin in. Hierdoor bevestig ik waarschijnlijk uw idee over de ongemotiveerde ouderwetse huisarts. Het zij zo. Ondertussen, terwijl u vergadert en de gezondheidszorg optimaliseert, werk ik gewoon door en maakt u zich over dat praktijkje van mij maar geen zorgen. Het 'afleggen' van mijn patiënt die na een ziekbed thuis is overleden doe ik tegenwoordig zelf, meestal samen met

de familie. Het regelmatig 'prikken' van mijn patiënten doe ik ook nog zelf, inderdaad zonder 'beleidsplan' en meestal zonder honorarium. Weet u, ik heb er inmiddels mee leren leven en heb het feit aanvaard dat de 'zuster' tijdens de vergadering is overleden. Ik zal er echter voor waken dat in mijn praktijk de 'dokter' aan dezelfde ziekte ten onder gaat.

Harmelen, februari 1983

A. J. Speelman

## EUTHANASIE

In Medisch Contact van 4 februari jl. (MC nr. 5/1983, blz. 139) staat het verslag van het symposium over euthanasie van de KNMG-afdeling Noord-Oost-Brabant. Prof. Colenbrander zegt daarin dat de meerderheid van de aanwezigen euthanasie niet principieel afwijst. Hij zegt er echter niet bij dat degenen die geen lid zijn van die afdeling daar op uitnodiging waren. Het staat dus niet vast dat de mening van die meerderheid ook de meerderheid van Nederlandse artsen vertegenwoordigt.

Overigens kan men uit de mening van welke meerderheid dan ook, niet vaststellen of euthanasie goed of kwaad is. Als men dat niet zou weten moet men het vragen aan een vakman: een moraaltheoloog of een dominee of een ethicus als men niet-christelijk is.

Onder de sprekers was een ethicus: Sporken. Deze heeft niet verteld waarom euthanasie goed of slecht is, sterker nog, hij heeft nog niet eens gezegd of het goed of slecht is, alleen maar wat de meerderheid denkt. Hij heeft dus verstek laten gaan.

Admiraal, de man van de handleiding, acht de verpleegkundige de belangrijkste figuur voor de patiënt omdat deze met haar (hem) een diepe onderlinge relatie krijgt. Die verpleegkundige is dan niet best af als de patiënt daarna dood gaat.

Mevrouw Van Till zegt dat de wet niet veranderd (ze bedoelt vernuimd) moet worden, omdat de rechtszekerheid van de patiënten dan achteruit gaat. Maar al wil zij dat niet, het zal toch gebeuren.

Eindhoven, februari 1983

J. F. M. de Kok

## VUT VOOR SPECIALISTEN?

Het artikel van Dr. A. A. Sollewijn Gelpke verbaasde ons wel een beetje<sup>1</sup>, want wat hij bepleit is grotendeels hetzelfde als wat wij eerder in dit blad ook hadden voorgesteld<sup>2</sup>.

Niettemin zijn wij erg blij met zijn steun. Het hangt daarbij inderdaad af van de respectieve financiële posities en mogelijkheden, zoals in het geval van de gynaecoloog 'A' wordt voorgerekend.

Uit enkele schriftelijke reacties die ons des tijds gewerden bleek echter ook dat niet ieder

het voorbeeld van collega 'A' wil volgen<sup>3,4</sup> of er althans moeite mee heeft. Een fiscaal aantrekkelijke regeling bij de overdracht lijkt ons een interessante steun. Ook zou (het bestuur van) de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten eens kunnen bestuderen in hoeverre van haar zijde een bijdrage zou kunnen worden geleverd, tenminste als men belangstelling voor deze problematiek tot zijn taak rekent.

Utrecht, februari 1983

J. H. J. Ruijs  
C. B. A. J. Puijlaert

### Literatuur

1. Sollewijn Gelpke AA. VUT voor specialisten? Medisch Contact 1983; 38: 125
2. Ruijs JHJ, Puijlaert CBAJ. VUT-regeling voor specialisten? Medisch Contact 1982; 37: 1153.
3. Reus HD de. VUT-regeling voor specialisten? Medisch Contact 1982; 37: 1434.
4. Boer GWGJ de. 'VUT'- of 'KOEK'-regeling? Medisch Contact 1982; 37: 1403.

## BASIS-TAKENPAKKET HUISARTS

### Politiek geschrift als beroepsbijbel

Het is de taak van de huisarts . . . En dan volgt een litanie in lengte en idealisme die haar weerga zelfs in de rooms-katholieke kerk niet kent. Het is een bekend en algemeen aanvaard verschijnsel – met literatuur onderbouwd – dat wat artsen zeggen wat ze doen, *weinig* te maken heeft met wat ze werkelijk doen: een opmerkelijk verschijnsel maar merkwaardigerwijs nauwelijks uitgediept en onderzocht.

De LHV komt nu met een concept-rapport betreffende 'het basis-takenpakket' van de huisarts (MC nr. 50/1982, blz. 1596); voor mezelf leg ik zo'n rapport uit als 'wat de huisarts behoort te denken wat hij behoort te doen'. Tussen ideaal en werkelijkheid gaapt zoals gezegd een brede kloof. En wat gebeurt er nu via het LHV? De contouren van het tot nog toe erg wazige ideaal worden aangescherpt. De apocriefen tot bijbel verheven. De huisarts kan daar nu niet meer omheen. Er bestaat ook kans dat zo'n rapport een vervreemdend effect heeft op de huisarts ('Ben ik nou gek dat ik dat allemaal niet kan of deugt het rapport niet?'). Deze publikatie staat qua inhoud en bedoeling niet alleen.

Universitaire publikaties als 'Methodisch werken' en 'Preventie van somatische fixatie' zou ik specifieke taakomschrijvingen voor de huisarts willen noemen. Daar komt nu een algemene taakomschrijving bij en daarmee wordt de reeks wat ik zou willen noemen 'goede bedoelingen-literatuur' gecompleteerd.

De dokters hebben het druk en jongere collega's worden in een toenemend aantal werkloos. Dus is de LHV geporteerd voor praktijkverkleining. Dit idee is verkoopbaar naar de *werkzame beroepsgenoten* als er geen gelijk- ▶

tijdige inkomstenverlaging is bij die verkleining en is naar de politieke instanties verkoopbaar als je verklaart welke vele en zware taken de huisarts al heeft (waarvan dit rapport de neerslag is). Dit is waarschijnlijk de reden waarom dit rapport *op dit moment* verschijnt. De huisarts als hulpverlener wordt er waarschijnlijk niet mee geholpen, de huisarts als neringdoende wel. Voor de arts-assistent geeft het wel duidelijkheid, zij het dat het wel een wat overspannen beeld geeft van de huisarts in functie, maar dat zal die arts-assistent ook wel ontdekken. De omvangrijkheid van het rapport gaat evenredig gepaard met de hoeveelheid mist die nodig was om de werkelijke (politieke) bedoeling van het rapport te verhullen. Een geloofsbelijdenis als deze heeft evenmin als de bijbel zelf ooit mensen het goede pad op geholpen. De bijbel heeft wel effect gesorteerd, in die zin dat schrijvers en verdedigers van de nieuwe leer er hun status aan ontlenden; en dat de gelovigen er goeie voornemens in kunnen lezen om vervolgens het menselijk tekort – in dit geval de moeilijke praktijksituatie – sneller te vergeten. Over de inhoud kan ik kort zijn: het is een gedegen werkstuk in heldere taal.

P.S. Het (na oktober gepubliceerde) vestigingsrapport heeft mij in mijn mening nog versterkt.

Amsterdam, 13 februari 1983

J. Stam

## ZELFHULPGROEP

### Oproep

Een 52-jarige patiënt uit mijn praktijk kreeg twee jaar geleden een herpes simplex encefalitis. Er ontwikkelde zich bij hem een volledig amentieel syndroom met daarbij ook gedragsstoornissen. Sindsdien heeft hij bijna 24 uur per dag verzorging en bewaking nodig. Zijn echtgenote, die deze taak op zich heeft genomen, wil graag in contact komen met mensen die in dezelfde situatie zijn geraakt. Heeft u mensen in uw praktijk die met dezelfde problemen kampen, dan kunnen zij contact opnemen met Mw. M. G. Huel-de Könningh, Staringsstraat 18, 2032 VB Haarlem.

Haarlem, februari 1983

D. E. Kuenen, huisarts

## HERKENBAARHEID GENEESMIDDELEN

### Een voorstel

Recent ontving ik van twee grote farmaceutische firma's een uitvoerige documentatie over de herkenbaarheid van hun geneesmiddelen,

waarbij door het vermelden van vele bijzonderheden, zoals de afmetingen in drie richtingen, uiterlijke vorm en lettertekens op de diverse tabletten en dragees, het geneesmiddel prachtig te herkennen zou zijn.

De uitgeverij Promedia b.v. maakte in 1979 een editie van 'Consulent der geneeskunde', waarin opgenomen werd een uitvoerige identificatiegids, met behulp waarvan het voor een zeer bedrevene mogelijk wordt capsules, pillen, dragees en tabletten nader te identificeren.

In de algemene praktijk en op een eerste-hulpafdeling zal het nog wel eens gebeuren dat het bij tentamen suïcidi of bij kinderen die tabletten als snoepjes geslikt hebben, moeite kost goede informatie te krijgen over het geslikte. Gelukkig staat er op de etiketten van afgeleverde geneesmiddelen vaak duidelijke informatie, zodat men schattingen kan maken over de ingestie. Apotheken kunnen gebeld worden om nadere informatie, maar na kantoortijd zijn de meeste apotheken gesloten.

Het zou wel zo eenvoudig zijn wanneer de medicamenten een opdrukje hadden waarop de naam en sterkte al of niet afgekort vermeld staan. Gezien het feit dat de in de aanhef aangeduide firma's hun handelsmerk en allerlei codeletters op tabletten etc. kunnen drukken, moet het ook wel mogelijk zijn om een andere tekst in of op te drukken, waarmee het geneesmiddel meteen herkenbaar wordt. Ik herinner mij dat ik vroeger op een heel klein tabletje digoxine heel duidelijk de woorden 'tabloid brand' kon lezen.

Ik stel voor, dat de Commissie die de toelating van nieuwe geneesmiddelen moet beoordelen als één van de eisen waaraan het middel moet voldoen zal stellen dat het nieuwe middel een opdruk krijgt die goede herkenning mogelijk maakt. Als bovenstaande suggestie iedereen die er mee te maken heeft aanspreekt, zullen misschien de fabrikanten uit eigen initiatief hun diverse opdrukken wijzigen. Naar mijn mening zijn ook afgekorte namen van geneesmiddelen te verkiezen boven codeletters, dus liever apreso 25, ludio 50, hygrot 50, lopres 200 dan de codes GF, ER, ZA, CDC.

Amsterdam, februari 1983

L. Donker

## SPECIALISTENPENSIOENEN

Het is duidelijk dat de sussende woorden van de besturen van de KNMG-pensioenfondsen een groot aantal collegae niet tot bedaren brengen. Naar mijn mening terecht. Ik onderschrijf dan ook de stellingname van de Gelderse collega's in Medisch Contact van 11 februari jl. (MC nr. 6/1983, blz. 149).

Het KNMG-bestuur zou er goed aan doen te beseffen dat omwille van de pensioenfondsen reeds vele collegae hun KNMG-lidmaatschap hebben opgezegd en dat er meer zullen volgen. Uit de voortdurende stroom van brieven in

Medisch Contact en de daarop volgende kribbige antwoorden van de leden van de pensioenfondsenbesturen blijkt de niet aflatende onvrede.

Mijn voorstel zou *ook* zijn de Pensioenfondsen te ontbinden. Beter een KNMG zonder pensioenfondsen dan pensioenfondsen zonder KNMG.

Utrecht, februari 1983

Prof. dr. F. L. Meijler, cardioloog

## ARTSEN EN KERNBEWAPENING

In Medisch Contact van 28 januari jl. (MC nr. 4/1983, blz. 92) schreef collega Daniëls als voorzitter van de KNMG behartigenswaardige woorden over de houding die artsen moeten innemen tegenover de kernbewapening. Terecht stelt hij dat artsen zich als artsen moeten beperken tot hun eigen deskundigheid. Als burger ligt dat anders, maar, waarschuwt hij, denk aan het vertrouwen in de professionele deskundigheid en de onderlinge solidariteit als beroepsgroep.

Een kanttekening lijkt echter niet overbodig. Collega Daniëls' redenering is redelijk eenvoudig: in politieke zaken hebben medici geen professionele deskundigheid; nucleaire bewapening is een puur politieke kwestie. Dus . . . Dus?

Politiek heeft te maken met de samenleving van mensen, groepen en staten. Politici zijn vakspecialisten die belangen dienen af te wegen op velerlei gebied alvorens tot besluiten te komen, besluiten in het belang van mensen, groepen en staten. Stellig juist. Belastingen, maximum-snelheid, inleveringspercentages, inkomens van medische specialisten . . . Akkoord. Maar gaat het niet wat ver om deze vakspecialisten te laten beslissen over de mogelijke dood van miljoenen? Het komt mij voor dat in zaken van leven en dood ieder mens, dus de hele bevolking, persoonlijk mee moet beslissen. Dit geldt ook voor artsen. Maar voor artsen ligt de keus al vast vanaf het moment dat ze hun beroep zijn ingegaan: zij hebben al eens gezworen (of beloofd) voor het leven te kiezen. Gezien de dreiging tot massa-executie die

kernbewapening onvermijdelijk – en algemeen erkend – inhoudt, kan de arts die zijn vak ernstig neemt niet anders doen dan deze kernbewapening afwijzen. De beslissing overlaten aan politici is proberen te ontkomen aan de eigen, medische verantwoordelijkheid.

Maar de kernbewapening dient er juist voor massa-executie te voorkomen, zegt men als verweer, en heeft dit sinds 1945 al gedaan. Laat ons even het grote aantal oorlogen vergeten die sinds 1945 hebben gewoed, die kennelijk niet waren te voorkomen en waarvan het aantal doden verre dat van WO II overtreft. Dan nog mis ik in collega Daniëls' betoog een ►

belangrijk, medici direct aangaand aspect: de angst en onzekerheid bij 'gewone mensen', de hopeloosheid onder de jeugd en de uitzichtsloosheid, die niet alleen op de economische recessie zijn terug te voeren. En wat te denken van de sociale nood die ook in Europa (om van de VS, Rusland, en andere ontwikkelingslan-

den maar te zwijgen) duidelijk wordt dankzij de krankzinnige hoeveelheid geld die naar 'Defensie' (hóórt u dat woord, lezer?) gaat? Ook zonder kernoorlog (voor welks gevolgen wij volgens collega Daniëls wél dienen te waar- schuwen) wordt het welzijn van velen reeds door de kernbepaling benadeeld, hetzelfde

welzijn dat wij medici worden geacht te bevorderen. Over vertrouwen in onze professionele deskundigheid gesproken!

Groningen, 14 februari 1983

Prof. Dr. B. C. L. Touwen

## 26: Routine

Robert had de mensen op het postkantoor verzocht tijdens onze vakantie alle post achter te houden. Geen overbodige maatregel, zo bleek vandaag toen de postzak werd geleegd. Het zal Wiesje zeker drie dagen kosten tussen haar normale werkzaamheden door de stapels brieven, tijdschriften en reclames te verwerken. Ofschoon patiënten bij onze afwezigheid een beroep kunnen doen op zes waarnemers – en sommigen hiervan dankbaar gebruik maken voor een 'second opinion' – geven de meesten er de voorkeur aan de terugkomst van hun eigen dokter af te wachten. Dat pleit voor Robert, ook al kon hij vandaag nauwelijks van zijn populariteit genieten; zijn komst werd verwacht op het huisartseninstituut, waar zijn vakmanschap zou worden getoetst. Aldus kreeg ik de kans wat routine op te doen. In een uur tijd heeft Wiesje achtenveertig afspraken gemaakt: reken tien minuten per consult, en we komen precies op een achturige werkdag. Maar dan zijn er nog de 'tussendoortjes': middenoorontstekingen, rode ogen en kleine verwondingen. Ik kan mijn lol helemaal op, wanneer ik bemerk dat patiënten niet alleen klachten uitstellen maar ook opsparen.

Mevrouw Geelen heeft van dit laatste een vaste gewoonte gemaakt, niet zozeer om ons als wel om haar eigen portemonnee te sparen, want zij is particulier verzekerd. In onze praktijk wordt geen enkel onderscheid gemaakt tussen ziekenfondsverzekerden en particulieren. Meestal weet ik niet eens hoe men verzekerd is en dat interesseert mij ook niet. Toch rijst wel eens een vermoeden, wanneer een patiënt na een kwartiertje wachten boos binnenkomt, geërgerd vraagt of dokter Stuyt er niet is en dan uit zijn portefeuille een papiertje laat glijden met vier klachten, twee medische vragen en een rits medicamenten, die weer moeten worden uitgeschreven.

Het zou overdreven zijn op deze wijze mevrouw Geelen te typeren. Het contact met haar verloopt altijd plezierig. Op één kleine ergernis na: haar verlanglijstje eindigt steevast met de vraag of de bloeddruk even kan worden gecontroleerd, terwijl deze al jaren normaal, ja zelfs opvallend constant is. Robert heeft keurig geïnformeerd of ze misschien



ergens bang voor was en hierna gezegd dat één controle per jaar voldoende zou zijn. Desalniettemin blijft ze erop aandringen – ook nu weer – vriendelijk maar beslist, en met tegenzin voldoe ik aan haar verzoek. 'Beschouw het als een service', heb ik me de vorige keer trachten wijs te maken. Nu spiegel ik mezelf voor dat ik de bloeddrukmeter aan het iken ben.

Patiënten als juffrouw Tummers zijn eigenlijk veel lastiger. Deze pinnige, hooghartige tante staat erop door Robert te worden behandeld, maar neemt geen genoegen met mijn mededeling dat hij een dag 'op de universiteit werkt'. In plaats van op te roepen kijkt ze mij vol verachting aan. 'Kun jij hem daar niet bellen?', vraagt ze nijdig. Ik antwoord dat hij niet mag worden gestoord, maar dat ze wel meteen een nieuwe afspraak kan maken. 'Doe dat dan maar', commandeert madame gepikeerd. Ik verwijs haar naar Wiesje. Zonder een hand te geven of iets te zeggen draait ze zich om en loopt met venijnige pasjes de spreekkamer uit, een glinsterend handtasje tussen elleboog en zij geklemd. Later hoor ik dat juffrouw Tummers analiste is en 'jonge knullen niet mag'. Mevrouw Witteveen, op wie Robert is afgeknaapt, vindt het juist heerlijk mij achter het bureau aan te treffen. 'Dan kan ik tenminste mijn klachten kwijt!', roept ze enthousiast. Eer ik iets kan zeggen begint deze broodmagere, opgedirkte patiënte haar klachtenshow. 'De laatste weken, dokter, heb ik een verschrikkelijke last van mijn voeten. Ik kan er haast niet op lopen.'

'Vertel er eens wat meer van . . .'

Volgt een bizar verhaal over vermoeidheid bij de tenen. Inclusief onderzoek, waarbij ze vrolijk op en neer huppelt, ben ik vijf minuten kwijt. Therapie: geen.

'Dokter, voor ik het vergeet . . . zou u mijn bloeddruk willen meten? Ik heb soms afschuwelijke hoofdpijn . . .' Om te tonen hoe erg deze is, trekt ze krampachtig aan haar haren. Helaas krijg ik nauwelijks de tijd om de tensie te meten: 'Dan mijn rechterknie, dokter. Dat zit ook niet goed.' Ze wipt haar onderbeen omhoog.

'Is er wat aan te zien?'

'Nee, het zit inwendig . . .'

Buigen, strekken, buigen, strekken, draaien, nog eens draaien, pets, de reflexhamer erop. Conclusie: geen afwijkingen!

'Nu moet u eens in mijn hals voelen. Daar zit een knobbel . . .'

Inderdaad! Een opgezette klier . . . Verrek, besef ik plotseling, er zit een systeem in haar klachten: eerst onder, dan boven, dan weer onder, dan boven . . . Het wordt hoog tijd het initiatief weer in eigen handen te nemen en een einde aan deze acte te maken. Ik ga meteen over op de therapie: 'En mevrouw, welke pillen zijn op?'

'Oh, dokter', constateert ze verschrikt, 'dat ben ik helemaal vergeten. Maar dat komt omdat ik zo ontzettend weinig hersens heb. Kunt u daar niets aan doen?'

Gelukkig zijn klagers en klaagsters in de minderheid, maar ze blijven je het langste bij. De meeste patiënten komen met reële klachten en problemen. Dan valt mij steeds opnieuw op met hoe weinig je mensen gelukkig kunt maken. Net één minuutje langer luisteren of één vraagje extra stellen: dat is het simpele geheim om een patiënt tevreden te stellen.

Tussen de afspraken door meldt zich een Afrikaans echtpaar, dat ik moet doorzenden naar de huidarts. Om taalproblemen te voorkomen maak ik zelf voor hen een afspraak en teken ik een kaartje met de weg. Dat is alles. Zowel de man als de vrouw komen woorden te kort om hun dank te betuigen. Ze stralen als twee gelukkige kinderen. Waar heb ik dat aan te danken, vraag ik me af. Ik doe toch niet meer dan mijn plicht . . .

Michel van Hout



Drs. S. E. M. Everwijn, Prof. Dr. R. A. de Melker, Prof. Dr. C. Spreeuwenberg



# Huisartsgeneeskunde naar volwassenheid

**De huisartsgeneeskunde moet, voor wie naar de praktijk kijkt, nog volwassen worden. Ze kán het ook worden. Zij zal dan weer in contact moeten treden met de specialistische geneeskunde. Daarnaast zal zij bij het ontwikkelen van begrippen beter op de praktijk moeten letten. Drs. S. E. M. Everwijn (afdeling Onderzoek en Ontwikkeling van Onderwijs RU Utrecht), Prof. Dr. R. A. de Melker (hoogleraar huisartsgeneeskunde RU Utrecht) en Prof. Dr. C. Spreeuwenberg (idem VU Amsterdam) maken de balans op.**

In haar dissertatie komt Touw-Otten tot de conclusie dat ten aanzien van de inhoudelijke aspecten van het wetenschapsgebied 'huisartsgeneeskunde' nog steeds van theoretische onrijpheid moet worden gesproken. Sociaal gezien is dit wetenschapsgebied erkend en kan van volwassenheid worden gesproken. De term 'huisartsgeneeskunde' wordt echter niet alleen gebruikt om daarmee het wetenschapsgebied aan te geven; er wordt ook een specifiek veld van professioneel handelen mee aangeduid. Tussen dit professioneel handelen en de wetenschapsbeoefening bestaat een zekere verwantschap en wederkerige beïnvloeding, maar beide activiteiten moeten scherp worden onderscheiden. In de dagelijkse praktijk maakt de huisarts veel gebruik van theorieën, kennis en vaardigheden die buiten de huisartsgeneeskunde zijn ontwikkeld; voor een groot deel betreft dit geneeskundige kennis.

Binnen de eerste lijn onderscheidt de huisarts zich van andere hulpverleners door het feit dat hij arts is. Binnen de geneeskunde is het specifieke van de huisarts dat hij zijn kennis in een niet aan het ziekenhuis gebonden situatie toepast en zijn kennis expliciet plaatst tegen de context waarbinnen hij zijn patiënt met zijn gezondheidsproblemen ontmoet. Om dit laatste adequaat te kunnen doen zijn er de laatste jaren binnen de huisartsgeneeskunde modellen ontwikkeld, die als basis van het denken en handelen voor de huisarts kunnen fungeren – 'methodisch werken' is een voorbeeld van zo'n

model – en die zijn bedoeld om het professioneel handelen van de huisarts te optimaliseren.

In dit artikel willen wij ons niet zozeer bezighouden met het wetenschapsgebied huisartsgeneeskunde, maar veeleer met de modellen die als basis voor het praktisch handelen zijn ontwikkeld. Wij willen nagaan in hoeverre ten aanzien van de aan het praktisch handelen ten grondslag liggende modellen eveneens van volwassenheid kan worden gesproken. Ook dit gebied kan men op zijn sociale en inhoudelijke aspecten beoordelen.

Sociaal gezien is er veel veranderd. De afgelopen jaren zijn aan alle medische faculteiten één of meer kroondocenten huisartsgeneeskunde benoemd. Er kwam een specifieke beroepsopleiding tot huisarts tot stand, en het eigen karakter en het belang van het werk van de huisarts werd door de overheid erkend. Deze erkenning heeft nog onvoldoende geleid tot het nemen van beleidsmaatregelen om de huisarts de hem toegedachte plaats ook daadwerkelijk te laten uitoefenen. Ondanks nog bestaande wensen, zoals een tweejarige beroepsopleiding, en ondanks de aanwezigheid van wezenlijke gevaren, zoals de ontwikkeling van diverse vormen van categorale geneeskunde, kan worden geconcludeerd dat de positie van de huisartsgeneeskunde in onze maatschappij is erkend en dat de huisartsgeneeskunde als professie sociaal als volwassen mag worden beschouwd.

In dit artikel richten wij ons op de inhoudelijke grondslagen van het praktisch handelen van de huisarts. Hierbij wordt vooral gelet op theoretische inzichten, begrippen en normatieve modellen zoals deze de laatste twintig jaar zijn ontwikkeld. Nagegaan wordt in hoeverre er over deze inzichten consensus bestaat, in hoeverre deze inzichten rijp zijn, dat wil zeggen in hoeverre ze evenwichtig passen in de taken en functies van de huisarts en in hoeverre ze ook toepasbaar zijn. We letten dus op consensus, rijping en toepasbaarheid.

Een dergelijk oordeel is nooit objectief. Veel van hetgeen wordt gesteld berust op een tentatieve analyse van de huidige situatie. Toch hopen wij aanbevelingen te kunnen doen om de ontwikkeling van de

huisartsgeneeskunde naar volwassenheid te sturen.

## Ontwikkeling

Tot de jaren vijftig zijn de ontwikkelingen van de huisartsgeneeskunde voornamelijk bepaald door externe, dat is: buiten de invloed van de huisarts gelegen, factoren; Van Hove-Baeck noemt onder meer de ontwikkeling van de specialistische geneeskunde, de opkomst van de preventieve geneeskunde door initiatieven van particulieren en de overheid, de invoering van de verplichte ziektekostenverzekering via de ziekenfondsen en veranderingen in de aangeboden morbiditeit en het klachtenpatroon. In de jaren vijftig is een beweging op gang gekomen die ten doel had het patroon te doorbreken dat de huisarts alleen passief op deze invloeden reageert en te bewerkstellingen dat de huisarts leert actief in te spelen op zijn bijzondere positie binnen het Nederlandse gezondheidszorgsysteem.

Vooraf sinds het reveil van de huisartsgeneeskunde bij de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap zijn bepaalde aspecten van het vakgebied huisartsgeneeskunde nader uitgewerkt. Ongetwijfeld zijn in de afgelopen vijftwintig jaar bouwstenen aangedragen die de huisartsgeneeskunde zowel wetenschappelijk als praktisch meer inhoud hebben gegeven. Ze staan in de huisartsenwereld bekend als 'integrale benadering', 'meersporogeneeskunde', 'levensloopgeneeskunde', 'gezinsgeneeskunde', 'duale benadering', 'methodisch werken', 'leer der kruispunten', 'samenwerking' en 'personale geneeskunde'; aan deze termen zijn de namen verbonden van Van Es, Huygen, Van Aalderen, De Melker, Querido en Lamberts.

Het sterk toegenomen zelfgevoel van de huisartsen bleek uit het in 1978 verschenen paradigmnummer van Huisarts en Wetenschap, waarin een aantal auteurs zijn persoonlijke visie op het 'eigene' van de huisartsgeneeskunde heeft verwoord. Eén van ons (Spreeuwenberg, 1979) heeft er in de discussie naar aanleiding van dit nummer al op gewezen, dat er nog geen sprake van is dat de gegeven inzichten behoren tot een algemeen door de ►

professie aanvaard paradigma. Wat als paradigmata werd gepresenteerd kan slechts gelden als meningen van huisartsen uit een bepaalde elite waarvan sommige meer en andere minder als kristallisatiepunten van mogelijke paradigmata kunnen worden beschouwd.

Nu is de kritiek op het paradigmnummer en het feit dat veel huisartsen 'het licht nog niet hebben gezien' wel erg gemakkelijk afgedaan met de constatering dat er sprake is van een onvermogen om elkaar te verstaan, van 'incommensurabiliteit' (Van Es, Gill, Huygen en Lamberts). Er is niet nagegaan wat de oorzaak zou kunnen zijn van het feit dat schijnbaar voor de hand liggende inzichten en termen zo moeilijk door de huisarts worden aanvaard en in het praktische handelen worden toegepast. Het feit echter dat men spreekt over incommensurabiliteit en dat sommigen problemen hebben met het integreren van ontwikkelde ideeën in de dagelijkse praktijk, doet ons afvragen wat er de oorzaak van kan zijn dat deze inzichten en termen toch niet het effect hebben dat met hun introductie werd beoogd.

### Inzichten, termen en begrippen

Met het feit dat huisartsen gingen ervaren dat de wijze waarop zij waren opgeleid en de wijze waarop in de specialistische geneeskunde tegen gezondheidsproblemen wordt aangekeken, niet aansloten bij hun eigen behoeften, zijn zij zich bewust geworden van hun eigen manier van werken en hun eigen plaats in de gezondheidszorg: de huisarts werd zich van zijn eigen identiteit bewust. Vage concepten over het 'eigene' werden in wisselwerking met gesprekken met collegae getransformeerd tot theorieën op basis van eigen inzichten, termen en begrippen.

De tekorten die de huisartsen ervoeren hadden zowel betrekking op de voor de huisarts relevante medische kennis als op de kennis en vaardigheden betreffende de wijze van hulpverlening en de achtergronden van waaruit iemand om hulp vraagt. Voor veel huisartsen was het tekort op het laatste gebied nog nijpender dan op het eerste; dit leidde ertoe dat aanvankelijk aan de gedragswetenschappelijke kennis en vaardigheden vaak een hogere prioriteit werd gegeven dan aan het ontwikkelen van voor de huisarts relevante medische kennis. Als gevolg hiervan centeren inzichten, termen en begrippen die binnen de huisartsgeneeskunde zijn ontwikkeld zich rondom een aantal facetten:

## De huisartsgeneeskunde op weg naar volwassenheid

### Samenvatting

In dit artikel vragen wij ons af in hoeverre de praktijk van de huisartsgeneeskunde volwassen mag worden genoemd.

Een beschouwing van enige binnen de huisartsgeneeskunde ontwikkelde inzichten, termen en begrippen voert ons tot de conclusie dat de huisartsgeneeskunde zich van de specialistische geneeskunde heeft vervreemd. De ontwikkelde begrippen worden sterk verabsoluteerd en hebben een sterk normatief karakter: ze worden hierdoor in de praktijk weinig toegepast. Dit werkt de vrijblijvendheid in de hand.

Gemeten aan de criteria gerijpheid, toepasbaarheid en consensus verkeert de praktische huisartsgeneeskunde nog niet in het stadium van de volwassenheid. Wij pleiten ervoor dat de huisartsgeneeskunde het contact met de specialistische geneeskunde herstelt en bij het ontwikkelen van begrippen meer aandacht besteedt aan de 'transfer' naar de praktijk.

- de nadruk op het netwerkgericht denken (gezin, arts-patiëntrelatie, relatie tussen hulpverleners en dergelijke);
- het zich afzetten tegen de 'klassieke' geneeskunde. Zo wordt het 'medisch model' veelal als een verwerpelijk model beschouwd (Bruins);
- de nadruk op de psychosociale factoren die in de hulpverlening een rol spelen. Dit geldt zowel voor het verklaren van het ontstaan van ziekten en klachten als voor het aangeven van het belang dat hieraan in de hulpverleningssituatie moet worden gehecht;
- de aandacht voor de interacties tussen huisarts en patiënt.

De huisarts werd zich steeds meer bewust van zijn eigen rol in de consumptie, de vraagformulering, de probleemoplossing en dergelijke. Doordat vele vernieuwers hun inzichten als een verrijking ervoeren wilden zij hiervan ook graag anderen deelgenoot maken. Veel nieuwe inzichten hebben hierdoor vaak een sterk normatief karakter gekregen; de toon van veel artikelen over nieuwe inzichten lijkt vaak weer te geven dat het niet alleen gaat om het verklaren *hoe* een bepaald gedrag de hulpverlening beïnvloedt maar ook om te beschrijven hoe een huisarts *behoort* te denken en te handelen. Dat veel vernieuwers binnen de huisartsgeneeskunde door hun binding aan universitaire instituten zowel wetenschappers als huisartsen zijn, zodat niet altijd duidelijk is of hun uitspraak is gebaseerd op wetenschappelijk inzicht dan wel op het inzicht van een geïnvolveerde huisarts, speelt hierbij mogelijk een rol. Uit de discussie rondom het paradigmnummer is echter ook duidelijk geworden dat er inzichten zijn die door de één als essentieel voor de huisartsgeneeskunde en door de ander als minder belangrijk worden beschouwd. Het is niet altijd duidelijk hoe

deze inzichten in de hulpverlening kunnen worden geïncorporeerd. Een ander nadeel achten wij, dat de aandacht voor de gedragsaspecten in de hulp niet hand in hand is gegaan met het ontwikkelen van voor de huisarts belangrijke medische kennis en vaardigheden.

Wij willen nu aan de hand van een aantal voorbeelden aangeven wat wij bedoelen. Hierbij is gekozen voor het begrip 'samenwerking', omdat dit de laatste jaren een grote betekenis binnen de huisartsgeneeskunde heeft gekregen; voor de 'arts-patiëntrelatie' omdat de invloed hiervan op de effectiviteit van de hulp duidelijk is onderkend; voor de term 'integrale geneeskunde', omdat deze sterk verweven is met het reveil van de huisartsgeneeskunde sinds de jaren vijftig; en voor de term 'cliënt' of 'patiënt', omdat wij het idee hebben dat de door huisartsen gebruikte terminologie een weerspiegeling is van de mate waarin de huisarts zich óf met de geneeskunde óf met andere disciplines identificeert.

### Het begrip 'samenwerking'

In de jaren zeventig heeft de huisarts meer oog gekregen voor het samenwerken. Aanvankelijk opereerde de huisarts bijna uitsluitend als solist. Het arbeidsterrein was duidelijk verdeeld: in het ziekenhuis werkte de specialist, daarbuiten de huisarts. De wijkzuster kreeg van de huisarts verpleegopdrachten; andere hulpverleners waren er nog nauwelijks. In de jaren vijftig steeg het aantal hulpverleners; de wijkzuster werd verpleegkundige en ontwikkelde ook een eigen identiteit, de gezondheidsproblemen veranderden van karakter en met het formuleren van de Woudschoter thesen stelde de huisarts zich een ander, uitgebreider doel. Al snel bleek dat deze doelen niet door de huisarts alléén konden wor- ▶

den verwezenlijkt; de informatie-uitwisseling binnen multidisciplinaire hulpverleningsgroepen nam een steeds meer centrale plaats in de eerste lijn.

De huisarts ervoer dat hij te kort schoot om veel problemen van zijn patiënten op te lossen. Dit leidde tot gevoelens van onvrede en insufficiëntie. Sommigen probeerden hier iets aan te doen en meenden dat van samenwerking heil mocht worden verwacht (Dubois). Vaak vroegen men zich hierbij echter onvoldoende af waaruit de winst van het samenwerken voor de patiënt of het eigen beroepsmatig functioneren dan wel zou kunnen bestaan. Met andere woorden: het samenwerken werd soms een doel op zichzelf, in plaats van een middel om beter als huisarts te kunnen werken. De verwachtingen van het samenwerken waren vaak te hoog gespannen.

Dat slechts weinigen de weg naar een professioneel verrijkende samenwerking hebben gevonden, wijt Groffen aan het onvoldoende doordenken van de motieven, de verwachtingen en het doel van de samenwerking; de teleurstelling daarover wordt volgens hem vooral in de hand gewerkt door de moralistische opvattingen over samenwerken.

Een vergaand model van samenwerken werd voorgesteld door een NHG-werkgroep, die opteert voor een model waarin de samenwerking inhoudt dat men als gemeenschap van hulpverkrijgenden en hulpverlenenden gezamenlijk de verantwoording voor de hulp aanvaardt; de hulpverlenenden zijn dan bijvoorbeeld ook verantwoordelijk voor sociale en hygiënische misstanden in de gemeenschap (Laurijssens e.a.). Een dergelijk model is zeer idealistisch, vooral als men termen als 'gemeenschap' en 'verantwoordelijkheid' in hun verregaande betekenis accepteert. Een nadeel ervan is dat het de identiteit van de huisarts als geneeskundige ondergraaft en dat onvoldoende duidelijk wordt gemaakt hoe specifieke beroepsgebonden deskundigheid binnen de samenwerking wordt gehanteerd. Modellen als die van Groffen, Rakel en Lamberts zijn ons inziens veel levensvatbaarder, omdat ze meer rekening houden met het doel van de samenwerking en de professionele bekwaamheden van de werkers. In feite doet zich hier het probleem voor van professionaliseren en deprofessionaliseren. In het eerste model meent men dat de ontwikkeling van de afzonderlijke disciplines, dus ook van de huisartsgeneeskunde, moet worden tegengegaan; aldus zou een integratie ontstaan waarbij de eerste lijn, niet als denkbeeld

maar als uitvoerend orgaan, één geheel wordt. In de laatste modellen is het heel goed mogelijk ook binnen de samenwerking een eigen professionele deskundigheid naar buiten te brengen en te ontwikkelen.

Ons inziens moet bij het uitwerken van toepasbare samenwerkingsmodellen binnen de huisartsgeneeskunde rekening worden gehouden met de grote hoeveelheden tijd die het samenwerken met veel personen in beslag neemt en met de uit die samenwerking voortvloeiende kosten. Daarom komt het ons voor dat samenwerkingsverbanden kleinschalig dienen te zijn, zodat deskundigheid, tijd, mankracht en financiën optimaal worden benut. Dan kan ook de leer der kruispunten (Lamberts, 1978) in praktijk worden gebracht, zodat voor de huisarts de eerste en tweede lijn even belangrijk en evenwaardig worden. Thans wordt binnen grote samenwerkingsverbanden de professionele bijdrage van het samenwerken binnen de eerste lijn nogal eens groter geacht dan die van het samenwerken met de twee lijn (Zuidervaart en Lamberts). Onze conclusie is, dat er binnen de huisartsgeneeskunde wel consensus bestaat over de noodzaak van samenwerken binnen de eerste lijn maar niet over de wijze waarop dat moet gebeuren. Daar nog niet vaststaat welke samenwerkingsvorm voor de hulpverlening het meest adequaat is, kan evenmin van rijping worden gesproken. Wat de toepasbaarheid betreft menen wij dat er meer kan worden gelet op bekorting van communicatielijnen, op het betrekken van de overige relaties van de huisarts (bijvoorbeeld met de specialist) in de structuur van de eerste lijn en op financieel-economische factoren.

#### *De 'arts-patiëntrelatie'*

Het onderkennen van het belang van de relatie tussen arts en patiënt kan van grote invloed zijn op de effectiviteit van de geboden hulp. Helaas doet zich over de relatie tussen arts en patiënt een aantal misvattingen voor. Bij sommige huisartsen is de expliciete of impliciete norm aanwezig dat een arts altijd 'open', 'warm' hoort te zijn en altijd op alle vragen dient in te gaan en daar de tijd voor moet nemen. In veel situaties is een dergelijk gedrag inderdaad adequaat voor de hulpverlening. Er zijn echter ook situaties waarin zo'n gedrag het belang van de patiënt helemaal niet dient. Dan kan confrontatie, uiting geven aan irritaties, duidelijkheid of het afwijzen van de vraag

veel meer aangewezen zijn. Slechts weinig huisartsen zijn in staat hun gedrag op de situatie af te stemmen. Voor sommigen is het hanteren van de arts-patiëntrelatie van middel tot doel geworden. Veel huisartsen hebben er problemen mee hun gedrag op de behoeften van de patiënt af te stemmen en zijn nauwelijks tot adequate hulpverlening bij psychologische problemen in staat, één van de oorzaken hiervan is de verwisseling van doel en middel bij het hanteren van de arts-patiëntrelatie.

Een voorbeeld hiervan ziet men als men let op de opvattingen over het mededelen van de diagnose en prognose aan ernstig zieke patiënten. Sommigen menen dat iedereen, in alle gevallen, een volledig inzicht in de lichamelijke toestand, prognose en mogelijkheden van behandeling moet worden gegeven. Maar juist dit 'altijd' maakt de mens tot 'object'. Te weinig stelt men zich de vraag wiens belang de openheid dient: die van zichzelf of die van de patiënt. Ingelfinger, een arts die als carcinoompatiënt door allerlei goed bedoelde collegae werd benaderd, schrijft op grond van die ervaring: 'Als arrogantie in de zin van bevoogden en domineren een onderdeel is van goede medische zorg, dan behoort daarvan een gepast gebruik te worden gemaakt'; kortom, arrogantie is soms adequater dan empathie en openheid. Szasz en Hollander drukten het in hun modellen wat anders uit: sommige situaties vereisen passiviteit van de dokter, andere situaties juist activiteit.

Soms is er ook de misvatting dat de professionele aspecten van de hulp ondergeschikt behoren te zijn aan de persoonlijke relatie tussen huisarts en patiënt. Een dergelijke eenzijdige nadruk op de persoonlijke aspecten van de relatie kan de arts echter ook belemmeren in het bieden van doeltreffende hulp; een huisarts die zich te veel met de patiënt involveert is niet meer in staat kritisch naar diens problemen te kijken. In de professionele hulp gaan distantie en instantie hand in hand (Spreeuwenberg, 1980). Een te persoonlijke relatie tussen arts en patiënt kan ook wel eens op gespannen voet staan met de andere functies van de huisarts. Zo kan in de stervenshulp een te eenzijdige gerichtheid van de huisarts op de stervende tot gevolg hebben dat de arts de aandacht verliest voor de overige gezinsleden. Dit doet zich vooral voor als er binnen het betrokken gezin problemen zijn. De huisarts identificeert zich dan zó met de patiënt dat hij de problemen van de andere niet opmerkt. De nauwe relatie ►

tot de patiënt werkt dan belemmerend voor het uitoefenen van de taak als gezinsarts.

Met het bovenstaande hebben wij duidelijk willen maken dat een op zichzelf belangrijk inzicht: het belang van de relatie arts-patiënt, door zaken als het verwisselen van middel en doel en het hanteren van niet primair op de hulpverlening gerichte normen, soms een ander effect hebben dan met de introductie ervan werd beoogd. Onze conclusie is, dat over de noodzaak van het hanteren van de arts-patiëntrelatie wel consensus binnen de beroepsgroep bestaat maar dat er met name op het gebied van de toepassing nog geen sprake van rijping is.

#### *De term 'integrale geneeskunde'*

Sinds de studie van Querido naar de mogelijkheden van een integrale geneeskunde is deze term in de huisartsenwereld vaak gebruikt. Querido heeft benadrukt dat in de integrale geneeskunde een probleem vanuit verschillende wetenschappelijke benaderingswijzen en gezichtspunten wordt benaderd. In de literatuur van huisartsen blijkt dat hieraan echter uiteenlopende en (van de bedoelingen van Querido) afwijkende betekenissen worden gehecht (Spreeuwenberg, 1982); vaak wordt onvoldoende onderkend dat Querido de term gebruikte voor een bepaalde wijze van wetenschapsbeoefening, terwijl huisartsen daarmee een bepaalde benadering van de patiënt wilden aangeven. Als men aanneemt dat het de huisartsen om een bepaalde benadering van de patiënt gaat, moet geconstateerd worden dat zij hebben verzuimd aan te geven welke aspecten de huisarts dan zou moeten integreren en hoe hij dat zou moeten doen. Van Es (1962, 1963) zegt, dat het er in wezen om gaat dat men – afhankelijk van het gestelde probleem – de ene keer deze en de volgende keer een ander facet bij de hulpverlening betreft. Anderen stellen de integrale benadering echter gelijk met een antropologische benadering en associëren de term met de gedachte dat de huisarts sociale, psychologische, somatische en transcendentale aspecten bij zijn werk moet betrekken (Van Aalderen en Van den Hout).

De term 'integrale geneeskunde' is onvoldoende operationeel gemaakt en in concrete termen vertaald. Dit is ronduit jammer, omdat het inzicht dat achter de introductie van deze term schoolen aanmerkelijke aanwinst van de geneeskunde inhield. De term was bijvoorbeeld hanterbaar te maken door duidelijk aan te

geven dat het gaat om het opsporen van relevante aspecten en door de huisarts aan de hand van zijn eigen ervaringen in bijvoorbeeld nascholing of intervisiebijeenkomsten aan te leren hoe hij deze op het spoor kan komen.

Het gebruik van de term 'integrale geneeskunde' binnen de huisartsgeneeskunde brengt nog een ander probleem aan het licht, het probleem namelijk hoe in de (huisarts)geneeskunde met wetenschappelijke kennis wordt omgegaan. Enerzijds is er een rationalistische stroming die meent dat de geneeskunde alleen van 'echte' wetenschappelijke kennis gebruik maakt, anderzijds is er een romantische stroming die de aanwezige kennis als onbruikbaar en weinig relevant voor het probleem van de patiënt afwijst.

Als men zich afvraagt welke aspecten moeten worden geïntegreerd en hoe dat moet geschieden, is het van belang te onderkennen dat niet alle aspecten die in de beroepsuitoefening een rol spelen zich voor een wetenschappelijk onderzoek lenen. Hoewel bij het medisch handelen objectieve kennis een belangrijke bijdrage levert aan het 'kennen', is dit niet het kennen. Bij geneeskunst, dat wil zeggen in de beroepsuitoefening moet ook aan het toepassen van niet-wetenschappelijke kennis waarde worden gehecht; ook intuïtie, subjectgericht 'Verstehen', behoort tot de geneeskunst. De antropologische geneeskunde kent dan ook aan deze niet-wetenschappelijke kennis grote betekenis toe. Uiteindelijk is de mens als 'totaliteit' niet voor wetenschappelijk onderzoek toegankelijk. Wetenschap kan wel kennis bieden met betrekking tot diverse belangrijke aspecten van het menselijk bestaan en functioneren.

Voor de toekomstige ontwikkeling van de huisarts is het van belang dat de wetenschappelijke kennis en de niet-wetenschappelijke kennis zodanig worden geïntegreerd, dat de huisarts zijn patiënt kan helpen om optimaal met zijn ziekte en het ziek zijn om te gaan.

De integratie van wetenschappelijke kennis en niet-wetenschappelijke kennis betekent ook dat de huisartsgeneeskunde zich niet tegenover maar naast de specialistische geneeskunde moet opstellen. Door specialisten ontwikkelde wetenschappelijke kennis vormt immers een belangrijk onderdeel van die kennis die nodig is om het beroep van huisarts te kunnen uitoefenen. Als zo'n integratie tot stand komt, kan de moderne huisartsgeneeskunde een dimensie aan de geneeskunde toevoegen. Het is daarom

jammer dat de huisartsgeneeskunde de term 'integrale geneeskunde', zowel wat betreft zijn wetenschappelijke aspecten als wat betreft de daarmee bedoelde benadering van de patiënt, zo onvoldoende en weinig heeft geoperationaliseerd.

Onze conclusie is, dat de consensus over de term 'integrale geneeskunde' binnen de huisartsgeneeskunde alleen de terminologie betreft en dat deze ontbreekt zodra het erom gaat die term uit te werken en toepasbaar te maken.

#### *'Cliënt' of 'patiënt'?*

De laatste tijd kan het verschijnsel worden waargenomen dat huisartsen zich bedienen van het woord 'cliënt' in plaats van 'patiënt'. Dit gebruik berust op het idee dat de term 'cliënt' op een minder afhankelijke positie van de hulpzoekende zou duiden dan de term 'patiënt': de eigen verantwoordelijkheid van het individu voor het oplossen van zijn problemen zou ermee worden aangegeven. Naar ons gevoel is dit echter een verwrongen redenering.

Het woord 'cliënt' heeft historisch de betekenis van afhankelijk volgeling of huisgenoot en thans van persoon die van bepaalde diensten gebruik maakt. Het woord 'patiënt' geeft aan dat de hulpzoekende iemand is die een lichamelijk lijden te verduren heeft (Van Dale). In het kader van de huisartsgeneeskunde zullen veel hulpzoekenden een bepaald lijden ervaren. Afhankelijkheid speelt in elke arts-patiëntrelatie een rol. Men zou kunnen zeggen dat de accenten bij het gebruik van het woord 'cliënt' wat meer op het contractuele of zakelijke liggen en bij gebruik van het woord 'patiënt' op het persoonlijke in de relatie. Taalkundig gezien is de betekenis die men aan het gebruik van de term 'cliënt' hecht onzin.

Belangrijker is echter de nevenwerking van dit andere woordgebruik. We zijn er niet van overtuigd dat iedereen zich bewust is van de achtergronden van deze termen, maar vrezen dat dit een symptoom is van het ondoordacht overnemen van de methoden en het taalgebruik van de gedragwetenschappers. Verder kan worden waargenomen dat deze handelwijze veel specialistische collegae irriteert. Door een dergelijk woordgebruik bestaat het gevaar dat de afstand tussen thuis- en ziekenhuiszorg onnodig wordt vergroot, op welk gevaar herhaaldelijk is gewezen (Van Es en De Melker). Het komt al te veel voor dat men degene die het gebruik van het woord 'patiënt' verdedigt, vooral als deze het belang van een ►

goede somatische kennis verdedigt, als een 'somaticus' gaat etiketteren. Het vervangen van het medisch jargon door het sociaal-wetenschappelijk jargon onderstreept de problemen die menig huisarts ermee heeft te kiezen tussen de medische benadering en een benadering vanuit het vakgebied van de sociale wetenschappen.

Onze conclusie is, dat het feit dat steeds meer huisartsen 'patiënt' vervangen door 'cliënt' wijst op een gebrek aan consensus over de positie van de huisarts in het geneeskundig systeem en dat daarin tot uiting komt dat de huisartsgeneeskunde sociaal haar plaats nog niet heeft gevonden.

### Gemeenschappelijke factoren

Wanneer wij inzichten, termen en begrippen van de huisartsgeneeskunde, zoals deze onder meer blijken uit de genoemde voorbeelden, op ons laten inwerken, springen enige zaken in het oog:

#### – het normatieve en absolute karakter

Als centraal probleem signaleren wij het feit dat veel modellen een abstract, weinig concreet en bovendien normatief karakter hebben. Het is zeer goed te begrijpen dat veel op zichzelf belangrijke inzichten vaak abstract worden beschreven en dat de schrijver, gebiologeerd door dat inzicht, hieraan een visionair maar daardoor nogal normerend commentaar toevoegt. Het effect is helaas vaak paradoxaal: een inzicht of begrip dat wordt ontwikkeld om de huisarts bij zijn hulpverlening te helpen leidt er uiteindelijk toe dat de huisarts het gevoel krijgt dat de afstand tussen de theorie over zijn vakgebied en het functioneren in de dagelijkse praktijk alleen maar wordt vergroot. (Everwijn, Earl en De Melker). Het beoordelend karakter van normatieve modellen kan de huisarts bovenmatig in beslag nemen, hem belasten met schuldgevoelens of leiden tot onverschilligheid en boosheid op anderen, die op papier zo gemakkelijk praten hebben.

#### – het weinig gericht zijn op toepasbaarheid

De ontwikkelde inzichten worden onvoldoende naar de dagelijkse praktijk vertaald en bij de presentatie en uitwerking wordt met het praktisch medisch handelen onvoldoende rekening gehouden. Nieuwe inzichten worden in een te vroeg stadium als een nieuwe norm gepresenteerd, zonder dat eerst wordt geprobeerd de huisarts duidelijk te maken welke

leemte wordt geconstateerd en welke 'oplossingen' daarvoor mogelijk zouden zijn.

#### – het ontbreken van onvoldoende consensus

Er wordt te weinig geprobeerd over 'probleem' en 'oplossing' consensus te bereiken binnen de beroepsgroep. Het gevolg is dat de afstand tussen de zogenaamde elite en de werkers in het veld steeds verder wordt vergroot. De huisarts, die vrij gemakkelijk en rechtstreeks van de nieuwe inzichten kennis moet nemen, voelt zich daardoor in eerste instantie weinig aangesproken; de besproken problemen lijken immers nauwelijks op de zijne of roepen zoveel nieuwe problemen op dat het maar beter lijkt alles bij het oude te laten.

Op de natuurlijke 'weerstand' tegen vernieuwingen gaan wij hier niet in. De signaleerde afstand tussen de normatieve begrippen en modellen en het functioneren van de huisarts in de dagelijkse praktijk blijkt bijvoorbeeld uit de relatie tussen de universitaire huisartseninstituten en de huisartsopleiders; veelvuldig blijkt dat praktiserende huisartsen de stafleden van genoemde instituten als theoretici beschouwen. Ook de wetenschappelijke verworvenheden binnen de huisartsgeneeskunde worden door huisartsen vaak niet als iets 'eigens' beleefd; enerzijds wordt de betekenis ervan erkend en soms zelfs overschat, anderzijds is er een gevoel van: 'dit is toch niet haalbaar'.

Voor een verdere ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde, als wetenschappelijke discipline en als professie, is het ons inziens van doorslaggevend belang dat deze afstand wordt verkleind of opgeheven. Willen de ontwikkelde modellen en begrippen zinvol zijn, dan dienen zij voor huisartsen herkenbaar en toepasbaar te zijn. Door deze begrippen verder te ontwikkelen en minder te verabsoluteren zou men een eerste stap in deze richting zetten.

Met de laatste constatering wordt niet gezegd dat de huisartsgeneeskunde geen normen voor het handelen zou moeten ontwikkelen. De vraag is echter wanneer, waarover en hoe normen moeten worden ontwikkeld. Ook bij normen gaat het niet om een doel op zichzelf; normen zijn een bepaalde standaard voor het handelen met als functie dat zij een steun kunnen zijn voor het individu dat voor een bepaalde beslissing staat. Normen zullen dan ook een maximaal effect hebben als degenen die er gebruik van ma-

ken, de 'huisartsen in het veld', merken dat zij hiervan baat hebben bij hun werk, dat wil zeggen als het hen helpt om de juiste beslissingen op het juiste tijdstip te nemen; als dit het geval is, merken zij ook zelf dat deze normen voor een adequaat professioneel handelen zinvol zijn.

Er is op zichzelf helemaal geen bezwaar tegen als men zich in het bijzonder bezighoudt met het inventariseren van de problemen, met het zoeken naar theoretische achtergronden en met het vinden van mogelijke oplossingen.

Maar een voorwaarde is dan wel dat men steeds weer probeert de groep voor wie men dat doet mee te krijgen en als het ware zijn klok met de hunne gelijk te zetten. Hiertoe zal men zich ook in de problemen en de gedachtenwereld van de beroepsbeoefenaren dienen te verplaatsen. Dit wil niet zeggen dat er geen mensen die de lijnen voor de toekomst uitzetten mogen zijn. Evenmin willen wij ervoor pleiten dat altijd moet worden gewacht tot iedereen 'door de bocht is'. Dat zou elk elan en elke vernieuwing tegenhouden. In wezen waarschuwen wij ervoor te gemakkelijk de beroepsgroep vanuit een 'ivoren toren' toe te spreken. Uit het bovenstaande zal duidelijk zijn dat wij een normering op zichzelf niet verafschuwen, maar dat wij waarschuwen tegen die normering die een scheiding in zogenaamd goede en zogenaamd slechte huisartsen op onvoldoende gronden bevordert. Onze uitspraak, dat aan huisartsgeneeskundige begrippen een minder absoluut en normatief karakter moet worden gegeven, houdt dan ook geen pleidooi voor vrijblijvendheid in; integendeel: wij hebben al geschreven dat juist dit normatieve karakter de vrijblijvendheid in de hand werkt. Door de begrippen te relativiseren creëert men de ruimte die nodig is om modellen en begrippen in praktisch medisch handelen te vertalen. Gaat de huisarts de geschetste ontwikkelingen meer als iets 'eigens' beleven, dan zullen bepaalde consequenties hem duidelijk worden. Dan zal de huisarts die continue, 'integrale' zorg wil verlenen, taken als vroegdiagnostiek, samenwerking met specialisten en sterfensbegeleiding vanzelfsprekender als de zijne beschouwen.

### Relatie tot medisch specialisten en tot andere disciplines

Bij de bespreking van de vier voorbeelden ('samenwerking', 'arts-patiëntrelatie', 'integrale geneeskunde', 'cliënt/patiënt') viel op dat de huisarts in een com- ▶

plexe verhouding staat tot de medisch specialist en de binnen de eerste lijn werkende deskundigen en dat dit zijn inzichten en termen beïnvloedt.

De relatie van de huisarts tot medisch specialisten is altijd al wat ambivalent geweest: enerzijds behoorde men tot dezelfde beroepsgroep, maar anderzijds was de specialist ook degene tot wie men zich om medische raad kon wenden. De relatie is nog gecompliceerder geworden, toen ook de taak van de huisarts ging veranderen. De huisarts dreigde niet zelden op de stoel van de maatschappelijk werker of de psychotherapeut te gaan zitten. De huisarts ging ervaren dat hij bepaalde problemen niet vanuit zijn medische deskundigheid kon hanteren; hij kreeg daardoor behoefte aan andere soorten deskundigheid. Veel huisartsen voelden zich schuldig omdat zij niet aan de nieuwe verwachtingen konden voldoen. Bij sommige huisartsen leidde dit tot een zekere vrijblijvendheid ten aanzien van of tot onduidelijkheid over de aard van het eigen werk. Het medisch handelen werd soms sterk relativerend en het stereotype van een 'receptje uitschrijven' maakte plaats voor dat van een 'hartverwarmend gesprek'.

Maar er zijn ook dieperliggende oorzaken waardoor de verhouding tot de specialist is veranderd. Eén daarvan is dat de huisarts zich zijn positie bewust werd en actief de definiëring van zijn vakgebied ter hand nam. Hierbij is het van belang in te zien dat de erkenning van dit eigen gebied en van een uitgangspunt als de Woudschoter thesen niet 'zo maar' gemeengoed was in de medische wereld; de eigen plaats aan de universiteit en de beroepsopleiding moesten stap voor stap worden bevochten.

Evenals emancipatiebewegingen zich om hun doelen te bereiken moeten afzetten tegen de bestaande orde, werden ook binnen de huisartsgeneeskunde de nadelen van de traditionele geneeskunde overdreven. Duidelijk moest immers worden gemaakt dat men tot een ander 'kamp' behoorde. De vroegere verhouding huisarts-specialist werd door Balint vergeleken met die van een leerling ten opzichte van de docent. Een ander goed beeld zou dat zijn van een kind tegenover zijn ouders. Evenals een kind zich in de puberteit, juist voor het verkrijgen van zijn eigen identiteit, soms tegen zijn ouders moet afzetten en hun opvattingen, handelen en gewoonten buitenproportioneel kritisch kan bezien, kon ook de medisch specialist in het oog van een aantal huisartsen geen goed meer doen. Evenals

ook de puber soms steun moet zoeken bij anderen en daarom eenzijdig hun goede eigenschappen bejubelt, heeft ook de huisartsgeneeskunde haar heil gezocht bij de gedragswetenschappers. Brouwer geeft bijvoorbeeld aan dat er huisartsen zijn die er behoefte aan hebben om vanuit een eigen professionele identiteit psychosociale hulp te verlenen – duidelijk onderscheiden van de identiteit van de arts – zonder dat dit gebeurt onder de organisatorische 'paraplu' van de geneeskundige zorg; hoewel Brouwer deze ontwikkeling belangwekkend en hoopgevend vindt, meent hij ook dat de betrokken huisartsen dan wel de consequentie moeten trekken hun 'eigen huis' te verlaten.

Deze ontwikkeling binnen de huisartsgeneeskunde heeft tot gevolg dat de 'gezonde' verhoudingen nogal eens zoek zijn. We zien aan de ene kant een té kritische opstelling tegenover de geneeskunde en aan de andere kant een overmatig aanleunen tegen de gedragswetenschappers. Op zichzelf is dit misschien een noodzakelijke voorwaarde voor de volwassenwording. Maar zolang de huisartsgeneeskunde haar al te opstandige houding niet opgeeft en er geen evenwicht ontstaat tussen haar eigen inzichten en die van de traditionele geneeskunde zal er van volwassenheid geen sprake zijn. De wrijving die daarvan het gevolg is leidt ertoe dat noch de patiënt, noch de medisch specialist, noch de gedragswetenschapper precies weet wat hij van de huisarts mag verwachten.

Deze ontwikkeling uit zich in de wijze waarop de huisarts theorieën, termen en begrippen gebruikt. Deze hebben zich als het ware los van de basis en het medisch handelen ontwikkeld. Mede door het zich afzetten tegen de 'klassieke' geneeskunde is men in zijn enthousiasme over de ontdekking van de huisartsgeneeskunde uit het oog verloren dat het de taak van de (huis)arts is patiënten hulp te bieden vanuit de invalshoek van een lichamelijke klacht of probleem. Deze hulp is een middel om de patiënt te helpen mens te zijn; daarom moeten ook niet direct lichaamsgebonden factoren in de overwegingen worden betrokken. Als de huisartsgeneeskunde zich meer van de specialistische geneeskunde vereemt, bestaat het gevaar dat de huisarts het specialistisch handelen eerder minder dan meer kan beïnvloeden. Desondanks betekent het feit dat men werkt binnen het kader van de geneeskunde dat, met talloze variaties en aanvullingen, gebruik van de methode der genees-

kunde wordt gemaakt. Het is mogelijk gebleken verschillende modellen en begrippen in één niet-normatief observatiemodel te vatten (Everwijn, Earl en De Melker).

Wij komen tot de conclusie dat de relatie van de huisartsgeneeskunde tot de specialistische geneeskunde, zoals ze tot uiting komt in de relatie huisarts-specialist en in de door huisartsen gebruikte terminologie, wijst op grote problemen aan de kant van de huisartsgeneeskunde. Dit blijkt ook uit de vele klachten van huisartsen over al datgene wat hen in de loop der tijd is afgepakt. Op zichzelf delen wij deze kritiek: veel taken die de huisarts met zijn deskundigheid en outillage heel goed zou moeten kunnen verrichten, zijn inmiddels door de specialist overgenomen. Te gemakkelijk echter geeft men in deze gevallen de schuld aan de specialist, zonder de hand in eigen boezem te steken en te erkennen dat de zorg van de huisarts vaak nogal te wensen overlaat. Buurke heeft op het NIIG-congres laten zien hoeveel vermijdbare professionele tekortkomingen in verwijsbrieven van huisartsen kunnen worden aangetroffen. Als de huisartsgeneeskunde volwassen zou zijn, zou zij de verantwoordelijkheid voor het overnemen van taken niet alleen wijten aan de specialist, maar ook aan zichzelf.

Wij menen dat de relatie tussen de artsen in de eerste en tweede lijn meer aandacht verdient dan zij thans van de huisartsen krijgt. Als men in het curriculum serieus wil worden genomen, is het belangrijk dat de huisartsgeneeskunde consequenties trekt uit het feit dat zij tot de geneeskunde behoort. Dan behoren de huisartsen mee te werken aan het verkleinen van de afstand tot de specialistische geneeskunde. Daardoor kan tevens worden voorkomen dat datgene waardoor de huisartsgeneeskunde zich wel van de specialistische geneeskunde onderscheidt niet wordt onderkend of als niet relevant voor of 'onrecht' in de medische opleiding wordt beschouwd. Het is begrijpelijk dat de huisartsgeneeskunde in het verleden de nadruk heeft gelegd op datgene wat haar van de specialistische geneeskunde onderscheidt; voor volwassenheid is het echter nodig het overeenkomstige en complementaire karakter van huisartsgeneeskunde en specialistische geneeskunde tot uitgangspunt voor verdere ontwikkelingen te kiezen.

Ons antwoord op de vraag of de huisartsgeneeskunde inhoudelijk als volwassener mag worden beschouwd, luidt: neen. ►



Wel menen wij dat de huisartsgeneeskunde al behoorlijk uit de kluiten is gewassen en, mits juist en tijdig bijgestuurd, wellicht spoedig volwassen kan worden genoemd.

### Kentering

Wij bespeuren verschillende signalen die wijzen op een kentering binnen de huisartsgeneeskunde. Zo wijzen het verbinden van voorwaarden aan het NHG-lidmaatschap en de eerste aanzet van de LHV om te komen tot een functieomschrijving en een invulling van het takenpakket op het doorbreken van de vrijblijvendheid van de huisarts. Wat het onderwijs betreft worden in de tweede versie van het rapport 'Kenmerken van de huisarts' de einddoelen van de opleiding gedetailleerd aangegeven. Ook de toetsing binnen de huisartsgeneeskunde die thans, zij het schoorvoetend, op gang komt is een voorbeeld van de wil de vrijblijvendheid te doorbreken; door zich te bevrijden van het keurslijf van normatieve en absolute uitspraken schept men nieuwe mogelijkheden voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde. Willen we de huisartsgeneeskunde verder in kaart brengen, dan is een continue discussie met andere medische en sociaal-wetenschappelijke disciplines een eerste vereiste. Dat het aangaan van deze discussie vruchtbaar is mag blijken uit de serie: 'Practicum voor de huisarts'; grondgedachte daarbij is dat goede nascholing mogelijk wordt in samenwerking tussen huisarts en specialist.

Andere signalen hebben betrekking op de plaats van de huisarts binnen de geneeskunde. De gedachte, dat de huisarts zou moeten uitgroeien tot een soort medisch maatschappelijk werker, heeft weinig aanhang; integendeel, er bestaat een tendens om op zijn schreden terug te keren. Deze ontwikkeling is door de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbe-

leid voor de jaren tachtig ook voorspeld (Hogerzeil); ze blijkt bijvoorbeeld uit de discussie over de verschuiving van de taakgebieden van huisarts en specialist. De huisarts heeft een eigen identiteit. Deze zal zichtbaar moeten worden gemaakt door integratie van de door de huisartsgeneeskunde met behulp van de gedragswetenschappen ontwikkelde kennis betreffende de achtergronden van klagen, gezondheid en ziekte met de kennis uit de 'klassieke' geneeskunde. De huisarts kan dan een volwaardige gesprekspartner van de specialist zijn, bewust van zijn eigen mogelijkheden en grenzen en onder erkenning van de eigen wijze waarop de specialist vanuit zijn positie binnen het gezondheidszorgsysteem de zieke mens benadert. In onderwijs en onderzoek zal de samenwerking van deze twee gebieden van de geneeskunde, die zo nauw met elkaar zijn verbonden, tot uiting komen.

Uit het voorgaande volgt, op welke punten de huisartsgeneeskunde moet worden bijgestuurd. Het is thans zaak te benadrukken dat de huisarts eerst en vooral een geneeskundige is, gericht op een adequate hulpverlening aan patiënten, voor welk doel begrippen als 'methodisch werken', 'samenwerking', 'gezinsgeneeskunde' zowel een voorwaarde zonder welke geen adequate hulpverlening mogelijk is als een hulpmiddel zijn. Dergelijke begrippen zullen het meest effect sorteren als ze niet worden verabsoluteerd maar worden gehanteerd in relatie tot de andere facetten van de hulpverlening, zoals het medisch handelen.

De individuele huisarts zal moeten worden geholpen en gestimuleerd om genoemde begrippen op de hier bedoelde wijze te gebruiken. Dit zal des te gemakkelijker gaan naarmate de 'transfer' naar de beroepspraktijk aandacht krijgt. Deze transfer wordt mogelijk door het aanbieden van beschrijvende modellen van de

huisartsgeneeskunde, dat wil zeggen modellen die de huisarts niet voorschrijven hoe hij het best zou kunnen handelen maar die de huisarts in staat stellen zijn eigen denken en handelen zo goed mogelijk te begrijpen en analyseren. Met behulp van zo'n descriptief model kan de huisarts zichzelf zinvolle vragen stellen over de hulp die hij biedt, bijvoorbeeld: welke beslissingen heb ik toen genomen en waarom, en sluit deze beslissing wel voldoende aan bij de behoefte van de patiënt? Een voorbeeld van een descriptief model geven Everwijn, Earl en De Melker; hoewel hun model in eerste instantie werd ontwikkeld voor het onderwijs aan medische studenten, zou het ook voor (praktiserende) huisartsen van belang kunnen zijn. Een ander hulpmiddel zou de door het Utrechts Universitair Huisartsen Instituut ten bate van de beroepsopleiding ontwikkelde 'Vragenlijst voor systematisch werken' kunnen zijn; deze vragenlijst is bedoeld als hulpmiddel voor de arts die systematisch kritisch naar zijn handelen wil kijken.

\*\*

Slagen de huisartsen erin, onderling en samen met de patiënten en overige bij de gezondheidszorg betrokkenen, consensus te bereiken over het doel van de geneeskundige hulpverlening en de functie en taak daarin van de huisarts, dan zal dit de aantasting van de professe die zich thans voordoet kunnen tegenhouden. Daarnaast zal de totstandkoming van een duidelijk beroepsbeeld van de huisarts de kans vergroten dat het overheidsbeleid in concrete daden wordt omgezet. Niet alleen de huisarts, maar ook de patiënten en de overheid hebben belang bij de volwassenwording van de huisartsgeneeskunde. ■

De bij dit artikel behorende literatuurlijst kan bij de redactie worden aangevraagd.

## Praktijk perikelen

### Zekerheidshalve

*Het volgende briefje kreeg ik als huisarts van een overigens gewaardeerd specialist:  
Mevrouw X was zo eigenwijs haar lovo-thyroxine te stoppen gedurende twee weken. Zekerheidshalve ben ik met bijgaand opklimmend schema begonnen. Kunt u erop toezien, dat de medicatie goed wordt ingenomen en zij het een en ander begrijpt?*

*De toren van deze deskundige uit de tweede lijn lijkt van wat al te stevig ivoor.*

Korte door artsen geschreven signalementen. Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht door de redactie van Medisch Contact.



# Lange werktijden

## Slaaptekort en werk(on)lust

Een overzicht van de literatuur over excessieve werktijden van assistent-geneeskundigen

Als middel om de werkloosheid onder artsen tegen te gaan raden sommigen arbeidstijdverkorting aan. Volgens de arts S. M. Tjon Tjauw Liem uit Utrecht kan men zich die raad maar beter ter harte nemen. Studie van de desbetreffende vakliteratuur heeft hem geleerd, dat er ook wat de artsen zelf – in casu assistent-geneeskundigen in opleiding tot medisch specialist – aangaat best wat van die lange werkdagen af kan, al was het maar om het hoofd boven water te (kunnen blijven helpen) houden.

In aanbevelingen en beleidsstrategieën met betrekking tot het verschijnsel van het toenemend aantal werkloze artsen wordt arbeidstijdverkorting als één van de oplossingen voor het euvel aangedragen<sup>1, 2</sup>. Daarbij wordt zonder meer aangenomen dat verkorting van de excessieve werktijden van arts-assistent en specialist tot een hogere kwaliteit van patiëntenzorg zal leiden<sup>1, 3</sup>. Wat heel goed invoelbaar is wordt in het volgende overzicht met hardere onderzoekgegevens uit de literatuur onderbouwd.

### Effecten op werk en patiëntenzorg

Eén van de eerste en bekendste studies over het functioneren van artsen als zij slaap tekort komen is die van Friedman et al.<sup>4</sup>. Hun onderzoek omvatte een groep van veertien Amerikaanse arts-assistenten, aan wie een test werd voorgelegd om arhythmieën op een ECG-strook gedurende twintig minuten te herkennen. De artsen werden getest als ze normaal (5,5-8,5 uur) en als ze te weinig (0-3,8 uur) hadden geslapen; bovendien werd aan alle proefpersonen een vragenlijst voorgelegd om hun stemming te bepalen. De foutenscore was bij de groep die te weinig had geslapen significant hoger ( $P < 0,01$ ) dan bij de uitgeruste groep. Uit de vragenlijsten bleek dat de artsen zich moe, droevig, egocentrisch en hyperirritabel voelden als zij een slaaptekort hadden; moeilijkheden met denken, geheugenstoornissen, gevoelens van depersonalisatie en de-realiseren werden ook gerapporteerd en tien arts-assistenten hadden zelfs een depressie<sup>4, 5</sup>. Uit een enquête onder vijftiennegentig Australische arts-assistenten bleek dat zij lange werktijden moesten maken en het 'vuile werk' (veel administratie en loopjongenswerk) moesten opknappen<sup>6</sup>, wat had geleid tot grote ontevredenheid, frustratie, desillusie ten aanzien van het beroep en een suboptimale patiëntenzorg. Een enquête onder vierenzestig Engelse art-

sen die net een ziekenhuisbaan achter de rug hadden<sup>7</sup>, leverde de volgende bevindingen op: het enthousiasme en de toewijding van het begin van de baan waren helemaal verdwenen; wrang en bitter cynisme was daarvoor in de plaats gekomen. De grootste bron van ontevredenheid betrof de lange werktijden. De hele week beschikbaar zijn voor de nachtdienst en een weekenddienst van drie dagen werden als 'horrible' omschreven. De invloed van het slaaptekort op de relatie met patiënten en overig personeel en de efficiëntie van werken wordt in tabel 1 in het kort weergegeven. Meer dan éénderde van deze artsen vond dat de kwaliteit van hun werk door slaaptekort was aangetast. Andere bronnen van onvrede waren het ondankbare routinewerk, te weinig tijd voor (zelf)studie en de houding van oudere collega's, een houding die werd gekenmerkt door een snijddend sarcasme.

In een andere enquête onder Engelse arts-assistenten, ditmaal vijftienzestighonderd in getal<sup>8</sup>, werd de vraag gesteld: 'Do you think that your hours of duty are so long as to impair your ability to work with adequate efficiency?' De antwoorden van 2.452 artsen worden in tabel 2 weergegeven. Meer dan éénderde van de artsen (37,3%) vond vaak tot altijd slechter werk te leveren als gevolg van overwerk – volgens de auteurs een opmerkelijk resultaat in een beroep waarin het leven en de gezondheid van anderen zo op het spel staan. Onder de 'vaak'- en 'altijd'-antwoorders waren de gynaecologen en obstetricki in de meerderheid, in afnemende mate gevolgd door orthopedisch chirurgen, pediaters en internisten; het laagst in de rij stonden de pathologen en psychiaters (onder de hiergenoemde specialisten worden de arts-assistenten die in het desbetreffende specialisme werkten bedoeld.) Het bleek dat

de gynaecologen en obstetricki gemiddeld het langst hadden gewerkt en het kortst hadden geslapen, de andere 'drukke' specialismen volgden. Een 48-urige dienst werd het absolute maximum gevonden om niet de gezondheid van én arts én patiënt aan te tasten. Slapen in het ziekenhuis was vaak een probleem. Rustig inslapen werd soms door lawaai of door ingebeelde telefoontjes bemoeilijkt, en als de telefoon werkelijk ging voor iets triviaals duurde het soms wel een uur voordat men weer in slaap kwam. Het denken werd bemoeilijkt door de lange werktijden, concentratievermogen, interesse, verantwoordelijkheidsgevoel en aandacht voor patiënten namen af. Verschillende artsen vonden dat hun sociale leven werd aangetast, doordat ze het merendeel van hun vrije tijd gebruikten om 'bij' te komen van het harde werk. Enkele respondenten meldden onder psychiatrische behandeling te zijn. Ook het huwelijk en het gezin leden onder deze excessieve werkbelasting. Achtenveertig arts-assistenten schreven hun superieure onsympathiek te vinden; klagen over lange werktijden had geleid tot uitspraken als: 'I had to do it, so should you' en 'It was worse in my days'. De ziekenhuisdirectie werd vooral bekritiseerd om de dienstroosters: het minimum-aantal aanbevolen vrije dagen werd niet in acht genomen en bij ziekte en dergelijke werd er niet voor vervanging gezorgd. Angst voor een slechte referentie deed slechts weinigen klagen.

Dertig artsen uit drie ziekenhuizen in Cambridge werden onderzocht op hun werkefficiëntie als ze uitgerust waren dan wel slaaptekort hadden<sup>9</sup>. Aan de eerste groep, vijftien man sterk, werd een kaartsorteertest voorgelegd; in drie minuten moest men zoveel kaarten als men kon goed sorteren. Tevens werd een lijst van hun slaap-, werk- en vrije uren bijgehouden. Bij een cumulatief slaaptekort van drie uur of meer in de voorafgaande drie dagen was de foutenscore significant hoger dan wanneer men uitgerust was of minder dan drie uur cumulatief slaaptekort had ( $P < 0,05$ ). Deze groep werd tijdens het testen niet op de hoogte gebracht van haar scores of anderszins aangemoedigd. Aan een tweede groep werd behalve de kaartsorteertest ook een laboratoriumuitslagentest voorgelegd; deze bestond uit hematologische of biochemische uitslagen, waarbij men in drie minuten zoveel mogelijk abnormale uitslagen moest herkennen. Voordat deze kandidaten aan hun test begonnen werd hun de score op de kaartsorteertest verteld; de tests bevatten een zeker wedstrijdement. Bij groep 2 bleek dat pas bij een cumulatief slaaptekort van acht uur in de drie vooraf-

Tabel 1. Invloed slaaptekort ( $N = 64$ )<sup>7</sup>.

negatieve invloed op:	abs.		%		abs.		%	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
arts-patiëntrelatie .....	12	18,7	34	53,1	18	28,1		
relatie met overig personeel .....	16	25,0	35	54,6	13	20,3		
kwaliteit van het werk ...	4	6,2	35	54,6	25	39,1		

Tabel 2. Lange werktijden en kwaliteit werk ( $N = 2.452$ )<sup>8</sup>.

geen invloed op kwaliteit werk .....	2,9%
zelden invloed op kwaliteit werk .....	12,2%
soms invloed op kwaliteit werk .....	47,6%
vaak invloed op kwaliteit werk .....	34,0%
altijd invloed op kwaliteit werk .....	3,3%

gaande dagen de tests significant slechter werden uitgevoerd ( $P < 0,05$ ).

De onderzoekers verklaarden deze uitkomst door aan te nemen dat de artsen hun moeheid althans voor een korte tijd (de tests duurden slechts drie minuten!) konden compenseren: het wedstrijdement zou daarbij meespelen (evenals waarschijnlijk de levenscheitheid van de laboratoriumuitslagentest; invloed van motivatie?). Pas bij een cumulatief slaaptkort van acht uur zou deze compensatie te kort schieten (of misschien wel eerder, als er een test van langere duur zou worden gebruikt?). Amerikaanse artsen in opleiding tot kinderarts vertonen in de loop van hun specialisatie een significant minder positieve houding ten opzichte van patiënten en van hun opleiding, zo blijkt uit een studie verricht onder vier groepen aankomende pediaters: in deze studie werden de bronnen van stress en de manieren waarop daaraan het hoofd werd geboden, gedocumenteerd. Ook hier is de relatie excessieve werktijden-moeheid/tijdgebrek voor optimale patiëntenzorg terug te vinden.

### Effecten op eigen geestelijke gezondheid en huwelijk

In enkele van de hiervoor genoemde studies is gerapporteerd over het voorkomen van depressies<sup>4, 10</sup>.

Valko en Clayton hebben dit uitvoeriger bestudeerd<sup>11</sup>. In de door hen onderzochte groep van drieënvijftig artsen hadden er 16 (30%) een depressie ontwikkeld aan het begin van hun opleiding tot specialist. Van de depressieve arts-assistenten hadden er vier suïcidegedachten en drie zelfs een suïcideplan. Verder had 46% van de groep huwelijksproblemen, waarbij het aandeel van de depressieve artsen het grootst was. Vóór de opleiding was de groep vrij van psychopathologie, huwelijksproblemen en drugs- of alcoholmisbruik. De werkbelasting was zeer hoog: van de depressieve artsen werkte 63% meer dan honderd uur per week; enkele chirurgisch assistenten maakten zelfs honderddertig uur per week. Deze excessieve werkbelasting kon echter niet als enige oorzaak worden gezien, aangezien niet alle artsen die even hard werkten depressief werden en de depressieve groep significant meer familieleden met een psychiatrische voorgeschiedenis had.

Uit een eerder in dit blad verschenen overzicht<sup>12</sup> bleek dat het meeste onderzoek naar het voorkomen van geestelijke stoornissen en verslaving onder artsen wijst op een grotere prevalentie bij artsen dan in controlegroepen. Het artikel biedt ook een overzicht van de auteurs die menen dat beroepsomstandigheden kunnen leiden tot psychiatrische stoornissen en verslaving bij artsen.

Verscheidene auteurs vermelden de huwelijksproblemen in hun onderzochte groepen<sup>7, 8, 11</sup>. In het verslag van een ander onderzoek worden de problemen rond het huwelijk van vijfenvierzig (overwegend mannelijke) arts-assistenten beschreven<sup>13</sup>. Door de lange afwezigheid van hun echtgenoot vereenzaamden de vrouwen en werden ze depressief en apa-

thisch. Als hun man 's avonds laat moe thuis kwam wilde hij eten en gaan slapen, terwijl de vrouwen juist behoefte hadden aan gezelschap en conversatie. Sommige huwelijksrelaties schoven dan ook op in de richting van een 'mopperige verdraagzaamheid' tussen beide partners.

Tot slot verwijzen we naar een onderzoek waarin het huwelijk van vierendertig Britse artsen met dat van 16 tandartsen wordt vergeleken<sup>14</sup>. Aangezien de werkbelasting van de artsen hoger was, besteedden zij ook minder tijd aan gezinsactiviteiten dan de tandartsen. Alleen de vrouwen van de artsen klaagden over het feit dat de hoge werkbelasting van hun man problematisch was voor het huishouden, de opvoeding van de kinderen, de sociale activiteiten en de huwelijksrelatie. Frappant was dat de tijd die artsen en tandartsen zeiden te besteden aan die onderdelen van gezinsactiviteiten waarover de vrouwen klaagden, gelijk was: de slechtere huwelijksrelatie liet zich dus niet alleen weerspiegelen door het registreren van aan (onderdelen van) gezinsactiviteiten bestede uren; de kwaliteit van die activiteiten speelde zeker ook een rol. Verder bleek dat de vrouwen van de tandartsen veel beter met hun man konden communiceren en een grotere emotionele betrokkenheid tot hun echtgenoot koesterden, wat andere aanwijzingen voor een hechter huwelijksrelatie waren.

### Beschouwing

Een excessieve werkbelasting – voor de Nederlandse arts-assistent in opleiding gemiddeld 70,5 ± 16 uur per week – moet invloed hebben op de kwaliteit van het werk, de eigen gezondheid en het gezinsleven (ref. commentaar op LAD/LVAG-enquête<sup>15</sup>). Welnu, er zijn twee studies waarin objectief is 'gemeten' dat de kwaliteit van het werk van de arts afneemt bij slaaptkort<sup>9</sup>, en niet eens zoveel slaaptkort! Vier enquêtes, waaronder een onderzoek onder een grote groep artsen<sup>8</sup>, ondersteunen deze bevinding.

Dit fenomeen is voor andere beroepen reeds in extenso onderzocht, vooral in relatie tot de ploegendienst en circadiane ritmie<sup>16, 17</sup>. Als we bovendien nog bedenken dat de medische praktijkvoering invloed kan hebben op iemands geestelijke gezondheid en gezinsleven, is het eigenlijk verwonderlijk dat men nog niet is gekomen tot arbeidstijdverkorting volgens een verdringingscenario<sup>2</sup>. Dit model: herverdeling van arbeid en inkomens, behoeft beslist geen extra kosten met zich mee te brengen. In een tijd van stijgende werkloosheid onder artsen<sup>18</sup> en economische recessie moet dit toch zeker worden gepropageerd!

Hobson heeft heel andere argumenten voor arbeidstijdverkorting aangevoerd<sup>19</sup>: ulcuspijn, asthmatische, angineuze en emfysema-teuze hypoxieaanvallen komen vooral 's nachts voor in relatie met de slaap; volgens deze schrijver worden fatale CVA's en myocardinfarcten door D-(REM-)slaap geprecipiteerd. Patiënten met de predispositie voor deze ziekten zijn 's avonds 'at great risk', dat wil zeggen op een tijdstip dat medische hulp min-

der voorhanden is en de dienstdoende artsen moe zijn en kampen met een tekort aan slaap. Hobson baseerde zich meer op speculaties dan op toepasselijke onderzoekgegevens, maar nu hebben we genoeg (andere) argumenten om zijn stelling hard te maken; die stelling luidde: 'There never was a good reason to indulge in the false heroism of 36 hour duty stints by interns; we now appreciate excellent reasons for abandoning this practice (. . .) and supply all those unemployed young colleagues with a job' zou ik daaraan willen toevoegen. ■

### Literatuur

- Jaspers FC. Vandaag assistent, morgen werkeloos specialist. *Medisch Contact* 1980; 35: 1335-8.
- Jaspers FC, Vrijland EL, Duursma SA e.a. Spanningen op de arbeidsmarkt voor medische specialisten. *Medisch Contact* 1982; 37: 1147-52.
- Positie assistent geneeskundige; verslag enquête LAD/LVAG. *Medisch Contact* 1980; 35: 1217-27.
- Friedman RC, Bigger JT, Kornfeld DS. The intern and sleep loss. *N Engl J Med* 1971; 285: 201-3.
- Friedman RC, Bigger JT, Kornfeld DS. Psychological problems associated with sleep deprivation in interns. *Med Ed* 1973; 48: 436-41.
- Bates EM, Hinton J, and Wood TJ. Unhappiness and discontent: A study of junior resident medical officers. *Medical Journal Austr* 1973; 2: 606-12.
- McManus IC, Lockwood DN, Cruickshank JK. The preregistration year: chaos by consensus. *Lancet* 1977; 8008: 413-7.
- Wilkinson RT, Tyler PD, Varey CA. Duty hours of young hospital doctors: Effects on the quality of work. *J occup psychol* 1975; 48: 219-29.
- Poulton EC, Hunt GM, Carpenter A, Edwards RS. The performance of junior hospital doctors following reduced sleep and long hours of work. *Ergonomics* 1978; 21: 279-95.
- Adler R, Werner ER, Korsch B. Systematic study of four years of internship. *Pediatrics* 1980; 66: 1000-8.
- Valko RJ, Clayton PJ. Depression in the internship. *Dis nerv syst* 1975; 36: 26-9.
- Cate Th J ten. Suicide, verslaving, alcoholisme en geestelijke stoornissen onder artsen. *Medisch Contact* 1981; 36: 843-8, 891-4.
- Bates EM, Carroll PJ. Stress in hospitals: the married intern. vintage 1973. *Med J Austr* 1975; 2: 763-5.
- Robertson Elliot F. Professional and family conflicts in hospital medicine. *Soc Sci Med* 1979; 13A: 57-64.
- In vijfentwintig jaar niet veel veranderd; commentaar LAD/LVAG-enquêtecommissie 1980. *Medisch Contact* 1980; 35: 1228-34.
- Colquhoun WP (ed.). Aspects of human behaviour. London: English Universities Press, 1972.
- Colquhoun WP, Rutenfranz J. (ed.). Studies of shiftwork. Taylor & Francis Ltd., 1980.
- Stijging aantal werkzoekende artsen. *Medisch Contact* 1982; 37: 1380.
- Hobson JA. Sleep: physiologic aspects. *N Engl J Med* 1969; 281: 1343-5.



# Hoe langer hoe beter?

## Over de werktijden van co-assistenten

**Dokters maken lange dagen, dat is bekend. Tijdens het lopen van hun coschappen ervoeren Nettie Blankenstein en Hein Raat hoezeer die lange werktijden op iemands persoonlijke leven kunnen ingrijpen. Deze bevinding én hun twijfel aan de noodzaak van dat lange werken, brachten hen ertoe hun afstudeerscriptie bij de vakgroep Sociale Geneeskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam te wijden aan de werktijden van co-assistenten; de bijdrage hieronder is daarvan een bewerking. Aan de orde komen: feitelijke gegevens, arbeidsbeschermende regelingen achtergronden van het lange werken, acties daartegen en hoe het wél zou moeten. Nettie Blankenstein, arts, is docente aan de Sociale Academie CICSa te Amsterdam; Hein Raat, arts, is wetenschappelijk medewerker aan de de VU.**

In discussies over werktijden blijkt een scherpe begripsomschrijving nodig te zijn. Wij stellen voor, bij co-assistentschappen de 'aanwezigheidstijd' als uitgangspunt van de analyse te nemen; deze bestaat uit:

- werktijd in 'kantooruren';
- beschikbaarheidsdiensten (werk- en slaaptijd).

Over de werksituatie van arts-assistenten is in het rapport 'Arbeidsomstandigheden en opleiding van assistent-geneeskundigen' uitgebreid verslag gedaan<sup>1</sup>. Blijkens dit rapport zijn werkweken van 70 uur een normale zaak voor arts-assistenten. Aangezien co-assistenten meestal functioneren als 'mini'-arts-assistenten en zij het werkpatroon van 'hun' arts-assistent volgen, mag men verwachten dat zij even lang werken; dit lijkt ook te worden bevestigd door de schaars beschikbare onderzoekgegevens.

Aan de Vrije Universiteit is op initiatief van de onderwijscommissie een (niet-gepubliceerde) 'pilot-study' verricht naar de problemen die co-assistenten ervaren<sup>2</sup>. De opgegeven aanwezigheidstijd bleek bij vijftig co-assistenten interne geneeskunde en chirurgie gemiddeld 67,4 (50-88) uur per week te zijn; de meerderheid van de co-assistenten was hierover niet tevreden.

Uit een onderzoek aan de Vrije Universiteit op initiatief van co-assistenten zelf kwamen overeenkomstige resultaten<sup>3</sup>. Co-assistenten interne geneeskunde werkten 10 tot 13 uur per dag, afgezien van gemiddeld één beschikbaarheidsdienst per week. Het bleek dat gemiddeld 9 (2½-16) uur per week werd besteed aan routinearbeid met een minimaal leereffect.

In 1981 heeft de faculteitsraad van de medische faculteit der Vrije Universiteit een systematische evaluatie van co-assistentschappen in gang gezet. Op het hiervoor benutte vragenformulier is een aantal items over werktijden opgenomen. Wij zien hierin een hoopvolle ontwikkeling, omdat het een uiting is van de toegenomen aandacht van de faculteiten voor de kwaliteit van de co-assistentschappen; daarnaast kunnen de gegevens een waardevolle bron zijn om de noodzaak en de richting van veranderingen in de co-assistentschappen aan te tonen. Het is om deze reden begrijpelijk, maar desondanks teleurstellend dat de faculteit terughoudend is met het bekendmaken van de resultaten; niets van de gegevens is tot nu toe openbaar gemaakt.

### Arbeidsbeschermende regelingen

We zullen nu bespreken in hoeverre de werktijden van co-assistenten zijn vastgelegd in arbeidsbeschermende regelingen; we behandelen de Arbeidswet, de facultaire onderwijsreglementen en de Beleidsnota Stages.

In Nederland geldt voor werknemers de Arbeidswet van 1919<sup>4</sup>. Een arbeidsovereenkomst is hiervoor niet persé nodig. De Arbeidswet bevat in aparte besluiten per arbeidsoort bepalingen over maximaal toegestane werktijden. Voor ziekenhuiswerknemers staan de werktijdbepalingen in het zogenaamde Verplegingsbesluit (Werktijdenbesluit voor Verplegings- en Verzorgingsinrichtingen: WBVV). Volgens dit Verplegingsbesluit is een werkdag maximaal 9 uur, een werkweek maximaal 48 uur. Het overwerk mag in totaal niet meer bedragen dan 28 uur per 8 weken. Geldt het Verplegingsbesluit nu ook voor co-assistenten? Voor twee groepen ziekenhuiswerkers geldt het Verplegingsbesluit in ieder geval niet (par. 9, art. 64 Arbeidswet): a. artsen en vroedvrouwen, en b. personen zonder arbeidsovereenkomst.

*ad a.* Het uitzonderen van artsen en vroedvrouwen wordt als volgt toegelicht: zij werken in een niet-afhankelijke positie en zijn daarvoor zelf in staat hun arbeidsvoorwaarden te regelen of te bedingen. Wij menen dat dit voor artsassistenten in ziekenhuizen niet opgaat: zij zijn en voelen zich in een afhankelijke werknemerspositie. Daarom vinden LAD en LVAG dan ook dat arts-assistenten onder de werkingssfeer van de Arbeidswet en het Verplegingsbesluit moeten worden gebracht<sup>5</sup>.

*ad b.* Een arbeidsovereenkomst die voor de toepassing van de Arbeidswet in het algemeen niet vereist is, wordt voor toepassing van het Verplegingsbesluit wél gevraagd. De toelichting op de wet vermeldt echter dat deze uitzondering alléén is bedoeld om religieuzen en diaconessen van het Verplegingsbesluit uit te

sluiten. Verschillende juristen concluderen dat, naar de geest van de Arbeidswet gezien, de beschermende maatregelen van het Verplegingsbesluit wél gelden voor co-assistenten<sup>6</sup>. Een proefproces hierover is nog nooit gevoerd: het zou ons inziens nuttig zijn.

Op sommige medische faculteiten zijn de maximale werktijden van co-assistenten vastgelegd in onderwijsreglementen. De meeste van deze regelingen voldoen niet aan de eisen van de Arbeidswet. De onderwijsreglementen van de Vrije Universiteit bijvoorbeeld sluiten een 75-urige werkweek niet uit. In de praktijk blijken zelfs deze reglementen niet te worden nageleefd! Sommige faculteiten (Universiteit van Amsterdam, Utrecht en Rotterdam), achten het in het geheel niet nodig iets omtrent de werktijden te regelen.

In 1981 hebben de ministers van Onderwijs en Wetenschappen en van Sociale Zaken de Beleidsnota Stages opgesteld<sup>7</sup>. Volgens de in deze nota vermelde criteria zijn ook co-assistentenschappen stages. Volgens de nota dienen over anderhalf jaar voor alle stages overeenkomsten te worden gesloten, die onder meer aan de eisen van de Arbeidswet moeten voldoen.

### Waarom lange werktijden?

Opleiders en ook co-assistenten voeren ter verklaring van de lange werktijden vaak allerlei logisch lijkende redeneringen aan, die bij nader inzien niet blijken te voldoen. Men zegt bijvoorbeeld dat de lange aanwezigheidstijden nodig zijn om genoeg te kunnen leren. Uit onderzoek blijkt echter dat een groot deel van de tijd wordt besteed aan routinewerk met een minimaal leereffect. Verder leidt de inefficiënte organisatie van het werk vaak tot nutteloze wachttijden. De moeilijkheid dat 'ziekten zich niet houden aan kantoor tijden' kan door wisseldiensten worden opgelost. Niemand kan trouwens 168 uur per week aanwezig zijn. Sommigen zeggen dat juist de beschikbaarheidsdiensten het leerzaamste deel van de lange werkweek vormen. Wij betwijfelen of dit altijd het geval is. Bij die stages waar het werkelijk zo is (bijvoorbeeld verloskunde) zouden diensten kunnen worden gecompenseerd in de vorm van vrije tijd overdag.

Meestal komen de argumenten erop neer dat een co-assistent niet lang genoeg in het ziekenhuis kan zijn. Dit is een onzakelijke benadering. Wij denken dat de lange werktijden te maken hebben met het socialisatieproces dat tijdens de stages plaatsvindt. Het socialisatieproces is een vorm van cultuuroverdracht. Het treedt overal op waar een nieuw lid wordt opgenomen in een groep met een eigen cultuur. Op zich is dit een volstrekt normale zaak; het probleem is echter dat zowel de opleider als de co-assistent deze functie van het onderwijs meestal niet herkennen. Bij de arts-enop-▶

leiding is het socialisatieproces van buitengewoon belang. Het artsberoep is een typisch voorbeeld van een professie, een beroepsgroep met een eigen cultuur en een grote zelfstandigheid. Voordat iemand lid kan worden van zo'n groep is een langdurig, intensief socialisatieproces nodig. Lange werktijden spelen hierbij op twee manieren een rol: ten eerste vergroten lange werktijden de intensiteit van het socialisatieproces meer dan evenredig, doordat co-assistenten geen tijd meer hebben om afstand te nemen, om zich te bezinnen op wat er gebeurt; ten tweede zijn lange werktijden een essentieel kenmerk van de medische professie. Het is vanuit de professie gezien niet alleen nodig de co-assistenten hieraan te laten wennen, maar ze er ook van te doordringen dat lange werktijden normaal en noodzakelijk zijn. Lange werktijden zijn dus een onderdeel van het socialisatieproces én een middel om de intensiteit ervan te verhogen. De achterliggende vraag is natuurlijk waarom lang werken bij het medische beroep hoort. De meeste theorieën hierover zijn meer psychologisch van aard en sluiten aan bij de onzekerheid die centraal zou staan in het artsberoep<sup>8</sup>. Extreem lang werken zou een verdringingsmechanisme kunnen zijn<sup>9</sup>, of dienen om zoveel mogelijk klinische ervaring op te doen, in de waan dat dit de nodige zekerheid kan verschaffen<sup>10</sup>. Daarnaast geeft hard werken een hoge status en spelen de financiën natuurlijk een rol.

### Hoe het wél zou moeten

Wij vinden dat een werkweek maximaal 40 uur moet bedragen om een co-assistent in staat te stellen zich breder te ontwikkelen en normale relaties te onderhouden, ook buiten het ziekenhuis. Co-assistenten hebben tijd nodig om afstand te kunnen nemen van hun nieuwe, intensieve ervaringen. Ten slotte moet de opleiding ook mogelijk zijn voor hen die om wat voor reden dan ook niet langer dan 40 uur per week willen of kunnen werken.

Wanneer arts-assistenten hun werkweek tot 40 uur zouden willen terugbrengen, zijn ingrijpende maatregelen nodig. Wisseldiensten zijn hierbij een voorwaarde; dit betekent dat het werk heel anders moet worden georganiseerd. Ook zijn er financiële consequenties, omdat er in veel gevallen bijna twee keer zoveel personeel nodig is. Gelukkig is het normaliseren van de werktijden van co-assistenten praktisch gezien veel eenvoudiger en nu reeds realiseerbaar; de volgende maatregelen kunnen voor hen een 40-urige werkweek mogelijk maken:

1. Co-assistenten moeten geen routinewerk met minimaal leereffect (kluswerk) meer doen. Dit kan worden overgenomen door de daarvoor bestemde betaalde krachten.
2. De dagindeling van co-assistenten moet los van die van arts-assistenten en specialisten worden georganiseerd. Door aanpassingen moet worden voorkomen dat co-assistenten bijvoorbeeld om half acht 's morgens visite lopen met de arts-assistent en om half zeven 's avonds bij een specialistenbespreking aanwezig moeten zijn.

Door structurele, realiseerbare veranderingen in de werkorganisatie wordt een werkdag van bijvoorbeeld 8.30 uur tot 17.30 uur met een pauze van een uur mogelijk. Door werkstructurering kan inefficiënt werken met lange wachttijden worden voorkomen.

3. De regel, dat de co-assistenten van een bepaalde afdeling samen alle beschikbaarheidsdiensten moeten vullen, moet worden doorbroken. Een co-assistent moet slechts zoveel diensten doen als onderwijskundig noodzakelijk is. Doordat het werken tijdens diensten door vrije tijd overdag gecompenseerd moet worden, dient een zorgvuldige bestudering van de leermomenten plaats te vinden, waarna een afweging mogelijk is.

Door een goede werkorganisatie, het terugdringen van kluswerk en het afschaffen van 'verplichte diensten' is een onderwijskundig verantwoord co-assistentenschap mogelijk zonder studieduurverlenging. Het is niet zo dat hoe langer een co-assistent werkt, hoe beter het co-assistentenschap is. Medische faculteiten moeten het recht op zulke stages vastleggen in onderwijsreglementen, zelfs vóórdat ze hier toe worden verplicht<sup>7</sup> door de ministeries van Onderwijs en Wetenschappen en Sociale Zaken. Een bewuste en actieve opstelling van co-assistenten en hun organisaties zal nodig zijn om dit te bewerkstelligen.

### Acties

Facultaire co-assistentengroepen en het Landelijk Overleg Co-Assistenten (LOCO) hebben zich al met deze materie beziggehouden. In mei 1981 waren er aan de Vrije Universiteit een paar incidentele werkweigeringssacties die geleid hebben tot Kamervragen<sup>11</sup>. Op 18 december 1981 begon de co-assistentengroep in Nijmegen met een actie die op lange termijn moet leiden tot een betere en duidelijkere rechtspositieregeling. Van maart tot april 1982 organiseerde de co-assistentengroep van de Vrije Universiteit een breed opgezette actie

om de aandacht te vestigen op de lange werktijden. Daarnaast is er een Landelijke Actiegroep Medische Deeltijd Opleiding en -Arbeid (LAMDOA) die zowel voor co-assistenten als voor arts-assistenten betere werktijdregelingen en zelfs mogelijkheden voor part-time opleidingen bepleit.

Wij verwachten dat de schrikbarende toename van het aantal werkloze artsen een niet te onderschatten impuls zal geven aan de discussie over werktijden van artsen. Al met al stellen co-assistenten zich minder passief op dan vroeger. Wie weet gaat het echt hoe langer hoe beter! ■

### Literatuur

1. Verreck WA. Positie assistent-geneeskundigen; rapport 'Arbeidsomstandigheden en opleiding van assistent-geneeskundigen'. Verslag enquête LAD/LVAG. Medisch Contact 1980; 35: 1217-34.
2. Raat H, Blankenstein AH. Alles op zijn tijd: een studie van het werktijdenprobleem bij co-assistenten. Scriptie voor het artsexamen bij de vakgroep Sociale Geneeskunde van de Vrije Universiteit. Amsterdam: MFVU-dictatencentrale, 1982.
3. Kistemaker T, Boosen P, Petten M van, Mak K. Uit het interne co-schap geklapt: een enquête. Mediaan (faculteitsblad Medische Faculteit Vrije Universiteit Amsterdam) mei 1981, 14-6.
4. Arbeidswet van 1919.
5. Beleidsconclusies LAD/LVAG (bij het) Rapport 'Arbeidsomstandigheden' en opleiding van assistent-geneeskundigen'. Medisch Contact 1980; 35: 1234-5.
6. Schooten M van. De rechtspositie van de co-assistent betreffende zijn arbeidsduur in een perifere ziekenhuis. Doctoraalscriptie rechten. Nijmegen, 1981.
7. Beleidsnota Stages. Kamerstuk 16791 (1-2), 11 juni 1981.
8. Fox RL. Training for uncertainty. In: Merton RK et al. (ed.). *The Student-Physician*. Cambridge, 1957, 207-41.
9. Wouters C, Kroode H ten. Informalisering in het rouwen en in de omgang met doden op de snijzaal. *De Gids* 1980; 147:7.
10. Becker HS, Geer B, Everett C, Hughes EC, Strauss AL. *Boys in White: Student Culture in Medical School*. Chicago: University of Chicago Press, 1961.
11. Vragen gesteld door leden van de Kamer, met daarop door de regering gegeven antwoorden, nummer 225. Vragen van het lid Willems (PSP) over co-assistenten als gratis arbeidskracht. Tweede Kamer, zitting 1981, Aanhangsel van de Handelingen, 437.

## Verandering in het medisch onderwijs

### Studiedag Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs

Op 6 april a.s. houdt de Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs (NVMO) een studiedag over verandering in het medisch onderwijs.

Enige jaren geleden produceerden de Nederlandse hoogleraren in de huisartsgeneeskunde een tweetal kritische nota's over de basisopleiding. Reactie kwam daar nauwelijks op. Dat de auteurs hierover teleurgesteld waren, spreekt vanzelf en werd door hen ook uitgesproken. Reden genoeg voor de NVMO om erop door te gaan. Kennelijk, aldus het bestuur van de vereniging zijn de boodschap en/of de boodschappers niet goed 'overgekomen'. Tijdens de studiedag krijgen de critici een nieuwe kans, waarbij tevens de vraag aan de orde zal komen

of hun kritiek wel juist was geadresseerd. Vooral niet-huisartsen zou men hoe hierover wel eens willen horen. 's Ochtends zullen drie thema's worden behandeld, steeds door een spreker en een opponent, te weten: 'Onderwijsontwikkeling', 'Concrete utopiën' en 'Besluitvormingsprocessen inzake onderwijsverandering'. 's Middags zullen de deelnemers in werkgroepen door kunnen praten. Plaats: Bijlhouwerstraat 6, Utrecht. Kosten: f 15,— voor koffie, lunch en thee. Inlezen: MC nr. 1/1983, blz. 25.

Inlichtingen: secretariaat Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht. ■



# Huisartsenhulp in de AWBZ

**De huisarts in de AWBZ? Huisarts H. van Osch uit Den Dungen rubriceert de argumenten die men zoal aanvoert om aan te tonen dat de huisartsenzorg onder het regime van de AWBZ dient te worden gebracht. Hij concludeert, dat als men dat zou willen de tweede lijn mee zou moeten.**

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is een sociale ziektekostenverzekering waarvoor de premie van de loontrekkenden geheel door de werkgevers wordt betaald; personen van 65 jaar en ouder zijn geen premie verschuldigd. Hoewel de wet tot doel had vrijwel onverzekerbare risico's te dekken, is de laatste jaren een aantal voorzieningen onder de werking van deze wet gebracht waaraan niets 'bijzonders' meer is te bespeuren.

De eerstvolgende verstrekking waarmee de AWBZ wordt uitgebreid zal waarschijnlijk de huisartsenhulp zijn.

De Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) heeft hiertoe in haar Beleidsplan Ziekenfondsen '85<sup>1</sup> een suggestie gedaan en heeft er tot vijfmaal toe gepleit in een nota van augustus 1982<sup>2</sup>. Namens de FNV heeft de heer H. Bode laten weten het VNZ-standpunt krachtig te zullen ondersteunen, omdat de opname van de intramurale zorg in de AWBZ die de vakvereniging voorstaat op dit moment toch niet haalbaar is.

In haar zogenaamde politieke testament heeft minister Gardeniers zich voorstandster verklaard van een uitbreiding van de AWBZ ten dienste van een versterking van de eerste lijn. In het interim-rapport van de Werkgroep Honoreringsstructuur Huisartsen<sup>3</sup>, dat mede door de LHV is geschreven, wordt gesteld dat een volksverzekering voor huisartsenhulp in technisch opzicht een goede oplossing zou bieden voor veel problemen; in feite betekent dit een pleidooi voor opname van de huisartsenzorg in de AWBZ.

Maatschappelijk gezien bestaat er over deze kwestie dus een grote mate van overeenstemming. Desondanks is het onzeker of deze gemeenschappelijke wens erg snel in vervulling zal gaan, omdat uitbreiding van collectieve voorzieningen haaks staat op het overheidsbeleid van privatisering. In het Rapport Her-

overweging Collectieve Uitgaven<sup>4</sup> staat, dat voor een verder collectiviseren van de financiering van de gezondheidszorg geen of nauwelijks financiële ruimte aanwezig zal zijn.

Als de uitgesproken voorkeur voor een volksverzekering van staatssecretaris Van der Reijden geen totale zwenking van het overheidsbeleid betekent, kunnen we in deze kwestie een adempauze verwachten; dat zou de gelegenheid scheppen om de gehanteerde argumenten nog eens kritisch te beoordelen.

## Financiering: sub-systeem

Vooropgesteld zij, dat de wijze van financieren grote invloed kan hebben op een zorgsysteem. Als de huisartsenzorg destijds niet onder de ziekenfondsverzekering zou zijn gebracht, als in deze ziekenfondsverzekering de huisarts niet de poortfunctie ten opzichte van de tweedelijnsgezondheidszorg zou zijn toebedeeld en als de huisarts niet per abonnement zou zijn betaald, dan zouden we nu in ons land een ander soort huisartsenhulp hebben gehad. De financiering kan worden gebruikt als een beleidsinstrument in de gezondheidszorg<sup>5</sup>. De financiering staat niet buiten het zorgsysteem maar is er een onderdeel, een sub-systeem, van. De keuze voor een bepaald financieringssysteem is dus niet iets dat weinig met de zorgverlening te maken heeft; integendeel, realiserings- en ontwikkelingsmogelijkheden van een zorgstelsel worden er ten eerste door bepaald.

## Argumenten vóór

Er wordt een drietal argumenten aangevoerd om de huisartsenhulp onder de AWBZ te brengen:

Het *eerste argument* is geboren uit opportunisme. VNZ en FNV willen een volledige volksverzekering voor ziektekosten realiseren. Fasegewijze uitbreiding van de AWBZ is daarvoor een middel. Gezien de bestaande maatschappelijke overeenstemming en gezien de beperkte kosten, vindt men de huisartsenhulp daartoe op dit moment het best geschikt. De doelstelling ligt niet in de huisartsgeneeskunde. Voor de huisartsgeneeskun-

de is de betekenis van een volksverzekering niet te taxeren, omdat een volksverzekering geen afgebakend begrip blijkt te zijn: voor de één gaat het om de beheersbaarheid van de gezondheidszorg, voor de ander om een premie naar draagkracht, terwijl het er een derde (bijvoorbeeld de LHV) slechts om te doen is een bepaalde verstrekking voor iedereen verplicht verzekerd te krijgen. De voorkeur van de Werkgroep Honoreringsstructuur Huisartsen voor een volksverzekering voor huisartsen strookt niet met een andere voorkeur voor 'een beheersbare afstemming tussen de eerste- en de tweedelijnsgezondheidszorg, zowel functioneel als financieel met de mogelijkheid van herallocatie van middelen'. Deze twee aanbevelingen kunnen slechts samengaan als ook de specialistische hulp onder de volksverzekering wordt gebracht.

Een *tweede argument* op grond waarvan de huisartsenzorg in de AWBZ zou thuis horen, luidt dat het kruiswerk en de ambulante geestelijke gezondheidszorg er ook onder vallen en dat door uniforme financiering naar een betere samenwerking tussen de verschillende disciplines kan worden toegewerkt.

De vraag waar het om gaat is echter of aan het formaliseren en structureren van de samenwerking tussen huisarts en medisch specialist geen grotere prioriteit moet worden gegeven dan aan de samenwerking van de huisarts met de andere eerstelijnsverleners. In zijn werk functioneert de huisarts momenteel voor het overgrote deel in samenwerking met zijn collega's in de tweede lijn en met behulp van in ziekenhuizen gevestigde functies; de poortfunctie van de huisarts krijgt in deze samenwerking gestalte.

Wil een versterking van de eerste lijn kostenbesparend zijn, dan zal de samenwerking tussen huisarts en specialist via de financiering moeten worden gestuurd. Hiervoor is een uniform betaalsysteem nodig. Van Es zegt hierover, dat het onbegrijpelijk is dat de honoreringsstructuren van huisarts en specialist nog niet met elkaar in relatie zijn gebracht<sup>6,7</sup>. Een systematische sturing via financiering naar een te eenzijdig functioneren van de huisarts *binnen* de eerste lijn zal de huisarts in een rol dringen die hem identiteitsverlies en verlies van gezag in medische zaken oplevert. Dit verlies aan gezag bij patiën-



ten en specialisten zal zijn poortfunctie ondergraven; de patiënt zal sneller willen worden verwezen en de specialist zal minder snel durven terugverwijzen.

Daarbij komt, dat men kan waarnemen dat de samenwerking in de eerste lijn slecht op gang komt. Ook waar met ruime financiële middelen experimenten zijn opgezet treedt vaak stagnatie op. Een van de redenen hiervan is, dat het aantal patiënten waarover de samenwerking zich kan uitstrekken voor de huisarts relatief gering is. Het is een gewaagd beleid de financiering toe te snijden op een systeem waarvan de experimenten tot op heden nog niet aan de verwachtingen hebben voldaan.

Het *derde argument* dat wordt opgevoerd om de huisartsenhulp onder de AWBZ te brengen is de kostenbesparing die men daarvan verwacht: de aldus versterkte basiszorg zou de druk op de dure tweedelijnsvoorzieningen verlichten.

Deze verwachting berust op een misvatting. Het is algemeen bekend, dat in de gezondheidszorg de vraag sterk mede door het aanbod wordt bepaald. Gezien de ervaring met een financiering uit de collectieve middelen, moet worden verwacht dat het volume en de kosten van de eerstelijnsgezondheidszorg bij financiering van die zorg via de AWBZ sterk zullen toenemen. Deze volumetoename zal zijn overloop hebben naar de tweede lijn. In Israël, waar het aantal huisarts-patiëntcontacten ruim 100% hoger ligt dan in Nederland, heeft dit niet geresulteerd in een geringer gebruik van de tweedelijnsvoorzieningen. De volumetoena-

me in de tweede lijn zal nog extra worden versterkt, doordat het gezag van de huisarts in medische zaken zal verminderen zodra blijkt dat hij meer eerstelijns hulpverlener dan medicus is geworden.

Ook de VNZ, de onderhandelingspartner van de LHV, voorziet deze kostenstijging; zij stelt voor deze te beheersen door middel van budgetfinanciering van de gehele eerstelijnsgezondheidszorg. Dit is om verschillende redenen geen goed voorstel. De eerste lijn is meer een topografische eenheid dan een functionele eenheid; daarom is budgettering hier niet geschikt voor kostenbeheersing. Vervolgens zal volumebeheersing door een budget ook de *gewenste* volumegroei tegenhouden, die moet ontstaan door overhevelen van volume uit de tweede naar de eerste lijn. Het budget kan de volumegroei niet naar afkomst differentiëren. Tenslotte zal budgettering alle problemen die de LHV denkt te kunnen oplossen door invoering van een volksverzekering juist verscherpen.

Alleen dan wanneer een afname van volume in de tweede lijn leidt tot volumegroei in de eerste lijn is er sprake van besparing. En dat kan pas als huisarts en specialist intensiever gaan samenwerken. Met het oog daarop moet de samenwerking voor beiden een honoreringsbestanddeel gaan vormen. Verder moet het verwijsgedrag van de huisarts c.q. het terugverwijsgedrag van de specialist een van de factoren die hun honorarium bepalen gaan vormen. Het wordt tijd, dat de honorerings- en financieringsstructuren

in de gezondheidszorg stimulansen tot kostenbeheersing gaan bevatten.

### Besluit

Geconcludeerd kan worden, dat mocht men de huisartsenhulp onder de AWBZ willen brengen, met de specialistische hulp tegelijkertijd hetzelfde zal moeten gebeuren. Gekozen moet dan worden voor een vorm die stimuleert tot het intensiveren van de samenwerking tussen huisarts en specialist, alsmede tot een volumeverschuiving van de tweede naar de eerste lijn. ■

### Literatuur

1. Beleidsplan Ziekenfondsen '85. September 1982.
  2. VNZ. Concept-nota Herziening ziektekostenverzekeringstelsel volgens Rapport Heroverweging Volksgezondheid. 27 augustus 1982.
  3. Werkgroep Honoreringstructuur Huisartsen. Honoreringssystemen voor huisartsenzorg. Augustus 1982.
  4. Rapport Heroverweging Collectieve Uitgaven. Tweede Kamer, zitting 1980-1981, 16625, nr. 4.
  5. Leenen HJJ. Systeemaspecten van de gezondheidszorg. *Metamedica* 1980; 59: 125.
  6. Es JC van. Structuur honorering specialisten. *Medisch Contact* 1982; 37: 1143.
  7. idem. Huisarts en specialist: een span. *Medisch Contact* 1983; 38: 175.
- Idenburg PhA. Hardop denken over politisering in de gezondheidszorg. *Tschr Soc Geneeskd* 1979; 57: 825.
- Rapport technische werkgroep Economische Zaken, Financien. *Volksgezondheid en KLOZ*. RS/YE/611/82, juli 1982.
- TH Eindhoven en KU Nijmegen. Literatuurrapport over de werking van 'incentives' in de gezondheidszorg. Augustus 1980.
- Vries J de. Het verzekeringsstelsel op de helling. *Inzet* 7/8 1982.

*Charles J. F. Kemperman*

## Medische betrokkenheid bij de doodstraf

**Dat artsen zich bij het voltrekken van de doodstraf door middel van een intraveneuze injectie hebben laten betrekken, kan als een inbreuk op het medisch-ethisch handelen worden gezien. Aldus Charles J. F. Kemperman, arts te Elst. Zijns inziens noopt deze problematiek tot bezinning en discussie. De Medische Beroepsgroep van Amnesty International zou het niet eens bij die discussie en bezinning willen laten.**

De conservatieve politieke stemming in de Verenigde Staten heeft een wederopleving van steun voor het opnieuw invoeren van de doodstraf met zich meegebracht. Vijftien jaar

geleden was een meerderheid van de Amerikanen tegen de doodstraf; in 1981 bleek tweederde vóór en een kwart tegen te zijn. In de loop van 1982 hebben steeds meer staten en hoog-gerechtshoven stappen ondernomen tot wederinvoering van de doodstraf. Op het ogenblik zijn er, met het district Columbia en Porto Rico, maar dertien staten zonder doodstraf: Alaska, Hawaï, Iowa, Kansas, Maine, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Noord Dakota, Oregon, Rhode Island, West Virginia en Wisconsin. Zeer recent heeft de staat Massachusetts de doodstraf in feite weer ingevoerd door middel van een amendement op zijn grondwet.

Het resultaat van de herinvoering van de doodstraf zal een vloedgolf aan executies zonder

parallel sinds de depressie van de jaren dertig zijn. Op 20 december 1982 waren in de Verenigde Staten 1.137 ter dood veroordeelden, van wie 153 in de staat Texas. Op korte termijn zal er een groot aantal van hen worden geëxecuteerd, omdat voor velen geen beroep meer mogelijk is. Onlangs werd in Texas Charlie Brooks geëxecuteerd; we kunnen aan die gebeurtenis niet zo maar voorbijgaan: voor de eerste maal in de geschiedenis van de Verenigde Staten waren bij het voltrekken van een doodvonnis artsen betrokken.

### Charlie Brooks: een precedent

Charlie Brooks werd op 7 december 1982 in Huntsville, Texas, door middel van een intra- ▶

veneuze injectie met een dodelijke dosis natriumthiopental geëxecuteerd. Daartoe, zo berichtte het persbureau Reuter op 9 december 1982, had een arts tevoren de geschiktheid van diens intraveneuze systeem vastgesteld. De correspondent van de Londense Guardian, die de executie op 8 december 1982 beschreef, meldde: Na vijf minuten luisterde Dr. Ralph Gray, medisch directeur van het Texas Department of Corrections, door een stethoscoop naar zijn (Brooks') hart, schudde zijn hoofd en zei: 'Nog een paar minuten'. Dr. Bascom Bentley, die de gevangene eveneens onderzocht, scheen hem met een lampje in de ogen en vroeg de executeur: 'Bent u klaar met de injectie?' Hij kreeg te horen dat dat niet het geval was. Twee minuten later, na nog een stethoscopisch onderzoek, zei Dr. Gray: 'Ik verklaar dat deze man gestorven is'. 'Uit verschillende persberichten valt op te maken, dat er zeven minuten verstreken tussen het ogenblik waarop met het toedienen van de natriumthiopental was begonnen en het ogenblik waarop de dood werd vastgesteld.

### Medisch-ethische codes

Tegen medische deelname aan het voltrekken van de doodstraf hebben zich inmiddels vertegenwoordigers van verscheidene organisaties uitgesproken.

Een zagsman van de American Medical Association (AMA), geciteerd in de Londense Guardian, merkte op: 'Het toedienen van een lethale injectie als middel om het leven van een veroordeelde te beëindigen kan niet worden beschouwd als behorend tot de geneeskundige praktijk. . . Artsen dienen zich hier niet mee in te laten'.

De secretaris-generaal van de World Medical Association (WMA), Dr. André Wynen, verwees op 8 december 1982 naar het standpunt dat de plenaire vergadering van zijn organisatie op 29 september 1981 te Lissabon had ingenomen, namelijk: ' . . . dat geen arts kan worden verzocht hieraan actief deel te nemen. . . ' en ' . . . dat als enige rol voor de arts is weggelegd het vaststellen van de dood, nadat de Staat de doodstraf heeft uitgevoerd. . . '

De Texas Medical Association heeft dit standpunt in 1981 onderschreven. Op brieven van bezorgde medici antwoordde de gouverneur van die staat: 'Hoewel de wet niet vereist dat de injectie door een erkend arts moet worden gegeven, kan degeen die de executie uitvoert dringend om de aanwezigheid van twee artsen verzoeken. . . teneinde te waarborgen dat er geen onnodig leed wordt teweeggebracht'.

De Medische Adviesraad van Amnesty International stelde een 'Amnesty International Declaration on Doctors and the Death Penalty' op, die op 12 maart 1981 werd aangenomen. In deze verklaring heet het, dat iedere deelname van medici aan het voltrekken van de doodstraf, in welke vorm dan ook, een schending betekent van de medische ethiek; onder 'deelname' wordt in dit verband tevens verstaan:

1. het bepalen van de geestelijke en lichamelijke geschiktheid voor executie;
2. het geven van technische adviezen;

3. het voorschrijven, bereiden, toedienen of superviseren daarbij van de doses gif bij gerechtelijke maatregelen waarbij van dergelijke middelen gebruik wordt gemaakt;
4. het verrichten van medisch onderzoek tijdens executies, zodat een executie kan doorgaan als de gevangene nog niet dood is.

Een ondersteuning van het standpunt van Texas' gouverneur, dat artsen bij executies kunnen worden betrokken om onnodig leed te voorkomen, is dit zeker niet.

### Onnodig leed voorkomen

Vanzelfsprekend kan men begrip opbrengen voor de visie dat door executie per injectie onnodig leed kan worden voorkomen, maar aangetoond lijkt me dat nog niet. Zou deze wijze van executeren 'humaner' zijn dan doodschietsen of de elektrische stoel? Een nogal dubbelzinnig argument, dat overigens door voor- én tegenstanders van medische betrokkenheid wordt aangevoerd.

Zo stelt de Judicial Council van de AMA, dat de beslissende factor ten aanzien van medische deelname – ofwel het zelf toedienen van het lethale middel ofwel het houden van toezicht daarop – is, 'that professional standards in medicine always rest on the most fundamental of concepts, 'primum non nocere', above all do no harm'<sup>1</sup>. De AMA is van mening dat dit uitgangspunt iedere betrokkenheid van medici bij de tenuitvoerlegging van de doodstraf uitsluit, ongeacht de persoonlijke stellingname van de arts met betrekking tot het al dan niet moreel aanvaardbaar zijn van de doodstraf. Het 'minimise suffering'-argument<sup>2</sup> zal evenwel ook door de voorstanders van deelname van artsen aan het voltrekken van de doodstraf kunnen worden gebruikt.

### Argumenten voor weigerwilligheid

Het lijkt me, dat iedere vorm van medische betrokkenheid bij het uitvoeren van de doodstraf moet worden ontraden, omdat het kan worden gezien als een schending van het medisch-ethisch handelen; dit betreft eveneens het geven van adviezen en het verrichten van onderzoek vóór of tijdens executies.

Niet alleen moet de WMA-verklaring van Lissabon stellig worden onderschreven, aangezien de arts immers de wettelijke plicht heeft de dood vast te stellen, daarenboven dient medici hun aanwezigheid bij de tenuitvoerlegging van executies alsmede betrokkenheid hunnerzijds bij de voorbereiding daarvan, worden ontraden.

Als argument zou ik niet eens willen noemen, dat het speciale afschrikwekkende effect van de doodstraf nooit is aangetoond, dat niet aanmerkelijk is gemaakt dat de 'medische' doodstraf om humane redenen boven andere vormen te verkiezen valt en dat ook rechters en executeurs zich kunnen vergissen. Er zijn twee argumenten om medische participatie te ontraden, het ene positief, het andere negatief:

– Als de medische wereld zich weigerwillig betoont ten aanzien van participatie, zal dit de maatschappij des te meer tot begrip van de waarde van een mensenleven brengen.

Hiermee verbonden is de visie, dat afschaffing van de doodstraf een maatschappij de heiligheid van individueel leven zal doen inzien; helaas valt in veel landen het tegenovergestelde waar te nemen.

– Medische betrokkenheid bij het voltrekken van de doodstraf kan de weg effenen voor nazistische tendensen.

Let wel: ik stel níét, dat mag worden verwacht dat dit in de VS op korte termijn zal gebeuren, maar ik stel wél dat het scheppen van het precedent van een ontwikkeld land dat artsen bij executies betreft een sneeuwbaleffect kan hebben; denk aan het amputeren van handen bij dieven en het folteren met geavanceerde methoden niet dan na medische keuring. Onderschijsking van medisch handelen aan maatschappelijke wensen kan gevaarlijke precedents scheppen<sup>2</sup>. Het lijkt me, dat de medische wereld zich dit bewust moet zijn.

Een discussie met betrekking tot deze tendensen lijkt noodzakelijk. Ik zou de rol van de artsorganisaties, landelijk en wereldwijd, hierin willen benadrukken. Maar ook de individuele arts kan er zijn steentje aan bijdragen, dat schendingen van de medische ethiek in de toekomst worden voorkomen. ■

*De medische beroepsgroep van Amnesty International verzoekt u van uw bezorgdheid over de medische betrokkenheid bij het voltrekken van de doodstraf in de Verenigde Staten blijk te geven aan de American Medical Association, 535 North Dearborn Street, Chicago, Illinois 60610, USA, en aan de World Medical Association, 28 Avenue des Alpes, 01210 Ferney-Voltaire, France.*

Voor reacties en informatie houdt de auteur zich aanbevolen: C. J. F. Kemperman, Zөөtendaal 199, 6662 XM Elst.

### Literatuur

1. Casscells W, Curran WJ, Hyg SM. Doctors, the death penalty, and lethal injections. *New Engl J Med* 1982; 307: 1532-3.

2. Kemperman CJF. Clinical decisions. *Lancet* 1982; ii, 1222.

Geschiedenis der geneeskunde

# Slauerhoff verslaafd?

**De suggestie dat Slauerhoff aan drugs verslaafd was berust niet op aantoonbare gegevens. Op grond van wat er aan notities over zijn ziekten bekend is kan veeleer van een aan de omstandigheden aangepast gebruik van medicamenten worden gesproken, vindt Mw. Drs. C. M. Verkroost.**

J. J. Slauerhoff, de scheepsarts van Friese origine die tevens een van onze grootste dichters en prozaïsten is geworden, heeft in zijn korte leven (1898-1936) onvoorstelbaar veel geleden, zowel psychisch als somatisch. Volgens de ons ter beschikking staande gegevens is hij aan tuberculose gestorven. Maar tijdens zijn vele reizen en ook daarna heeft hij nog een reeks andere ziekten te verduren gehad. Wat zijn psychisch lijden betreft moet de diepe verlatenheid – niettegenstaande het feit dat hij familie en vrienden had en ook nog de zegen van het huwelijk enkele jaren heeft gesmaakt – het ergst zijn geweest: 'Slechts in mijn gedichten kan ik wonen', is een duidelijke klacht. Doordat hij van huis uit geneesheer was heeft hij zijn somatische troubles zelf meestal wel onderkend, en dat hij aan tuberculose leed moet hem wel bekend geweest zijn, ofschoon hij daarover nooit in duidelijke bewoordingen sprak. Een van zijn beste vrienden, de arts Hans Feriz wist het in elk geval wél! Tegen zijn lijden heeft Slauerhoff met de hem bekende preparaten gestreden. Uiteraard heeft hij bij toenemende noden grotere doses gebruikt. Maar was hij nu verslaafd aan bepaalde middelen, en zo ja: waaraan en wanneer? Op deze vragen proberen we te antwoorden met onder meer het 'patiëntenboek' van de geneesheer Ladenius bij de hand<sup>2</sup>.

## Medische notities

Wat Slauerhoffs gebruik of misbruik van opiaten betreft gaan we uit van een citaat:

Na een uur is de weldadige werking voorbij. Ik ontwaak stikkend, hurk neer, de uren der nacht gaan langzaam voorbij, buiten is de nevel dik en de stilte ondoordringbaar en toch

heb ik een groot verlangen de nacht in te gaan, uit dit kleine hok, met deze zoete lucht die ik altijd met chineezers associeer; met dit doffe roode licht, de slapende zwaarlijvige figuur in Kimono naast mij, de karakters, die voor ons niets betekenen<sup>3</sup>.

Verder wijzen enige plaatsen in authentieke brieven en medische notities ons de weg.

Van februari 1931 is een brief van Jan Slauerhoff aan Hans Feriz bewaard gebleven, waarin Slauerhoff verzoekt om monsters van een slaapmiddel caussyth (vervaardigd door Heilmittelstelle GA Wien III). In zijn brief aan Feriz van de 2<sup>e</sup> maart 1931 heet het:

Als je komt zul je me een genoeg doen wat slaapmiddelen mee te nemen: sedormid, allo-nal, caussyth en cardiazol diacodide.

Omstreeks 30 maart 1931 weer aan Feriz:

Op het gebied van slaapmiddelen hoef je geen vrees te hebben, het zijn de eenige medicijnen die ik inneem. Kuenen vindt alle barbituurderivaten goed<sup>4</sup>.

Vervolgens weten we uit het patiëntenboek van Ladenius d.d. 10 december 1930, dat Slauerhoffs reis naar Zuid-Amerika goed was, maar dat hij op de terugreis in de nacht hevige koliek in de buik had gehad, waarvoor hij 50 dr. laudan. + amp. van 10 mgr. had gebruikt en dat hij bloederig slijm had opgegeven, dat adrenaline na twee dagen bronchitis en astma niet had geholpen en dat hij enige dagen 20 mgr. morfine had geslikt. Bij aankomst werd de bronchitis beter en nam hij nog 5 mgr. per dag. Daarna was hij met morfine gestopt.

Met dezelfde datum 10 december 1930 vinden we:

sinds binnenkomst temp. 38°-39°  
Slauerhoff hoest nog en geeft slijm op.  
in de nacht droge hoest  
dagenlang hoofdpijn; hij heeft Veronal nodig.

Ladenius heeft Slauerhoff kennelijk bezocht, want hij noteert:

ziet er ellendig uit. Bleek, moe vermagerd

en verder:

milt en lever niet palpabel  
maag niet drukpijnlijk

11-2-1931; bezinking 118 per uur.

Ladenius raadt een zacht dieet en Cardiazol dicodid en sedormid aan.

Op 12 december bezoekt Ladenius Slauerhoff bij zijn moeder thuis, aan de Klopersingel nr. 5 in Haarlem, waar hij wordt verpleegd. Slauerhoff voelt zich goed.

15-2-31 zondag, consult (met wie?)  
17-2-31 met Snapper gesproken; denkt ook III (tuberculose?)

19/2 en 20/2 geen bloed in de faeces  
25/2 zelfde toestand; milt niet palpabel  
temp. soms tot 39.3; soms van 38.1 tot 38.2  
1-3-1931 avondconsult. Temperatuur blijft hoog; na chinine 1/5° lager; Toch met 39° er bij milt niet palpabel; pols frequent. Tong nu indelijk gegorgeld met boschbessenaftreksel. Witte vlekken uit de keel zijn verdwenen. Maakt doodzieke indruk.

2-3-1931 avondconsult  
bloed opgezonden voor typhus, paratyphus. Causith heeft pat. niet gebruikt  
Brief van Dr. Feriz: vindt 't nog al meevallen pols 88

(Bedoeld is de brief van 1 maart 1931 van Feriz aan Ladenius: 'De eerste gedachte is natuurlijk t.b.c.! dat heb ik immers al 10 jaar geleden gedacht maar hij heeft het steeds ontkend . . . ik persoonlijk heb zijn asthma zeer verdacht gevonden en ook de zogenaamde haematemesis in 1925')

pat. eet weinig; doodzieke indruk  
4-3-1931 na caussyth is de temp. iets lager  
consult: brief van Feriz.

(Bedoeld is de brief van Feriz aan Ladenius als reactie op het rapport van het Gemeentelijk Laboratorium te Haarlem van 5 maart 1931: sputum; t.c. bacillen positief, eiwit positief. Feriz schrijft, eveneens die op 5e maart: 'ook ik heb dit resultaat van het sputum onderzoek verwacht: Mijn advies is: open kaart spelen!')  
7-3-1931: krijg 'n brief, wil wel Snapper; ook wel x-foto hier in Haarlem; in Leiden liggen. 2 ijlbrieven: 6-3-1931 en ± 12-3-1931

Op 11 maart 1931 seint Ladenius naar Prof. Kuenen in Leiden. Deze zal op 12 maart 1931 om 8.15 uur bellen; er wordt een opname in Leiden geregeld.

Later, ook nog op 11 maart 1931 komt er bericht van Slauerhoff, dat hij door een vergissing van zijn moeder te veel diol heeft ingenomen met als verschijnselen ►

tremor, somnolentie en een slechte pols. Op 18 maart 1931 schrijft Slauerhoff aan Ladenius: 'Diagnose van Prof. Kuenen luidt: influenza pneumonia'.

Op 9 mei 1931 belt Slauerhoff aan Ladenius dat hij thuis is bij zijn vrouw en dat hij naar Haarlem zal komen. In de brief staat dat hij alleen Van Slooten als arts wenst, maar enkele dagen later verzoekt hij Ladenius om een spuitje voor astma; Ladenius verwijst hem naar Van Slooten. Van Slooten ontvangt echter geen bericht van Slauerhoff en gaat niet naar hem toe. Dr. Heymans verklaart dat Slauerhoff advies slecht opvolgt en ook niet in Zwitserland wil kuren. Men ziet het: misverstanden ontbraken niet.

Uit een brief van Slauerhoff aan Ladenius d.d. 8-2-1931 citeren we nog:

Dank voor je brief die mij in zee werd gezonden. Ik hoop ditmaal gelukkiger te zijn en je te zien. Vooral omdat ik je bijstand zoo zeer nodig heb. Het gaat helemaal niet goed. Nu zoowat 3 weken geleden heb ik weer een paar dagen allerhevigste darmkolieken gehad. Daarna zware bronchitis. Onmiddellijk na thuiskomst: griep of zooiets, voortdurende hoge koorts. Bijna totale anorexie. Gewicht nu 61 K.G. Ik had 1 Feb. in R'dam zullen beginnen als tijd.ass. tropeninstituut; dit stemt mij ook down.

### Geen misbruik of verslaving

Al deze medische notities, zowel die van Slauerhoff zelf als die van begeleidende geneesheren, betreffen de tijd kort na Slauerhoffs huwelijk. Van misbruik of verslaving aan een of ander middel is geen sprake!

Maar de klachten nemen toe; omstreeks 1936 lijdt Slauerhoff hevige. Büch citeert uit een brief van Slauerhoff aan Feriz d.d. 30 maart 1936<sup>3</sup>:

Zondag had ik een malariaaanval

en verder, wat zijn gebruik van dicodid betreft:

## Rondetafelconferentie over vaccinatie

Over nieuwe ontwikkelingen op het terrein van de immunisatie ging een rondetafelconferentie met als deelnemers deskundigen uit de Verenigde Staten en Nederland. Voor de *poliomyelitis* vaccinatie gebruikt men in de VS het levende vaccin; veel belangstelling was er van die kant voor Nederlandse ervaringen met het geïnactiveerde vaccin. Over de noodzaak een *kinkhoest* vaccin zonder bijwerkingen te ontwikkelen en daarvoor méér basaal onderzoek te doen, was men het roerend eens; klinische kinkhoest kan overigens wel door het bestaande vaccin worden voorkomen. De epidemiologie van de infectie zou beter moeten worden bestudeerd en met name zouden nieuwe serologische methoden moeten worden toegepast, zodat er onderscheid kan worden gemaakt tussen infectie en immunisatie. Het Amerikaanse plan de *mazelen* in eigen land geheel te elimineren lijkt per 1982 te zijn geslaagd; er worden

daar nog slechts importgevallen waargenomen; de vaccinatieplicht is aan dat succes niet vreemd. In het kader van het Nederlandse *rode-hond* vaccinatieprogramma is gekozen voor het beleid 11-12-jarige meisjes te vaccineren; in de VS worden alle kinderen gevaccineerd als ze vijftien maanden oud zijn, terwijl daarnaast wordt gepoogd vrouwen van 18-40 jaar in te enten.

Nadere discussie over de beste strategie kwam de conferentiedeelnemers – de Amerikanen afkomstig van het Center for Disease Control te Atlanta, het National Institute of Health te Bethesda, het Office of Biologics te Bethesda, en Marck, Sharp en Dohme; de Nederlanders van de Geneeskundige Hoofdingspectie, de GG&GD Rotterdam en het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid – gewenst voor. Meer hierover straks in Public Health Reports. ■

weliswaar ga ik nooit boven de 20 à 25 mgr. terwijl 30 mgr. nog een zeer geoorloofde dosis is

en tenslotte wijst Büch op een brief aan Feriz d.d. 29 september 1936, dus kort voor Slauerhoffs dood op 5 oktober van dat jaar. Büch noemt dit nauwelijks leesbare schrijven 'een brief van een verslaafde'. Eerder zou men zeggen: een brief van een doodzieke man, die onuitsprekelijk heeft geleden en tijdens de toenemende noden de doses verzachtende middelen heeft opgevoerd; in genoemde brief aan Feriz heet het dan ook:

Ik kan niet meer kuren. Help mij Jan (Hans?) p.o. of nog liever express.

Bij al zijn lijden waren er twee vrouwen die in Slauerhoffs leven hem als vaste sterren van betrouwbaarheid hebben vergezeld: Helen Ris Lambers als trouwe vriendin en Slauerhoffs moeder<sup>5</sup>. Dit verwondert ons niet; een moeder is in het

leven van de kunstenaar en van de geneesheer doorgaans een belangrijke beschavende potentie.

Tot slot: het zou aanbeveling verdienen alle overgeleverde brieven van Slauerhoff, aan hem en over hem volledig te publiceren, omdat bij citaten het gevaar bestaat dat het accent van de brief als geheel wordt verschoven.

### Noten

1. Hans P. Feriz, geboren te Wenen in 1895, gestorven in Zwitserland in 1970, was chirurg en archeoloog. Een tijdlang werkte hij als scheepsarts in het Verre Oosten; vgl.: 'Een zonderling stel', Het Vaderland 30 september 1961. 'Over de histopathologie van de tubereuse hersensclerose' (1930) is één van zijn publicaties.

2. W. L. Ladenius, internist te Haarlem, wonend Wilhelminastraat 58. Zijn patiëntenboek met gegevens over Slauerhoff en Darja Collin, diens vrouw, is in het bezit van K. Lekkerkerker te Amsterdam.

3. N. Schouten, WP 1975/39/35. Zie ook: Ik had het leven me anders voorgesteld; J. Slauerhoff in vraaggesprekken en herinneringen, bezorgd door Dirk Kroon, BZZTÔH, 's-Gravenhage 1981. Vergelijk: B. Büch, Vrij Nederland 30 september 1978.

4. W. A. Kuenen, geboren te Leiden in 1883, aldaar gestorven in 1951, was hoogleraar voor klinische en tropische geneeskunde te Leiden. Op zijn naam staan vele publicaties. Zie: Prof. Dr. G. A. Lindeboom (red.), Lexicon van Nederlandse artsen VU Amsterdam (ter perse).

5. C. J. Kelk, Leven van Slauerhoff, 's-Gravenhage 1971.

### NIET ROKEN

Het hoofdbestuur der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst spreekt als zijn mening uit dat roken, in het bijzonder van sigaretten, schadelijk is voor de gezondheid. Het hoofdbestuur beveelt de leden der Maatschappij aan niet te roken, zeker niet tijdens de uitoefening van de praktijk. Het hoofdbestuur beveelt tevens dringend aan dat in instellingen van gezondheidszorg (met name ziekenhuizen en poliklinieken) niet wordt gerookt.

# MEDISCH CONTACT

nummer 9 – 4 maart 1983 – 38e jaargang

## KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht. Telefoon 030-885411 (17 lijnen). Postgironummer 58083; AMRO-banknummer 45 64 48 969.

Dagelijks bestuur	Dr. J. J. H. M. Daniëls, voorzitter; F. N. M. Bierens, ondervoorzitter; Mw. G. S. Kraaijenbrink-de Zeeuw, Dr. R. C. Schokker en Prof. Dr. P. Visser, leden; H. G. Bessem (voorzitter LHV), J. W. H. Garvelink (voorzitter LAD), C. F. A. Heijen (ondervoorzitter LSV) en J. Bosman (voorzitter LVSG), adviserende leden.
Secretariaat	J. Diepersloot, secretaris-generaal; secretarissen: Prof. Mr. W. B. van der Mijn, Dr. H. Roelink, Mr. B. Schultz; N. G. Huetink, hoofd van de administratie.  Onder het secretariaat ressorteren o.a.: De Afdeling Ledenbemiddeling (waaronder Het Bureau voor Waarneming en Vestiging), De Afdeling Comptabiliteit, Het Ledenregister, De Afdeling Buitenland, De Permanente Commissie Doktersassistenten, De Commissie Geneeskundige Verklaringen.
Bibliotheek	Prof. Dr. G. A. Lindeboom, bibliothecaris. p/a Universiteitsbibliotheek, Singel 425, Amsterdam.
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)	Mr. N. de Graaff, directeur; Mw. J. de Graaf, informatrice.
Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)	Mr. H. J. Overbeek en Drs. H. Willems, directie; Mw. G. A. C. Enzerink, secretaresse.
Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)	Mw. Mr. P. Swenker, directeur; Mw. J. C. Steenbrink, secretaresse.
Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneskundigen (LVSG)	Mw. Mr. P. A. van Tilburg-Hadders, directeur; Mw. J. M. Mantel-Dusamos, secretaresse.
Specialisten Registratie Commissie (SRC)	Dr. H. Fermin, secretaris; Mw. Mr. H. H. van den Berg, directeur
Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)	Mw. Mr. P. A. van Tilburg-Hadders, secretaris; Mw. A. v. Zwol-Oostveen, secretaresse. Bureautijden 8.30-12.30 uur.
Huisarts Registratie Commissie (HRC)	L. G. Oltmans, secretaris; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.
Stichting Nascholing Huisartsen (SNH)	Dr. J. A. E. van der Feen, centrale coördinator; Mw. I. Koers, secretaresse.
Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (CC) College voor Sociale Geneeskunde (CSG) College voor Huisartsgeneeskunde (CHG)	Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris; Mw. E. M. Dekker-Meelker, secretaresse.
Stichting Ondersteuningsfonds (OF)	H. Frese, ambtelijk secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, 2861 CB Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.

# SNH

## Nascholingsagenda maart/april/mei 1983

*Kopij voor deze rubriek dient vóór de eerste vrijdag van de maand worden ingestuurd aan mw. I. Koers, Stichting Nascholing Huisartsen, Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht. Tel. 030-88 54 11, toestel 212.*

*NB:* Het teken 'R', geplaatst achter de cursus-datum, duidt aan, dat op het bureau van de SNH een ingevuld registratieformulier met nadere gegevens over deze cursus aanwezig is. Hier kan een kopie van dit formulier door geïnteresseerden worden aangevraagd, ook bijvoorbeeld ten behoeve van het opzetten van een soortgelijke cursus elders. Cursusmakers worden aangemoedigd, zowel cursussen die reeds plaatsvonden, als *nog te houden cursussen* in de SNH-registratie te laten opnemen. Blanco registratieformulieren kan men verkrijgen – en weer volledig ingevuld inleveren – op het bureau van de SNH en bij de secretaris en de coördinator van uw SNH-regio.

### Landelijk georganiseerde cursussen

#### 19-20 maart 1983

'Methods of continuous education'. Voorjaarscongres SIMG, Parijs. Inlichtingen bij het NHG-Bureau, Burg. Reigerstraat 87, 3508 SB Utrecht, tel. 030-516741.

#### 25 maart

Symposium: 'Stress, uitdaging en bedreiging'. Plaats: RAI-Congrescentrum, Amsterdam. Inlichtingen en opgave: Nederlandse Stress Stichting (NESS), Montessorilaan 3, 6525 HR Nijmegen, tel. 080-512658/512660.

#### 23 en 24 maart

Twee identieke cursusedagen over Neurologie. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, 7500 AB Enschede, tel. 053-892922.

#### 15 april

Immunohaematologische problemen in de verloskunde en neonatologie, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, p/a Academisch Ziekenhuis, Rijnsburgerweg 10, 2333 AA Leiden, tel. 071-148333, toestel 7781 en 3680.

#### 23 april

'Obesitas', symposium, georganiseerd door TGO (Stichting ter bevordering van geneesmiddelenonderzoek) in samenwerking met Capita Selecta Commissie, Faculteit der Geneeskunde, Erasmus Universiteit Rotterdam. Inschrijving en inlichtingen: Stichting TGO, Postbus 199, 9200 AD Drachten.

#### 16 april

Symposium over 'Keuze criteria Neuroleptica', georganiseerd door TGO, in samenwerking met Sint Radboudziekenhuis Nijmegen en Capita Selecta Commissie Erasmus Universiteit Rotterdam. Inlichtingen: Stichting TGO, Postbus 199, 9200 AD Drachten.

#### 20 en 21 april

'Nader'; twee identieke cursusedagen over enkele manieren om te gaan, Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, 7500 AB Enschede, tel. 053-892922.

Actuele problematiek van tuberculose in Nederland, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor PAOG, Leiden tel. 071-148333, toestel 7781/3680.

### Regionaal georganiseerde cursussen

#### *Amsterdam/Noord-Holland*

#### 16 en 17 maart

'Voeding in de praktijk van huisartsen en schoolartsen', Amsterdam. Inlichtingen: Bureau PAOG, Vondelstraat 35, 1054 GJ Amsterdam, tel. 020-164722 of 5483900.

#### 23 maart R

Blok cursus (herhaling): 'Keel-, Neus- en Oor-zaken voor de huisarts', Amsterdam. Inlichtingen: bureau PAOG Amsterdam, tel. 020-164722 of 5483900.

#### 31 maart, 7, 14, 21 en 28 april 1983 R

Blok cursus over veel voorkomende reumatische klachten in de huisartspraktijk. Plaats: Jan van Breemen Instituut te Amsterdam. Inlichtingen: Bureau PAOG Amsterdam, mevr. drs. R. Postma, Vondelstraat 35, 1054 GJ Amsterdam, tel. 020-164722.

#### 15 april

'Het spastische kind' – achtergronden, diagnostiek en behandeling. Inlichtingen: Bureau PAOG Amsterdam, tel. 020-164722.

#### 21, 22 april 1983

'Recente ontwikkelingen in de immunologie', Amsterdam. Inlichtingen: Bureau PAOG Amsterdam, tel. 020-164722.

### *CCNN (Commissie Coördinatie Nascholing Noorden)*

#### 14 t/m 18 maart 1983 R

Warffum-cursus, georganiseerd door huisartsen uit Oostelijk Groningen. Inlichtingen: P. A. van der Bijl, huisarts te Loppersum, tel. 05967-1284.

#### 28 februari t/m 4 maart; 21 t/m 25 maart R

Warffum-cursus, georganiseerd door de nascholingscommissie Drenthe. Inlichtingen: mevr. J. Tempelaar-Fieten, G. A. van Swietenlaan 2, 8382 CG Frederiksoord, tel. 05212-2020.

#### 2, 3 en 4 maart, 16, 17 en 18 maart R

Warffum-cursus, bestemd voor huisartsen uit Zwolle en omgeving. Plaats: Conferentiecentrum 'De Pietersberg', Oosterbeek. Inlichtingen: J. Both, Lemelerveld, tel. 05722-1722, of P. Kleingeld, Zwartsluis, tel. 05208-67005.

### *Leiden*

#### 9-10, 16-17, 23-24 maart

Basis cursus Electrocardiografie (herhaling). Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor PAO Geneeskunde, p/a Academisch Ziekenhuis, Rijnsburgerweg 10, 2333 AA Leiden tel. 071-148333, toestel 7781 en 3680.

#### 17 maart

Workshop: 'CARA-problematiek in de huisartspraktijk', bestemd voor huisartsen uit de subregio Den Haag. Inlichtingen: W. J. de Graaff, huisarts, regionaal nascholingscoördinator, Teylingerlaan 17, 2171 CB Sassenheim, tel. 02522-12479.

#### 19 april

Minisymposium 'Obesitas', bestemd voor huisartsen uit de subregio Leiden. Inlichtingen: W. Reijmerink, tel. 04132-65911.



**20 april, 27 april, 11 mei, 18 mei**

Regionale nascholingscursus voor huisartsen over 'onderzoek van het bewegingsapparaat', Leiden. Inlichtingen: Boerhaavecommissie voor PAO Geneeskunde, tel. 071-148333, toestel 7781 en 3680.

*Nijmegen*

**15 en 22 maart**

Rugklachten.

**23-25 april**

'De bejaarde patiënt'. Inlichtingen: Bureau PAOG, Johannes Wierlaan 1, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen, tel. 080-517051.

*Rotterdam*

**24 maart, 13 april, 4 mei**

Nascholingsproject NHG/NHI 'Methodisch Werken' (regionale cursus), tijd: 13.00 - 18.00 uur, plaats: Bouwcentrum Rotterdam. Inlichtingen en opgave: Mw. M. van Leeuwen-Hofstede, NHI Utrecht, tel. 030-319946.

**10 en 11 maart, 14 en 15 april 1983 R**

Blok cursus Gynaecologie/Verloskunde, Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus, Mathenesserlaan 333, Rotterdam, tel. 010-772200 (mw. J. K. Bot)

**24 en 25 maart, 7 en 8 april, 28 en 29 april, 19 en 20 mei 1983 R**

'Arteriële vaatziekten in de huisartspraktijk', Rotterdam. (blok cursus) Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus, Rotterdam, tel. 010-772200.

**18 t/m 22 april, 25 t/m 29 april, 2 t/m 6 mei R**

Kraanvencursus (Warffum-model), te houden in 'Het Kraanven' te Loon op Zand. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus, Rotterdam, tel. 010-772200.

*Regio Utrecht*

**18 en 19 maart, 25 en 26 maart R**

Twee identieke cursusdagen over 'Dermatologie voor huisartsen', georganiseerd in samenwerking met de afdeling Dermatologie van het Academisch Ziekenhuis Utrecht. Inlichtingen: Bureau PAOG, Catharijnesingel 69, 3511 GL Utrecht, tel. 030-332551.

**22 en 23 april, 29 en 30 april R**

Twee identieke cursussen over 'Röntgendiagnostiek voor de huisarts', georganiseerd in samenwerking met de afdeling Röntgenologie van het Academisch Ziekenhuis Utrecht. Inlichtingen: Bureau PAOG Utrecht, tel. 030-332551.

**22 april**

Echografie voor huisartsen, Utrecht. Deze cursus is georganiseerd in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Ultrageluid. Inlichtingen: Bureau PAOG, Catharijnesingel 69, 3511 GL Utrecht, tel. 030-332551.

KNIMG

uit de afdelingen

## In memoriam E. G. van Heusden

Op 82-jarige leeftijd is Bert van Heusden overleden. Geboren te Leiden, waar hij de HBS bezocht en in 1926 zijn artsdiploma verwierf. Hij ving zijn loopbaan als huisarts op Rozenburg aan. Vervolgens was hij geneesheer-directeur van de badinrichting te Laag-Soeren en was ten slotte reumatoloog in Arnhem. In al deze hoedanigheden kwam hij naar voren als een vakbekwaam, fijngevoelig mens, die het vertrouwen van zijn patiënten wist te winnen; niet minder van zijn collegae als consulent. Hun waardering bleek uit zijn verkiezing tot secretaris van de afdeling Arnhem en van de Afdelingsraad.

Van Heusden was een gezien, actief medelid van Pincet en Penseel. De eerste expositie in het gebouw der maatschappij te Utrecht was gewijd aan zijn werk als schilder. Dat deze kunstuiting boven die van het amateurisme uitsteekt, blijkt wel uit het feit dat op de Van Looy-tentoonstelling in het Frans Halsmuseum ook één van de schilderijen van Van Heusden te vinden is.

Ook op literair terrein kwam zijn artistieke uiting tot uiting. Reeds in 1938 werd de door hem geschreven novelle 'Laatste Nieuws' bij Van Loghum Slaterus uitgegeven. In de loop der jaren verschenen enige dichtbundels van zijn hand, onder andere 'Vluchthaven', 'Obsoleete recepten', 'Colchicum autumnale' en 'Hoe langer hoe minder'. In deze bundels vindt men meerdere gedichten van hoge kwaliteit, zoals van bevoegde zijde wordt erkend.

Onze vriendschap sinds de schooljaren op de HBS en in de studietijd verstevigd, is nu ten einde gekomen. Zijn heengaan laat een leegte achter. Nog niet zo lang geleden zond hij mij een gedicht: 'Credo van mijn ouderdom', waaruit ik citeer:

*Stil is de ouderdom  
Steeds stiller, meer besloten,  
'n Winternacht, maan-overgoten,  
Het einde van de som*

De lange nacht van de laatste tijd was voor hem niet van maanlicht overgoten. De strijd is gestreden.

Berts dappere vrouw Rietje en de kinderen zullen, ondanks het verdriet om het verlies van een geliefd man en vader, dankbaar zijn dat de strijd is beëindigd.

De Bilt, 12 februari 1983

J. J. Werner

## Kindermishandeling bestaat. Hoe lang nog.

Kindermishandeling, daar praten we liever niet over in Nederland. Dat is jammer. Want met dood-zwijgen help je geen enkel probleem uit de wereld.

Aan het probleem van kindermishandeling kan een hoop gedaan worden. Ook door u. Hoe, dat staat te lezen in een speciale folder. Die kunt u aanvragen

bij de Nederlandse Vereniging tegen Kindermishandeling, Koningsplein 27 in Den Haag, telefoon: 070-631923.

**SIRE**

Publicatie aangeboden door dit blad in samenwerking met de Stichting Ideële Reclame.





In de 'KNMG consult' reeks zijn inmiddels verschenen:

- Consult 1: Gezondheidszorg in feiten en cijfers;
- Consult 2: Valkuilen in financieringen;
- Consult 3: Juridische kanttekeningen;
- Consult 4: Richtlijnen voor waarneming door artsen;
- Consult 5: Arts en publiciteit.

Deze serie heeft tot doel beknopte informatie te verschaffen over diverse onderwerpen in relatie tot de medische beroepsuitoefening.

Bestellingen bij de afdeling ledenbemiddeling der KNMG, telefoon 030-885411, toestel 126.



Het bestuur van het Ondersteuningsfonds deelt mee, dat de functies der bestuursleden voor het jaar 1983 als volgt zijn verdeeld:  
 W. P. J. Woittiez – voorzitter  
 mw. S. A. van Romunde – ondervoorzitter  
 mw. S. de Boer-van der Burg – secretaris  
 G. G. F. Pareau Dumont – penningmeester  
 P. Haringsma – lid

Namens het bestuur:

H. Frese, ambtelijk secretaris-penningmeester

KNMG

**Bestuur Ondersteuningsfonds**